



Maria Magdalena Stec

**Zastosowanie metody
Wideotreningu Komunikacji
w usprawnianiu porozumiewania się rodziców
z dziećmi o zaburzonem rozwoju**

Praca doktorska
napisana pod kierunkiem
prof. dr. hab. Andrzeja Twardowskiego

Poznań 2023

*Chciałabym wyrazić szczególną wdzięczność
Panu prof. dr. hab. Andrzejowi Twardowskiemu
za Jego bezcenną pomoc i wytrwałe kierowanie
w procesie tworzenia dysertacji,
wprowadzenie w tematykę wczesnego wspomaganie rozwoju
oraz za Jego nieustanną życzliwość.*

W drugiej kolejności chciałabym podziękować koleżankom z Wydziału Studiów Edukacyjnych za wsparcie i wiarę w realizację zamierzeń, a także wszystkim moim Bliskim, którzy wytrwale towarzyszyli mi w procesie tworzenia dysertacji.

Osobne podziękowanie kieruję do Pani Dyrektor Ewy Reczek oraz do całego zespołu Maltańskiego Centrum Pomocy Niepełnosprawnym Dzieciom i ich Rodzinom w Krakowie za możliwość zrealizowania badań i wszelką udzieloną pomoc, a także do rodziców, którzy zdecydowali się podzielić ze mną swoim doświadczeniem Wideotreningu Komunikacji.

Pracę dedykuję mojemu Tacie Wojtkowi.

If a community values its children, it must cherish their parents.

John Bowlby

*W wypadku dzieci niepełnosprawnych istnieje ryzyko,
że nie będą one dostrzegane, jedynie obserwowane.
Dodatkowo, z uwagi na ograniczone możliwości wykonywania
różnych czynności, mają one również trudności z postrzeganiem siebie
jako osób wartościowych dla swoich rodziców.
(Jesper Juul, 2011)*

Maria Magdalena Stec

Zastosowanie metody Wideotreningu Komunikacji w usprawnianiu porozumiewania się rodziców z dziećmi o zaburzonemu rozwoju

Słowa kluczowe: Wideotrening Komunikacji, wczesne wspomaganie rozwoju, interakcje rodzic–dziecko, zaburzenia rozwojowe, mikroanaliza interakcji

STRESZCZENIE

Usprawnianie porozumiewania się rodziców z dziećmi jest podstawowym zagadnieniem wczesnego wspomaganie rozwoju z uwagi na kluczową rolę, jaką rodzice odgrywają w tym procesie. Wideotrening Komunikacji jest nowoczesną metodą wykorzystującą kamerę wideo w doskonaleniu rodzicielskich umiejętności komunikacyjnych. Zasadniczym celem moich badań było określenie zmian, jakie mogą zajść u rodziców i u dzieci w wyniku zastosowania Wideotreningu Komunikacji. Dotąd w Polsce nie prowadzono badań na ten temat, szczególnie z wykorzystaniem mikroanalizy nagrań interakcji komunikacyjnych. W badaniu posłużono się dwoma metodami. Pierwsza to obserwacja, w której porównywano interakcje komunikacyjne rodziców z dziećmi w trakcie pierwszego oraz ostatniego nagrania Wideotreningu Komunikacji z wykorzystaniem procedury niezależnych kompetentnych sędziów. Druga to ankieta, którą przygotowano w dwóch wersjach: dla rodziców i dla trenerów. Proszono w nich badane osoby o oceny wpływu metody na rozwój dzieci i własne kompetencje rodzicielskie. Na podstawie uzyskanych wyników można twierdzić, że Wideotrening Komunikacji jest skuteczną metodą usprawniania porozumiewania się rodziców z dziećmi. W przeprowadzonych mikroanalizach w przypadku wszystkich sędziów oceny wskaźników interakcji były wyższe w ostatnim nagraniu w porównaniu z pierwszym dla wszystkich zmiennych oprócz jednej. Rodzice i trenerzy Wideotreningu Komunikacji bardzo pozytywnie ocenili wpływ metody na rozwój dziecka i kompetencje rodzicielskie.

Maria Magdalena Stec

**Application of the Video Interaction Training method in improving
the communication between parents and children
with developmental impairments**

Keywords: Video Interaction Training, early childhood development support, parent-child interactions, developmental disorders, microanalysis of interaction

ABSTRACT

The improvement of parent-child communication is a fundamental issue in early development support due to the crucial role of parents in this process. The Video Interaction Training method is a new tool for improving parental communication skills. The main goal of my research was to determine the changes that may occur to parents and children due to the use of Video Interaction Training. So far, no studies have been conducted on this subject in Poland, especially with microanalysis of communicative interaction recordings. In the presented research, I used two methods. The first was an observation comparing the parent-child interaction during the first and final recordings of Video Interaction Training involving independent competent judges. The second method used a survey prepared in two versions for parents and trainers. The respondents were asked to rate the impact of the method on children's development and parental competencies. The presented data showed that Video Interaction Training effectively improves communication between parents and children. Conducted microanalyses for the ratings of interaction indicators were higher in the last recording than the first for all variables except one. Both parents and Video Interaction Training trainers positively evaluated the methods' impact on child development and parenting competencies.

Spis treści

Wstęp	10
Rozdział 1. Rola komunikowania się w procesie rozwoju małego dziecka	12
1.1. Komunikowanie się we wczesnych stadiach ontogenezy	12
1.1.1. Pierwotna zdolność i potrzeba komunikacyjna dziecka	12
1.1.2. Znaczenie interakcji z opiekunem dla rozwoju dziecka w pierwszych latach życia	16
1.1.3. Rola przywiązania w komunikowaniu się małego dziecka	20
1.2. Teoretyczne koncepcje roli komunikacji w procesie rozwoju małego dziecka. ...	26
1.2.1. Teoria intersubiektywności Colwyna Trevarthena	27
1.2.2. Rola komunikowania się w rozwoju samoregulacji – ujęcie Grażyny Kmity	31
1.2.3. Koncepcja wczesnej komunikacji dorosły–dziecko Marca Bornsteina. ...	37
1.3. Charakterystyka komunikacji w rodzinie z dzieckiem o zaburzonem rozwoju. ...	39
1.3.1. Wpływ zaburzenia rozwoju u dziecka na funkcjonowanie rodziny.	40
1.3.2. Specyfika komunikacji w diadzie rodzic–dziecko o zaburzonem rozwoju	46
1.3.3. Specyfika przywiązania w diadzie rodzic–dziecko o zaburzonem rozwoju	50
Rozdział 2. Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka o zaburzonem rozwoju w środowisku rodzinnym	55
2.1. Podstawy współczesnego rozumienia wczesnego wspomagania rozwoju dziecka o zaburzonem rozwoju	55
2.1.1. Ustalenia definicyjne	55
2.1.2. Społeczny model zdrowia i niepełnosprawności kontekstem teoretycznym wczesnego wspomagania rozwoju	58
2.1.3. Regulacje prawne wczesnego wspomagania rozwoju w Polsce	65
2.2. Ekologiczno-systemowy paradygmat wczesnego wspomagania rozwoju dziecka	68
2.3. Model wczesnego wspomagania rozwoju skoncentrowanego na interakcjach rodzice–dziecko z niepełnosprawnością Andrzeja Twardowskiego	72
2.4. Zasady udzielania pomocy rodzinie przez specjalistów w paradygmacie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka w środowisku rodzinnym	76
Rozdział 3. Metoda Wideotreningu Komunikacji.	82
3.1. Geneza i historia metody Wideotreningu Komunikacji.	82
3.2. Podstawy teoretyczne metody Wideotreningu Komunikacji	85
3.2.1. Interpersonalna teoria komunikacji.	86
3.2.2. Komunikacja Podstawowa	89
3.2.3. Teorie uczenia się	93

3.3. Zastosowanie metody Wideotreningu Komunikacji	98
3.3.1. Przebieg treningu i ramy organizacyjne	98
3.3.2. Plan Pomocy Rodzinie	101
3.3.3. Szkolenie trenerskie	102
3.4. Przegląd badań nad skutecznością Wideotreningu Komunikacji	104
3.4.1. Dwa rodzaje badań nad skutecznością Wideotreningu Komunikacji	104
3.4.2. Wnioski z dotychczasowych badań	109
Rozdział 4. Metodologiczne założenia badań własnych.	111
4.1. Przedmiot i cele badań	111
4.2. Ustalenia terminologiczne dotyczące przedmiotu badań	112
4.3. Problemy i hipotezy badawcze	115
4.4. Zmienne i wskaźniki zmiennych.	117
4.5. Metoda badania	119
4.6. Charakterystyka grupy badanej.	121
4.7. Przebieg badań	124
Rozdział 5. Wyniki badań własnych.	129
5.1. Zmiany w porozumiewaniu się rodziców z dziećmi w następstwie zastosowania Wideotreningu Komunikacji	129
5.1.1. Różnice w porozumiewaniu się rodziców z dziećmi w ocenach sędziów kompetentnych.	129
5.1.2. Porównanie zbiorcze zmian w porozumiewaniu się rodziców z dziećmi w następstwie zastosowania Wideotreningu Komunikacji	144
5.1.3. Analiza zmian w komunikowaniu się rodziców z dziećmi w ramach poszczególnych systemów interakcyjnych	148
5.2. Zastosowanie Wideotreningu Komunikacji w ocenach badanych rodziców.	174
5.3. Dyskusja wyników badań.	184
5.4. Ograniczenia przeprowadzonych badań	189
5.5. Wnioski do praktyki pedagogicznej	191
Zakończenie.	193
Bibliografia.	195
Spis rysunków	210
Spis tabel	213
Załączniki.	215
1. Prośba o zgodę na badania.	215
2. Zgoda rodziców na udział w badaniu.	217
3. Arkusz obserwacyjny dla sędziów kompetentnych	218
4. Ankieta dla rodziców dotycząca Wideotreningu Komunikacji	219
5. Ankieta dla terapeutów dotycząca Wideotreningu Komunikacji.	222

Wstęp

Tematem rozprawy doktorskiej jest metoda Wideotreningu Komunikacji i jej zastosowanie jako narzędzia usprawniania porozumiewania się rodziców z dzieckiem w rodzinach wychowujących dzieci z zaburzeniami rozwoju. Celem pracy było zbadanie, czy w trakcie Wideotreningu Komunikacji zachodzi pozytywna zmiana w zachowaniach interakcyjnych rodziców utrwalona na nagraniach video z pierwszego i ostatniego nagrania zabawy rodzic–dziecko w trakcie przeprowadzanego treningu oraz jak oceniają Wideotrening Komunikacji rodzice z rodzin, w których został on zastosowany.

Metoda Wideotreningu Komunikacji powstała pierwotnie do pracy z rodzinami wieloproblemowymi, ale ze względu na swoją dużą skuteczność została szybko zaaplikowana do wielu innych obszarów oddziaływań pomocowych: od interwencji wobec dzieci przedwcześnie urodzonych, poprzez terapię par, aż po budowanie zespołów i pozytywne zarządzanie w biznesie. Wideotrening Komunikacji jest opartym na relacji rodzajem interwencji, który pomaga rodzicom stawać się bardziej wrażliwymi, dostrojonymi do swoich dzieci i ich emocjonalnych potrzeb niezależnie od wieku dzieci. Metoda promuje bezpieczne przywiązanie, buduje fundament dla pełnego refleksji dialogu oraz uczy, jak rozwijać pełną zadowolenia i radości relację. Jest realizowana w formie systemu wizyt domowych. Trenerzy szanują granice, możliwości oraz wybory rodziców i całej rodziny. Berg (1999) słusznie zauważa, że jest to metoda eklektyczna, łącząca nawet pozornie sprzeczne szkoły, choćby takie jak behawioralna teoria uczenia oraz teoria rozwoju poprzez relację. Van der Does, holenderski psychiatra dziecięcy, dzięki któremu metoda rozwija się w Polsce, uważa, że Wideotrening Komunikacji jest „rewolucją w zakresie pozytywnego myślenia” (2001, s. 25) w pedagogice, psychologii i neurologii. Konsekwentnie postrzega człowieka jako dążącego do dobra, mającego zasoby oraz traktuje komunikację jako podstawę rozwoju jednostek ludzkich.

Zgodnie ze Sternowskim (1995) podziałem metod terapeutycznych interakcji w diadach rodzic–dziecko Wideotrening Komunikacji wpisuje się w obszar terapii niedyrektywnej, w podejście mające na celu zmianę zachowań interakcyjnych rodzica. Metoda składa się z dwóch podstawowych części: kilkuminutowego nagrania swobodnej interakcji rodzic–dziecko oraz omówienia tego nagrania z rodzicami. Części te są rozłożone w czasie, a w trakcie omówienia nagrania trener prezentuje kompilację tylko udanych momentów interakcji. Rodzice są zaproszeni do samodzielnej refleksji nad oglądanym materiałem dzięki konsekwentnemu aktywizowaniu ich przez trenera.

O wyborze tematu pracy doktorskiej zdecydowała moja osobista fascynacja metodą Wideotreningu Komunikacji, którą poznałam jeszcze podczas studiów magisterskich przy okazji uczenia się pracy z rodzinami zastępczymi i adopcyjnymi. Niedługo

potem rozpoczęłam szkolenie trenerskie z zakresu tej metody oraz przygotowania do pracy doktorskiej na temat jej zastosowania w obszarze wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka. Temat ten stał mi się bardzo bliski poprzez przynależność do Zakładu Psychopatologii Dziecka Wydziału Studiów Edukacyjnych UAM w trakcie studiów doktoranckich, a także w okresie późniejszej współpracy. Osobiście uznaję wielką wartość metody, będącej tematem niniejszej rozprawy, jako narzędzia wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, także w kontekście tworzenia się nowego modelu współpracy profesjonalności–rodzice. Na gruncie polskim skuteczność Wideotreningu Komunikacji nie została dotychczas poddana naukowemu rozpoznaniu, dlatego podjęłam to zadanie.

Dysertacja została podzielona na pięć rozdziałów, z czego trzy pierwsze zawierają teoretyczną analizę podjętego tematu, natomiast pozostałe dwa stanowią część badawczą. W rozdziale pierwszym przedstawiłam porozumiewanie się pomiędzy rodzicami i dziećmi jako podstawę rozwoju człowieka oraz przeanalizowałam zjawisko komunikacji rodzice–dziecko w sytuacji występowania u dziecka zaburzeń rozwoju. Rozdział drugi został poświęcony omówieniu wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka o zaburzonym rozwoju, tak aby dobrze ukazać miejsce metody Wideotreningu Komunikacji w tym obszarze. Trzeci rozdział dotyczy metody Wideotreningu Komunikacji. Najpierw omówiłam podstawy teoretyczne metody, jej istotę oraz sposób stosowania. Następnie przeanalizowałam dotychczasowe badania nad skutecznością Wideotreningu Komunikacji. W rozdziale czwartym przedstawiłam metodologiczne założenia badań własnych wraz z opisem ich przebiegu. Ostatni, piąty rozdział zawiera prezentację wyników badań własnych, dyskusję wraz ze wskazaniem ograniczeń przeprowadzanych badań oraz wnioski do praktyki pedagogicznej.

Praca nie powstałaby bez pomocy wielu osób, bez merytorycznego prowadzenia Pana prof. dr. hab. Andrzeja Twardowskiego, następnie otwartości Pani Ewy Reczek, Dyrektorki Maltańskiego Centrum Pomocy Niepełnosprawnym Dzieciom i ich Rodzinom w Krakowie, oraz Rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju, którzy wzięli udział w badaniach.

Niemowlę nie rozwija się samoistnie, ale w wyniku interakcji.
Sue Gerhardt, 2010

*Nasi rodzice są naszym pierwotnym środowiskiem, do których dostosowują się nasze mózgi
a ich nieświadomość jest naszą pierwszą rzeczywistością.*
Louis Cozolino, 2006

*Od momentu, w którym matka dotknie nas po raz pierwszy,
próbujemy ustalić, czy możemy bezpiecznie szukać u niej wsparcia i pociechy.*
David Walin, 2011

Rozdział 1.

Rola komunikowania się w procesie rozwoju małego dziecka

W tym rozdziale zostaną opisane fenomeny komunikacji pomiędzy małym dzieckiem w najwcześniejszych okresach życia, także w rozwoju prenatalnym, a jego rodzicami i opiekunami. Omówię kluczowe zjawiska oraz formy komunikacji i ich następstwa dla rozwoju dziecka. W ostatniej części rozdziału poruszę tematykę rodziny z dzieckiem o zaburzonym rozwoju, wpływu niepełnosprawności dziecka na pozostałych członków rodziny oraz specyfikę komunikacji wewnątrz niej. W rozdziale poruszone zostaną także kwestie związane z przywiązaniem oraz jakościami komunikacyjnymi rozpoznanymi wewnątrz teorii przywiązania.

1.1. Komunikowanie się we wczesnych stadiach ontogenezy

Relacja pomiędzy rodzicami a dzieckiem jest bardzo ważna, nawet wtedy, gdy dziecko już dorośnie. Współczesna psychologia rozwoju człowieka zwraca uwagę, że najbardziej kluczowy dla rozwoju dziecka jest sposób w jaki ta relacja jest tworzona i jak przebiega w najwcześniejszych okresach życia. W trzech podrozdziałach poniżej opiszę wrodzony charakter potrzeb komunikacyjnych małego dziecka, scharakteryzuję komunikację pomiędzy nim a opiekunem oraz przedstawię rolę przywiązania w komunikowaniu się małego dziecka.

1.1.1. Pierwotna zdolność i potrzeba komunikacyjna dziecka

W ostatnich latach bardzo zmieniło się postrzeganie noworodka i niemowlęcia. Dzięki odkryciom naukowym na styku neuronauki, psychologii rozwojowej i medycyny wiemy, że nawet najmniejsze dziecko jest podmiotowym uczestnikiem interakcji i współtworzy komunikację z innymi osobami. Dąży ono aktywnie do zaspokajania swoich potrzeb, do wywierania wpływu na inne osoby oraz do okazywania im zadowolenia i radości. Badania Metzoffa i Moore (Cozolino, 2006) pokazały, że w pierwszych godzinach po urodzeniu noworodek potrafi naśladować otwieranie ust oraz wysuwanie języka

przez dorosłych¹, a po kilkunastu godzinach jest w stanie odróżnić poszczególne stany emocjonalne na twarzach: zadowolenie, smutek, zdziwienie.

Patrząc na zadowolone twarze, niemowlęta rozciągają wargi, natomiast widok smutnych twarzy wywołuje skrzywienie warg. Modele zdziwienia wywołuje u nich otwieranie ust, zaobserwowano, że patrząc na twarze wesołe lub smutne, niemowlęta spoglądają przede wszystkim na usta, natomiast w reakcji na wyraz zdziwienia patrzą na przemian na usta i oczy. Wskazuje to na zdolność wyboru różnych celów wzrokowych na podstawie uzyskanych informacji (Field i in., 1982). (Cozolino, 2012, s. 134).

Rozwijanie podobnych badań wskazało, że noworodki i niemowlęta korygują swoje zachowanie w stosunku do poszczególnych osób, rozpoznając, że różne osoby komunikują się z nimi; co więcej dokonują jakiejś pierwotnej klasyfikacji, kim dana osoba jest i do niej dostosowują swoje zachowanie interakcyjne zwane protokonwersacją (Trevvarthen, 2007b; Kmita, 2011b; Porges, 2021). Trevvarthen (2008) zwraca uwagę, że dziecko rodząc się, ma już pewne uprzednie doświadczenia w rozwoju prenatalnym, z których korzysta. Przede wszystkim oczekuje spotkania ze znajomą już matką: jej ciała i bliskości, ciepła, zapachu i odgłosów. Będzie rozwijało się zdrowo i szczęśliwie, jeśli będzie uczestniczyło właśnie z nią w interakcjach pełnych spokoju, radości i afirmacji.

Relacja z matką stanowi dla małego dziecka niezbędny warunek do życia i rozwoju. Relacje rówieśnicze nie są w stanie zastąpić relacji z podstawowym opiekunem (Neufeld, Mate, 2013). Zostało to udowodnione w wielu klasycznych, powszechnie znanych już badaniach Harlowa (1978), Spitz (1945), Robertsona (Bowlby, 1960), Bowlbiego (2007) czy Olechnowicz (1957). Badania te zostały ponadto potwierdzone w latach późniejszych w rumuńskich sierocińcach (Porges, 2021). Ludzkie niemowlę rodzi się zupełnie bezbronnie i to od dorosłego zależy całkowicie jego przetrwanie w kategoriach potrzeb biologicznych: pożywienia, utrzymywania temperatury ciała i zdrowia, ochrony przed drapieżnikami. Także w kategoriach społecznych i psychicznych mały człowiek niezbędnie potrzebuje relacji z matką. To dzięki niej może ono tworzyć późniejsze satysfakcjonujące bliskie relacje, poznawać przedmioty i uczyć się je wykorzystywać do własnych celów. Z tego powodu najwcześniejszą formą aktywności małego dziecka jest aktywność komunikacyjna z osobą matki (i z innymi pierwotnymi opiekunami), na sygnały której jest szczególnie uwrażliwione (Trevvarthen, 2007a). Pierwotnie komunikacja z matką odbywa się na poziomie biochemicznym między organizmem matki a płodem. Jej rozwój jest opisywany jako trzy nabudowujące się na sobie kolejne piętra: neurohormonalne, psychiczne oraz behawioralne. Prenatalna komunikacja odgrywa znaczną rolę w ustalaniu się temperamentalnych predyspozycji dziecka (które dotąd w nauce były ujmowane jako przeważająco genetycznie uwarunkowane²):

¹ Brak tych zdolności u noworodków jest jednym z wczesnych predyktorów rozwoju zaburzenia spektrum autystycznego (Prędkiewicz, 2021).

² Także Sue Gerhardt (2010) wskazuje na znaczenie procesu pierwotnych interakcji społecznych w kształtowaniu się temperamentalnych tendencji jednostki. W początkowych miesiącach życia organizm

Jeśli matka często doświadcza negatywnych przeżyć, to strumień wydzielanych przez jej organizm substancji chemicznych docierających do mózgowych ośrodków emocji dziecka niejako „nastawia” je na utrzymanie poziomu neurohormonalnego odpowiadającego tym stanom emocjonalnym. Kształtuje się w ten sposób ogólna „orientacja emocjonalna” dziecka, która może zostać utrwalona w postaci predyspozycji do trwania w stanie rozluźnienia lub napięcia, poczucia bezpieczeństwa lub zagrożenia, optymizmu lub pesymizmu (Kornas-Biela, 2013, s. 166–167).

W opisanej powyżej wymianie hormony pełnią rolę głównego mediatora. Zestawy hormonów będące korelatami samopoczucia matki „nastawiają” stan neurohormonalny dziecka na współbrzmiały. Ten poziom komunikacji jest kontynuowany podczas karmienia piersią, ponieważ w składzie mleka matki znajdują się hormony, a także podczas czynności karmienia piersią, kiedy występuje kontakt „skóra do skóry”, który zapewnia wymianę składników pomiędzy organizmem matki i dziecka (Eliot, 2003; Stec, 2008; Sapolsky, 2010; Kornas – Biela, 2013). Stymulację procesów biochemicznych w organizmie dziecka, które są niezbędne do utrzymania życia i udanego rozwoju uruchamiają nie tylko sygnały *stricte* biologiczne, ale także sygnały społeczne, szczególnie te wysyłane przez matkę:

Interakcje fizyczne i emocjonalność pomiędzy matką a dzieckiem wywołują kaskadę procesów biochemicznych stymulujących i usprawniających wzrost oraz łączliwość sieci neuronowych w mózgu (Schore, 1994). Bezpośrednie interakcje twarzą w twarz pobudzają u dziecka współczulny układ nerwowy, zwiększając zużycie tlenu i przemiany energii. Wyższy poziom aktywności idzie w parze ze zwiększonym wytwarzaniem i dostępnością norepinefryny, endorfin i dopaminy, co daje dziecku energię, a zarazem umożliwia doznanie przyjemności (Schore, 1997a). Ogromne znaczenie wczesnych interakcji w budowaniu całego mózgu wyjaśnia częściowo przypadki śmierci dzieci w sierocińcach, gdzie były pozbawione tych interakcji (Spitz, 1946). (Cozolino, 2012, s. 146).

Tak więc po urodzeniu niemowlę potrzebuje nieprzerwanego strumienia komunikacji ze swoją matką³. Jeśli zostanie on przerwany, choćby na krótką chwilę, niemowlę jest zdezorientowane i protestuje. Dziecko ludzkie posiada wrodzoną preadaptację społeczną, która uzdalnia je w sensie adaptacyjnym do przeżycia i oczekuje traktowania

dziecka ustala swoje punkty nastawcze na podstawowy poziom pobudzenia fizjologicznego, do którego organizm stara się konsekwentnie powracać. Ma to miejsce nawet wtedy, gdy stan ten jest dla organizmu niekorzystny, jak na przykład w pozabezpiecznych relacjach przywiązaniowych. Autorka (Gerhardt, 2010, s. 16) przytacza opinię badaczy temperamentu takich jak Sroufe i Wolke, St. James-Robert, którzy uznają temperament przede wszystkim jako styl reagowania przejawiany w zachowaniu. Zwracają oni uwagę, że temperament trudny ani jakikolwiek inny nie występują w tak wczesnym okresie życia, pojawiając się dopiero później jako wynik współdziałania matki i dziecka w ramach konkretnych uwarunkowań ujmowanych jak najszerzej.

³ Najlepiej, żeby była to matka biologiczna, a nie matka zastępcza czy inny główny opiekun. Już w życiu prenatalnym łączy matkę i dziecko głęboka, silna więź, zarówno na poziomie fizjologicznym, jak i emocjonalnym. Dziecko po urodzeniu na podstawie śladów pamięciowych oczekuje interakcji z matką i rozpoznaje ją. Jeśli zaś straci kontakt z matką biologiczną, przeżywa głęboki smutek i żalobę, które wymagają udzielenia dziecku profesjonalnej pomocy, aby mogło otworzyć się na nową relację z nowym opiekunem (Spitz, 1945; Bowlby, 1980b; Klasyfikacja diagnostyczna DC 0–3, 2007; Gray, 2010).

siebie jako istoty społecznej, a interpretacji swoich zachowań jako sygnałów komunikacyjnych (Trevarthen, 1977; Schaffer, 2006; Stec, 2011). W tym miejscu można przytoczyć procedurę kamiennej twarzy (*still face procedure*), która została opracowana niezależnie, w jednym czasie, przez dwa zespoły: jeden kierowany przez Edwarda Tronicka oraz drugi kierowany przez Colwyna Trevarthena wraz z Lynne Murray (Kmita, 2013). W trakcie procedury matka jest proszona, aby, po epizodzie swobodnej zabawy, zachowała przez krótki czas kamienny wyraz twarzy, po czym powróciła znów do swobodnej interakcji z dzieckiem. Mikroanaliza badania pokazuje sekundę po sekundzie niezadowolone kilkumiesięczne dziecko z powodu przerwania procesu komunikacji z matką oraz jego aktywne działania mające na celu nakłonienie jej do powrotu do wzajemnej wymiany interakcyjnej. Najciekawsze dla mnie w tej sytuacji jest to, że niemowlę praktycznie od pierwszej sekundy orientuje się, że matka zachowuje się inaczej i protestuje. Stan wzajemnego dostrajania się komunikacyjnego musi być więc dla dziecka bardzo ważny, skoro od razu reaguje na jego brak. Faktycznie stan ten, będąc sednem komunikacji międzyosobowej, angażuje wielopoziomowo całość układu nerwowego, oddziałując na niego integrująco. Tego aspektu wynikowego nie zawierają inne rodzaje zachowań komunikacyjnych, na przykład samo przetwarzanie informacji lub trenowanie skryptów komunikacyjnych bez osiągnięcia poziomu kontaktu osobowego. Uwidacznia się tutaj pewna unikatowość ludzkiej komunikacji, na którą zwraca uwagę Tomasello: zainteresowanie subiektywnymi przeżyciami drugiej osoby i zdolności do ich podzielenia i koordynowania ze swoimi. Dzięki temu jesteśmy w stanie koordynować także nasze punkty widzenia, nasze cele oraz nasze działanie na rzecz nawet odległych, a przez to abstrakcyjnych celów (Gutstein, 2013). Uzyskujemy niezwykłą zdolność rozważania i interpretowania informacji przekazywanych w procesach komunikacyjnych, czyli mentalizację (Allen, Fonagy, Bateman, 2013). Nie są to jednak umiejętności wrodzone. Rozwój mózgu jest zależny od ciągłego procesu komunikacji między dzieckiem a jego opiekunami.

Kiedy jesteśmy niemowlętami nasze mózgi są programowane przez starszych członków społeczności, dzięki czemu dostosowujemy się do określonej rodziny i grupy społecznej w której musimy żyć (Gerhardt, 2010, s. 29).

Na poziomie neurobiologicznym za proces mentalizacji oraz koordynowania naszego działania z działaniami innych osób odpowiada kora oczołodołowa, która w całości rozwija się w okresie postnatalnym, a swoje dojrzewanie rozpoczyna w okresie poniemowlęcym około 10 miesiąca życia (Gerhardt, 2010; Porges 2021). Jest to centrum integrowania informacji z rzeczywistości zewnętrznej z informacjami o stanach wewnętrznych jednostki. Kontroluje prawą półkulę, która w niemowlęctwie dominuje, oraz łączy sferę podkorową z korą nową. Monitoruje jednocześnie stan organizmu i świata zewnętrznego oraz przewidując zachowania innych, podejmuje decyzje o strategii zachowania (Schore, 2001; Siegel, 2011).

To tylko jeden z najbardziej kluczowych przykładów ukazujący, że mózg ludzki jest organem zależnym od doświadczenia społecznego, naszym podstawowym narzędziem przystosowania się do środowiska. Co więcej współcześni badacze mózgu wyrażają przekonanie, że nie istnieje coś takiego jak pojedynczy mózg (Schore, 2001; Cozolino, 2006). Zawsze mózg jest spleciony z mózganami tych, z którymi wchodzi w interakcje albo też jest kształtowany przez brak kluczowych interakcji lub relacji. Rusztowanie, które zapewniają mu interakcje z głównym opiekunem, jak i z pobocznymi opiekunami, kształtuje strukturę mózgu małego dziecka oraz jego funkcjonowanie. To od jakości tej opieki zależy, czy jako dorośli będą umieć czerpać radość z życia, budować satysfakcjonujące bliskie relacje oraz osiągać swoje życiowe cele.

1.1.2. Znaczenie interakcji z opiekunem dla rozwoju dziecka w pierwszych latach życia

Znaczenie komunikacyjne ma każda interakcja, każde współdziałanie oraz każde współdzielenie obecności. Naszą pierwotną potrzebą jest potrzeba poczucia połączenia i wspólnoty i aby ją zrealizować, musimy się komunikować. Komunikujemy się, chcąc porozumieć się z drugim: uzgodnić coś, współpracować z nim lub rozwiązać jakiś problem. Komunikujemy się również po to, żeby pokazać siebie, zmanifestować nasze „ja”, przekazać siebie drugiemu. Wreszcie używamy komunikacji po to, aby zbudować z kimś bliskość, pokazać, że go kochamy, miło spędzić wspólny czas lub przeciwnie – aby się z kimś skonfliktować, odgradzić od niego, sprawić, by poczuł się źle.

Dla dziecka proces komunikowania się z nim, także na głębokich poziomach, nie tylko wydając polecenia czy kierując zachowaniem, jest podstawową koniecznością decydującą o przeżyciu i zdrowiu. Historie tak zwanych „wilczych dzieci” uczą nas wyraźnie, że nie wystarczy obecność „jakiegoś” opiekuna i dostarczanie pożywienia, aby przeżyć w zdrowiu psychicznym i rozwijać się w normatywnym zakresie (Schaffer, 2006; Gerhardt, 2010). Czynności opiekuńcze są często pierwsze, o czym myślimy w kontekście interakcji z małym dzieckiem. Psychologowie zwracają uwagę, że dla rozwoju dziecka nie są najważniejsze szybkość czy precyzja wykonania, ale dzielenie uwagi pomiędzy samym zabiegiem a dzieckiem i jego dobrostanem. Uwaga skierowana na dziecko i pewna powolność, żeby dopasować się do tempa postrzegania i przetwarzania poznawczego niemowlęcia, jest tu kluczowa (Stiffelman, 2017).

Bardzo ważnym elementem jest współdzielenie rytmów między opiekunem i dzieckiem: są one źródłem przyjemności, a nawet intelektualnej satysfakcji. Gruszczuk-Kolczyńska (2009) dowodzi, że rytmy, których dziecko doświadcza w bliskiej relacji z rodzicem: rytmiczna, naprzemienna stałość w codziennych aktywnościach, rytmy w ruchu i języku, melodie i wyliczanki, stanowią podstawę do uczenia się matematyki. Dziecko już w okresie prenatalnym uczy się wychwytywać pewne rytmy podczas naprzemiennych okresów aktywności i odpoczynku matki. Zaburzenie rytmiczności działań czy

poszczególnych ruchów matki, gwałtowne przyśpieszenie lub znaczące zwolnienie rytmu serca daje informacje o stresie i samo w sobie jest dla dziecka źródłem niepokoju znajdującym odpowiedź w jego układzie hormonalnym. Jerome Bruner (za: Kmita, 2005; Gruszczyk-Kolczyńska⁴, 2007) zaznacza, że dziecko rozwija reprezentacje enaktywne (ruchowe), gdy jest poruszane już w łonie matki i gdy porusza się z matką rytmicznie. W okresie postnatalnym cykle zwyczajnej aktywności dnia codziennego oraz rytmy doświadczane w bliskim kontakcie cielesnym z opiekunem, takie jak na przykład przytulanie, pozwalają niemowlęciu na odbiór i naukę rozróżniania rytmów fizjologicznych swoich własnych od opiekuna, a także rozpoznawanie poszczególnej osoby poprzez porównywanie rytmów różnych opiekunów.

Zdrowe dziecko, rodząc się, jest bardziej zainteresowane ludźmi niż przedmiotami i to na nich ogniskuje swoją uwagę. Gdy obserwuje ludzi, jak gestykują czy zbliżają się do niego twarzą twarz, jest emocjonalnie zmotywowane do podjęcia komunikacji. Wydarza się wtedy protokonwersacja, czyli rozmowa bez słów. W pełnym emocjonalnym zaangażowaniu w diadzie zachodzi naprzemienna wymiana gestów, mimiki, ruchów ciała, kontaktu wzrokowego oraz głużenia czy gaworzenia. W protokonwersacji przekazywane są także subiektywne stany emocjonalne, wrażenia, a nawet nastawienia. Wzajemna wymiana ma wpływ nie tylko na dziecko, ale także na matkę – doświadczają oni oboje przyjemności z kontaktu i wzajemnego dopasowania (Trevvarthen, 2008; Cozolino, 2012). Ekspresja emocjonalna twarzy oraz kontakt wzrokowy i wzajemne dostrojenie pogłębiają więź między opiekunem i dzieckiem, a także stanowią podbudowę pod zręby tworzącego się dziecięcego „ja”. Allan Schore (2001) twierdzi nawet, że w pierwszych dwóch latach życia radość we wzajemnych interakcjach w diadzie opiekun–dziecko jest o wiele ważniejsza od jakości samego przywiązania.

W miarę rozwoju dziecka akcent wspólnej aktywności przemieszcza się z protokonwersacji na swobodną zabawę. Jak zauważa Cohen:

Od pierwszej chwili, gdy rodzice i niemowlęta zaczynają patrzeć na siebie z miłością, sięgają po zabawę jako sposób na zbudowanie więzi (Cohen, 2012, s. 12).

Wielu badaczy zwraca uwagę, że im bardziej inteligentne zwierzę, tym więcej czasu poświęca na zabawę (Schore, 1994; Sroufe, 1995; Cohen, 2012). Poprzez zabawę dziecko uczy się najwięcej w pierwszych latach życia tak o świecie, jak i o ludziach. Później pełni ona przede wszystkim funkcję regulującą oraz budującą relacje. Zabawę możemy traktować jako nieustrukturowaną formę komunikacji, w której najpełniej dziecko może wyrazić siebie i doświadczyć głębokiego połączenia z innymi (Sroufe, 1995; Trevvarthen, 1998; Kmita, 2007; Cohen, 2012). Zabawa dla dzieci pełni także rolę terapeutyczną i jest

⁴ W wielu swoich publikacjach Edyta Gruszczyk-Kolczyńska (por. 2017) w bardzo trafny i jednocześnie przystępny sposób przedstawia teorię Brunera dotyczącą rozwoju reprezentacji. W sposób całościowy jest ona przedstawiona chociażby w wielokrotnie wznawianej książce *Dzieci ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się matematyki. Przyczyny, diagnoza, zajęcia korekcyjno-wyrównawcze* (2007).

podstawową aktywnością proponowaną dzieciom w gabinetach psychologów dziecięcych (Erikson, 2000; Kmita, 2011a). Tak zwane „nicnierobienie” lub prowadzenie niezobowiązujących rozmów, gawędzenie, przebywanie w swojej obecności bez konieczności skupienia się na konkretnym wspólnym celu, problemie do rozwiązania lub zadaniu do wykonania stanowi wspaniałą okazję do afirmowania dziecka oraz uczenia go, że człowiek jest ważniejszy niż zadania czy przedmioty.

Współcześni badacze ukazują nam, jak ważna jest rola zabawy i ugruntowanej bezpiecznej relacji dla optymalnego rozwoju dziecka (Trevarthen, 2007a; Stern, 1985; Stern, 1995; Schore, 1994). Są to działania o wiele ważniejsze niż przedwczesne edukowanie dziecka oraz wprowadzanie go w dyrektywną relację nauczania, co niestety wciąż jest potocznie rozumiane, nawet częściowo w środowisku pedagogicznym, jako działania w najlepszym interesie wspomagania rozwoju dziecka. Dziecko bez umiejętności tworzenia relacji, a także bez głębokiego, związanego z pozytywnym afektem poczucia swojego „ja” nie jest gotowe na sformalizowaną edukację. Jednakże, nawet w procesie uczenia dziecka aspekt relacyjny pozostaje bardzo ważny, na co zwraca uwagę Gruszczyk-Kolczyńska (2003), określając pożądaną osobowość nauczyciela jako „osobowość podnoszącą”. Jest to pewien zestaw cech i umiejętności, który pozwala dorosłemu w sposób łagodny i pozytywny przeprowadzać dziecko przez proces uczenia, które dzięki temu chętnie uczestniczy w zajęciach. Rysunek 1 pokazuje kolejne piętra rozwojowe, które nie są przecież wyizolowane od siebie, ale wzajemnie przenikają się w doświadczeniach osobistych każdego z nas.

Rysunek 1. Piramida kolejności obszarów rozwoju



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Trevarthen, 2008.

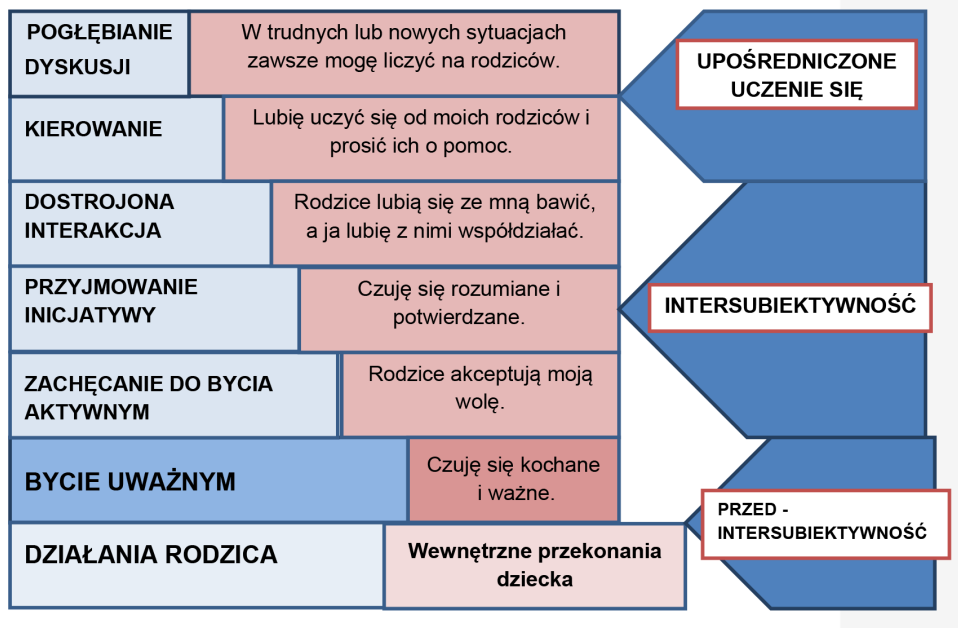
Dla tematu niniejszej pracy najważniejszy jest obszar rozwoju pomiędzy rodzicem a dzieckiem. Ten obszar najpełniej zawiera się w jakości relacyjnej: „kochać”, choć może być zawarty również w obszarach zabawy i pracy, jeśli wiążą się one z towarzyszeniem oraz współpracą opiekuna. Ta relacja nie jest statyczna ani jednowymiarowa, rozwija się także zgodnie z pewnym rozwojowym planem i hierarchią jakości relacyjnych. W tworzeniu relacji pomiędzy rodzicem a dzieckiem stroną odpowiedzialną za to, co się w niej wydarzy, jest zawsze dorosły, ponieważ ma on z założenia dostęp do szerszego repertuaru działań

i reakcji, do refleksyjności, w końcu do odpowiedzialności. Podstawowe znaczenie ma uważne dostrajanie się do zachowań i stanów dziecka, tak aby było możliwe ich moderowanie oraz uczenie współpracy.

Dostrajanie się oznacza, że najpierw uważnie i życzliwie obserwujemy dziecko, tak aby zaoferować mu, adekwatną do jego aktualnej sytuacji, potrzeb oraz stanu psychicznego, pomoc dorosłego. Niezbędna do tego jest zdolność rodzica do pewnej zdystansowanej do siebie samego refleksyjności. Dostrajanie się jest opozycyjne w stosunku do wyłącznego skupienia na przeprowadzaniu swojego z góry założonego planu (bez uwzględnienia aktualnych możliwości dziecka) oraz na skupieniu głównie na swoim stanie psychicznym. Dostrajanie daje nam możliwość korygowania swojego zachowania w odniesieniu do tego, co w daną sytuację wnosi dziecko z szacunkiem zarówno dla niego, jak i dla siebie i swoich potrzeb. Rysunek 2 przedstawia kolejne nabudowujące się na siebie zachowania rodzicielskie, a także odpowiadające im przekonania wewnętrzne dziecka. Nie można pominąć kolejności żadnego z etapów, a uważna obserwacja dziecka wskaże nam, na jakim jest etapie i jakiego działania, być może naprawczego, potrzebuje dziecko. Jest to ważne również z tego powodu, że nie możemy polegać jedynie na normach wiekowych, ponieważ zakres umiejętności dziecka może ich nie odzwierciedlać, pomimo osiągniętego wieku metrykalnego.

W tym miejscu warto wspomnieć o tym, że jak największa konwergencja nie jest jak najbardziej pożądana, tak samo jak najlepsze dopasowanie w relacji nie oznacza największego stopnia dopasowania (Bull, 2002; Heller; Lapierre, 2010). W tym niepożądanym wypadku zachodzi bowiem brak odrębności osób, zlanie się ze sobą, strata własnego „ja” na rzecz pozornej harmonijnej wspólnoty. Respektowanie stanów i potrzeb dziecka nie oznacza przecież spełniania ich domagań i brania „na poważnie” wszystkich ich słów lub zachowań, ale zagłębienie – niejako „pod podszewkę” tego, co prezentuje dziecko, tak aby zrozumieć jego stany i potrzeby, konflikty i trudności. Gutstein (2013) zwraca uwagę, że momenty rozłamu porozumienia i konflikty są bardzo ważnym doświadczeniem dla obojga zaangażowanych stron. Powodują rozbudowę świadomego „ja” (uświadamiamy sobie, co jest dla nas ważne lub trudne i dlaczego), zwiększają umiejętności naprawy relacji bez straty dla siebie samego, wreszcie uczą nas różnorodności i pluralizmu. Widzimy więc, że jakość zachowań rodzicielskich jest tak ważna, ponieważ na ich podstawie dziecko uwewnętrznia, niekoniecznie świadome w późniejszym biegu życia, ale zawsze widoczne w reagowaniu, przekonania o sobie samym, o innych i o świecie. Przekonania te są przechowywane przede wszystkim w Wewnętrznych Modelach Operacyjnych w ramach przywiązania, dlatego kolejny podrozdział będzie dotyczył właśnie tej tematyki.

Rysunek 2. Budowanie dostrojonej relacji



Źródło: opracowanie własne na podstawie Kennedy, 2011.

1.1.3. Rola przywiązania w komunikowaniu się małego dziecka

Interakcje pomiędzy rodzicem i dzieckiem należą do interakcji przywiązaniowych, to znaczy takich, które dzieją się w relacji przywiązaniowej oraz mają znaczenie dla rozwoju przywiązania. Pozostałe relacje na przykład z ciotką czy starszym bratem, wychowawcą w przedszkolu lub terapeutką mogą pełnić rolę jak najbardziej regulującą, natomiast klasyfikujemy je jako interakcje pozaprzywiązaniowe (Lubiewska, 2019).

Dla ludzkiego niemowlęcia po pierwszym sukcesie, jakim jest urodzenie się, najważniejszym kolejnym jest ustanowienie relacji przywiązaniowej z choć jednym opiekunem. Jest to sprawa pozostania przy życiu. Jeśli odniesie sukces w tworzeniu relacji, będzie miało zapewnione jedzenie, opiekę, schronienie, a przede wszystkim ochronę przed niebezpieczeństwem. Dlatego niemowlęta przychodzą na świat wyposażone we wrodzone zachowania przywiązaniowe (takie jak płacz, uśmiech, wodzenie wzrokiem i inne), poprzez które mają „nakłonić” choć jednego dorosłego do relacji przywiązaniowej – trwałej, pełnej zaangażowania emocjonalnego relacji zapewniającej ochronę i opiekę. Relację przywiązaniową dziecko nawiązuje z kimś, kogo postrzega za większego i silniejszego od siebie, ponieważ tylko taka osoba może zapewnić mu to, czego samo bezradnie nie może sobie samo zapewnić (Ainsworth, 1978; Bowlby, 2007). Mary Ainsworth (1978) rozpoznała trzy typy przywiązania⁵ dzięki opracowanej przez siebie procedurze Obcej Sytuacji (*Strange Situation*) – bezpieczny i dwa pozabezpieczone: ambiwalentny i unikający.

⁵ Wiedza o nich jest już bardzo dobrze rozpowszechniona, więc nie będę ich tutaj szczegółowo omawiać, tym bardziej że przedmiot badania nie wymaga takiego stopnia uszczegółowienia. W zamian przedstawiam syntetyczne ujęcie w postaci notatek graficznych i tabeli.

Graficzne przedstawienie najważniejszych cech charakterystycznych różniących typy przywiązania normatywnego znajduje się w tabeli 1.

Tabela 1. Style przywiązania w niemowlęctwie i we wczesnym dzieciństwie na podstawie procedury Obcej Sytuacji

Styl przywiązania bezpiecznego – B (<i>secure</i>)	Styl przywiązania ambiwalentnego – C (<i>ambivalent</i>)	Styl przywiązania unikającego – A (<i>avoident</i>)
Figura przywiązania dająca bezpieczeństwo i będąca źródłem uspokojenia w sytuacji dystresu, nie wymagając od dziecka ciągłego jej monitorowania.	Figura przywiązania wzbudzająca sprzeczne uczucia – upragniona i wywołująca złość, niedająca trwałego poczucia bezpieczeństwa, które pozwalałoby na swobodną eksplorację otoczenia.	Figura przywiązania niedająca poczucia bezpieczeństwa, dziecko pozornie niezależne od niej, unikanie bliskości fizycznej, brak wyraźnej preferencji opiekuna nad osobą obcą.
Swobodna eksploracja otoczenia, dzielenie się swoimi odkryciami z matką, okazywanie emocji w trakcie zabawy.	Brak swobodnej eksploracji otoczenia – ciągłe zaabsorbowanie matką i kontaktem z nią.	Mocno rozwinięta eksploracja zastępcza – zajmowanie się jakimś przedmiotem, aby poradzić sobie samemu ze stresem w sytuacji obcej, brak swobody i radości w poznawaniu otoczenia.
Protest przeciw rozstaniu z opiekunem, ale po jego powrocie szybkie uspokojenie w kontakcie cielesnym lub wzrokowym / werbalnym.	Duże trudności z rozstaniem z opiekunem, ponowne spotkanie nie przynosi uspokojenia, niezdolność do czerpania uspokojenia z kontaktu z matką w sytuacji dystresu: szeptliwość, ciągły płacz, awantury.	Brak okazywania dystresu i lęku albo tylko niewielki, w sytuacji separacji, rzadko wymagające uspokojenia, unikanie opiekuna po ponownym spotkaniu z nim.
Dziecko potrafi skutecznie kontrolować swoje napięcie, np. poprzez zwracanie się do innej osoby.	Dziecko ma trudności z regulacją afektu (niedostateczna samokontrola), w sytuacji stresu wzmacnianie ekspresji afektu.	Dziecko nadmiernie reguluje afekt i unikanie wszelkich sytuacji, które mogą doprowadzić do wzrostu napięcia – powodować jakąkolwiek odpowiedź emocjonalną.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Ainsworth, 1978; Czub, M., 2005; Stec, 2007.

Mary Main (Main, Solmon, 1990) rozpoznała dodatkowo wzorzec – przywiązanie zdezorganizowane⁶ – poprzez drobiazgową mikroanalizę interakcji. Zauważyła, że niektóre dzieci w trakcie procedury Obcej Sytuacji zachowują się przez ułamki sekund „dziwnie” i chaotycznie, na przykład zastygając na chwilę w drodze do rodziców lub odwracając się od rodziców w momencie dotarcia do nich. Dzieje się tak wtedy, gdy dziecko znajduje się niejako w potrzasku, w sytuacji bez wyjścia, ponieważ figura przywiązania jest dla niego jednocześnie źródłem strachu i oczekiwanym źródłem bezpieczeństwa. Są to wszystkie sytuacje, w których dziecko w ramach więzi przywiązaniowej doświadcza od opiekuna przemocy lub bezradności i przerażenia (na przykład gdy rodzic jest chory psychicznie).

⁶ Są dwa sposoby rozumienia przywiązania zdezorganizowanego. Według pierwszego, autorstwa M. Main, jest to dezorganizacja wzorca przywiązania: albo bezpiecznego, albo pozabezpieczanych. Drugi, późniejszy, uznaje przywiązanie zdezorganizowane za osobny, najmniej pożądaną wzorzec przywiązania. Osobiście skłaniam się ku pierwszemu z wymienionych sposobów myślenia o tym konstrukcie teoretycznym (Main, Solmon, 1990; Crittenden, 2005a; Siegel, 2009; Gerhardt, 2010 i in.).

Takie okoliczności blokują prawidłowy rozwój emocjonalny i społeczny, a także znacząco utrudniają rozwój spójnej osobowości. Ponieważ dziecko nie może przewidzieć zagrożenia, ani od niego uciec, nieustannie ma się na baczności, jednocześnie często korzystając z takich mechanizmów obronnych jak dysocjacja i defragmentacja. Żyje w stanie ciągłego, bardzo silnego pobudzenia i całkowicie rozregulowanych emocji, ucząc się, że przez eskalację zachowań kontrolujących i niszczących (agresywnych) może jakoś ustrukturować swoje relacje z innymi, skoro bliskość z innymi jest dla niego przerażająca (Gerhardt, 2010; Porges, 2021).

Oczywiście, rodząc się, dziecko nie ma jeszcze ukształtowanej relacji przywiązaniowej *sensu stricto* z żadnym człowiekiem, a nawet nie ma wyodrębnionej spośród opiekunów prymarnej figury przywiązania. Choć niektórzy badacze mówią obecnie o przywiązaniu prenatalnym, to określają tak afektywną więź, która rozwija się między matką a jej nienarodzonym dzieckiem, a przecież komponent emocjonalny nie wyczerpuje zawartości konstruktury przywiązaniowej (Brandon, Pits, Denton, Stringer, Evans, 2009). Przywiązanie (*attachment*) jest odrębną i skomplikowaną konstrukcją reprezentacji umysłowych, która najłatwiej nadbudowuje się na pierwotnej więzi biologicznej (*bonding*), ale może także wytworzyć się w oparciu o kontakt z inną osobą, o ile będzie spełniała warunki definicyjne głównego opiekuna (Ainsworth, 1982; Verrier, 1993; Gray, 2010). Tabela 2 zawiera charakterystykę czterech następujących po sobie faz konstytuowania się przywiązania w obrębie jednej więzi przywiązaniowej. Osoby dorosłe również przechodzą przez kolejne fazy przywiązaniowe i dopiero gdy je przejdą, można powiedzieć że na przykład związek romantyczny jest więzią przywiązaniową wspierającą obu partnerów w ich rozwoju (Hazan, Shaver, 1987; Fraley, Shaver, 2000).

Tabela 2. Fazy kształtowania się przywiązania w rozwoju normatywnym

Faza	Przedział czasowy	Charakterystyka okresu
Przed-przywiązaniowa	0–3 miesiące	Niemowlę poprzez zachowania przywiązaniowe wysyła sygnały nakłaniające do dobrej opieki nad nim, brak wyraźnego ukierunkowania na jedną osobę.
Przywiązanie w trakcie tworzenia	3–7 miesięcy	Niemowlę różnicuje osoby i woli jedną ponad inne, jest zdolne do społecznego uśmiechu rozpoznania względem niej, dziecko jest zdolne inicjować kontakt; na bazie codziennych interakcji tworzą się łańcuchy zachowań systemu przywiązania.
Wyraźnie ukształtowane przywiązanie	7–24 miesiące	Niemowlę wyraźnie cierpi, gdy jest odseparowane od swojego opiekuna, umie regulować poziom bliskości i poszczególne sekwencje zachowań, aktywne dążenie do bliskości z opiekunem, figura jako „bezpieczna baza”.
Związek przywiązaniowy ustanowiony ze względu na cel	od 24 miesięcy, okres przedszkolny	Dziecko jest w stanie widzieć w opiekunie odrębną osobę, która ma często odmienne cele niż ono samo, jest w stanie je negocjować, umie zachować integralność pomimo nieobecności opiekuna, ma dostęp do coraz większej ilości strategii przywiązaniowych, przywiązanie uogólnia się na większość zachowań społecznych i obraz świata.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Czub, M., 2005; Schaffer, 2005.

W prowadzonych rozważaniach kwestią najważniejszą jest to, że przywiązanie stanowi swoistego rodzaju uwewnętrzną formę komunikacji interpersonalnej stanowiącą pewien względnie stabilny schemat prowadzenia i rozwoju relacji. Przechodząc kolejne fazy rozwoju, przywiązanie staje się z czasem komunikacją uwewnętrzną: intrapersonalnym poziomem metakomunikacji. Zmienia się jego definicja: nie jest już szczególnego rodzaju asymetryczną więzią emocjonalną (charakteryzującą dwie osoby: dziecko i opiekuna), lecz reprezentacją umysłową (jednej osoby: dziecka) zawierającą zbiór uniwersalnych reguł odnośnie prowadzenia relacji, sposobów i możliwości osiągania celów oraz reguł rządzących światem społecznym w ogólniejszym rozumieniu. Sroufe (1995) zwraca uwagę na to, że przywiązanie stanowi w gruncie rzeczy prymarną, diadyczną formę regulacji emocji:

Wewnętrzny Model Operacyjny (...) steruje nie tylko uczuciami i zachowaniem, lecz także uwagą, pamięcią i poznaniem (...). Indywidualne różnice w modelach operacyjnych związane są nie tylko z indywidualnymi różnicami w schematach zachowań niewerbalnych, ale także schematach języka i strukturach umysłu (Wallin, 2011, s. 42–43).

Wyróżnione powyżej reguły działające w umyśle wyłaniają się z doświadczeń powtarzanych po wielokroć w codziennych interakcjach z figurą przywiązania, dlatego Stern (1985) nazywa je „zgeneralizowanymi reprezentacjami interakcji”. Co ważne, w świetle dzisiejszej wiedzy z zakresu neuronauki wiemy, że wzory emocjonalnego doświadczenia gromadzonego w relacjach z innymi ludźmi we wczesnym dzieciństwie promują nawyki reagowania fizjologicznego naszego organizmu, ustanawiając bezpośrednie związki pomiędzy wczesnym życiem interpersonalnym i emocjonalnym a funkcjonowaniem biologicznym organizmu (Cozolino, 2006; Siegel, 2009; Gerhardt, 2010). W rezultacie, uwewnętrzniony sposób pierwotnej komunikacji staje się wewnętrznym *status quo*, do którego odtwarzania przez całe życie dążymy, zakładając swoiste „okulary”, które organizują całość naszej percepcji. Wszystkie te codzienne doświadczenia, które odbieramy holistycznie, całym sobą, wpływają na nasz późniejszy podstawowy stan poczucia siebie, specyficzny wzorec bycia połączonym z innymi (Schore, 1994; Schore, 2001). Przewodnie przekonania odnośnie specyficznego wzorca bycia połączonym z innymi w każdym typie przywiązania przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Główne elementy WMO dotyczące specyficznego wzorca bycia połączonym z innymi oraz jakości dostrajania się do innych w poszczególnych typach przywiązania

Ambiwalencja	Unikanie	Bezpieczny	Zdezorganizowany
Umiem albo myśleć, albo przeżywać.	Niewiele wiem o sobie samym.	Troszczę się o siebie i umiem się uspokajać.	Jestem przerażający, a ty niedostępny i nieprzewidywalny.
W moich stanach emocjonalnych i umysłowych panuje zamęt.	Jestem dobry w myśleniu abstrakcyjnym, ale unikam refleksji w kontekście osobistych emocji (jest dla mnie niemożliwa).	Umiem i myśleć, i przeżywać jednocześnie.	Panuje we mnie chaos i dlatego wmagam kontrolę / dlatego się rozpadam.

cd. tabeli nr 3 na nast. stronie

Ambiwalencja	Unikanie	Bezpieczny	Zdezorganizowany
Zarażam się Twoimi wewnętrznymi stanami emocjonalnymi. Mogę współbrzmieć, ale nie współregulować.	Dostrajam się do Ciebie pozornie, wyrzekając się swoich stanów emocjonalnych.	Mogę swobodnie dostrajać się do Ciebie i wzajemnie regulować.	Muszę Cię kontrolować i niszczyć, ponieważ ty chcesz zniszczyć mnie.

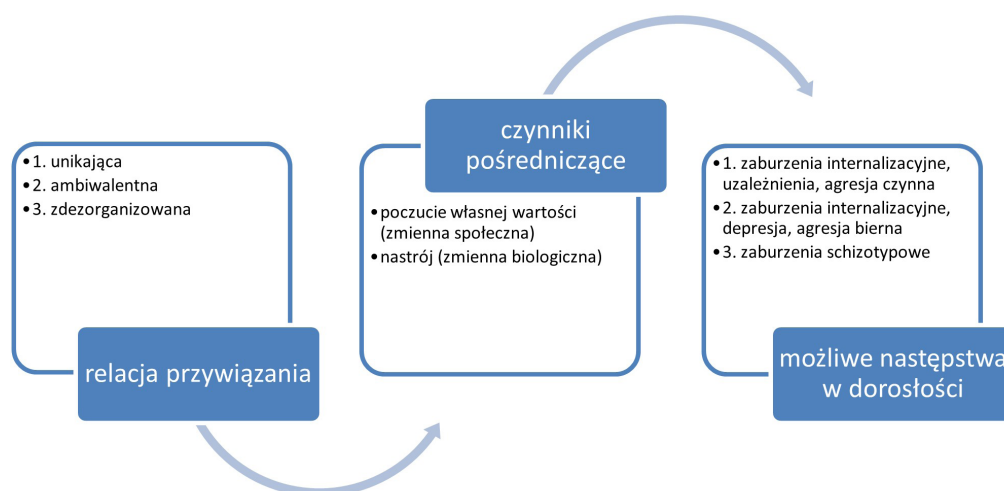
Źródło: opracowanie własne na podstawie: Main, Solmon, 1990; Siegel, 2009; Gerhardt, 2010.

Szczególne znaczenie ma to, że uwewnętrzniamy nie tylko zawartość przekazywanych komunikatów (co staje się późniejszym dyskursem wewnętrznym, zawartością treściową), ale także cechy formalne, czyli sposób, w jaki figura przywiązania komunikuje się z nami. Tutaj znajduje się całe spektrum zachowań i stanów cielesnych, enaktywnych, emocjonalnych oraz umysłowych, które determinują nasz późniejszy sposób wchodzenia w relacje. Determinują one to, jak się w obrębie tych relacji zachowujemy, jak spontanicznie reagujemy na zachowania partnera i, co najważniejsze: jak postępujemy, gdy przychodzi kryzys w relacji. Od dominującego wzorca przywiązania zależy, czy dostępne są nam satysfakcjonujące procedury uzyskiwania ulgi i pocieszenia oraz odpowiednia mobilizacja umysłowa w celu znalezienia rozwiązania dla doświadczanego problemu, czy raczej mamy do czynienia ze stanem dysocjacji, zamrożenia, oderwania, niepamięci i braku pomysłów, który często przez osoby dorosłe jest opisywany jako „wpadanie do czarnej dziury”. Celnie wyraziła to Mary Main, mówiąc o „ustrukturyzowanych procesach, które umożliwiają lub blokują dostęp do informacji” (za: Wallin, 2011, s. 42; Sroufe, 1985; Kopec, 2011). W świetle dzisiejszego stanu neuronauki nie jest przesadą powiedzieć, że przywiązanie jest jednym z ważniejszych promotorów naszych wzorów reagowania fizjologicznego (Cozolino, 2006; Gerhardt, 2010; Siegel, 2009; Wallin, 2011). Tworzenie się schematu przywiązania nadaje kształt relacjom w ciągu całego życia właśnie dlatego, że stanowi formę pamięci utajonej.

Na schematy przywiązania składa się utajona pamięć proceduralna zawierająca sensoryczne, motoryczne, afektywne i poznawcze wspomnienia doświadczeń związanych z opieką. Są to sieci pamięci, które powstają w ciągu całego życia pod wpływem kolejnych doświadczeń interpersonalnych. Schematy przywiązania kierują naszą uwagę w stronę innych lub odwracając ją od nich, dostarczając na bieżąco nieświadomych bodźców wywołujących decyzję zbliżenia lub unikania. Ujmując rzecz z innej strony, można powiedzieć, że schematy przywiązania zawierają ocenę prawdopodobieństwa osiągnięcia pozytywnego lub negatywnego stanu emocjonalnego w wyniku kontaktu z innymi (Cozolino, 2012, s. 140–141).

Obecnie bardzo intensywnie rozwija się nurt badań nad przywiązaniem w kontekście późniejszych zaburzeń psychicznych, dostarczając nam coraz bardziej precyzyjnej wiedzy o środowiskowych czynnikach zaburzeń psychicznych (por. Kubiak, 2017). Rysunek 3 ilustruje ogólny schemat powiązań pomiędzy przywiązaniem w dzieciństwie a zaburzeniami psychicznymi w dorosłości.

Rysunek 3. Ogólny schemat pomiędzy przywiązaniem w dzieciństwie a psychopatologią w dorosłości



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Crittenden, 2005a; Siegel, 2009; Gerhardt, 2010; Wallin, 2011.

Dopiero gdy w okresie dorastania lub nawet w późniejszym okresie życia dana jednostka nabędzie zdolność kierowania swoimi procesami psychicznymi i regulacyjnymi na metapoziomie pozwalającym jej na refleksyjną relację z samym sobą – z „osobistym ja”, wtedy dopiero ta zmiana jest możliwa. Innym rozwiązaniem jest pojawienie się nowej, trwałej (powyżej dwóch lat trwania) alternatywnej relacji przywiązaniowej, która wpłynie na reprezentacje umysłowe w formie Wewnętrznych Modeli Operacyjnych oraz na czynności neurofizjologiczne. Wytworzenie alternatywnej relacji przywiązaniowej może być trudne, ponieważ reprezentacje przywiązaniowe wpływają także na wybór „znaczących innych”, z którymi łatwo nam podzielić doświadczenie, współbrzmieć i których podobieństwo do wcześniejszych doświadczeń, które przechowujemy w pamięci ukrytej, doprowadzają nasz mózg do zalewu endorfin (Siegel, 2011; Wallin, 2011).

Jednak zmiana jest możliwa, ponieważ styl przywiązania i zawartość Wewnętrznych Modeli Operacyjnych jest pochodną naszych dominujących interakcji komunikacyjnych powtarzanych po wielokroć w ciągu naszego życia. Operacjonalizacja przywiązania jako procesu interakcyjnego zwanego „kręgiem ufności” lub „cyklem przywiązania” pomaga to lepiej zrozumieć (Gray, 2010; Stec, 2011; Powell, Cooper, Hoffman, Marvin, 2015). W tej koncepcji kluczowe są powtarzane w różnorodnych sytuacjach sekwencje: prośba o pomoc w sytuacji stresu – uspokojenie albo jego brak. Gdy cykl przywiązania zapewnia poczucie bezpieczeństwa, tak jak to zostało przedstawione na Rysunku 4, powtarza się wystarczającą ilość razy (często), to dziecko nabywa poczucie podstawowej ufności, że świat jest dobrym miejscem, żeby tu żyć, a ludzi może obdarzać zaufaniem, ponieważ pomogli mu, kiedy ich prosiło o pomoc.

Rysunek 4. Cykl przywiązania zapewniający dziecku bezpieczeństwo



Źródło: opracowanie własne (Stec, 2011)

Jak wynika z powyższego schematu, aby adekwatnie odpowiedzieć na prośbę dziecka i doprowadzić do powrotu dziecka do równowagi emocjonalnej, rodzic powinien zadziałać dwuetapowo: po pierwsze, zrozumieć o co dziecko go prosi, prawidłowo odczytać sygnał, a po drugie, dopasować się do dziecka, dostroić do jego aktualnego stanu psychicznego i zachowania. Małe dziecko może zająć się eksploracją otoczenia dopiero wtedy, kiedy jego potrzeby są zaspokojone i odczuwa więź ze swoim opiekunem. Cykl przywiązania zapewniający bezpieczeństwo wiąże się więc z otrzymywaniem *optymalnego społecznego biofeedbacku* (Gerhardt, 201, s. 20). Bezpieczne przywiązanie w relacjach rodzic–dziecko sprzyja otwartej komunikacji, w której jak największy zakres treści poddawany jest wspólnemu omówieniu i namysłowi, także doświadczenia trudne dla dziecka (Stasiakiewicz, 2001). Znajduje to odzwierciedlenie we współbrzmieniu cielesnym, enaktywnym oraz emocjonalnym, a co za tym idzie – w dyskursie wewnętrznym osoby. W przyszłości dziecko będzie umiało poddać swoje wczesnodziecięce doświadczenia konstruktywnej refleksji oraz zdecydować o swoim rozwoju (Cozolino, 2012).

1.2. Teoretyczne koncepcje roli komunikacji w procesie rozwoju małego dziecka

W podrozdziale 1.2 omówię najważniejsze dla tematyki i przedmiotu badań koncepcje dotyczące roli komunikacji w procesie rozwoju małego dziecka. Według kolejności ważności, a jednocześnie od najbardziej uniwersalnej do najbardziej szczegółowej zostaną przedstawione kolejno koncepcje: Colwyna Trevarthena, Grażyny Kmity oraz Marca Bornsteina.

1.2.1. Teoria intersubiektywności Colwyna Trevarthena

Pojęcie intersubiektywności pojawiło się we współczesnym dyskursie naukowym dzięki Jurgenowi Habermasowi i jego teorii racjonalności komunikacyjnej. Zakładał on bardzo fundamentalne i głębokie istnienie „Innego” w przestrzeni komunikacyjnej, a sam proces komunikacji za akty otwartości – dochodzenia do porozumienia bądź odrzucenia i zakwestionowania „Innego”. Intersubiektywność można zdefiniować najogólniej (a więc na pewno także i redukcjonistycznie) jako dostępność do tej samej rzeczywistości przynajmniej dwóch osób. Podzielanie rzeczywistości społeczno-politycznej uprzednio poprzez doświadczenia i język współkonstruowanej (Habermas, 1999).

Omawiany termin, pochodzący z filozofii i socjologii, został zaadaptowany na grunt psychologii rozwojowej. W dziedzinie tej pojęcie intersubiektywności pojawiło się najbardziej wyraziście w teorii intersubiektywności Colwyna Trevarthena, choć znajdziemy ją także w teoriach Daniela Sterna oraz Andrew Meltzoffa (Beebe, Knoublach, Rustin, Sorter, 2003). Dzięki pracy tych trzech badaczy termin intersubiektywność na stałe zagościł w teoriach i rozważaniach dotyczących zdrowia psychicznego niemowląt (Trevarthen, 2007a). Każdy z nich oczywiście nieco odmiennie rozumiał to pojęcie. Dla Trevarthena (2002) jest terminem najlepiej opisującym rzeczywistość psycho-społeczno-poznawczą człowieka. Wyraźnie opowiada się on za całościowo jednakową jakościowo kondycją człowieka jako istoty posiadającej od urodzenia wrodzone zdolności komunikacyjne, możliwość odczytania intencji innych oraz uczestniczenia w podzielanych stanach emocjonalnych oraz poznawczych. Przedstawia obraz niemowlęcia otwartego na intersubiektywną rzeczywistość oraz mocno akcentuje, że *homo sapiens* od urodzenia jest już równowartościowym i równoważnym podmiotem wymiany społecznej, a nie tylko przedmiotem komunikacji czy wychowania.

Podczas gdy Bowlby (1980a) mówił o znaczących innych (*important others*), tworzących ekskluzywne grono świata uczuciowego małego dziecka od około szóstego miesiąca życia, to Trevarthen (Trevarthen, Aitken, 2001), wyjaśniając, w jaki sposób niemowlę jest zdolne tworzyć Wewnętrzne Modele Operacyjne (*Internal Working Models*), wprowadził pojęcie „wirtualnego innego” (*virtual other*), który od pierwszych dni dziecka jest obecny w jego umyśle. Za jego pomocą niemowlę zapamiętuje cechy interakcji oraz specyficzne właściwości danej osoby i modyfikuje swoje zachowanie w zależności od tego, z kim wchodzi w interakcję (Schaffer, 2006). Wielokrotnie Trevarthen (2001; 2007a; 2007b; Trevarthen, Reddy, 2006) argumentuje, że ludzkie dziecko od samego urodzenia posiada własną świadomość. Nie przedświadomość, nie częściową świadomość ani nawet nie pierwotną świadomość siebie wspólną ze zwierzętami, lecz właśnie pełną już intersubiektywność oraz idącą za nią zdolność do dzielania pola uwagi. Nie oznacza to oczywiście, że noworodek zdolny jest do samoopisu werbalnego (Bee, 2004), że posiada kompletny schemat swojego ciała lub że przeszedł już etap konstrukcji swojej tożsamości psychospołecznej (Erikson, 2000; Witkowski, 2000). Zamiast tego cechuje go głębokie przekonanie

swojej odrębności oraz istnienia kogoś innego niż ono samo. Podobne przekonanie żywi Daniel Stern (1985), który przypisuje dziecku „poczucie siebie” istniejące jeszcze przed momentem narodzenia, na które w trakcie rozwoju nabudowują się kolejne, bardziej zaawansowane warstwy świadomości, natomiast nie jest tak, że dziecko nabywa je dopiero w toku rozwoju. Nie chodzi tu znowu oczywiście o refleksyjne i posługujące się złożonymi symbolami „ja”, natomiast o subiektywne doświadczanie siebie, niewerbalne poczucie siebie, które ma zdolność organizowania swego własnego doświadczenia (Kmita, 2013). Oznacza to, że Stern (podobnie jak Trevarthen) uznaje, że od początku niemowlę posiada pewne elementarne formy wywierania wpływu na siebie samego. Wyłaniające się poczucie siebie rozwija się w relacji z bliskimi opiekunami, w podstawowym doświadczeniu bycia z drugimi i jeśli zabraknie tego aspektu w rozwoju, to konsekwencją jest również brak stabilnego poczucia własnego „ja” na bardzo podstawowym poziomie, który ma związek ze wstydem jako emocją dominującą wówczas, gdy zachowania komunikacyjne niemowlęcia nie spotykają się z wystarczającą odpowiedzią (Stern 1985; Stern, 1995; Gilligan, 2001; Holinger, 2006; Gerhardt, 2010). Współcześni badacze zwracają uwagę, że pierwotna emocja wstydu jest silnie związana z faktyczną lub przewidywaną utratą lub zagrożeniem utratą więzi emocjonalnej (Czub, 2014). Ujawnia się już w pierwszym roku życia w sytuacjach niepowodzenia w skutecznym osiągnięciu swoich celów, spośród których pierwsze, to nakłonienie opiekuna do uzyskiwania trwałego kontaktu emocjonalnego, ochrony i opieki (Czub, 2003; Siegel, 2009; Gerhardt, 2010⁷). U niemowląt „wstyd zależy od braku potwierdzenia i akceptacji (...) wiąże się z poczuciem niższości” (Holinger, 2006, s. 35), który może być zagrażający dla ich zdrowia psychicznego:

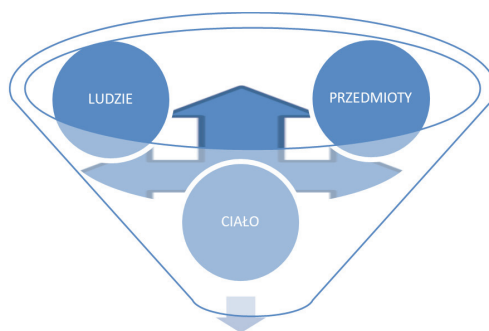
Powtarzające się przywracanie równowagi jest przechowywane jako pamięci trzewna, czuciowa, ruchowa i emocjonalna, dzięki czemu uwewnętrznienie pozytywnego rodzicielstwa staje się doświadczeniem całego ciała. U dzieci pozostawionych na długo w stanie wstydu może nastąpić trwale rozregulowanie czynności autonomicznych (Cozolino, 2012, s. 148).

Colwyn Trevarthen (2007a) w swych pracach konsekwentnie zwraca uwagę na centralny mechanizm kontaktu interpersonalnego w rozwoju każdego człowieka. Uznaje, że komunikacja zachodzi wtedy, gdy można ją zdefiniować jako wymianę międzyosobową. Dlatego termin komunikacja rezerwuje dla wymiany informacji między ludźmi, natomiast kontakt z przedmiotami nazywa manipulacją. Trevarthen wraz ze swoim zespołem badawczym udowodnił, że niemowlę rozróżnia pomiędzy osobami a przedmiotami i w stosunku do tych dwóch kategorii odmiennie organizuje swoje zachowanie. Badacz stoi na stanowisku, że naturą naszej świadomości od samego urodzenia jest „bycie doświadczanym przez innych” (Jennings, 2011, s. 106). Widać to bardzo wyraźnie na nagra-

⁷ „Niechętnie lub karcące spojrzenie dorosłego, gdy dziecko jest w stanie pobudzenia, wywołuje doświadczenie wstydu (Schore, 1994). Ponieważ dla starszych niemowląt wstyd jest neurobiologicznie toksyczny, rodzice powinni w takim momencie odwrócić się od dziecka, żeby nie narażać go na długotrwałe przeżywanie tego uczucia” (Cozolino, 2012, s. 135).

niach filmowych oglądanych klatka po klatce: niemowlę wykonuje pewien gest, grymas twarzy lub wydaje dźwięk i „oczekuje” na reakcje z drugiej strony. Jeśli osoba pozostająca z nim w interakcji wykona jakiś gest lub grymas, niemowlę skutecznie, choć często z pewnym opóźnieniem, powtórzy go. Badania przeprowadzane w ramach psychologii prenatalnej (Eliot, 2003) przekonują nas, że nawet przed urodzeniem się dziecko żywo reaguje na sygnały od innych istot ludzkich, w pierwszym rzędzie oczywiście od swojej matki, ale nie tylko. Dwadzieścia minut po urodzeniu niemowlę ludzkie jest już zdolne naśladować wyraz twarzy osoby, jeśli znajduje się ona w odległości około 20 centymetrów, czyli tyle na ile nastawiony jest punkt fiksacji wzroku noworodka (Trevarthen, Aitken, 2003). Zdolność obdarzania uwagą i dostrajania się są konieczne do udanego, pełnego porozumienia kontaktu, z kolei zaś umiejętność nazywania zachowań i emocji dziecka to podstawa mądrego kierowania dzieckiem i jego rozwojem. Dorosły ułatwia dziecku rozwijanie intersubiektywności i narracji emocjonalnej dzięki adekwatnej i potwierdzającej odpowiedzi na jego sygnały (Kmita, 2003). Co więcej, dzięki pozostawaniu w interakcjach z innymi, niemowlę nabywa wiele narzędzi zrozumienia świata (Trevarthen, 2008). Dzięki zanurzeniu w świecie w bezpiecznej bliskości z opiekunami oraz zakorzenieniu w swoim ciele dziecko może rozwijać swoją tożsamość. Co więcej Trevarthen uważa, że optymalna konstrukcja całościowej tożsamości musi opierać się na tych trzech filarach – trzech obszarach harmonijnego zaangażowania: własne ciało, inni ludzie (obszar społeczny) i przedmioty (rzeczywistość materialna). Rysunek 5 przedstawia graficznie omawiany powyżej proces.

Rysunek 5. Graficzne przedstawienie całościowego procesu konstrukcji tożsamości według C. Trevarthena



KONSTRUKCJA RELACYJNEGO JA

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Trevarthen, 2007a; Trevarthen, 2007b; Trevarthen, 2008.

Jak już wspomniałam wyżej, dla Trevarthena najważniejszym konstruktem pojęciowym, który rozwija w teoretycznych rozważaniach, jest intersubiektywność. Rozpoznał razem z Bratnem trzy jej poziomy: pierwotną, wtórną oraz intersubiektywność trzeciego rzędu (za: Kmita 2013). O w pełni rozwiniętej intersubiektywności możemy mówić wtedy, gdy: 1) dwie osoby są świadome siebie samych (że są odrębnymi osobami, co

czują, co chcą robić), 2) każdy z nich ma świadomość tego, że każdy z nich ma osobny plan, 3) każdy z nich reaguje na działania drugiej osoby, 4) są w stanie wytworzyć wspólne znaczenie i działanie we wspólnej działalności. Inaczej mówiąc, w wyniku intersubiektywności osoby dochodzą do wspólnego znaczenia lub prawdziwego porozumienia między sobą, dlatego że każdy z nich reaguje na działania drugiej osoby oraz podziela pole wspólnej uwagi (Trevarthen, Aitken, 2001) na przedmiocie swojej rozmowy lub działania. Dopiero ten właśnie sposób reagowania stanowi kryterium podziału między intersubiektywnością pierwotną i wtórną.

Intersubiektywność pierwotna jest wrodzona i daje możliwość dzielenia uwagi z jedną osobą oraz skupiania uwagi na osobie bądź przedmiocie, ponadto w stadium tym reagowanie na osoby polega głównie na naśladowaniu ich, tak widocznym w protokonwersacjach. Dziecko jest zaangażowane emocjonalnie w manipulowanie przedmiotami lub w dzielenie stanów wewnętrznych z osobą. Dzięki temu uzyskuje wiedzę o świecie społecznym i materialnym. Proces ten wymaga zaangażowania przez niemowlę procesów samoregulacyjnych, a także ich elastycznego zarządzania poprzez modyfikację w odniesieniu do swoich stanów wewnętrznych lub postrzeganych zewnętrznych sytuacji. Wyłącznie ten rodzaj intersubiektywności dotyczy dzieci do 3 miesiąca życia w rozwoju normalnym. Po tym okresie wzrasta coraz bardziej możliwość uczestnictwa dziecka w bardziej zaawansowanych interakcjach. Stern (1985) zauważa, że do 3 miesiąca przeżywa u dziecka komunikacja jednostronna: rodzic daje – dziecko bierze, później dziecko i daje, i bierze w interakcjach.

Intersubiektywność wtórna jest jednoczesnym utrzymywaniem w polu uwagi i przedmiotu, i osoby. Pozwala na współdziałanie w diadzie, na uzgadnianie wspólnych celów działalności i skoordynowanym ich osiągnięciu. Inaczej mówiąc, dziecko jest w stanie skoordynować dwie odrębne dotąd linie działania: relacyjną „ja–inny” oraz eksploracyjną „ja–przedmiot”. Dzięki temu uzyskuje także zupełnie nową możliwość wpływania na interakcję: jest w stanie zainicjować całkiem nowy temat w interakcji, nie jest już tylko odtwórcą dopasowującym się do opiekuna, ale także czynnym kreatorem zdarzeń, w których uczestniczy. Dostęp do intersubiektywności wtórnej, którą zdrowe niemowlę uzyskuje około 9 miesiąca życia, ma niebagatelne znaczenie dla możliwości uczestnictwa dziecka w triadzie interakcyjnej, a później w bardziej złożonych grupach społecznych. To prowadzi do umiejętności dzielenia różnorodnych znaczeń jednocześnie oraz kierowania swoją regulacją w odniesieniu do coraz większej złożoności interakcyjnej i zaangażowania eksploracyjnego, a także własnego stanu psychofizyczno-cieleśnego. To właśnie te osiągnięcia rozwojowe promują partycypację dziecka w kulturze i społeczeństwie, wcześniej promując jego sukces edukacyjny (Trevarthen, Aitken, 2003; Trevarthen, 2008).

Trevarthen zwrócił bardzo wyraźnie uwagę, że podstawową, niezbywalną, kluczową, najważniejszą, cechą osoby opiekuna jest dla niemowlęcia sama więź emocjonalna. Nie da się jej zredukować jedynie do realizacji zadań opieki i ochrony, tak jak opisywane jest

to w przywiązaniu. Obok opieki i ochrony innymi ważnymi funkcjami więzi emocjonalnych jest na przykład: radosne towarzyszenie, współdziałanie, współpraca, poczucie współprzyjemności szczególnie w zabawie, jak również w procesie uczenia dziecka (Trevarthen, 1977; Trevarthen, 1998; Gruszczyk-Kolczyńska, Zielińska, 2000; Gruszczyk-Kolczyńska, Zielińska, 2004). Jak zauważa Kmita (2013, s. 68), stanowisko Trevarthena stoi także w pewnej opozycji do Fonagiego, który mówił o mentalizacji jako wyłącznie umysłowym procesie:

Według Trevarthena dziecko nie potrzebuje wysublimowanych procesów poznawczych, reprezentacji czy funkcji symbolicznej, a jedynie subtelnej i specyficznej wrażliwości na ruchy ciała i rytmy wyrażane przez ruch, dźwięki, gesty i mimikę innej osoby, oraz komplementarnej zdolności do angażowania własnych rytmów i ruchów w synchronii z partnerem. Innymi słowy, intersubiektywność jest od początku ucieleśniona. Mając bezpośredni kontakt z inną osobą, która komunikuje emocje, intencje, swoje zainteresowanie i zaangażowanie, dziecko nie przeprowadza w pierwszym rzędzie skomplikowanych operacji umysłowych w rodzaju przywoływania własnych, podobnych doświadczeń, ale odpowiada natychmiastowo, intuicyjnie, odzwierciedlając miny, gesty, rytm, itp. Często nawet nie jest to uświadamiane, jak np. wtedy gdy natychmiast odzwierciedlamy mimicznie ból, którego doświadczyło bawiące się z nami dziecko uderzając się, lub radość – towarzysząc niemowlęciu w odkrywaniu czegoś, co dla nas wcale odkryciem już nie jest (Kmita, 2013, s. 68).

Generalnie teoria Trevarthena jest dla mnie pewnym ewenementem na polu psychologii rozwojowej, ponieważ wyraziście i w sposób naukowy łączy zainteresowania badawcze i obszary rozwoju człowieka: osiągnięcia neuronauki wraz z bardzo silnym akcentowaniem doświadczeń i poczuć cielesnych, koncentrację na relacji oraz zabawę i radosne towarzyszenie, wyjście poza paradygmat podzielania uwagi wzrokowej na rzecz innych kanałów komunikacyjnych wraz z zaangażowaniem w muzykę i sztukę jako wartościowe obszary rozwoju człowieka.

1.2.2. Rola komunikowania się w rozwoju samoregulacji – ujęcie Grażyny Kmity

Komunikowanie odgrywa zasadniczą rolę w kształtowaniu się samoregulacji dziecka. Stanowiąc pierwotną relacyjną formę regulowania, promuje jej rozwój oraz indywidualny charakter. Samoregulacja współcześnie to kluczowe pojęcie służące do opisu zdrowego rozwoju osobowości, zdrowia psychicznego, lub przeciwnie – ich nieprawidłowości. Współcześnie procesy samoregulacyjne uważane są za najważniejszy mechanizm pośredniczący pomiędzy dziedzictwem genetycznym i wczesnodziecięcym jednostki a jej funkcjonowaniem w życiu dorosłym. Koncepcje samoregulacji zaczynają wypierać w psychologii rozwoju dotychczasowe skupianie się wokół koncepcji przywiązania, bez względu na odmienną podejść teoretycznych i metodologicznych (Kmita, 2013). Istnieją przynajmniej dwa powody, dla których tak się dzieje. Po pierwsze, przywiązanie stanowi bardzo rozbudowany konstrukt teoretyczny obejmujący różnorodność zjawisk

i procesów, dodatkowo zmieniający się w trakcie biegu życia jednostki. Z tego powodu trudno jest badać precyzyjnie jego fenomeny. Nawet najbardziej, jak dotychczas, pieczołowicie dopracowana propozycja ostatnich lat autorstwa Patricii Crittenden (*CARE index* oraz *DMM model*) jest dość skomplikowana, wymaga treningu przed zastosowaniem i wciąż spotyka się z zarzutami niejednoznaczności (Crittenden, 2005a; Crittenden 2005b). Po drugie, na co zwraca uwagę Kmita (2013), najpopularniejsze miary regulacji interakcyjnej wywodzące się z tradycji przywiązaniowej, takie jak choćby wrażliwość macierzyńska, responsywność, współpraca czy pasywność, są miarami jedynie pośrednimi. Co więcej, dzielą one rzeczywistość interakcyjną na dwa oddzielne obszary badawcze: matki (wrażliwość macierzyńska, responsywność) oraz dziecka (współpraca i pasywność), co stoi w zdecydowanej sprzeczności z definiowaniem regulacji interakcyjnej jako wspólnego wyniku jej uczestników. Dlatego, choć niektóre koncepcje samoregulacji także wprowadzają do analizy badawczej miary pośrednie, takie jak na przykład synchronia interakcyjna, to zawsze korzystają również z bezpośrednich miar badania interakcji takich jak: wspólna uwaga⁸, podzielenie tematu czy radość w diadzie (Senator, 2006; Kmita, 2013). Współczesne badania nad interakcjami, zapoczątkowane przez paradygmat kamiennej twarzy (*still face*), dążą do posługiwania się miarami bezpośrednio doświadczalnymi w badaniu oraz skupiają się na rejestrowaniu zachowań wspólnych, nie zaś wyłącznie jednostkowych. Niewątpliwym wkładem teorii przywiązania, który nie może zostać zakwestionowany, jest wyodrębnienie i opisanie jakości więzi z opiekunem jako najważniejszy spośród innych czynnik wpływający na kompetencje regulacyjne dziecka.

Od lat badacze zajmują się tematem regulacji i komunikacji, starając się opisać i wyjaśnić fenomen relacyjnych podstaw samoregulacji jednostki. Różnorodne definicje samoregulacji obejmują między innymi takie procesy jak: regulację fizjologiczną, emocjonalną, poznawczą, regulację orientacyjną, regulację uwagi itd. Poszczególne koncepcje i ujęcia różnią się od siebie uznawaniem, który poziom regulacji uważają za najważniejszy, a które za pomocnicze. Obecnie dominują teorie skupione wokół regulacji poznawczej oraz emocjonalnej. Oczywistym jest jednak, że w życiu codziennym, w pojedynczym doświadczeniu bardzo trudno jest rozdzielić te procesy od siebie. Dąży się do ujmowania omawianych zagadnień w sposób jak najbardziej całościowy⁹. W tym kontekście ciekawą propozycją jest korzystająca z myśli Pankseppa koncepcja rozwoju samoregulacji Ruth Feldman (Kmita, 2013). Jej model rozwoju procesów regulacyjnych jest zintegrowany

⁸ Kmita (2013) słusznie zauważa, że zagadnienia badawcze podzielenia uwagi i wspólnego tematu są znacznie szersze niż głównie badane w naszej kulturze podzielenie uwagi wzrokowej. Podczas gdy w naszej kulturze jest ona modalnością dominującą w przeważającej części wspólnych aktywności, to obserwacje przeprowadzone w kulturach bardziej pierwotnych niż nasza wskazują na inne modalności zmysłowe, na przykład dotyk lub słuch jako dominujące.

⁹ Badania z zakresu neuronauki wskazują nam, że nie jest możliwe wyodrębnienie obszaru w mózgu, który byłby aktywowany tylko przy angażowaniu pobudzenia emocjonalnego lub tylko pobudzenia poznawczego. Ponadto wyniki badań nad wczesnym rozwojem nakierowują nas na wzajemne związki na przykład pomiędzy regulacją uwagi a regulacją emocji (Eliot, 2003; Cozolino, 2006; Kmita, 2013).

wertykalnie, co oznacza, że poszczególne poziomy funkcji regulacyjnych nabudowują się kolejno na sobie. Tym samym koncepcja Feldman wychodzi poza horyzontalny dualizm: emocje – poznanie, akcentując synchronizację aktywności coraz bardziej złożonych pięter mózgu. Autorka każdemu z okresów rozwojowych przypisuje podstawowe zadania regulacyjne, na przykład dla okresu niemowlęcego przewiduje utrzymywanie równowagi fizjologicznej¹⁰. Szczególnie akcentuje znaczenie synchronii rodzic–dziecko dla korzystnego rozwiązania zadań regulacyjnych. Nie chodzi jedynie o dostrojenie emocjonalne, wokalne czy motoryczne, ale także o koordynację na polu werbalnym oraz symbolicznym. Zasługą Feldman na polu badawczym jest potwierdzanie tezy o promocyjnej roli regulacji podstawowych procesów fizjologicznych i stanów aktywności względem regulacji emocji i uwagi (które także współdziałają ze sobą). Badania prowadzone z udziałem dzieci przedwcześnie urodzonych wykazują, że deficyty funkcji wykonawczych w późniejszych latach można lepiej zrozumieć i wprowadzić skuteczną interwencję na wielu głębszych poziomach, jeśli pomyślimy o tym jako o problemach z regulowaniem się (Kmita, 2013). Bandura zaś (2007) łączył jakość procesów samoregulacji z poczuciem własnej skuteczności oraz podmiotowości i sprawczości.

Regulowanie się nie może być realizowane w sensie wyłącznie indywidualnym – ono odbywa się zawsze w ramach regulacji z udziałem innych osób. Rozpatrywanie zjawiska samoregulacji z pominięciem kontekstu społecznego czy uwarunkowań sytuacyjnych jest wysoce redukcjonistyczne. Mówiąc o procesach samoregulacji, nie mamy na myśli jedynie tych świadomych procesów kontroli wewnętrznej, których używamy intencjonalnie, ale wszystkie, także pochodzące z bieżącego doświadczenia. Arnold Sameroff, autor całościowego ujęcia samoregulacji w ramach transakcyjnej teorii rozwoju, akcentował, że proces samoregulacji wyłania się zawsze w wyniku regulacji z udziałem innych. Z kolei badacze rozwoju dzieci przedwcześnie urodzonych: Brazelton, Beebe czy Als, wskazują na bardzo silne uwarunkowania biologiczne samoregulacji. Podkreślają zgodnie, że noworodek jest kompetentnym i aktywnym partnerem interakcji z osobami oraz cechuje go zainteresowanie światem zewnętrznym, które przejawia się chociażby poprzez obserwowanie lub próby manipulowania przedmiotami. Ponadto niemowlę jest w stanie regulować sobie poziom dostępnej stymulacji poprzez proste odwrócenie głowy w sytuacji zbyt dużego pobudzenia (Kmita, 2004; Brazelton, Sparrow, 2013; Kmita, 2013). Synchronia diady rodzic–dziecko stanowi tutaj podstawowe narzędzie pozwalające osiągnąć dojrzałość układów regulacyjnych dziecka, dlatego tak ważne są te zagadnienia dla ubogacania obszarów pedagogiki specjalnej i wczesnego wspomagania dziecka z niepełnosprawnościami. Jak pisze Kmita:

W tym kontekście duże znaczenie mogą mieć wyniki badań wskazujące na możliwości wspierania rozwoju procesów regulowania się poprzez interwencję ukierunkowaną na zwiększenie wrażliwości rodziców na sygnały dziecka (Olafsen i in., 2012), jak również

¹⁰ Następne zadania regulacyjne według Feldman to kolejno: regulacja pobudzenia i emocji, regulacja uwagi i samoregulacja (Kmita, 2013).

wyniki badań nad związkiem pomiędzy temperamentem dziecka, regulowaniem się a jakością opieki rodzicielskiej i interakcji rodziców z dzieckiem (Kmita, 2013, s. 99).

Jedną z polecanych metod wspierających procesy regulowania się poprzez systematyczne zwiększanie obszarów doświadczanej synchronii w diadzie jest metoda Wideotreningu Komunikacji¹¹. Prawidłowo zastosowana potrafi przynieść bardzo szybkie i trwałe efekty, zapewniając udane przejścia poprzez kolejne stadia rozwojowe.

Grażyna Kmita, wychodząc od podbudowy teoretycznej Colwyna Trevarthena oraz Daniela N. Sterna, proponuje autorskie relacyjne ujęcie uwarunkowań regulowania się. Uważa, że relacja matka–dziecko ma podstawowe znaczenie dla rozwoju procesów regulowania się; dziecko nie może rozwinąć optymalnej jakości procesów samoregulacji, jeśli wpięrow nie doświadcza satysfakcjonującej regulacji z udziałem innych. Argumentuje, że właśnie określenie „regulowanie się” odzwierciedla zadowalająco podmiotowość i sprawczość procesu samoregulacji, choć posługuje się nim zamiennie z innymi określeniami opisującymi omawiane zjawisko. Centralnym pojęciem dla autorki koncepcji jest cecha komunikacji opiekun–niemowlę nazwana przez nią regulacją interakcyjną. Rozumie ją ona jako:

odbywający się z sekundy na sekundę proces dopasowania, czy dostrajania społecznie ukierunkowanych zachowań partnerów (Beebe, 2003; Kmita, 2013). Przy czym przez zachowanie społecznie ukierunkowane rozumiem każde zachowanie kierowane do partnera interakcji i takie, które może on dostrzec, a które staje się „zachowaniem interakcyjnym”, gdy rzeczywiście zostanie ono odebrane / dostrzeżone i potwierdzone przez partnera (Kmita, 2013, s. 57).

Ważnym jest, że zdarzenia w tych sekwencjach interakcyjnych nie pojawiają się na zasadzie przyczynowo-skutkowej, lecz na zasadzie prawdopodobieństwa. W ten sposób definicja proponowana przez Kmitę staje się zbieżna z definicją interakcji Grace Shugar (1995), w której jest mowa o koordynacji linii działania osób i wzajemnego ciągłego dopasowywania się w toku interakcji. Autorka poprzez użycie terminu „regulacja interakcyjna” nie określa *ad hoc* jej jakości, ani nie ocenia wkładu każdego z partnerów interakcji¹². Każdy z uczestników regulacji wnosi do niej swoje mocne i słabe strony, swe uwarunkowania i cele, tak że ma ona charakter transakcji.

Sander (Kmita, 2013) zwraca uwagę, że regulacja interakcyjna ma podstawowe znaczenie dla ustalania dobowych rytmów snu i czuwania niemowlęcia¹³. Ponadto stany

¹¹ Grażyna Kmita jest trenerem i superwizorem metody Wideotreningu Komunikacji. Na co dzień stosuje ją w swojej pracy w Zakładzie Wczesnej Interwencji Psychologicznej IMiD w Warszawie.

¹² Jest to szczególnie cenne, gdy założenia teoretyczne mają być punktem wyjścia dla praktyki pedagogicznej i terapeutycznej. W takim ujęciu nie istnieje jeden najlepszy czy wzorcowy scenariusz interakcji, ale możliwych jest wiele odpowiedzi na każde społecznie ukierunkowane zachowanie. Konkretny przebieg interakcji jest uwarunkowany różnicami indywidualnymi jej uczestników, sytuacyjnie oraz wynika z procesów wzajemnego dostrajania się i synchronizacji działań.

¹³ Z kolei regulacja stanów okołodobowych stanowi podstawę dla regulacji uwagi, również wykonawczej, oraz kontroli impulsów (Siegel, 2009; Siegel, 2011; Kmita, 2013).

fizjologiczne nabierają relacyjnego zabarwienia dzięki temu, że niemowlę poprzez wielokrotnie powtarzane sytuacje kojarzy dany stan fizjologiczny z interakcją z głównym opiekunem, tworząc bardziej rozbudowane konstrukcje pamięciowe. W ten sposób rośnie samoświadomość dziecka, staje się ona coraz bogatsza w swoim zakresie. Tak dzieje się jednak tylko w interakcji, w której rodzic i dziecko stanowią pewnego rodzaju *wspólny ko-regulujący się system* (Kmita, 2013, s. 58), a ich interakcję można określić jako opartą na współregulacji. W przeciwnym przypadku mamy do czynienia z interakcją jednostronną, w której dziecko ma niewielką szansę na doświadczanie modulacji własnych emocji poprzez dostrojone odpowiedzi matki, niemowlę ma mniejszą możliwość „przekształcenia” tej modulacji zależnej od matki we własne fizjologiczne wzory regulacji (Kmita, 2013, s. 60).

W tej sytuacji mają miejsce niedokończone cykle interakcyjne (brak sekwencji sygnał – odpowiedź, potrzeba – zaspokojenie) zaburzające naturalne rytmy fizjologiczne. Dochodzi do przedłużonej aktywacji układu współczulnego – niekorzystnego dla rozwoju jednostki, utrzymywania się stanu napięcia i wzburzenia, co z kolei negatywnie wpływa na rozwój także tej konkretnej relacji, w której zachodzi. Jeśli niedokończony cykl będzie powtarzał się w sposób względnie trwały, doprowadzi to do rozpoznawania przez organizm dziecka stanu podwyższonego napięcia jako wyjściowego poziomu pobudzenia (Schore, 1994; Siegel, 2009; Gerhardt, 2010).

Kmita zwraca uwagę na złudne, a niestety potocznie dominujące przekonanie, że im wcześniej niemowlę osiągnie zdolność samoregulacji, tym lepiej. Propagatorzy tej idei przykładają szczególną uwagę do działań minimalizujących lub wycofujących uczestnictwo opiekuna w regulacji interakcyjnej, uznając to za właściwy sposób na wytworzenie się u dziecka kompetencji samoregulacji. W pewien sposób faktycznie tak się dzieje: dzieci rozwijają rozbudowane strategie samouspokajające, takie jak: ssanie palca, zasypianie, kiwanie się, odsuwanie się od opiekuna w sytuacji dysstresu (zamiast zbliżania). Jednak są one wręcz zaprzeczeniem oczekiwanej zdolności samoregulacji, na co wskazują liczne obserwacje i badania prowadzone od lat pięćdziesiątych ubiegłego wieku (Spitz, 1945; Bowlby, 1980b; Crittenden, 1992; Sroufe, 1995; i inni) oraz rozwijające się intensywnie badania nad jakością zachowań regulacyjnych w diadach opiekun–niemowlę przedwcześnie urodzone (Kmita, 2005; Kmita, 2007; Kmita, 2013). Dzieci stają się „spokojnymi, zajmującymi się samymi sobą niemowlętami”, ale tracą podstawową zdolność sygnalizowania swoich potrzeb osobom troszczącym się o nie (Kmita, 2006; Kmita, 2007; Kmita, 2013). Stosowane przez nie strategie nie są ani zorientowane na osobę, ani na rozwiązanie sytuacji trudnej, ale na bardzo niekorzystny rozwojowo proces – minimalizowanie odczuwania dysstresu. Może to paradoksalnie w dłuższej perspektywie trwale zablokować relacyjną, jak i jednostkową zdolność minimalizowania dysstresu (uspokajania się), a także zdolności jego rozpoznawania i monitorowania. Tak więc w tym rozumieniu strategie (samo)regulacyjne należy zdecydowanie przeciwstawić strategiom samouspokajającym. Tymczasem im mniejsze dziecko, tym większego potrzebuje wsparcia od bliskiego

emocjonalnie dorosłego w przeprowadzeniu z sukcesem procesów regulacyjnych i dopiero w miarę ich doświadczania zwiększa swój udział w regulowaniu swoich stanów. Nie jest to spowodowane w pierwszym rzędzie tylko tym, że dziecko nie posiada jeszcze wszystkich narzędzi udanej samoregulacji albo że nie umie ich wykorzystać, ale regulowanie się jest w pierwszym okresie immanentnie relacyjne. Podstawowe doświadczenia dziecka są także dwuwalentne: głód – nasycenie, czuwanie – sen. Dlatego też umiejętnie stosowane przez opiekunów strategie regulacyjne stanowią podbudowę ludzkiego *self*, które także jest w swej konstrukcji relacyjne. Nasz umysł prowadzi ciągły dialog, a cechująca go potrzeba tworzenia narracji także stanowi pewną jego formę. Dziecko potrzebuje dla zdrowia psychicznego sygnalizować bliskiej osobie swoje potrzeby oraz doświadczać ich rozpoznawania i potwierdzania przez opiekunów. Ale to nie jego zdrowie psychiczne czy przetrwanie jest w pierwszym rzędzie motywem ukierunkowującym ko-regulację diady. Sander powiada, że są nimi przedsymboliczne i przedwerbalne „uwspólnione stany świadomości diadycznej” bardzo silnie oddziaływujące i bardzo łatwo poddające się wywoływaniu, ponieważ są reprezentacjami emocjonalno-ruchowymi (za: Kmita, 2013, s. 60–61). Mówiąc prościej, celem jest doświadczanie bycia z drugą osobą jako trwałego, stabilnego stanu. Podobnie uważa Kmita (2013). Jej zdaniem procesy motywacyjne ukierunkowują naszą działalność, uruchamiając konieczne procesy regulacyjne, ale regulowanie się nie jest tutaj celem samym w sobie. Organizuje ono nasze działanie, wyposaża nas. Wynikiem jest wzrastające poczucie siebie jako aktywnego, wartościowego dla innych podmiotu. Procesy motywacyjne i regulacyjne w samoregulowaniu się przenikają się wzajemnie: motywacja nadaje kierunek, a regulacja zapewnia jej spójną realizację. Z kolei u podstaw do komunikowania i regulowania się nie leży jedynie, jak akcentują to teorie przywiązaniowe, motywacja do przetrwania (motyw ochronny), ale także inne. Podział zaproponowany przez Trevarthena na poszczególne aspekty motywacyjne – dążność do radosnego bycia z innymi, dążność do poznawania świata (zaciekawienie) oraz chęć do bycia aktywnym podmiotem działań na rzecz innych – jest już klasyczny (Trevarthen, 1977; Trevarthen, Aitken, 2003; Kmita, 2013).

Komunikacja rozważana w koncepcjach regulacyjnych nie służy jedynie wymianie komunikatów niosących treść, sens narracyjny, lecz przede wszystkim informacji formujących podmiot i mających sens dialogiczny. Jakość komunikowania się rodzica i dziecka determinuje rozwój zdolności regulowania się małego dziecka. Komunikowanie się w diadzie we wczesnych etapach życia odpowiada regulacji wewnątrzosobowej realizowanej w tych późniejszych. Decyduje o jego podmiotowości, sprawczości, a w konsekwencji i samodzielności. Dzięki tym jakościom każdy człowiek ma możliwość, przy wykorzystaniu procesów regulacji, w sposób elastyczny i adekwatny reagować na wymagania i możliwości pojawiające się tak w jego przestrzeni wewnętrznej, jak i zewnętrznej.

Kolejną ważną propozycją Kmity jest precyzyjne dookreślenie trzech rodzajów mechanizmów samoregulacji opisywanych pierwotnie w pracach Trevarthena. Składają się

na nie: 1) motyw chronienia siebie z więzią z podstawowym opiekunem jako głównym narzędziem realizacji motywu; 2) motyw afiliacyjny wraz z intersubiektywnością jako narzędziem realizacyjnym; 3) motyw związany z zaciekawieniem oraz eksploracją jako narzędziem realizacji (Kmita, 2013, s. 35). Wszystkie te trzy motywy są ze sobą nierozłącznie związane w rozwoju, służą w dalszej perspektywie rozwojowej integracji świadomego Ja jako aktywnego podmiotu (Trevarthen, Aitken, 2003). Kmita dowodzi, że poprzez integrację tych trzech motywów jednocześnie możliwe jest najbardziej optymalne regulowanie się. Razem organizują one w sposób dynamiczny jednostkową spójność i integralność, regulują oraz kierują procesami samoregulacji na wszystkich poziomach. Bowiem dzięki tym motywom zachowania regulacyjne jednostki uzyskują cel, stają się zachowaniami sensownymi, zorientowanymi na cel.

1.2.3. Koncepcja wczesnej komunikacji dorosły–dziecko Marca Bornsteina

Bornstein opowiada się za wielozmiennym modelem rozwoju, w którym wyróżnia między innymi: wyposażenie biologiczne, naciski kulturowe i społeczne, różnice indywidualne, a także zachowania rodziców oraz samych dzieci, które mają zdolność modyfikowania poprzednich składników. Z zachowań podejmowanych w trakcie rozwoju osobniczego szczególne miejsce przypisuje interakcji, akcentując dwukierunkową naturę interakcji: dzieci aktywnie uczestniczą w interakcjach, mając wpływ na jej przebieg. Jednak jak pisze:

Choć dzieci, oczywiście, prowokują kontakty ze swoimi rodzicami, potwierdza się, że to dorośli inicjują, strukturują i regulują ich uczenie (Bornstein, 1995a, s. 43).

Wieloletnim obszarem zainteresowania Marca Bornsteina w jego badaniach były interakcje pomiędzy niemowlętami a ich opiekunami. Starał się on znaleźć odpowiedź na pytanie o różnice w relacjach pomiędzy dziećmi i ich rodzicami, które znacząco wpływałyby na rozwój poznawczy niemowląt. W swych dociekaniach teoretycznych skupił się na precyzyjnym definiowaniu rodzajów interakcji pomiędzy rodzicami a ich potomstwem występujących w toku opiekowania się. Wyróżnił dwie podstawowe interakcje: społeczne oraz dydaktyczne, a w każdej z nich – strategie fizyczne i werbalne. Interakcje społeczne składają się „ze strategii (...) jakich używają rodzice, by wyrazić swoje uczucia oraz jak najszybciej zaangażować dziecko w wymianę interpersonalną” (Bornstein, 1995a, s. 42). Ich sednem jest kontakt w diadzie, a powszechne sposoby okazywania to: kołysanie, przytulanie, kontakt twarzą w twarz, bezsłowne wokalizacje itd. Badacz zwraca uwagę, że brak społecznego wymiaru opiekowania się (interakcji społecznych) negatywnie wpływa na rozwój umysłowy jednostki. Z kolei Olson i inni (1984, za: Bornstein, 1995a) ustalili, że społeczne interakcje matek z dziećmi w wieku sześciu miesięcy umożliwiały predykcję poziomu kompetencji poznawczych w wieku dwóch lat. Interakcje dydaktyczne natomiast to takie, w których to co najważniejsze, zdaniem Bornsteina, dzieje się poza diadą. Chodzi o „strategie opiekunów polegające na stymulowaniu i pobudzaniu dzieci

względem świata znajdującego się poza parą, na ukierunkowaniu ich uwagi na własności, przedmioty lub wydarzenia w otoczeniu oraz na wprowadzaniu, upośrednianiu i interpretowaniu świata zewnętrznego oraz na wywoływaniu lub dostarczaniu okazji, aby obserwować, naśladować, mówić i uczyć się” (Bornstein, 1995a, s. 43). Poprzez wskazywanie, umieszczanie, demonstrowanie (charakter fizyczny) lub opisywanie, zadawanie pytań czy nazywanie (charakter werbalny) rodzice budują dla dziecka swoiste rusztowanie dla rozwoju umiejętności poznawczych. Autor uświadamia sobie, oczywiście, ograniczoność sztucznego rozdziału tychże kategorii. W życiu kategorie te współwystępują razem i często wspólnie budują wspomniane wyżej rusztowanie. Rodzice chętnie w ciągu pierwszego roku życia dziecka stosują obydwie strategie, czerpiąc z nich wiele radości. Natomiast stoi na stanowisku, że aby wymóg rzetelności psychometrycznej był zachowany, powinno się w teoretycznej części pracy badawczej wyizolować poszczególne składniki możliwego wpływu oraz precyzyjnie je zdefiniować.

Bornstein poświęcił wiele pracy na zbadanie korelacji pomiędzy wymiarem społecznym i dydaktycznym interakcji z matką a poszczególnymi kompetencjami poznawczymi niemowlęcia. W 1986 roku Kuchuk, Vibbert i Bornstein zwrócili uwagę na znaczenie procesu uczenia się w sytuacji konieczności wyboru reakcji w niejasnych kontekstach sytuacyjnych. Badano wpływ obydwu rodzajów interakcji na wrażliwość percepcyjną niemowląt wobec wyrazu twarzy osoby dorosłej. Najpierw, w środowisku domowym, obserwowano, który z charakterów interakcji dominował w kontaktach między matkami i ich trzymiesięcznymi niemowlętami. W laboratorium zaś szacowano zdolność tychże niemowląt do odróżniania odmian uśmiechu jednej twarzy. Wykazano istnienie silnego związku pomiędzy procedurami dydaktycznymi stosowanymi przez matki a wrażliwością niemowląt, gdy eksponowano im uśmiech słaby lub umiarkowany w swoim wyrazie, w przeciwieństwie do sytuacji, w której eksponowano silny bodziec: bardzo wyraźny uśmiech. Tak więc procedury dydaktyczne (wiążące się z koncentracją na przedmiocie) matek „najbardziej korzystnie wpływały na zdolność percepcji [niemowląt – M.S.], gdy pojawiały się w wyciszonych, stonowanych kontekstach społecznych” (Bornstein, 1995a, s. 51). W innym badaniu Bornstein i Vibbert wskazali, że częstsze stosowanie przez matki procedur dydaktycznych w kontaktach z niemowlętami znacząco podnosiły kompetencję rozumienia języka przez dziecko (Bornstein, 1995a).

Interakcje i ich poszczególne rodzaje przeobrażają się w toku rozwoju, tak aby dopasować się do poziomu rozwoju dziecka, w ten sposób zachowując swoją skuteczność oddziaływań. Interakcja służy rozwojowi tylko wtedy, gdy jest optymalnie dobrana do poziomu rozwoju dziecka, gdy spotykają się dwa elementy rozwoju: dostarczane dziecku doświadczenie oraz dojrzałość jego układów psychofizycznych. Bornstein przytacza badanie Goldberga (1977, za: Bornstein, 1995a), który ustalił, że stymulacja kinestetyczna niemowlęcia wraz z bliskim kontaktem fizycznym z matką w pierwszej połowie pierwszego roku życia niemowlęcia pozytywnie korelowały z wynikami testów umysłowych pod

koniec pierwszego roku życia. Jednakże te same zachowania i niezmienione strategie opieki matczynej w drugim półroczu życia korelowały negatywnie z wynikami testów. Wtedy to przecież dziecko usamodzielnia się motorycznie. Próbuje doświadczać otoczenia na własny rachunek i częściej rezygnuje z intensywnego długotrwałego kontaktu fizycznego z matką w porównaniu z pierwszymi sześcioma miesiącami.

Bornstein i Tamis-Le Mondy zilustrowali także swoimi badaniami pewną prawidłowość uznawaną obecnie za klasyczną w psychologii rozwoju, a mianowicie ogromną umiejętność dostrajania się niemowląt do swoich opiekunów. Ustalili, że jeśli matki w wieku 2–5 miesięcy bardziej angażują swe potomstwo w interakcje twarzą w twarz, to w wieku pięciu miesięcy dzieci będą je częściej spontanicznie podejmować, a gdy w tym samym okresie matki angażują je w interakcje dydaktyczne, skoncentrowane na otoczeniu, będą w wieku pięciu miesięcy częściej eksplorowały otoczenie wzrokowo i dotykowo (Bornstein, 1995a).

Kolejnym ważnym dla Bornsteina obszarem są badania międzykulturowe. Ostrzegając przed „prowincjonalizmem kulturowym” w jednym ze swoich esejów, przytacza twierdzenie Caudilla (Bornstein, 1995b, s. 75):

Aktywność niemowlęcia rozwija się pod wpływem matki, która z kolei zachowuje się tak, aby dostosować się do preferowanych kulturowo wzorców.

Dobrą ilustracją tego twierdzenia jest jedno z badań porównawczych kultury japońskiej i amerykańskiej. Badacze chętnie przeprowadzają tego rodzaju analizy, ponieważ są to kultury w jednakowym stopniu podobne, jak i odmienne w stosunku do siebie. I tak niemowlęta z obydwu kultur zachowują się podobnie pod względem biologicznym: podobną ilość czasu spędzają na ssaniu, jedzeniu i spaniu. Natomiast wykryto różnice w zachowaniach społecznych szczególnie w zachowaniach interakcyjnych, na przykład trzymiesięczne niemowlęta amerykańskie częściej wokalizowały, a japońskie rzadziej, ale dłużej (Fogel, Toda, Kawai, za: Bornstein, 1995b). Można wyjaśnić to dominacją w kulturach innych celów społecznych: w społeczeństwie amerykańskim ideałem jest niemowlę indywidualistyczne i aktywne, podczas gdy w społeczeństwie japońskim panuje model wzorowego dziecka jako przystosowanego do grupy i spokojnego.

1.3. Charakterystyka komunikacji w rodzinie z dzieckiem o zaburzonej rozwoju

W rodzinie z dzieckiem o zaburzonej rozwoju występują pewne zjawiska, które nie występują lub występują w sposób ograniczony w rodzinach, w których są wyłącznie dzieci zdrowe. Pojawia się wiele trudności a w odpowiedzi na nie procesy adaptacyjne, z których wiele jest niekorzystnych, dlatego rodzina z dzieckiem o zaburzonej rozwoju wymaga specjalistycznego wsparcia. W tym podrozdziale zajmę się omówieniem wpływu zaburzenia rozwoju u dziecka na funkcjonowanie rodziny oraz jego konsekwencjami zarówno dla komunikacji w diadzie jak i dla procesu przywiązaniowego pomiędzy rodzicem a dzieckiem o zaburzonej rozwoju.

1.3.1. Wpływ zaburzenia rozwoju u dziecka na funkcjonowanie rodziny

Rodzina jest pierwszym i podstawowym środowiskiem rozwoju każdego człowieka. O kondycji konkretnej rodziny decyduje wiele składowych, z których szczególnie interesującymi wydaje się aktualny kształt kultury i jakość społeczności lokalnej (Szlendak, 2012). W naszym dyskursie kulturowym współistnieje wiele sprzecznych modeli bycia najlepszym rodzicem (oraz najlepszym dzieckiem), a wizje idealnego wychowania i kształcenia dzieci wykluczają się wzajemnie. Często efektem jest „pogoń za ideałami”, wieloma jednocześnie, które nie są do tego wystarczająco ugruntowane w kontekście wymogów i uwarunkowań konkretnego życia i indywidualności jednostki (Bauman, 2000; Mead, 2000; Melosik, Szkudlarek, 2010; Juul, 2011; Waldman, 2011). Wymagania odnośnie rodzicielstwa w naszej kulturze stają się wygórowane i coraz bardziej obostrzone. Mówi się potocznie o „projekcie: dziecko” i przyszli rodzice faktycznie planują nawet rodzaje zdolności, które będzie posiadało ich potomstwo. Sukces dziecka jest już z góry przesądzony (Honore, 2011; Waldman, 2011). W takiej atmosferze bardzo trudno pogodzić się z rozwojem dziecka, które nie dość, że nie wyprzedza swoich rówieśników, to jeszcze nawet często trudno jest mu ich dogonić. Nastawienie na sukces w rodzicielstwie sprawia, że poziom napięcia zarówno wśród rodziców, jak i wśród dzieci jest o wiele wyższy niż parę dekad wcześniej. Ponadto do takiego stanu rzeczy przyczynia się lekceważenie wykonywanej pracy rodzicielskiej stojące w wyraźnej sprzeczności z jednoczesnym oczekiwaniem wysokich efektów tej, tak słabo docenianej, pracy.

Pojawienie się dziecka niepełnosprawnego w rodzinie, szczególnie jeśli jest to pierwsze dziecko, wiąże się z kryzysem szczególnego rodzaju. Rodzice nie tylko muszą poradzić sobie wtedy z nową organizacją strukturalną swojej rodziny, wdrożeniem w nowe obowiązki i znalezieniem własnego stylu bycia rodzicem, ale ponadto stają także przed koniecznością zmierzenia się z samą niepełnosprawnością swojego dziecka i jego semantycznego oznaczenia w swoim indywidualnym życiu, jak i w życiu całej rodziny. Niezależnie od posiadanej wcześniej ilości dzieci, jak słusznie zauważa Twardowski (2005a), niepełnosprawność dziecka na każdym etapie życia rodziny powoduje zmiany w jej warunkach życia, wymagając przekształcenia dotychczasowej jego struktury. Nierzadko niesie to ze sobą, przede wszystkim w pierwszym etapie godzenia się z niepełnosprawnością w rodzinie, dezorganizację życia rodzinnego, kłótnie, łącznie ze wzajemnymi oskarżeniami o to, kto zawinił danej sytuacji. Może to doprowadzić też do sytuacji izolowania się rodziny od reszty krewnych lub społeczności, w której żyje.

Wystąpienie niepełnosprawności u przynajmniej jednego członka rodziny pociąga za sobą także zmiany w strukturze wydatków rodziny, a prawie zawsze obniżenie warunków bytowych rodziny. W okresie intensywnej opieki nad dzieckiem nie zawsze matka pełni funkcję głównego opiekuna, może być to ojciec, zatrudniona opiekunka lub ktoś bliiski z rodziny. Prosty rachunek ekonomiczny zaczyna odgrywać kluczową rolę w procesie decyzyjnym, kto podejmie się bardziej intensywnej opieki nad niepełnosprawnym

dzieckiem, rezygnując, przynajmniej czasowo, z pracy zawodowej. Kobiety są coraz bardziej aktywne na rynku pracy, dlatego częściej niż jeszcze kilkadziesiąt lat wcześniej jest to ojciec. I choć oczywiście zaangażowanie ojców w opiekę nad dzieckiem niepełnosprawnym zależy od wielu innych czynników, nie tylko materialnego, to jeśli faktycznie ma miejsce, poprawia znacząco funkcjonowanie całego systemu rodziny (Twardowski, 2022). Niestety, częściej mamy do czynienia z sytuacją odwrotną: niepełnosprawność dziecka wpływa negatywnie na stan związku pomiędzy rodzicami i to ojciec decyduje się opuścić swoją dotychczasową rodzinę. Twardowski (2009b) zauważa, że wciąż dysponujemy niewielką ilością badań dotyczących wpływu opiekuńczego ojców na rozwój ich dzieci o zaburzonym rozwoju, choć liczba analogicznych badań dotyczących dzieci rozwijających się prawidłowo jest o wiele wyższa.

Oczywiście „niepełnosprawność ma bezpośrednie przełożenie na funkcjonowanie rodziny czy społeczeństwa” (Chrzanowska, 2010, s. 45), zmieniając jej funkcjonowanie i jakość życia. Najbardziej znaczącą i podkreślaną przez badaczy i praktyków cechą rodziny z dzieckiem o zaburzonym rozwoju jest permanentny stan podwyższonego stresu. Cechuje on większość, jeśli nie wszystkich członków rodziny, a dla każdej z osób w rodzinie ma on inny profil i objawia się odmiennie. Podwyższony stan napięcia, o czym wydaje się rzadko pamiętać, cechuje często również i samo dziecko niepełnosprawne, wpływając bezpośrednio na jego rozwój i funkcjonowanie. Ma to miejsce choćby z powodu „stanu łączności”, który cechuje relację rodzica i dziecka: podwyższony stan napięcia rodzicielskiego przekłada się poprzez relację na podwyższony stan napięcia dziecka. Jak pisze Cozolino (2012, s. 194):

Często nie dostrzegamy urazu u niemowląt i w ogóle uważamy je za nadzwyczaj odporne. Jednak na poziomie biologicznym doświadczenie depresji matki powoduje u niemowlęcia takie same zmiany jak te, zachodzące u dorosłych pod wpływem sytuacji zagrażających życiu. Życie niemowlęcia i budowa jego mózgu zależy przecież przede wszystkim od pozytywnych interakcji z rodzicami. Brak obecności, zaangażowania i energii matki może być doświadczane przez niemowlę (na poziomie biologicznym) jako zagrożenie życia.

Stres doświadczany przez rodziców upośledza wrażliwość i responsywność rodzicielską poprzez zaburzony rozwój funkcji refleksyjnej, która jest niezbędna do tego, aby adekwatnie dostrajać się do potrzeb dziecka (Kmita, 2003; Kmita, 2007). Martwiąca się matka ma niewiele przestrzeni psychicznej, aby myśleć o dziecku i o jego potrzebach, głównie koncentrując się na sobie i swoich problemach. Zadanie sobie pytania: czego teraz potrzebuje moje dziecko?, wymaga najpierw wewnętrznego uspokojenia się rodzica. Tylko wtedy rodzice są w stanie uważnie i adekwatnie reagować na sygnały wysyłane przez ich dzieci (Stec, 2011). Jest to kolejny powód, dla którego specjaliści w pierwszej kolejności powinni zabiegać o zdrowie psychiczne rodziców lub innych głównych opiekunów dziecka z niepełnosprawnością. Rodzic sfrustrowany i niezadowolony ze swojego życia częściej stosuje kary, krzywdzenie emocjonalne, a nawet fizyczne (Madsen, 2007). Wtedy

też częściej pojawia się dyrektywność jako generalna cecha relacji rodzice–dziecko. Dodatkowo rodziców (lub samo dziecko z zaburzeniami rozwoju) może cechować zaburzenie po stresie traumatycznym, na przykład jeśli poród lub proces leczenia był bardzo trudny (Klasyfikacja diagnostyczna DC 0–3, 2007). Pisula (1998; 2007) opisuje zmienność profilu stresu rodzicielskiego w zależności od niepełnosprawności dziecka. Rodzice dzieci ze spektrum autyzmu w niezależnych badaniach ujawniają najwyższy poziom stresu. Tłumaczone jest to dwoma głównymi powodami: dziecko autystyczne nie przedstawia swoim zewnętrznym wyglądem niepełnosprawności (np. brak defektów morfologicznych ciała), która jednocześnie wiąże się z dużym stopniem nieprzewidywalności poziomu funkcjonowania w okresie dorosłości, a także z dużą dozą zachowań agresywnych i autoagresywnych (Jaklewicz, 1993; Pisula, 2003; Randall, Parker, 2010). Wspomnieć można, że nie tylko charakter wydarzeń urazowych, ale sama długość utrzymującego się stresu ma również poważne konsekwencje na poziomie psychicznym i biologicznym (Pisula, 2004; Sapolsky, 2010). Dlatego tak ważne jest w praktyce pomocy specjalistycznej wypracowanie z rodzicami sposobów radzenia sobie z podwyższonym napięciem, a także zbudowanie lokalnej sieci wsparcia społecznego, która skutecznie będzie chronić przed marginalizacją oraz patologizacją rodziny.

Często najbardziej krytycznym wydarzeniem w początkowym okresie procesu akceptacji niepełnosprawności dziecka jest moment przekazania rodzicom diagnozy na temat zaburzeń rozwojowych czy chorób dziecka. Choć dla wielu rodziców kończy ona etap niepokoju i niepewności związany z pytaniem: co jest nie tak z moim dzieckiem?, to sam sposób przekazywania diagnozy w odczuciu rodziców ma charakter traumatyzujący i najczęściej wypowiadają się o tym wydarzeniu bardzo negatywnie (Kopeć, 2004; Kopeć, 2013). Faktycznie, raniący sposób informowania o konkretnej diagnozie lub postawienie w sposób lekceważący, „mimochodem” protodiagnozy przez specjalistów jest bardzo częstym zjawiskiem. Rodzice podnoszą kwestię przekazywania diagnozy na korytarzu szpitalnym oraz wręcz aktywnego unikania przekazania niepomyślnej diagnozy rodzicom (Pisula, 2007). Specjaliści powinni dołożyć wszelkich starań, aby w sposób delikatny i taktowny przekazywać rodzicom ważne informacje o dziecku. Jednakże pojawiają się także w literaturze głosy wątpliwości (którą i ja podzielam), czy jesteśmy w stanie na tyle złagodzić ciężar złej wiadomości, że stanie się ona łatwą do przyjęcia (Pisula, 2004). Nawet stosując się w pełni do wskazówek odnośnie modelowej procedury informowania, nie jesteśmy przecież w stanie zapobiec uczuciom cierpienia u rodziców. Pisula (2004) oraz Twardowski (2009b) zwracają ponadto uwagę, że przekazywanie diagnozy samej matce, zamiast obojgu rodzicom, utrudnia proces adaptacji, dając wiele okazji do rodzicielskich sporów o interpretację wiadomości, a także pomniejsza dostęp ojców do pełnej informacji o swoim dziecku. Badacze akcentują, że matki nieświadomie mogą podawać ojcom zniekształcone informacje otrzymywane od specjalistów.

Campito (2007) zauważa, że proces diagnozowania jest dla rodziców bardzo stresujący, nawet jeśli sami zauważali wcześniej niepokojące sygnały w rozwoju swojego dziecka. Poddanie rozwoju i kondycji zdrowotnej swojego dziecka obiektywnej (przynajmniej w założeniu) ocenie przez grono specjalistów wywołuje duży opór i dlatego rodzice często przychodzą na spotkanie ze specjalistami spięci lub rozemocjonowani. Z drugiej strony ciepłe i otwarte relacje w rodzinie są czynnikiem ochronnym w momencie otrzymania przez rodziców diagnozy o niepełnosprawności dziecka. Pisula (1998) zwraca uwagę, że sposób w jaki po raz pierwszy rodzice zostaną poinformowani o niepełnosprawności dziecka, rzutuje na dalsze kontakty ze specjalistami. Kmita (2004; 2007) natomiast podkreśla, że informacja o niepełnosprawności dziecka powoduje zmiany we własnej reprezentacji *self* rodzica. Implikuje to nagłą potrzebę takiej pracy terapeutycznej z rodzicami, która dotyczyłaby także konstrukcji tożsamości indywidualnej rodzica. Jest to możliwe choćby w nurcie terapii krótkoterminowej, na przykład skoncentrowanej na rozwiązaniu (TSR), która stosunkowo szybko podnosi rodzicielską skuteczność funkcjonowania w codziennym życiu i radzenia sobie w trudnych sytuacjach (Kmita, 2011).

Pomoc udzielana rodzinie z dzieckiem o zaburzonym rozwoju powinna także obejmować aspekt bycia rodzicem dziecka niepełnosprawnego, ponieważ od wielu lat zwraca się uwagę, że przebieg procesu żałoby przekłada się na zdrowienie całej rodziny i rozwój dziecka niepełnosprawnego. Rodzice dziecka niepełnosprawnego, aby móc skupić się na relacji ze swoim realnym niepełnosprawnym dzieckiem i trwale się w nią zaangażować, powinni pożegnać się z wyobrażonym i oczekiwanym zdrowym, pełnosprawnym dzieckiem. W innym wypadku wciąż mogą starać się zmniejszyć dystans pomiędzy dzieckiem oczekiwanym a realnym poprzez nieustający i wyczerpujący proces usprawniania i nauczania swojego potomka w każdej jego sytuacji życiowej. Czasem ten niekorzystny efekt może być wzmacniany przez postawę samych specjalistów, którzy ogniskują uwagę i wysiłki rodziców na osiągnięciu przez dziecko niepełnosprawne umiejętności przynależnych do rozwoju normalnego dla dzieci w ich wieku metrykalnym. Skupiają się tym samym na ciągłym „oczekiwaniu symptomów normalności”, a przecież ich zadaniem powinna być pomoc w budowaniu realnego i zarazem pozytywnego obrazu własnego dziecka w oczach rodziców. Takie sytuacje, gdy spotykamy je w praktyce pomagania, ukazują nam za każdym razem, jak niezbędna jest osobowa i zarazem pozytywna optyka w rozważaniu sytuacji osób niepełnosprawnych i ich rodzin (Pisula, 1988; Twardowski, 2003; Kopeć, 2004; Kopeć, 2007; Pisula, 2007; Chrzanowska, 2011).

Specjaliści powinni pamiętać o specjalnym miejscu rodziców w systemie rodzinnym oraz o ich szczególnej roli w działaniach pomocowych podejmowanych na rzecz dziecka niepełnosprawnego, która często ujmowana jest w literaturze angielskojęzycznej jako *first line workers* (Madsen, 2007). Pamiętać należy, że realizacja partnerskiego modelu diagnozowania, która powinna być podstawą skutecznego pomagania i edukacji, rozpoczyna się od postawy szacunku i doceniania rodziców (por. Twardowski, 2005c;

Janiszewska-Nieścioruk, 2007; Chrzanowska, 2009; Twardowski, 2014). Wtedy specjaliści będą mogli zaobserwować sytuacje podobne do tej, którą opisuje Janusz Korczak (1984, s. 103–104):

Bywało i tak niekiedy: wzywa mnie matka.

– Właściwie dziecko jest zdrowe, nic mu nie jest. Tylko chciałabym, żeby pan je zobaczył. Oglądam, daję kilka wskazówek, odpowiadam na pytania. Ależ zdrowe, miłe, wesołe.

– Do zobaczenia.

I tego wieczoru lub nazajutrz:

– Panie doktorze, dziecko ma gorączkę.

Matka dostrzegła to, czego ja, lekarz, nie umiałem wyczytać w powierzchownym badaniu w ciągu krótkiej wizyty.

Godzinami pochylona nad małym, nie mając metody obserwacji, nie wie, co dostrzegła, nie ufając sobie nie odważa się przyznać do poczynionych subtelnych spostrzeżeń.

A zauważyła, że dziecko, które nie ma chrypki, ma jednak głos cokolwiek matowy. Gaworzy cokolwiek mniej lub ciszej. Raz drgnęło we śnie silniej niż zwykle. Roześmiało się po obudzeniu, ale słabiej. Ssało cokolwiek wolniej, może z dłuższymi pauzami, jakby roztrągnięte. Czy podczas śmiechu się skrzywiło, a może się tylko zdawało? Ulubioną zabawkę rzuciło z gniewem – dlaczego?

Stu objawami, które dostrzegło jej oko, ucho, brodawka piersi, stu mikroskargami powiedziało:

„Jestem niedysponowane. Nietęgo się dziś czuję”.

Matka nie wierzyła, że widzi to co widziała, bo o żadnym z podobnych objawów nie czytała w książce.

Oprócz dziecka niepełnosprawnego i jego rodziców rodzinę tworzy także rodzeństwo dziecka niepełnosprawnego. Z badań wynika, że około 80% dzieci z niepełnosprawnością posiada pełnosprawne rodzeństwo (Żyta, 2004). Rodzeństwo osób niepełnosprawnych do niedawna było pomijane tak w badaniach, jak i praktyce pomocowej. Obecnie sytuacja ta się zmienia i również w Polsce możemy znaleźć wiele grup wsparcia dla rodzeństwa osób niepełnosprawnych. Udzielanie pomocy tym osobom zawiera u swoich podstaw przekonanie, że doświadczenie posiadania niepełnosprawnego rodzeństwa wpływa negatywnie na życie poszczególnych osób. Stres rodzeństwa dziecka niepełnosprawnego na pewno jest nieporównywalny ze stresem rodzeństwa dzieci zdrowych (Twardowski, 2020; Twardowski, 2022).

Rodzeństwo dzieci o zaburzonym rozwoju mierzy się z wieloma negatywnymi emocjami. Otrzymując mniej uwagi od rodziców niż ich niepełnosprawne rodzeństwo, w konsekwencji czują się rozżalone i odrzucone, pojawia się bardzo destrukcyjne uczucie wstydu (szczególnie jeśli niepełnosprawności towarzyszy nieprzyjemny wygląd lub trudne zachowania). W związku z tym często pojawia się u nich poczucie niesprawiedliwości, złości, a nawet zazdrości wobec chorego rodzeństwa. Uczucia te mieszają się z pozytywnymi uczuciami dla swojego rodzeństwa: chęci wsparcia, miłości, lojalności, powodując finalnie poczucie winy. To może sprawiać, że rodzeństwo osób z niepełnosprawnością izoluje się

od rówieśników lub przejawia zachowania trudne w środowisku rówieśniczym: nadaktywność, agresję; część z dzieci może mieć zaburzenia psychosomatyczne lub borykać się z zaburzeniami jedzenia czy snu (Żyta, 2011; Jurkiewicz, 2017).

Budowanie tożsamości psychospołecznej oraz samodzielności w życiu dorosłym może być utrudnione w przypadku pełnoprawnego rodzeństwa z powodu nadmiernego związania emocjonalnego z rodziną pochodzenia. Może być to w pierwszym rzędzie spowodowane parentyfikacją, czyli przejmowaniem, niekoniecznie fizycznie, zadań, które przynależą do odpowiedzialności rodzicielskiej w rodzinie, następnie zaś lękiem o swoją przyszłość, obawami o zdrowie własne i swoich dzieci (Schier, 2014).

Jednym z czynników ochronnych przed poważnymi skutkami stresowymi u rodzeństwa dzieci o zaburzonym rozwoju jest ilość dzieci: im większa ilość dzieci w rodzinie, tym lepiej. Wówczas stres rodzeństwa jest niejako amortyzowany przez ilość osób, na którą się rozkłada, przede wszystkim zaś relacje między pełnosprawnym rodzeństwem pełnią funkcję korygującą w stosunku do doświadczeń relacyjnych z dzieckiem niepełnosprawnym (Żyta, 2004). Rodzice z kolei mogą porównać różnorodne doświadczenia w relacjach z każdym z dzieci, mniej koncentrują się na niepełnosprawności jednego z dzieci, a dzieci zyskują większą swobodę choćby dlatego, że obowiązki domowe w rodzinie rozkładają się na większą ilość osób, każda z osób ma dostęp do większej sieci bliskich relacji. Poważnym zagrożeniem dla rozwoju zdrowej osobowości pełnosprawnego rodzeństwa jest na pewno oczekiwanie rodziców, że gdy dorosną, staną się opiekunami niepełnosprawnego rodzeństwa, zastąpią fizycznie rodziców, gdy tych już zabraknie. Tutaj dochodzimy do meritum zagadnienia: sprawą decydującą w rozstrzygnięciu jakości wpływu niepełnosprawności rodzeństwa na życie pozostałych dzieci jest jakość osobistego życia i rodzinnego przewodnictwa rodziców.

Można powiedzieć, że pełnosprawne rodzeństwo uczy się oceniać swe doświadczenia związane z niepełnosprawnym bratem lub siostrą, obserwując zachowania rodziców. Emocje rodziców skierowane na niepełnosprawne dziecko udzielają się pozostałym dzieciom. Zatem, jeśli rodzice uważają, że problemy rodziny są skutkiem obecności niepełnosprawnego dziecka, jest wysoce prawdopodobne, że pełnosprawne rodzeństwo przejmie to przekonanie (Twardowski, 2022, s. 69).

Badacze zwracają uwagę, że oprócz kłopotów, niepełnosprawność w rodzinie niesie za sobą liczne korzyści. Otóż rodzeństwo osób niepełnosprawnych w porównaniu ze swoimi rówieśnikami wykazywało się większą dojrzałością społeczną, altruizmem, tolerancją oraz odpowiedzialnością. Jeśli dziecko pełnosprawne jest młodsze niż dziecko niepełnosprawne, wtedy łatwiej zaakceptować mu odmienność tego drugiego. Płeć również ma znaczenie: dziewczęta łatwiej układają sobie pozytywne relacje z niepełnosprawnym rodzeństwem niż chłopcy (Twardowski, 2004; Twardowski, 2020; Twardowski, 2022).

Pomimo tego, że obecnie mamy do czynienia najczęściej z rodziną typu nuklearnego (Szlendak, 2012), to w kręgu osób najbliższych znajdują się także dziadkowie. Mogą oni

stanowić zarówno dla rodziców, jak i dla samych osób niepełnosprawnych źródło wsparcia emocjonalnego. Dziadkowie na samym początku swej drogi wraz ze swym niepełnosprawnym wnukiem lub wnuczką muszą uporać się z procesem żałoby i chęcią obwiniania siebie czy rodziców dziecka. Jeśli relacje wewnątrz poszerzonej rodziny są prawidłowe, to stanowią dla siebie nawzajem źródło oparcia i poczucia bliskości (Twardowski, 2005a; Twardowski 2022).

Współcześnie, w dyskursie nauk społecznych oraz w potocznym, dominującym odczuciu społeczeństw, rodzina koncentruje się wokół dzieci i ich dobra. Tendencja ta tłumaczona jest wyraźną reakcją na wcześniejsze zaniedbania wokół pozycji dziecka w rodzinie i społeczeństwie (przemiany społeczno-przemysłowe) oraz pogłębiającym się zrozumieniem osoby dziecka, uwarunkowań jego rozwoju ze strony naukowej. I choć docenienie dzieciństwa oraz dziecka jako unikalnej osoby stanowi niezaprzeczalnie wartość naszych czasów, to należy przyznać, że podejście takie ma również swoje negatywne konsekwencje. Może prowadzić do zaniedbania roli systemu małżeńskiego czy rodzicielskiego jako relacji ważnej samej w sobie, której stan odpowiada w największym stopniu za rozwój holistycznie pojmowanego zdrowia w całej rodzinie. Wielu naukowców i terapeutów wyraża z tego powodu swoje zaniepokojenie, uważając, że dziecko może się rozwijać szczęśliwie tylko wtedy, gdy małżeństwo rozwija swoją miłość w sposób udany (Satir, 2002; Hellinger, 2004; Juul, 2011; Hart, Hodson, 2012). Co więcej, wyniki badań pokazują, że dzieci uczą się poprzez modelowanie tego, w jaki sposób traktować rówieśników, obserwując jak w stosunku do siebie odnoszą się rodzice (Goleman, 1995). Badacze są zgodni w ustaleniach, że dobre relacje pomiędzy rodzicami współwystępują z niskim poziomem stresu w rodzinie (Twardowski, 2022).

1.3.2. Specyfika komunikacji w diadzie rodzic–dziecko o zaburzonem rozwoju

Komunikacja w diadzie rodzic–dziecko o zaburzonem rozwoju napotyka wiele trudności. Część z nich jest spowodowana obiektywnymi warunkami na przykład w przypadku dzieci niewidomych lub niesłyszących, część dotyczy indywidualnego procesu dziejącego się w rodzinach lub uwarunkowań psychologicznych rodzica.

Ograniczenia dzieci to przede wszystkim wspomniane już niepełnosprawności związane ze zmysłami, nieprawidłowe napięcie mięśniowe, nieprawidłowości genetyczne lub uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego zaburzające adekwatną percepcję bodźców oraz neuroregulację, szczególnie w obszarze regulowania emocji (Kubiak, 2011). Powoduje to, że dzieci mogą z jednej strony rzadziej i słabiej odpowiadać na inicjatywy kontaktu i same kontakt inicjować, z drugiej zaś wysyłać mniej jasne sygnały o swoich potrzebach. Przykładowo dzieci niewidome często prezentują rodzicom „puste spojrzenie”, które pozostaje bez związku z ich stanem emocjonalnym, ze względu na to, że nie mogą korzystać z różnorodnych komunikacyjnych funkcji spojrzenia i wzroku (Schaffer, 2006). W efekcie tego rodzice mogą czuć się zdezorientowani i zaniepokojeni, mogą usztywniać

się komunikacyjnie w relacji z dzieckiem. Mogą też utwierdzać się w zaburzonym obrazie dziecka jako niezainteresowanego kontaktem z nimi, upartego lub leniwego (Trevarthen, 2002; Stec, 2011; Twardowski, 2022). Dlatego najszerszej i najczęściej poruszanej w literaturze charakterystyką komunikacji rodzica z dzieckiem o zaburzonym rozwoju jest dyrektywność (Pisula, 2003). Jest to cecha wyrażająca asymetryczność, gdzie jedna osoba przejmuje prowadzenie w interakcji, a druga jest stroną dostosowującą się lub bierną. Matki są opisywane jako nadaktywne, inicjujące interakcje, a nawet intruzywne, kiedy przerywają aktywność dziecka, aby zaproponować własne działanie. Mogą w dalszej konsekwencji być zbyt kontrolujące i nadopiekuńcze w stosunku do swoich dzieci.

Ojcowie dzieci z niepełnosprawnościami jeszcze do niedawna nie byli oddzielnym przedmiotem badań. Obecnie mamy dostęp do coraz liczniejszych badań w tym zakresie, aczkolwiek są one niejednoznaczne. Czasem wskazuje się, że ojcowie są bardziej dyrektywni i mniej wrażliwi w kontaktach ze swoimi dziećmi niż matki, poza tym mogą dezorganizować kontakt, rywalizując z matką, w innych zaś badaniach uwidacznia się większa swoboda komunikacyjna, bycie w kontakcie ojców w porównaniu z matkami (Milewski, 2005; Twardowski, 2022).

Dyrektywność można także rozumieć jako przeciwieństwo wrażliwości macierzyńskiej określonej w wymiarach: współpraca / dostrojenie, pozytywność oraz dostępność (Lubiewska, 2019). Dyrektywny opiekun, działając w kontakcie z dzieckiem, nie jest źródłem przyjemności i wsparcia dla dziecka. Nie ma pozytywnej postawy wobec dziecka i często ma obniżony, drażliwy nastrój, a jego dostępność psychologiczna w stosunku do aktualnego stanu dziecka jest ograniczona, szczególnie jeśli go ignoruje. Warto zwrócić uwagę, że w tej sytuacji także funkcja refleksyjna rodzica – mentalizacja jest niewystarczająca, a co za tym idzie – również responsywność (konkretne działanie wpływające ze zdolności refleksyjności). Rodzice mogą rzadziej rozumieć zachowania i stany umysłowe dziecka oraz rozważać ich znaczenie w kontekście swoich reakcji i prób zapewnienia dziecku bezpieczeństwa. Stres związany z niepełnosprawnością dziecka może być tak dominujący, że rodzic zajęty jego przeżywaniem może być dla dziecka opryskliwy lub nieprzyjemny, postrzegając go jak swoistego rodzaju przeszkodę.

Maurer bardzo trafnie opisuje pętlę interakcyjnego negatywnego sprzężenia zwrotnego u matek dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, która nasila się wraz z wiekiem dziecka (a może bardziej z czasem utrwalania się tej negatywnej sytuacji) – nadmierna aktywność matki – bierność dziecka (Milewski, 2005).

Koncentrując się bardziej na inicjowaniu interakcji niż na reagowaniu na najmniejsze przejawy aktywności dzieci, nie stwarzają im dostatecznej ilości okazji dla doświadczenia roli w dialogu. Interakcje matek z dziećmi upośledzonymi umysłowo są więc wyraźnie asymetryczne, w odróżnieniu od symetrycznych, charakteryzujących się wzajemnym przystosowaniem w działaniu i naprzemienną aktywnością matki i dziecka, interakcji matek z dziećmi o prawidłowym rozwoju.

W interakcjach matek z dziećmi upośledzonymi umysłowo uderza brak synchronizacji, uzgodnienia i wzajemnego przystosowania aktywności matki i dziecka oraz ich współdziałania. Uświadomienie matkom tych tendencji, nasilających się wraz z pogłębianiem się upośledzenia umysłowego, wspólna analiza zachowania się podczas interakcji oraz uczenie wchodzenia w pełnowartościowy kontakt z dzieckiem, traktuje się jako istotne czynniki podwyższające poziom własnej aktywności dzieci i wpływające korzystnie na dalszy ich rozwój (Maurer, 1992, s. 94).

Badaczka określa powyżej także konkretne działania, które pozwalają przerwać to błędne koło. Podejmowanie przez rodzica refleksyjności z pomocą wrażliwego i empatycznego trenera lub innego specjalisty sprowadza relację matka–dziecko z zaburzeniami rozwoju na właściwe tory ku pełnowartościowemu kontaktowi z dzieckiem.

Piełuc i Flundra (2010) przytaczają ciekawe badania Meadow i Shlesinger z 1972 roku dotyczące wymian interakcyjnych pomiędzy matkami a dziećmi głuchymi. Dzieci głuche w trakcie interakcji ze swoimi matkami wydawały się być mniej szczęśliwe niż dzieci słyszące: były mniej kreatywne i mniej aktywne. Również matki dzieci głuchych zachowywały się odmiennie od matek dzieci zdrowych: były o wiele bardziej dominujące i dydaktyczne.

W sytuacji swobodnej zabawy matki dzieci głuchych, zamiast bawić się z nimi, korzystały z okazji, aby nauczyć je nazw kolorów. Znacznie ograniczony był więc wymiar przyjemności i bezinteresowności, tak niezbędny w rozwoju mowy i komunikacji, na rzecz nauki. Przewaga dydaktycznego stylu komunikowania się z dzieckiem nad dyskursywnym może skutkować brakiem satysfakcjonującej relacji między rodzicami a dzieckiem, co negatywnie wpływa na rozwój psychiczny dziecka – jego osobowości i umiejętności społecznych (Piełuc, Flundra, 2010, s. 96).

Twardowski (2022, s. 229–231) zwraca uwagę na niejednoznaczność badań w aspekcie wrażliwości macierzyńskiej: Schaffer oraz Yoder i Feagans udokumentowali, że matki dzieci o zaburzonym rozwoju dostrzegały tyle samo zachowań komunikacyjnych co matki dzieci zdrowych, niekiedy nawet przypisywały trafne znaczenie wtedy, gdy zewnętrzny obserwator nie umiał tego zrobić. Inni badacze zwracają uwagę, że poziom dyrektywności u matek zależy od jej niepokoju o nieprawidłowy rozwój dziecka (Maurer, 1992; Milewski, 2005), podobnie jak intruzywność matek jest większa przy trudnym temperamencie dziecka (Lubiewska, 2019). Tak więc negatywne cechy i procesy pojawiające się w komunikacji rodzic–dziecko o zaburzonym rozwoju nie są przynależne same z siebie immanentnie do tego typu relacji. Raczej moglibyśmy powiedzieć, że z powodu tak wielu możliwych trudności w relacji między opiekunem a dzieckiem z niepełnosprawnościami opiekunowie mają predyspozycje do stania się dyrektywnymi oraz intruzywnymi, a sama relacja do bycia niesymetryczną. Dlatego tak ważna jest wczesna pomoc specjalistyczna udzielona rodzicom, tak by te negatywne cechy komunikacji nie miały szansy utrwalić się i wtórnie negatywnie wpływać na rozwój dziecka.

Wcześniej jednak niż pracę z eliminacją nabytych negatywnych cech komunikacyjnych wśród opiekunów dzieci o zaburzonym rozwoju należy wykonać inną interwencję, szczególnie w przypadku uszkodzeń fizycznych u dzieci: ustanowienie kanału komunikacyjnego. Wyjście poza paradygmat komunikacji głosowej, kontaktu twarzą w twarz kontaktu wzrokowego oraz podzielenia uwagi wzrokowej okazują się często rewolucyjne w działaniach terapeutycznych (Kmita, 2004; Kmita, 2013; Porges, 2020).

Każde dziecko coś odczuwa, coś sygnalizuje i oczekuje jakiejś odpowiedzi od osób, które się nim zajmują. Nawet jeśli widzimy, że osoby dotknięte zaburzeniami ze spektrum autyzmu nie tworzą takich początkowych rozwojowo reprezentacji jak konstrukcja twarzy osoby, schemat własnego ciała czy doświadczają głębokiej dezorganizacji sensomotorycznej, która uniemożliwia im zorganizowane regulujące zachowania, to nawet wtedy istnieje płaszczyzna, na której więź może się rozwijać, ponieważ jest to najbardziej pierwotna i podstawowa z potrzeb ssaka zwanego *homo sapiens*. Colwyn Trevarthen mocno akcentuje zdolność każdego człowieka do komunikacji i do życia we wspólnocie z innymi ludźmi:

Cel i funkcja całej ludzkiej komunikacji to odkryć znaczenie w nieskończonym bogactwie możliwości dzięki podzielanej z innymi intuicji. Wszystkie ludzkie istoty, nawet te najmłodsze, nawet te najstarsze i te najbardziej upośledzone w swoich możliwościach komunikacyjnych, zachowują motywację, żeby poszukiwać i dzielić z innymi znaczenia (Trevarthen, 2008, s. 35).

Wielokrotnie w swoich pracach wyrażał silne przekonanie, że nawet te najbardziej niepełnosprawne osoby potrafią odpowiadać wrażliwie na swój własny sposób na działania komunikacyjne innych osób, pod warunkiem, że osoby te są dostrojone. Wspaniale obrazuje to poniższy przykład:

Chłopiec głęboko upośledzony, niewidomy, z czterokończynowym niedowładem spastycznym spoczywa w pozycji półleżącej w fotelu. Na stoliku obok stoi szklanka. Dziecko wykonując serię nieskoordynowanych ruchów przypadkiem strąca szklankę. Szklko rozbija się o podłogę. Matka śmiejąc się mówi: *Buch! Ślicznie synek zrobił buch!* – i stawia w tym samym miejscu kubek plastikowy. Następnie nakierowuje rękę chłopca tak, aby znów udało mu się uzyskać poprzedni efekt. Po paru próbach dziecko zaczyna świadomie szukać możliwości spowodowania hałasu i uzyskania nagrody w postaci satysfakcji: potwierdzenia przez matkę, że to ono zrobiło, i to dobrze, że jest wspaniałe i kochane. Gdyby w trosce o zastawę stołową uniemożliwić chłopcu uzyskanie głośnego efektu, gdyby w przypadku stłuczenia szklanki matka przekazała mu informację, że źle zrobiło i jest niedobre, prawdopodobnie nigdy nie doszłoby do wykonania celowego ruchu. Postawa matki zapoczątkowała świadome, nawet dość skomplikowane wysiłki poznawcze dziecka (Mrugalska, 1999, s. 35).

Naśladowanie i dołączanie się do działań dziecka to dwa potężne, kluczowe narzędzia ustanowienia kanału komunikacyjnego i rozwoju kontaktu, często mam wrażenie wyniesione z mniej lub bardziej potocznej wiedzy z zakresu wspomaganiania rozwoju dziecka

(Davies, Zeedyk i in., 2008). Często niestety także i specjaliści wybierają nienaukowy typ praktyki (*nonscience type*; Cozolino, 2006, s. 11), lekceważąc wagę dostrojonego kontaktu i symetrycznego współdziałania z dzieckiem.

W tym miejscu należałoby zapytać o cel usprawniania komunikacji pomiędzy opiekunami a dzieckiem o zaburzonym rozwoju. Wiemy już, że rozwój do trzeciego roku życia przebiega przede wszystkim w diadzie. Czy więc chodzi „tylko” o zapewnienie figury przywiązania oraz o zapewnienie wrażliwej opieki ze względu na to, że te jakości przekładają się bezpośrednio na rozwój dziecka? Podejście takie wydaje mi się zdecydowanie redukcjonistyczne.

My ludzie jesteśmy stworzeniami społecznymi. Potrzebujemy czuć się połączeni z innymi ludźmi, śmiać się z nimi, dzielić historie, ustalać wspólne plany i siedzieć zadowolonym w ciszy razem z nimi (w towarzystwie) (Zeedyk, 2008, s. 7).

Charakterystyka ta dotyczy wszystkich ludzi, tych z niepełnosprawnościami intelektualnymi, jak i tych z licznymi ograniczeniami fizycznymi, jak w mózgowym porażeniu dziecięcym, czy wreszcie także tych z poważnym stresem społecznym i interakcyjnym, jak w spektrum zaburzeń autystycznych. Każda osoba pragnie i potrzebuje oraz ma zdolność do współbycia, przyjemnego i radosnego współtowarzyszenia (*companionship*) (Trevarthen, 1998). Poczucie głębokiego połączenia z drugim Innym ma fundamentalne znaczenie terapeutyczne. Moim zdaniem jest to podstawowe ludzkie doświadczenie, które jesteśmy jako specjaliści niejako „winni” naszym klientom i ich rodzinom. Relacyjny paradygmat w edukacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz paradygmat skoncentrowany na rodzinie, na interakcjach rodzic–dziecko we wczesnym wspomaganie rozwoju pokazują, że myślenie tego typu jest już bardzo silnie osadzone w naukowym dyskursie nauk pedagogicznych. Skupienie na relacji w procesie terapeutycznym zakłada także naszą własną pracę nad sobą, ponieważ to my sami – specjaliści i nasza osobowość oraz reagowanie są najważniejszymi narzędziami, jakie mamy do dyspozycji (Twardowski, 2014; Kopeć, 2019; Twardowski, 2022).

1.3.3. Specyfika przywiązania w diadzie rodzic–dziecko o zaburzonym rozwoju

Jeśli komunikacja pomiędzy rodzicem a dzieckiem z zaburzeniami rozwoju ulega utrudnieniom, to oczywiście jest, że sytuacja ta wpływa także na jakość relacji przywiązaniowej opiekun–dziecko z zaburzeniami rozwoju. Jednak w tym obszarze przez lata narosło wiele nieporozumień, które w ramach postępu badań naukowych są falsyfikowane. Choćby takie, że dzieci w spektrum autystycznym i dzieci z głębszą niepełnosprawnością intelektualną nie przywiązują się do swoich opiekunów, ani nawet nie wyróżniają ich spośród innych osób. Jest to oczywista nieprawda, a dziś wiemy już, że różnice w obszarze przywiązaniowym są o wiele bardziej subtelne w populacji dzieci o zaburzonym rozwoju niż u dzieci o rozwoju prawidłowym. Ten problem bardzo dobrze obrazuje tematyka lęku separacyjnego. Niegdyś stanowisko o braku przywiązania motywowano brakiem

okazywania tegoż lęku. Pojawianie się lęku separacyjnego jest zawsze pożądanym objawem zdrowia, ponieważ świadczy o ustanowieniu selektywnej relacji przywiązania. Natomiast przez lata poddawano się stereotypowym sposobom myślenia o wskaźnikach behawioralnych oraz interakcyjnych wyznaczających kamienie milowe oraz poszczególne jakości przywiązaniowe. Innymi słowy, przykładano identyczną miarę do obserwacji relacyjnych zachowań dzieci zdrowych oraz niepełnosprawnych (Pisula, 2007; Pisula, 2012; Kmita, 2005). W konsekwencji uznawano, że jeśli dzieci ze spektrum autystycznym nie przytulają się do swoich rodziców, to nie realizują potrzeby bliskości fizycznej, a nawet jej nie mają. Podobnie jeśli prezentowały wysoki poziom stresu społecznego podczas interakcji społecznych, to uznawano, że nie mają potrzeby towarzyskości czy przyjaźni. Druga strona tego samego medalu to przekonanie o niefunkcjonalnej więzi przywiązaniowej między opiekunem a dzieckiem o zaburzonym rozwoju z powodu nadmiarowego okazywania go przez dzieci lub też braku, zanikania go w okresie dorastania lub dorosłości. Obecnie przypuszcza się, że nie wszystkie osoby z niepełnosprawnościami intelektualnymi (umiarkowaną i głęboką) lub głębokimi zaburzeniami ze spektrum autyzmu osiągają pełną konstrukcję przywiązania, przechodząc z sukcesem przez czwartą fazę przywiązania (Pisula, 2003; Pisula, 2010), ale pozostałe trzy fazy są dla nich jak najbardziej dostępne (por. Tabela 2). Tak więc zawsze mogą potrzebować drugiej osoby w relacji asymetrycznej do regulowania swoich stanów, emocji i zachowań, natomiast jednocześnie mogą mieć utworzone ze swoimi rodzicami bezpieczne relacje przywiązaniowe zapewniające im poczucie bliskości i opieki, pomimo występowania lęku separacyjnego¹⁴. Należy tu przypomnieć o dwóch kwestiach. Po pierwsze, tak konstrukcja przywiązania, jak i jego jakość nie zależą od rodzaju czy stopnia niepełnosprawności dziecka, ale od wrażliwości i responsywności rodzicielskiej głównego opiekuna. Jakość przywiązania zależy od jakości funkcjonowania rodzica w relacji przywiązaniowej, zaś dziecko dostosowuje się do tego, co dorosły mu niejako proponuje. Po drugie, Wewnętrzne Modele Operacyjne nie są jedynie reprezentacjami umysłowymi. Są złożoną siecią wszystkich tworzonych przez ludzi reprezentacji: cielesnych, emocjonalnych, enaktywnych i na końcu symbolicznych. Mogą więc być uruchamiane i przechowywane w każdej z wymienionych form reprezentacji jednocześnie (Critinden, 1992; Wallin, 2011; Porges, 2021). Wynikają z tego bardzo ważne wnioski dla praktyki wczesnego wspomagania rozwoju bardzo małych dzieci – w pierwszym roku życia lub dzieci z opóźnieniami intelektualnymi lub niepełnosprawnymi intelektualnie: nie musimy „ciągnąć trawy, aby urosła” – nie musimy rozwijać przede wszystkim zdolności intelektualnych tych dzieci, aby zadbać o ich optymalny rozwój oraz umiejętności społeczne czy jak największą samodzielność. Możemy skupić się na rozwijaniu innego

¹⁴ Już chociażby z tego powodu jest sprawą pierwszej wagi zadbać o rozwój bezpiecznego przywiązania u dzieci niepełnosprawnych do swoich rodziców, ponieważ, być może, będą musiały korzystać z pomocy drugiej osoby w przeżywaniu i doświadczeniu swojego życia. A ponadto, mogą nigdy nie osiągnąć korekcyjnej zdolności samoregulowania swoich emocji oraz refleksji, ponieważ jest to możliwe tylko wówczas, gdy osiągnie się względną stabilność i niezależność procesów metaregulacyjnych.

rodzaju reprezentacji, na przykład cielesnych i emocjonalnych, tak aby służyły one rozwojowi dziecka i jakości jego życia. Edyta Gruszczyk-Kolczyńska zwraca uwagę na to, że harmonijny rozwój wymaga naprzemiennego korzystania z już posiadanych reprezentacji, których doskonalenie w różnorodnych kontekstach dopiero prowadzi do reprezentacji symbolicznych¹⁵.

Autorka pisze (2016, s. 15):

Nabywanie nowych doświadczeń (w trakcie procesu uczenia się) i tworzenie dalszych reprezentacji zależy od korzystania z tych reprezentacji i sprawności przechodzenia z jednej na drugą reprezentację (bywa to opisywane jako przekładanie informacji z jednej reprezentacji na inną).

W nabywaniu nowych doświadczeń im dziecko młodsze, tym więcej zależy od tego, w jaki sposób dorośli opiekunowie zorganizują środowisko codziennego życia. W tym miejscu należałoby wrócić do wcześniejszego stwierdzenia, że jakość relacji przywiązaniowych pomiędzy rodzicami a dziećmi o zaburzonym rozwoju nie zależy od rodzaju czy stopnia niepełnosprawności dziecka, ale od wrażliwości i responsywności rodzicielskiej głównego opiekuna. We wcześniejszym podrozdziale (1.3.2) zostało ono częściowo opisane. Obecnie omówię je z perspektywy cyklu przywiązania u dzieci z zaburzeniami rozwoju zilustrowanego na Rysunku 6.

Rysunek 6. Cykl przywiązania dziecka z zaburzeniami rozwoju



Źródło: opracowanie własne (Stec, 2011).

¹⁵ Co więcej autorka (Gruszczyk-Kolczyńska 2007; Gruszczyk-Kolczyńska, 2016; Gruszczyk-Kolczyńska, Zielińska, 2004) wielokrotnie ostrzegła, że nie czyniąc tego, blokujemy rozwój symbolicznych reprezentacji, ponieważ dziecko nie ma doświadczeń, które może zinterioryzować. Tak na przykład dzieje się w przypadku „papierowej matematyki” czy używania do nauczania zeszytów ćwiczeń oraz kart pracy na innych przedmiotach.

Dziecko z zaburzeniami rozwoju częściej niż dzieci rozwijające się prawidłowo doświadcza podwójnej dezorientacji, która czasem nabudowuje się na siebie na zasadzie sprzężenia zwrotnego. Najpierw jest to dezorientacja we wzbudzeniach na poziomie cieleśnym, emocjonalnym oraz enaktywnym, a co za tym idzie w potrzebach, które te wzbudzenia reprezentują. Następnie, jeśli komunikat nie zostanie dobrze zrozumiany przez rodzica lub gdy rodzic odpowie zasadniczo trafnie, ale bez dostrojenia się w swoim działaniu do aktualnej kondycji dziecka, dziecko pozostanie w stanie dezorientacji spotęgowanej brakiem wspierającego odzwierciedlenia i brakiem zaspokojenia poczucia bezpieczeństwa w relacji przywiązaniowej. System eksploracyjny nie może się „włączyć”, ponieważ system przywiązaniowy nie został „wyłączony”. W konsekwencji dziecko ma zablokowany dostęp do najbardziej pożądanego wariantu eksploracji świata: pełnej zaciekawienia i radości zabawy z rodzicem, w toku której może poznawać, jak działa świat, jak współpracować i co można zdziałać. Dziecko, aby czuć się bezpiecznie, potrzebuje spotkać dostrojonego opiekuna wychodzącego naprzeciw jego potrzebom i w równym stopniu doświadczyć swobodnego i pełnego zadowolenia towarzyszenia w zdobywaniu świata.

Potrzeby dziecka o zburzonym rozwoju są niezmiennie: poczucie bezpieczeństwa, odpoczynek, zabawa, bycie kochanym i akceptowanym w rodzinie, zauważonym, potrzeba osiągnięć, przynależności społecznej, potrzeba bycia równorzędnym partnerem w interakcji itd. Wyrażanie i realizacja tych potrzeb może być odmienna, ale potrzeby są wspólne dla wszystkich dzieci. Dobrym przykładem może być tutaj sytuacja starszego dziecka w spektrum autyzmu, które jest spragnione kontaktu społecznego, ale niekoniecznie kontaktu dotykowego, bliskości w przestrzeni fizycznej i intensywnego wpatrywania się w oczy. Pewnie chciałoby móc się samo przytulić, kiedy tego potrzebuje, a zastosowanie urywanego kontaktu wzorkowego i siedzenie w pewnej odległości, bokiem pozwoliłoby na spokojniejsze zaangażowanie w satysfakcjonującą interakcję społeczną. Udana modyfikacja realizacji określonej potrzeby u dziecka wymaga wielu zabiegów – w pierwszym rzędzie wrażliwości na sygnały kierowane od dziecka, pewnego rodzaju diagnozy interakcyjnej, następnie zaś zadbania o zasoby emocjonalne i poznawcze opiekuna (lub terapeuty), aby mógł uruchomić swoją funkcję refleksyjną oraz pełne afirmacji dostrajające się zachowanie w stosunku do dziecka. Takie działanie jest według mnie najbardziej centralnym procesem we wczesnym wspomaganiu rozwoju dziecka: aby dbając o zasoby rodzica, uczyć go „czytania” dziecka oraz modyfikowania swoich zachowań w taki sposób, aby zapewnić dziecku optymalny poziom bezpieczeństwa i rozwoju bez wyrzekania się swojego dobrostanu. Ważne jest, żeby specjaliści, wprowadzając zalecenia terapeutyczne i kolejne zajęcia, nie stracili z pola widzenia matki i dziecka w ich osobowym i relacyjnym wymiarze. Żeby pomimo trudności, jakich doświadczają w swoim życiu, i rodzic, i dziecko mogli mieć przyjemność z przebywania ze sobą.

W tym kontekście bardzo aktualna jest refleksja Danuty Kopeć, która może posłużyć jako podsumowanie rozważań o przywiązaniu dzieci o zaburzonym rozwoju:

Dlatego pytanie o „punktualną” pomoc oferowaną dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością jest nierozdzielnie związane z pytaniem o rozumienie „punktualności” pomocy skierowanej ku jego figurze przywiązania. Ponieważ to od jej responsywności będzie zależało, czy i w jaki sposób zaspokoi potrzeby dziecka z głęboką niepełnosprawnością, które jest bardzo wymagającym partnerem interakcji społecznej i którego nie wolno traktować tylko jako „obiekta usprawniania”. Oferowany system pomocy powinien być przeznaczony nie tylko dla tych będących już rodzicami dziecka z niepełnosprawnością, ale również dla tych, którzy go oczekują i są świadomi jego zagrożenia niepełnosprawnością (Kopeć, 2011, s. 229–230).

Tylko wtedy, kiedy specjaliści skupią się na rodzicu jako osobie, którą można afirmować, próbować zrozumieć jej potrzeby i zmagania, towarzyszyć w różnorodnych emocjach – tych potocznie nazywanych pozytywnymi i negatywnymi, rodzic będzie mógł z tego skorzystać dla dobra swojego dziecka, dając mu to, co sam najpierw otrzymał we wspierających relacjach ze specjalistami.

Matka nie może dać dziecku tego, czego sama nie ma.
Truus Bakker, 2005

*Wyleczenie dziecka nie jest celem,
raczej celem jest nauczenie dziecka współdziałania
w ramach jego aktualnych społecznych i biologicznych ograniczeń.*
J. D. MacDonald, 2004

Rozdział 2.

Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka o zaburzonym rozwoju w środowisku rodzinnym

2.1. Podstawy współczesnego rozumienia wczesnego wspomagania rozwoju dziecka o zaburzonym rozwoju

W pierwszej części tego rozdziału zostaną przedstawione ramy definicyjne, teoretyczne oraz prawne wczesnego wspomagania rozwoju skoncentrowanego na rodzinie. Następnie omówione zostaną kolejno: ekologiczno-systemowy paradygmat wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, model wczesnego wspomagania rozwoju dziecka w środowisku rodzinnym skoncentrowanego na interakcjach rodzice–dziecko z niepełnosprawnością autorstwa Andrzeja Twardowskiego oraz podstawowe zasady udzielania przez specjalistów pomocy rodzinie w paradygmacie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka w środowisku rodzinnym.

2.1.1. Ustalenia definicyjne

Terminy „wczesna interwencja” (*early intervention*) oraz „wczesne wspomaganie rozwoju” (*early support*) są w wielu pracach traktowane zamiennie, choć historycznie wywodzą się z odmiennych tradycji. W literaturze anglojęzycznej stosuje się najczęściej termin wczesna interwencja, choć można stwierdzić, że dotyczy ono szczególnie najwcześniejszego okresu rozwoju, tj. od 0 do 3 roku życia (Twardowski, 2022). W Polsce wczesne wspomaganie to termin określający ingerencję w rozwój w sferze społecznej i edukacyjnej, natomiast określenie wczesna interwencja jest traktowane jako bardziej całościowe działanie, włączające na przykład interwencje medyczne. W Polsce dualizm ten znajduje odzwierciedlenie w podziale kompetencji systemu pomocowego: wczesna interwencja jest przypisana placówkom rehabilitacyjnym i *stricte* medycznym, natomiast wczesne wspomaganie rozwoju oferowane jest przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne i inne placówki typu edukacyjnego proponujące oddziaływania pedagogiczne i psychologiczne¹⁶.

¹⁶ W niniejszej pracy będę konsekwentnie używać określenia: „wczesne wspomaganie rozwoju dziecka”, ponieważ tematyka mojej pracy skupia się na obszarach społecznym i ogólnorozwojowym realizowanych w ramach systemu oświatowego w Polsce.

Europejska Agencja Rozwoju Edukacji Uczniów ze Specjalnymi Potrzebami Edukacyjnymi (2005, s. 12) korzysta prawie wyłącznie z terminu wczesna interwencja, definiując ją bardzo szeroko jako:

niezbędne działania, jakie należy podjąć, aby możliwie najwcześniej wesprzeć dziecko i jego rodzinę, niezależnie od etapu edukacji, na którym dziecko się znajduje;

a także (Europejska Agencja Rozwoju Edukacji Uczniów ze Specjalnymi Potrzebami Edukacyjnymi, s. 17):

Wczesna Interwencja to zbiór usług / świadczeń skierowanych do bardzo małych dzieci i ich rodzin, dostępnych na życzenie w określonym momencie życia dziecka, i obejmujących każde działanie podejmowane w sytuacji, gdy dziecko potrzebuje specjalnego wsparcia aby:

- zapewnić i wspomóc jego osobisty rozwój;
- wzmocnić umiejętności i możliwości jego rodziny;
- wesprzeć integrację społeczną dziecka i jego rodziny.

Wszystkie te działania powinny być przeprowadzone w naturalnym środowisku dziecka, najlepiej na poziomie lokalnym, przy zastosowaniu takich metod, które koncentrują się na rodzinie, zakładają pracę zespołową i uwzględniają szereg różnych uwarunkowań.

Pierwsza, bardzo ogólna definicja wczesnej interwencji, która pojawiła się w języku polskim, to robocza wersja przygotowana w ramach tworzenia Programu Rządowego WWKSC¹⁷ do realizacji w latach 2005–2007:

Wczesna, wielospecjalistyczna, kompleksowa, skoordynowana i ciągła pomoc dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie (Cytowska, 2006, s. 16).

Natomiast już A. Twardowski (2022, s. 131) konstruuje autorską, bardziej szczegółową definicję odzwierciedlającą nowoczesne ujęcie:

Wczesne wspomaganie rozwoju jest procesem planowych i systematycznych oddziaływań mających na celu ukształtowanie takich wzorców interakcji między opiekunami a dzieckiem, które najbardziej sprzyjają usprawnianiu jego funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego. Oddziaływania prowadzone są przez zespół specjalistów w ściślejszej współpracy z rodziną i obejmują dzieci zagrożone niepełnosprawnością oraz niepełnosprawne od chwili wykrycia zagrożenia lub stwierdzenia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole¹⁸.

Przytoczone powyżej definicje ilustrują podstawowy kierunek ewolucji idei wczesnej interwencji w Polsce. Ta zmiana odbyła się także na poziomie ogólnoświatowym. Po drugiej wojnie światowej rozwój dziecka rozpatrywano poprzez pryzmat behawioralnych teorii uczenia się i epistemologii genetycznej Piageta. Skupiano się głównie na rozwoju

¹⁷ Wczesna, Wielospecjalistyczna, Kompleksowa, Skoordynowana i Ciągła Pomoc Dziecku Zagrożonemu Niepełnosprawnością lub Niepełnosprawnemu i Jego Rodzinie.

¹⁸ Ponieważ definicja ta jest podstawą proponowanego przez A. Twardowskiego modelu wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, jej składowe zostaną omówione w podrozdziale 2.3. W tym miejscu ważne dla mojego wywodu jest ukazanie ewolucji idei wczesnej interwencji także w naszym kraju.

motorycznym i poznawczym, postrzegając dziecko jako głównego beneficjenta pomocy, wyizolowanego od warunków swojego życia i rozwoju. Od około pięćdziesięciu lat specjaliści w poszukiwaniu skutecznych dróg wspomagania rozwoju zwrócili się bardziej ku rozwojowej psychologii interakcyjnej i neuronauce. Inaczej mówiąc: na obecny kształt istoty omawianego zagadnienia miały wpływ dwa przekonania: 1) o centralnej roli badań nad rozwojem mózgu oraz 2) że mózg jest organem zależnym od doświadczenia społecznego (Cozolino, 2006; Cozolino, 2012; Siegel, 2009; Siegel, 2011). W następstwie rozwoju nauki wczesna interwencja jest obecnie ujmowana w dokumentach UE w perspektywie ekologiczno-systemowej akcentującej takie cechy rozwoju jak: holistyczność, dynamiczność, transakcyjność, indywidualność. Na szczególną uwagę zasługuje sposób ujmowania dynamizmu rozwojowego: powinno się zabiegać o to, aby środowisko zmieniało się w odpowiedzi na zmieniające się potrzeby jednostki, a nie jedynie o to, aby jednostka zmieniła się w zależności od oddziaływań rehabilitacyjnych. Ważne, by przyjąć przekonanie że pozytywna zmiana jest zawsze możliwa. Ponadto niezwykle cennym jest zauważenie, że zarówno ścieżki rozwojowe, jak i edukacyjne są zawsze konstruowane w zupełnie unikatowy i indywidualny sposób (Europejska Agencja Rozwoju Edukacji Uczniów ze Specjalnymi Potrzebami Edukacyjnymi, 2005). Wprowadzenie do praktyki na szeroką skalę i ugruntowanie tak rozumianej wczesnej interwencji rodzi wielkie nadzieje na skuteczne wyeliminowanie wykluczenia społecznego i edukacyjnego osób z niepełnosprawnościami. Ten rodzaj myślenia o rozwoju i rehabilitacji doprowadził także do zmiany paradygmatu w edukacji:

zamiast mówić dzieciom, co powinny wiedzieć, każe wsłuchiwać się w bogactwo ich obecnego życia i na nie reagować (Porter, za: Europejska Agencja Rozwoju Edukacji Uczniów ze Specjalnymi Potrzebami Edukacyjnymi, 2005, s. 15).

Należy wnioskować, że specjaliści oraz nauczyciele powinni kłaść nacisk na to, żeby edukacja była spójna z potrzebami osób niepełnosprawnych oraz aby rodziny nie otrzymywały sprzecznych komunikatów w ramach systemu pomocowego, a sam proces przejścia od wczesnego wspomagania rozwoju do edukacji był jak najłagodniejszy. W naszym kraju pozostało w tej kwestii jeszcze wiele do zrobienia, ponieważ wczesne wspomaganie rozwoju rzadko znajduje swoje adekwatne przedłużenie w edukacji osób niepełnosprawnych w Polsce (por.: Janiszewska-Nieścioruk, 2007; Chrzanowska, 2009; Kopeć, 2013).

Rysunek 7. Zmodyfikowana piramida kolejności obszarów rozwoju osób z zaburzeniami rozwoju



Rysunek 7 ukazuje kluczową, według mnie, kolejność w działaniu pomocowym wobec dzieci z zaburzeniami rozwoju. Nie chodzi tu jedynie o pewne następstwa czasowe określonych oddziaływań terapeutycznych, ale także o fundamentalną wagę każdego z działań. Nawet kiedy dziecko jest już w systemie edukacji w ramach kształcenia specjalnego, to wciąż obszary relacyjne czy podstawowa umiejętność współpracy powinny znajdować się przed działaniami *stricte* edukacyjnymi.

2.1.2. Społeczny model zdrowia i niepełnosprawności kontekstem teoretycznym wczesnego wspomaganie rozwoju

Nowoczesna idea wczesnego wspomaganie rozwoju znajduje swoje korzenie ideologiczne w społecznym modelu zdrowia i niepełnosprawności, który stoi w opozycji do medycznego modelu zdrowia i niepełnosprawności dominującego wcześniej. Najbardziej wyrazistą ilustracją tej dychotomii wydaje się różnica pomiędzy definicjami niepełnosprawności proponowanymi przez Światową Organizację Zdrowia. Obecnie organizacja ta charakteryzuje niepełnosprawność w następujący sposób (zgodnie z klasyfikacją ICF z 2001 roku):

niepełnosprawność to zbiorczy termin dla innych: uszkodzenie, ograniczenie aktywności oraz ograniczenie uczestnictwa, które są rezultatem złożonego związku pomiędzy sytuacją zdrowotną człowieka, czynnikami osobistymi oraz czynnikami zewnętrznymi, które reprezentują okoliczności, w których żyje człowiek (Światowa Organizacja Zdrowia, 2001; Światowa Organizacja Zdrowia, 2010, s. 17).

Widzimy tutaj wyraźną zmianę w porównaniu z wcześniejszą definicją z 1980 roku (pierwsza wersja ICF: ICIDH – *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*), która ujmowała niepełnosprawność jako

wszelkie ograniczenie lub brak – wynikający z uszkodzenia – zdolności wykonywania jakiejś czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka (Światowa Organizacja Zdrowia, 2010, s. 17).

Niepełnosprawność jest więc obecnie rozumiana nie jako pewien defekt jednostki, która z jego powodu nie może uczestniczyć w życiu społecznym, ale jako pewna składowa złożonego związku pomiędzy środowiskiem a jednostką. Warto zaznaczyć, że niepełnosprawność nie jest w tej definicji umiejscowiona ani w jednostce, ani w środowisku, tylko w interakcjach pomiędzy nimi.

Ewolucja, jakiej podlegało myślenie o niepełnosprawności, dotyczy również bardziej całościowo procesu, który prowadzi do odejścia od modelu medycznego na rzecz modelu społecznego w szeroko rozumianej dziedzinie zdrowia publicznego. Medyczny model zdrowia traktuje antagonistycznie grupy specjalistów i pacjentów (opowiadając się za dominacją specjalistów i zalecając bierność pacjentom) oraz skupia się na somatycznym obrazie choroby lub niepełnosprawności, ewentualnie włączając w obszar swoich zainteresowań funkcjonowanie poznawcze. Dwa aspekty charakteryzują ten model szczególnie:

rozwijanie diagnozowania różnicowego wraz z rozbudowywaniem kategorii klasyfikacji diagnostycznej oraz redukcja objawów chorobowych jako miara sukcesu. Pomimo wielu starań, wciąż jest to nadrzędny model udzielania pomocy w złożonych strukturalnie instytucjach. Skupiają się one przede wszystkim na procesie leczenia, pomijając inne aspekty, na przykład osobowy; wychodząc z ukrytego założenia, że zdrowie to brak somatycznej choroby. Pracujący w modelu medycznym koncentrują się na sprawnej dystrybucji specjalistycznych usług wysokiej jakości. Skupienie się na samym „produkcie” leczenia i rehabilitacji odhumanizowało zarówno pacjentów, jak i samych specjalistów. Idea, że sama usługa medyczna czy opiekuńcza, nawet o wysokim standardzie, podarowana każdemu bez wyjątku według takich samych procedur postępowania okazała się utopijna, jako że dotyczy ludzi, z których każdy jest niepowtarzalny. Oczywiście niniejszy model ma również zalety, z których najważniejszą jest zobiektywizowanie zjawiska niepełnosprawności oraz jasna ścieżka proceduralna – proponowane są konkretne pomiary oraz protokoły działania w związku z każdym drobiazgowo opisanym w obszernej klasyfikacji zaburzeniem czy chorobą, czy nieprawidłowością (Twardowski, 2018).

Natomiast model społeczny zdrowia i niepełnosprawności zasadza się na traktowaniu procesu chorobowego jako większej całości i stawia w centrum osobę, która podlega leczeniu, jej autonomię i unikatowość. Zdrowie to wynik interakcji pomiędzy procesami chorobowymi i procesami służącymi zdrowiu, pomiędzy czynnikami osobistymi i środowiskowymi. Miarą sukcesu są bardziej subiektywne wskaźniki: zadowolenie pacjenta i poprawa jakości życia. Pacjent i specjaliści wspólnie pracują nad osiągnięciem celów i są równoprawnymi podmiotami w procesie decyzyjnym. Następuje bardzo ważne przesunięcie „siedliska leczenia”. Mianowicie w miejsce wyspecjalizowanej, wyizolowanej przestrzeni, mamy do czynienia ze środowiskiem życia codziennego pacjenta: jego przestrzenią prywatną, najbliższymi osobami i grupami oraz środowiskiem lokalnym (Sęk, 2001).

Warto zaznaczyć, że w modelu społecznym niepełnosprawność widziana jest jako problem stworzony przez społeczeństwo. Zwrócono po raz pierwszy uwagę, że niepełnosprawność jest konstruktem społecznie definiowanym, a nie biologicznym i obiektywnym. Dlatego też za adekwatną odpowiedź uznano zabieganie o pełną integrację społeczną osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin (Charlton, 2000; Światowa Organizacja Zdrowia, 2010). Podczas planowania interwencji w tym modelu kładzie się nacisk na psychologię i organizowanie środowiska lokalnego, zastępując pierwotne akcentowanie medycyny i fizykoterapii (Światowa Organizacja Zdrowia, 2011).

W dużej mierze rozwój modelu społecznego i jego uszczegółowień prawnych bądź instytucjonalnych zawdzięczamy silnemu ruchowi emancypacyjnemu osób z niepełnosprawnościami. Ma on wielorakie korzenie, będąc prostym następstwem ogólnościatowego ruchu emancypacyjnego różnych grup społecznych, od feminizmu poczynając. Warto wspomnieć o ważnym wkładzie w rozwój ruchu emancypacyjnego osób z niepełnosprawnościami dwóch postaci. Pierwszą jest Paul Hunt z Wielkiej Brytanii, niepełnosprawny

fizycznie mieszkaniem domu opieki, który w roku 1966 wydał pracę zbiorową pod wiele mówiącym tytułem: *Sigma. The Experience of Disability*, w której wraz z innymi osobami z niepełnosprawnościami opisali swoje indywidualne doświadczenie niepełnosprawności. Następnie, w roku 1975, Hunt założył Związek Upośledzonych Fizycznie Przeciw Segregacji (UPIAS), prowadząc wiele akcji w mediach oraz doprowadzając do zmian w brytyjskim ustawodawstwie (Twardowski, 2018). Kolejną kluczową dla tego ruchu osobą to James Charlton działający w latach osiemdziesiątych XX wieku w Wielkiej Brytanii oraz w Stanach Zjednoczonych Ameryki. Charlton wydał ważną pracę pt. *Nothing us without us. Disability oppression and empowerment* (Charlton, 2000). Jako osoba walcząca z apartheidem w Afryce Południowej po przyjeździe do Anglii stwierdził, że właściwie ten sam proces dokonuje się w stosunku do osób mniej sprawnych w społeczeństwach zachodnich: są dyskryminowani ze względu na swoją odmienność. Dlatego uznał, że niepełnosprawność jest kwestią polityczną, a nie tylko medyczną czy psychiczną. Jest to główny zarzut wobec modelu społecznego, że abstrahuje od biologicznego wymiaru niepełnosprawności, zaniedbuje uszkodzenie jako częstą podstawę niepełnosprawności i postrzega konstrukt niepełnosprawności analogicznie do płci kulturowej w ruchach emancypacyjnych różnorodności płciowej. Ponadto dyskusyjnym jest przyjęte *ad hoc* założenie przypisujące pełnosprawnej większości postawę dyskryminacyjną wobec osób z niepełnosprawnościami jako mniejszości (Twardowski, 2018).

W reakcji na działalność ruchu emancypacyjnego osób z niepełnosprawnościami w Wielkiej Brytanii został zaproponowany nowy model sprawowania opieki nad pacjentem: „opieka ukierunkowana na osobę” (*person centered care*). Uczestnicy kampanii propagujących praktykę ukierunkowaną na osobę walczyli o to, aby być dopuszczonym do głosu w kwestii własnego leczenia i decydowania o kształcie usług. Zwracali uwagę na dzielenie władzy i odpowiedzialności w profilaktyce, leczeniu oraz rehabilitacji pomiędzy pacjentów i specjalistów, a także na to, że pacjent jest osobą w pełnym tego słowa znaczeniu. Obok wniknięcia w istotę danej jednostki chorobowej i niepowtarzalność fizjologiczną pacjenta ważnym aspektem w leczeniu pacjentów jest zrozumienie osobistego, personalnego znaczenia choroby dla każdego z pacjentów, a co za tym idzie dążenie do umacniania pozytywnego spojrzenia na własne życie i swoją chorobę. Główne zasady prowadzenia opieki ukierunkowanej na osobę to: 1) edukacja i dzielenie się wiedzą, 2) zaangażowanie rodziny i przyjaciół, 3) współpraca i zarządzanie zespołem, 4) wrażliwość na niemedyczny i duchowy wymiar opieki, 5) poszanowanie potrzeb i preferencji pacjenta, 6) wolny przepływ i dostępność informacji (WHO, 2010). Pojęcie takie przekłada się na zwiększenie subiektywnej satysfakcji pacjenta z leczenia (lub rehabilitacji), co powoduje zmniejszenie czasu i kosztów leczenia, stosowanie się do zaleceń specjalistów, a w końcu także bardziej racjonalne wykorzystanie zasobów materialowych i osobowych zdrowia publicznego.

Dotychczasowym zwieńczeniem działalności ruchów emancypacyjnych i przejawem ich akceptacji przez prawo międzynarodowe jest uchwalenie w 2006 roku *Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych*. Ona to określiła niepełnosprawność jako:

„... pewien zmieniający się wciąż koncept będący rezultatem interakcji pomiędzy osobami z niepełnosprawnościami a społecznymi i środowiskowymi barierami, które utrudniają im pełne i skuteczne uczestnictwo w społeczeństwie na równych zasadach, tak jak inne osoby (za: Światowa Organizacja Zdrowia, 2010, s. 17).

Natomiast same osoby niepełnosprawne zostały we wcześniejszym dokumencie ONZ określone jako:

„... osoby, z długotrwałą obniżoną sprawnością fizyczną, umysłową, intelektualną lub sensoryczną, która w interakcji z różnymi barierami może ograniczać ich pełne i efektywne uczestnictwo w życiu społecznym na równych zasadach z innymi obywatelami (Organizacja Narodów Zjednoczonych, 2006, art. 1).

Powyższe definicje są nie tylko esencją społecznego modelu zdrowia i niepełnosprawności, ale także Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, którą przedstawię w dalszej części rozdziału.

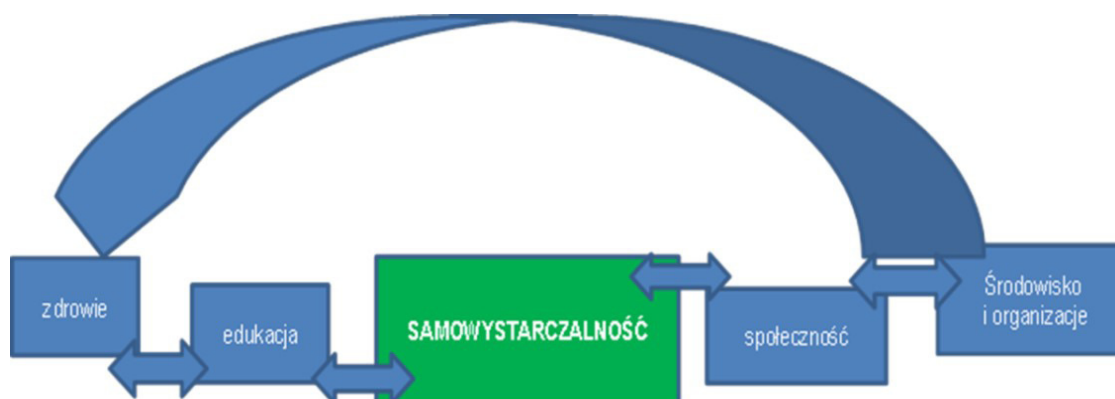
Mając na uwadze interakcyjny charakter niepełnosprawności, ONZ kładzie nacisk na to, aby wszystkie działania pomocowe i rehabilitacyjne podejmowane były w oparciu o dbałość w przestrzeganiu praw człowieka, przede wszystkim umożliwiły osobom niepełnosprawnym realizację wszystkich podstawowych praw człowieka, na przykład do małżeństwa czy macierzyństwa (Światowa Organizacja Zdrowia, 1993; Organizacja Narodów Zjednoczonych, 2006; Kowalik, 2007; Światowa Organizacja Zdrowia, 2009; Janiszewska-Nieścioruk, 2010; Światowa Organizacja Zdrowia, 2010; Światowa Organizacja Zdrowia, 2011). Warto w tym miejscu wspomnieć, że Rzeczpospolita Polska, pomimo wciąż istniejących jeszcze dwóch niezgodności prawnych¹⁹, ratyfikowała 6 września 2012 roku *Konwencję ONZ o prawach osób niepełnosprawnych*.

Ważnym ogólnościowym następstwem modelu społecznego zdrowia i niepełnosprawności jest idea rehabilitacji środowiskowej (CBR – *Community-based rehabilitation*). Jest to kluczowa idea zaproponowana przez Światową Organizację Zdrowia w połowie lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku. Stanowi ona specyficzny rodzaj strategii społecznej dotyczącej rozwoju rehabilitacji, wyrównywania szans i integracji społecznej wszystkich osób niepełnosprawnych. Jest realizowana poprzez połączenie wysiłków samych osób niepełnosprawnych, ich rodzin i społeczności oraz instytucji ochrony zdrowia,

¹⁹ „Chodzi o zdolność do czynności prawnych oraz zawieranie małżeństw (Art. 12 ust. 4 i Art. 23 ust. 1 pkt a) Konwencji). Aby nie wstrzymywać ratyfikacji, Polska złożyła, odpowiednio, oświadczenie interpretacyjne oraz zastrzeżenie do tych artykułów. Pozwoli to uniknąć zarzutów o naruszeniu konwencji, do czasu przeprowadzenia odpowiednich zmian w prawie.” Zmiany w prawie znoszące przeszkody w wykonaniu diskutowanych artykułów pozostają obecnie wciąż kwestią przyszłości, zob. <https://www.gov.pl/web/rodzina/wykonywanie-konwencji-o-prawach-osob-niepelnosprawnych-przez-polske>; dostęp w dniu 20 maja 2023.

edukacji, zatrudnienia i opieki społecznej (UNESCO i WHO, 1994). Widzimy tutaj bardzo ważne przeniesienie odpowiedzialności za rehabilitację na osoby zainteresowane nią najbardziej: niepełnosprawnych, rodziny i społeczności.

Rysunek 8. CBR: graficzne ujęcie struktury pomocowej



Źródło: opracowanie własne na podstawie WHO, 2010.

Jak ukazano na Rysunku 8, „sercem” rehabilitacji środowiskowej jest organizacja środowiska pozwalająca zmaksymalizować samowystarczalność osób niepełnosprawnych poprzez poprawę jakości osobistego życia i przywrócenie lub kompensację samodzielnego funkcjonowania w *środowisku otwartym*. Stanowi to jednocześnie cel i podstawę procesu rehabilitacji. Dlatego Światowa Organizacja Zdrowia zachęca do deinstytucjonalizacji pomocy osobom niepełnosprawnym, promując towarzyszenie i wsparcie ich społeczności lokalnych, wśród których żyją. Z tego też powodu w rehabilitacji środowiskowej wskazuje się na centralną rolę w osiągnięciu wyznaczonych celów rehabilitacyjnych terapii zajęciowej (*occupational therapy*). Jej celem jest ciągłe ćwiczenie znaczących czynności życia codziennego, które są związane z życiem osobistym i odbywają się w konkretnym dla jednostki, środowiskowym kontekście. Tak rozumiana terapia zajęciowa²⁰ skupia się na maksymalizowaniu zasobów osób z niepełnosprawnościami związanych z samoobsługą, poruszaniem się i komunikacją oraz zwiększaniem ich uczestnictwa w życiu rodziny i społeczności lokalnej.

Dokonanie powyższego wymaga bardzo precyzyjnego diagnozowania: funkcjonalnego oraz zespołowego zarazem. Właśnie do realizacji takiej diagnozy służy Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF).

Europejska Agencja Rozwoju Edukacji Uczniów ze Specjalnymi Potrzebami Edukacyjnymi (2005) zwraca uwagę, że nowy paradygmat rehabilitacji rozwijał się stopniowo. Najbardziej uwidaczniał się ten proces w tworzeniu Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (2001). Wersja pierwotna z lat

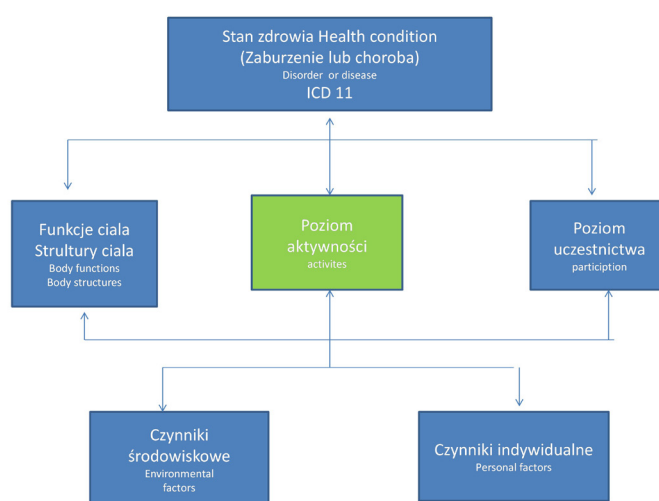
²⁰ Mam wrażenie, że wciąż jeszcze najtrafniejszym w Polsce opisem terminu „terapia zajęciowa” jest „dajmy jakieś zajęcie osobom z niepełnosprawnościami”.

osiemdziesiątych XX wieku skupiała się na „skutkach choroby” w funkcjonowaniu osób z niepełnosprawnościami, a swą ewolucję zakończyła na „składnikach zdrowia” (ICIDH – *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*).

„Składniki zdrowia” określają elementy zdrowia, podczas gdy „skutki” koncentrują się na mogących nastąpić efektach chorób lub innych stanów chorobowych. ICF zajmuje neutralne stanowisko w odniesieniu do etiologii, a zatem badacze mogą wyciągnąć własne wnioski dotyczące przyczyny posługując się właściwymi metodami naukowymi. Podobnie ten sposób podejścia jest różny od podejścia w oparciu o „czynniki warunkujące zdrowie” lub „czynniki ryzyka”. Dla ułatwienia badań nad czynnikami warunkującymi zdrowie lub czynnikami ryzyka, ICF zawiera listę czynników środowiskowych, która opisuje warunki życia poszczególnych osób (ICF, 2001, s. 8).

Modele medyczny i społeczny często są postrzegane jako idee skrajnie wykluczające się wzajemnie. Należy więc w tym miejscu powiedzieć, że ICF nie jest jedynie wyrazem społecznego modelu niepełnosprawności, ale próbą harmonijnej syntezy modelu medycznego i społecznego, ponieważ jednym z elementów diagramu ICF jest klasyfikacja utworzona w modelu medycznym ICD 11. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia powstała jako uzupełnienie klasyfikacji medycznych, a nie jako jej zastępnik. Pryncypia klasyfikacji zakładają pracę w ramach zespołów transdyscyplinarnych, stwarzając wspólną, ponaddiscyplinarną przestrzeń oraz język dla diagnozy i interwencji. Dla jej stosowania nie potrzeba kierunkowego wykształcenia, ponieważ wykorzystuje język uniwersalny, który może być stosowany przez każdego specjalistę pomagającego osobom niepełnosprawnym. Ponadto ważnym jest zaznaczenie, że ICF nie jest jedynie klasyfikacją znajdującą zastosowanie dla rozpoznawania sytuacji osób niepełnosprawnych, ale wszystkich ludzi zmagających się z problemami w obszarze zdrowia²¹.

Rysunek 9. Diagram diagnostyczny ICF



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Światowa Organizacja Zdrowia, 2001.

²¹ W latach 2003–2007 powstała także wersja ICF-CY (*Children and Youth version*), która ukazuje rozwój jako proces uwarunkowany relacjami społecznymi.

Przedstawiona na rysunku 9 klasyfikacja pierwszego stopnia ICF ukazuje nam 6 podstawowych kategorii diagnostycznych, spośród których centralną jest poziom aktywności, który może przypominać o kategorii „samowystarczalność” w CBR. Zarówno poziom aktywności, jak i poziom uczestnictwa określone są poprzez następujące jakości na drugim poziomie klasyfikacji: 1) uczenie się i umiejętność wykorzystania wiedzy, 2) wykonywanie prostych zadań, 3) komunikacja, 4) poruszanie się, 5) samoobsługa, 6) życie domowe, 7) interakcje i związki międzyludzkie, 8) życie społeczne, towarzyskie, obywatelskie, 9) wykształcenie, praca, zarobki. Poziom aktywności dotyczy poszczególnych umiejętności osobiście nabytych przez daną jednostkę, na przykład umiejętność wychodzenia samemu na spacer. Natomiast poziom uczestnictwa określa, w jakich aspektach jednostka angażuje się w życie społeczne, na przykład: Czy pracuje w domu? Czy w społeczności socjalnej? Czy na spacerach wychodzi do pobliskiego parku spotykać się ze znajomymi? Poziomy dwóch powyższych czynników ukazują relację między osobistymi umiejętnościami a integracją społeczną. Zarówno czynniki indywidualne, jak i środowiskowe są rozumiane bardzo szeroko, ponieważ bierze się pod uwagę wszystkie zjawiska mogące mieć wpływ na jakość życia konkretnego człowieka, na przykład modyfikacje środowiska naturalnego, regulacje prawne (czynniki środowiskowe), wzorce zachowania czy sposoby radzenia sobie z trudnościami (czynniki indywidualne). Ponadto wszystkie zgromadzone dane można zapisać w dwóch kategoriach: barier lub moderatorów i przypisać im odpowiednie kwalifikacje: od „-4” do „+4”, przedstawiające ilościowe natężenia danego aspektu funkcjonowania i umiejętności.

Jak widzimy, klasyfikacja ICF ze swoimi drobiazgowymi alfanumerycznymi kodami i poziomami czynników jest skomplikowanym narzędziem i wymaga wytrwałego treningu w jego stosowaniu. Aczkolwiek nawet sam diagram ICF (pierwszy i drugi poziom klasyfikacji) z powodzeniem może służyć za podstawową matrycę w diagnozowaniu funkcjonalnym i holistycznym osoby niepełnosprawnej i jej środowiska (jednocześnie w aspektach pozytywnym i negatywnym). W ten sposób można go stosować, nie znając pozostałych poziomów i kategorii klasyfikacji, tak aby przede wszystkim umożliwiał wykonanie i zrozumienie jak najpełniejszej diagnozy w ramach całego zespołu transdyscyplinarnego. Światowa Organizacja Zdrowia zwracała na to uwagę wielokrotnie, definiując ICF przede wszystkim nie jako narzędzie pomiaru, ale jako platforma porozumienia dla wielu odległych specjalności mogąca dostarczać nowego standardu dla zbierania danych o zdrowiu i niepełnosprawności z jak największej liczby źródeł.

Podsumowując, należy podkreślić, że funkcjonowanie w życiu codziennym i najbliższym środowisku (rodzinnym oraz lokalnym) wraz z subiektywnym poczuciem zadowolenia z jakości życia są filarami współczesnej pomocy osobom niepełnosprawnym, ich rodzinom oraz środowiskom lokalnym. Dotyczy to także rzeczywistości edukacyjnej osób z niepełnosprawnościami, ponieważ zachęca się do wykorzystywania ICF do konstruowania modeli i programów edukacyjnych dla uczniów ze specjalnymi potrzebami

edukacyjnymi²² (Światowa Organizacja Zdrowia, 2010; Światowa Organizacja Zdrowia, 2011; Chrzanowska, 2011; Drażyłowska, 2011; Sadowska, Janiszewska-Nieścioruk, 2018).

2.1.3. Regulacje prawne wczesnego wspomaganie rozwoju w Polsce

W Polsce, tak jak w wielu innych krajach, wczesna interwencja podzielona jest między resortowo i obejmuje Ministerstwo Edukacji i Nauki, Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. Sprawia to oczywiste kłopoty z wprowadzaniem spójności, a czasami nawet sensowności rehabilitacji, ponieważ nie ma wypracowanej wspólnej przestrzeni prawnej i profesjonalnej współpracy pomiędzy poszczególnymi resortami²³. I tak, działania pedagogiczne i psychologiczne w rehabilitacji małego dziecka znajdują się w obszarze regulacji prawnych Ministerstwa Edukacji i Nauki. Co się tyczy wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, to znajduje ono swoje umocowanie w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 sierpnia 2017 roku w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci do Ustawy o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 roku (Dz.U. 2017, poz. 1635). Określa ono, że do wczesnego wspomaganie mają prawo dzieci „od chwili wykrycia niepełnosprawności do momentu podjęcia nauki w szkole”²⁴ na podstawie opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju. W tym miejscu pojawia się pierwsza poważna wątpliwość: Czy dzieci zagrożone niepełnosprawnością albo u których rozwój przebiega nieharmonijnie mają prawo do tego rodzaju pomocy? Ponadto czy można udzielać pomocy dziecku, które się jeszcze nie narodziło? Ustawodawca nie określa tych kwestii i pozostają one niejasne. Praktycznie, aby rodzina mogła uzyskać pomoc, muszą być spełnione dwa warunki dotyczące dziecka: musi się ono urodzić i musi zostać naznaczone jako „niepełnosprawne”²⁵. W praktyce dochodzi do sytuacji absurdalnych polegających na tym, że pracownicy niektórych poradni psychologiczno-pedagogicznych żądają od rodziców orzeczenia o niepełnosprawności, zanim wydadzą opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju. Wczesne wspomaganie, co ważne,

²² W Polsce Ministerstwo Edukacji Narodowej w roku 2017 zadeklarowało wykorzystanie ICF do diagnozy potrzeb edukacyjnych uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w ramach zindywidualizowanych programów uczenia. Niestety, na razie działanie to pozostaje w przeważającej części w sferze deklaratywnej (Kopeć, 2007; Sadowska, Janiszewska-Nieścioruk, 2018).

²³ Działania pedagogiczne znajdują się w obszarze regulacji prawnych Ministerstwa Edukacji i Nauki oraz Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, natomiast tematyka niniejszej dysertacji obejmuje swoim zakresem tylko działania określone w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 sierpnia 2017 w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci.

²⁴ Cezura wiekowa dla realizacji zadań wczesnego wspomaganie rozwoju to, biorąc pod uwagę możliwość odroczenia obowiązku szkolnego dla dzieci, którym orzeczono potrzebę kształcenia specjalnego, obejmuje pomocą dzieci w wieku 0–9.

²⁵ Dlatego tak ważne jest, aby w obszarze wczesnego wspomaganie rozwoju posługiwać się pojęciami „zaburzenia rozwoju” lub „zaburzony rozwój”, które są o wiele bardziej pojemne. Mogą zawierać w sobie: opóźnienia mowy, opóźnienia rozwoju psychoruchowego, zaburzenia emocjonalne, autyzm, ADHD, niepełnosprawność intelektualną, zaburzenia uwarunkowane genetycznie oraz neurorozwojowe itp.

zawsze realizować powinien zespół profesjonalistów różnych specjalności (nie pojedyncze osoby), który może być powołany przez dyrektora w wielu różnorodnych placówkach oświatowych od przedszkola do młodzieżowego ośrodka wychowawczego. Pracą zespołu kieruje koordynator wczesnego wspomaganie wyznaczony przez kierującego całym zespołem dyrektora placówki, w której organizuje się wczesne wspomaganie rozwoju dziecka. Pomimo że polskie przepisy prawne tego nie regulują, to najlepiej jest, gdy koordynator dla każdej rodziny zostaje ustanowiony odrębnie, tak aby mógł faktycznie czuwać nad spójnością i sensownością oferowanej pomocy. Jedno dziecko ma prawo do korzystania z zajęć wczesnego wspomaganie rozwoju w wymiarze od 4 do 8 godzin miesięcznie lub więcej, jeśli dyrektor tak zdecyduje. Należy zaznaczyć, że są to tak zwane „godziny kontaktowe” z rodziną, więc diagnozowanie czy przygotowywanie programu pomocy rodzinie odbywają się poza tymi godzinami i nie są ujęte w regulacjach prawnych.

W mojej opinii przewodnią ideą wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka w prawie oświatowym pozostaje wciąż przede wszystkim, choć nie wyrażona *explicite*, pomoc w osiągnięciu przez dziecko niepełnosprawne szeroko rozumianej gotowości szkolnej. W ten sposób zagadnienia rozwoju są potraktowane „wrywkowo”, bez holistycznego i środowiskowego ujęcia. Samo definiowanie adresata pomocy jako dziecka „od chwili wykrycia niepełnosprawności” pomija rodzinę jako jej potencjalnego odbiorcę. W Polsce dominuje sposób definiowania niepełnosprawności dziecka ze względu na cechy osobnicze, indywidualne samego dziecka. Brakuje postrzegania niepełnosprawności lub jej ryzyka poprzez czynniki środowiskowe, czynniki ryzyka umiejscowione w osobach rodziców czy jakości życia rodzinnego oraz jakości środowiska, w którym rodzina żyje. W wielu krajach na świecie (Wielka Brytania, Irlandia, Francja, Stany Zjednoczone itd.) rodzina jest objęta wczesną interwencją, już w okresie rozwoju prenatalnego dziecka, jeśli występują w niej takie czynniki jak na przykład: trwałe bezrobocie, alkoholizm, przemoc. Zatem można stwierdzić, że nie chodzi jedynie o pomoc psychologiczną dla kobiet korzystających z badań genetycznych czy prenatalnych, a raczej o takie działania jak kształtowanie kompetencji niezbędnych do rozwiązywania problemów w życiu osobistym, opieki nad małym dzieckiem oraz rozwoju wrażliwości macierzyńskiej. Taki sposób realizacji wczesnej interwencji jest związany z cotygodniowymi lub comiesięcznymi wizytami domowymi trwającymi około trzech lat, w tym także w okresie rozwoju prenatalnego dziecka, a nierzadko nawet do podjęcia przez dziecko obowiązku szkolnego. Praktyka ta wiąże się ściśle z postrzeganiem grupy docelowej wczesnej interwencji bardzo szeroko: jako grupy rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi lub z dziećmi zagrożonymi niepełnosprawnościami (Europejska Agencja Rozwoju Edukacji Uczniów ze Specjalnymi Potrzebami Edukacyjnymi, 2005; Cytowska, 2006; Popek, 2009; Kmita, 2011; Twardowski, 2022).

W polskim prawodawstwie trudno dopatrzeć się wymogu realizacji wczesnego wspomaganie poprzez wizyty domowe; znajdujemy tylko poniższe wskazanie:

zajęcia w ramach wczesnego wspomagania, w szczególności z dziećmi, które nie ukończyły 3 roku życia, mogą być prowadzone także w domu rodzinnym (punkt 1 paragrafu 7 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 sierpnia 2017 roku w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci).

Skutkuje to specyficznymi trudnościami specjalistów w określaniu swej relacji z rodzicami i wizji wspierania ich w ramach wczesnego wspomagania. W procesie konstruowania programów nagminnie nie uwzględnia się ani tego, że program wczesnego wspomagania rozwoju powinien być planem rodzinnym (a nie edukacyjnym czy fizjoterapeutycznym), ani tego, że powinien być na każdym etapie przygotowywany wspólnie z rodzicami. Ponadto stwierdza się brak wytycznych prawnych lub chociażby rekomendacji agend rządowych RP odnośnie Indywidualnego Programu Pomocy Rodzinie, który powinien być podstawowym dokumentem i planem pracy. Wśród niedociągnięć prawnych systemu wczesnej interwencji w naszym kraju należy wymienić niejasno określone kwalifikacje specjalistów, którzy mogą wchodzić w skład zespołów wczesnego wspomagania oraz zasady pracy zespołowej. Wymienione wyżej kwestie sprawiają, że słuszne idee zawarte w dokumentach deklaracyjnych, nie mając dookreśleń w aktach wykonawczych, spotykają się z niezrozumieniem i zarzutami podrażania nakładów czasowych i finansowych pomocy bez realnego zwiększania skuteczności pomagania.

Łatwo więc dostrzec, że praktyka wczesnej interwencji oraz wczesnego wspomagania rozwoju dziecka w Polsce wymaga jeszcze wielu zmian. Jestem przekonana, że aby tego dokonać najpierw potrzeba ugruntowania nowego paradygmatu udzielania pomocy w obszarze ideowym. Konieczna byłaby zmiana myślenia samych specjalistów o specyfice wczesnego wspomagania rozwoju. Często postrzegają oni ten obszar praktyki za analogiczny do edukacji, tylko realizowany trochę wcześniej, przez co bardziej skoncentrowany na rozwoju motorycznym, zamiast intelektualnym i społeczno-emocjonalnym. Niemniej, priorytetem w usługach i organizacji pomocy wobec osób niepełnosprawnych w każdym wieku jest samodzielność w środowisku domowym i lokalnym, o czym stanowi *Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych*:

Osoby niepełnosprawne będą mieć dostęp do szerokiego zakresu usług wspierających funkcjonowanie w środowisku domowym, lokalnym i innym, w tym indywidualnej opieki koniecznej do życia i integracji w społeczeństwie i zapobiegającej izolacji i segregacji osób niepełnosprawnych (ONZ 2006, artykuł 19b).

Dlatego też wypracowano w ramach społecznego rozumienia niepełnosprawności i zdrowia ekologiczno-systemowy paradygmat wczesnego wspomagania rozwoju, który przedstawię w następnym podrozdziale (Europejska Agencja Rozwoju Edukacji Uczniów ze Specjalnymi Potrzebami Edukacyjnymi, 2010).

2.2. Ekologiczno-systemowy paradygmat wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka

Ekologiczno-systemowy paradygmat wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka obecnie jest powszechnie akceptowany przynajmniej na poziomie deklaratywnym. Zgodnie z tym paradygmatem wczesne wspomaganie rozwoju nie może się skupiać wyłącznie na dziecku, ale powinno także uwzględniać jego najbliższe otoczenie. Ponadto, rozwój dziecka jest postrzegany jako: 1) holistyczny, 2) dynamiczny, 3) transakcyjny oraz 4) indywidualny. Oznacza to kolejno:

- 1) holistyczny: wszystkie obszary rozwoju: kognitywnego, językowego, fizycznego, społecznego i emocjonalnego, są ze sobą powiązane;
- 2) dynamiczny: w rozwoju działa zasada zgodności, wedle której aby środowisko było stymulujące, musi się ono zmieniać w odpowiedzi na zmieniające się potrzeby jednostki (Horowitz, 1987; za: Porter, 2002, s. 9);
- 3) transakcyjny: zgodnie z modelem, jaki wypracowali Sameroff i Chandler (1975), rozwój jest stymulowany poprzez dwustronne, wzajemne interakcje pomiędzy dzieckiem i jego otoczeniem. Przebieg rozwoju jest rezultatem ciągłego, dynamicznego oddziaływania na siebie czynników, takich jak zachowanie dziecka, pojawiające się na nie reakcje opiekuna, oraz zmiennych środowiskowych, które mogą wpływać zarówno na dziecko, jak i na opiekuna;
- 4) indywidualny: wiedza i rozwój mają charakter indywidualny – każda jednostka buduje swój własny punkt widzenia (Europejska Agencja Rozwoju Edukacji Uczniów ze Specjalnymi Potrzebami Edukacyjnymi, 2005, s. 14–15).

Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka według paradygmatu ekologiczno-systemowego opiera się na trzech filarach pracy: współpracy z rodziną, pracy zespołowej oraz wizytach domowych. Programy wczesnej interwencji zapisywane są pod postacią Indywidualnych Planów Pomocy Rodziny. Poniżej omówię najważniejsze cechy każdego z wymienionych filarów.

Paradygmat ekologiczno-systemowy wczesnego wspomaganie rozwoju skupia się na rodzinie, co w pierwszej kolejności sprowadza się do traktowania rodziców jako pełnoprawnych partnerów specjalistów w procesie usprawniania dziecka. Kolejnym krokiem jest uznanie środowiska rodzinnego dziecka za podstawowe i centralne miejsce jego rozwoju, dlatego też specjaliści wczesnego wspomaganie rozwoju mają obowiązek współdzielić odpowiedzialność i władzę z rodzicami oraz traktować w procesie diagnozowania środowisko życia rodziny i interakcje rodzinne jako główny kontekst rozwoju (Madsen, 2007; Ziv, 2007; Twardowski, 2022). Zakłada się partnerskie zaangażowanie i aktywne współuczestnictwo rodziców na każdym etapie procesu wczesnej interwencji, wskazując jednocześnie na odpowiedzialność profesjonalistów za dotarcie do rodziny, zaktywizowanie jej i uczynienie podmiotowym partnerem procesu rehabilitacji małego dziecka:

To specjaliści powinni zadbać o nawiązanie współpracy z rodzinami, zachowując przy tym otwartość i szacunek dla jej członków, starając się dobrze zrozumieć ich potrzeby i oczekiwania, zapobiec potencjalnym konfliktom, jakie mogą wyniknąć z różnicy spojrzeń na istniejące potrzeby i priorytety oraz nie narzucając własnego punktu widzenia (Europejska Agencja Rozwoju Edukacji Uczniów ze Specjalnymi Potrzebami Edukacyjnymi, 2005, s. 47).

Potrzeby i uwarunkowania rodziny, której dziecko jest częścią, a nie sama specyfika problemów medycznych i rozwojowych stanowią punkt wyjścia do konstruowania Indywidualnego Planu Pomocy Rodzinie (IPPR). Ważną częścią diagnozy rodziny są jakość relacji pomiędzy rodzicami a dzieckiem objętym wczesnym wspomaganie rozwoju, a także interakcje pomiędzy pozostałymi członkami rodziny oraz relacje z osobami z szerszego otoczenia społecznego. Ponadto zwraca się uwagę na uwarunkowania środowiska zewnętrznego (miejsce zamieszkania, poziom hałasu oraz zanieczyszczenia powietrza itp.), stresory psychospołeczne, historię danej rodziny i związku rodziców, brak lub posiadanie sieci wsparcia społecznego. W ten sposób koordynator wczesnego wspomaganie często spełnia rolę moderatora sieci wsparcia i integracji rodziny ze społecznością, w której ona zamieszkuje.

Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka powinno odbywać się w ramach pracy zespołowej, ponieważ ważne jest, aby dziecko i jego rodzina otrzymali pomoc jak najbardziej całościową i skoordynowaną. Wynika to z bardzo dynamicznego przyrostu wiedzy przekraczającej obecnie jednostkowe możliwości jej przyswojenia. Kolejnym, ważnym powodem tak zorganizowanej pomocy jest jakość relacji pomiędzy specjalistami a rodzicami dziecka niepełnosprawnego. Wiemy, że jest ona lepsza jakościowo i większa jest szansa na wytworzenie się zaufania pomiędzy tymi dwoma ważnymi stronami procesu wspomaganie, gdy rodzice otrzymują od specjalistów jeden spójny komunikat odnośnie stanu swojego dziecka, swojej rodziny oraz sposobu niesienia pomocy. Zespół ma obowiązek współpracować z rodziną.

Żeby można było mówić o pracy zespołowej, należy zaznaczyć jej definicyjne składowe: 1) dane osoby czują się pewną całością i zaznaczają swoją odrębność, 2) uzyskiwany wynik pracy zależy od wkładu wniesionego przez każdego z członków, 3) każdy z członków wchodzi w interakcje z pozostałymi i wszyscy wzajemnie na siebie wpływają, 4) zasoby i braki, a także stan psychiczny każdego członka zespołu wpływa na pozostałych.

Tak więc zasadami udanej pracy są: 1) świadomość bycia członkiem zespołu i meta-poziom refleksji nad sobą jako podmiotem, 2) dążenie do transparentności i pełen przepływ informacji pomiędzy wszystkimi członkami zespołu, 3) współdziałanie na rzecz dobra dziecka i rodziny (zamiast ambicjonalnych rozgrywek), 4) posiadanie pewnej wspólnej specjalistycznej platformy porozumienia. Obecnie wyróżniamy w pracy pomocowej trzy główne modele współpracy między specjalistami: wielodyscyplinarny, interdyscyplinarny oraz transdyscyplinarny (Twardowski 2022 za Europejską Agencją Rozwoju Edukacji Uczniów ze Specjalnymi Potrzebami Edukacyjnymi, 2010).

Skuteczność podejmowanych we wczesnej interwencji działań jest najwyższa, gdy organizacja pracy zespołowej ma charakter transdyscyplinarny. Jest to dotychczas najbardziej zaawansowany sposób organizacji zespołów w zawodach, których istotą jest niesienie pomocy. Zawarty w nazwie łaciński przedrostek *trans* oznacza dosłownie „poza”, co wskazuje, że jest to zespół poza-dyscyplinarny – przekraczający granice dyscyplin.

Główne cechy odróżniające ten model współpracy między specjalistami od pozostałych to między innymi:

- a) dbałość o holistyczne traktowanie rozwoju,
- b) prowadzenie działań w środowisku rodzinnym,
- c) niepoprzestawanie na współpracy z rodziną, ale traktowanie rodziny jest częścią zespołu,
- d) naczelna rola koordynatora zespołu,
- e) przenikanie się ról zawodowych oraz obszarów kompetencji członków zespołu.

Zespół wczesnej interwencji według zaleceń Europejskiej Agencji Rozwoju Edukacji Uczniów ze Specjalnymi Potrzebami Edukacyjnymi (2005) ma obowiązek wspólnego ustawicznego doskonalenia się zawodowego w taki sposób, aby wypracować wspólny zakres doświadczeń i przestrzeń do budowania własnego, unikalnego modelu pracy. Szkolenia wewnętrzne w ramach instytucji świadczącej usługi z zakresu wczesnej interwencji są szczególnie polecaną formą. Proponowane treści szkoleń powinny między innymi obejmować takie dziedziny jak: interwencja w rodzinie, praca zespołowa, umiejętności interpersonalne i komunikacyjne, psychologia rozwoju małego dziecka, zaawansowana wiedza na temat stanu badań w obszarze wczesnej interwencji, strategie rozwiązywania problemów. Zespół powinien odbywać ciągle i okresowe zebrania (np. co miesiąc lub co tydzień) w ramach superwizji wewnętrznej lub zewnętrznej, dyskusji nad poszczególnymi „przypadkami”, dzielenia się wiedzą i strategiami postępowania itp. Praca zespołu wiąże się także z procesem tworzenia zespołu, który przechodzi przez kolejne fazy: od stanowienia grupy osób o jasno określonych rolach do momentu dzielenia się kompetencjami oraz ostatecznie, do wyzwania się z roli specjalisty jednej dyscypliny. Zwraca się uwagę na eliminowanie postaw rywalizacji, a w zamian proponuje wzajemne wspieranie się w pełnieniu ról zawodowych. Rodzice są integralną częścią zespołu transdyscyplinarnego.

Łatwo więc dostrzec, że coraz większy nacisk kładzie się na umiejętności personalne, komunikacyjne oraz refleksję. Ważne są nie tylko umiejętności interpersonalne, ale także intrapersonalne, czyli podejmowanie metarefleksji na temat swej własnej osoby jako narzędzia pracy. Także rozwój osobisty, a nie tylko zawodowy jest w tym modelu pracy priorytetem stanowiącym znaczący czynnik chroniący przed wypaleniem zawodowym w zawodach pomagania (Stern, 1995; Park, Peterson, 2003; Rosenberg, 2009; Siegel, 2011; Wallin, 2011;).

Twardowski (2022, s. 298–299) wymienia zalety transdyscyplinarnego modelu współpracy. Są to:

- a) podniesienie skuteczności wczesnego wspomaganie;

- b) obniżenie kosztów wczesnego wspomaganie (choć na początku nakłady na rozwój i szkolenie zespołu są bardzo wysokie);
- c) mniej obciążający dla rodziny charakter oddziaływań (nie zakłócają życia rodzinnego w taki sposób, jak w innych modelach pracy);
- d) zapewnienie spójności wewnętrznej programu oddziaływań;
- e) dbałość o rozwój zawodowy specjalistów.

Ostatnim, ważnym elementem paradygmatu środowiskowo-ekologicznego są wizyty domowe. Przekonanie o ich roli wypływa z głębokiego przekonania o primacie życia rodzinnego i środowiska rodzinnego w terapii dziecka niepełnosprawnego oraz przykładaniu większej wagi do umiejętności przydatnych w życiu codziennym w porównaniu do umiejętności edukacyjnych dziecka. Kolejną konsekwencją takiego sposobu działań pomocowych jest przekonanie, że „poprawna rodzina” dziecka niepełnosprawnego to nie taka, która poświęca się, działając jedynie na rzecz pojedynczego dobra jednego ze swoich członków, ale taka, która z miłością włącza dziecko do swojego nurtu życia. Praktycznym wyrazem tego przekonania jest konstruowanie programu terapeutycznego w formie Indywidualnego Planu Pomocy Rodzinie, którego realizacja jest głównym narzędziem pracy we wczesnym wspomaganie rozwoju. IPPR opiera się na założeniach ICF. Tym samym diagnozowanie koncentruje się wokół potrzeb i mocnych stron rodziny oraz oceny nastawionej na teraźniejszość i na proces (tzw. „zmieniająca się diagnoza” lub „diagnoza w drodze”). Niestety nie posiadamy na razie żadnych polskich wytycznych czy regulacji, w jaki sposób proces wspomaganie powinien być konstruowany i dokumentowany. Powoduje to niemałe kłopoty w realizacji praktycznej ideałów wczesnej interwencji i wczesnego wspomaganie. Każdy ośrodek lub zespół wczesnego wspomaganie tworzy swoje standardy i arkusze pomocowe, które nierzadko są po prostu odwzorowaniem tworzonych przez tych samych specjalistów Indywidualnych Programów Terapeutycznych (IPT), które ze swojej definicji są przecież planami edukacyjnymi, a nie rodzinnymi. Jedną z niewielu propozycji w języku polskim, o której należy wspomnieć, jest, powstały jako rozwinięcie Wideo-treningu Komunikacji, Plan Pomocy Rodzinie (Reczek, 2007b; por. podrozdział 3.3.2).

Wizyty domowe powinny odbywać się regularnie w dłuższym okresie czasu. Najlepiej gdy rodzinę odwiedza głównie jedna osoba – koordynator wczesnego wspomaganie. Jak zauważa Twardowski (2022, s. 303): „Specjalista nie *przychodzi do dziecka*, ale odwiedza całą rodzinę”, skupiając się na rozpoznawaniu środowiska domowego oraz jakości interakcji społecznych w rodzinie. Prowadzi narady z rodzicami (lub opiekunami) oraz wspiera ich emocjonalnie, budując pozytywną relację specjalista–rodzic tak, aby opiekun z kolei był w stanie prowadzić pozytywną relację z dzieckiem (dziećmi). Wizyty domowe nie powinny koncentrować się wokół tematyki niepełnosprawności dziecka i jego terapii, tylko na mocnych stronach rodziny, sposobach podniesienia jakości jej codziennego życia. Warto w tym miejscu przytoczyć słowa doświadczonych badaczy w dziedzinie pomagania rodzinom, w której występują niepełnosprawności:

Dzieci rozwijają się zgodnie z oczekiwaniami dorosłych. (...) Koncentrowanie się na niej [występowaniu niepełnosprawności] z pewnością będzie miało negatywne skutki dla dalszego rozwoju dziecka (Stengel – Rutkowski, Anderlink, 2004, s. 65).

Uważa się, że podczas wizyt domowych specjalista nie powinien przejawiać postaw wyższościowych i eksperckich, ale pracować z rodzicami w relacji partnerskiej, wykorzystując metodę coachingu. Kolejną ważną kwestią jest kontakt specjalisty z dzieckiem. Nie powinien on tworzyć nowej relacji z dzieckiem, mogącej stanowić konkurencję dla relacji rodzicielskiej. Pożądanym jest, aby jego interakcje z dzieckiem cechowały się jednocześnie życzliwością i zdrowym dystansem. Postawa „zagarniająca” dziecko może wywołać bardzo niekorzystne reperkusje w relacji pomiędzy rodzicami a specjalistą, na przykład wzbudzić zachowania rywalizacyjne z obu stron.

Środowisko życia domowego i społeczność lokalna jest najlepszym miejscem udzielania pomocy. Obydwa przestrzenie społeczne ponoszą najwyższe bezpośrednie koszty niepełnosprawności danej osoby. Nie bez znaczenia jest fakt, że jednostka z niepełnosprawnością żyje przecież w jakimś określonym miejscu, wśród pewnych konkretnych ludzi, więc tylko zmiany właśnie tam przekształcą jakościowo codzienne doświadczenie tych osób. Sprawiają, że zmiany osiągnięte w procesie terapii będą odbierane subiektywnie jako zmiany sensowne, mające osobiste znaczenie dla adresatów działania pomocowego (Bryce, Drielsma, 2002; Foster, Lambert, Abbot-Shim, McCarty, Franze, 2005).

Wizyty domowe są obecnie uznawane za najskuteczniejszą, a także, co ważne, najtańszą formę pomocy rodzinie z dzieckiem niepełnosprawnym. Nacisk na pracę poza ośrodkiem, w obrębie placówki i związane z nią finansowe rozliczenia mogą być zniechęcające. Natomiast zakres osiągniętych wyników przemawia na korzyść pracy środowiskowej i szybko podnosi na duchu tych, którzy spróbowali takiej zmiany (Europejska Agencja Rozwoju Edukacji Uczniów ze Specjalnymi Potrzebami Edukacyjnymi, 2005; Jarosz, 2007; Reczek, 2007c; Popek, 2009; Kmita, 2011; Twardowski, 2022).

2.3. Model wczesnego wspomaganie rozwoju skoncentrowanego na interakcjach rodzice–dziecko z niepełnosprawnością Andrzeja Twardowskiego

Współczesne propozycje konkretnych modeli wczesnego wspomaganie rozwoju konstruowane są często zgodnie z nadrzędną zasadą planowania interwencji w rozwój na zasadzie „mniej znaczy więcej” (*less is more*). Oznacza to minimalistyczne podejście do podziału zadań i przebiegu terapii, tak aby zapewnić spójność rozwoju dziecka i umożliwić rodzinie koherentne funkcjonowanie. „Więcej” nie zawsze znaczy „lepiej” – dziecko może być przemęczone ilością aktywności w ciągu dnia lub tygodnia. W konsekwencji może wykazywać podwyższony, chroniczny poziom napięcia, a jego układ immunologiczny będzie przeciążony, zaś procesy uczenia w mózgu będą przebiegały wolniej. Do tego dochodzi jeszcze nierzadka kwestia spójności zalecanych oddziaływań i ćwiczeń do wykony-

wania w warunkach domowych. Mogą się okazać nierealistycznie dobrane pod względem możliwości środowiska rodzinnego lub też po prostu wewnętrznie sprzeczne. Typowym negatywnym przykładem dla omawianego zagadnienia może być terapia mowy, szczególnie u osób z ASD. „Przepisywane” do realizacji behawioralne scenariusze lub „metody logopedyczne” nauczania mowy często zamieniają się w „wymuszanie” mowy, zamiast „wprowadzania w rozwój mowy”. Mowa oparta na pamięciowych ośrodkach mowy, poprzez rozbudowywanie słownictwa, nie jest w stanie pełnić swojej funkcji komunikacyjnej, a nawet wtórnie blokuje jej rozwój. Wtedy jest to mówienie bez pozostawiania w kontakcie interpersonalnym, słowo bez interakcji, niepodzielana komunikacja (Babska, Shugar, 1986; Bokus, Shugar, 2007; Piełuc, Flundra, 2010).

Dlatego też nowoczesne wczesne wspomaganie rozwoju dziecka proponuje rozwijać kompetencje naturalne, czyli pojawiające się podczas normatywnego przebiegu rozwoju, a także te, które pozwalają sobie radzić w realnym świecie, w jakim żyje konkretna osoba. Dobra znajomość psychologii rozwoju małego dziecka zwiększa szansę na to, że zaprojektowany harmonogram działań będzie składał się z interwencji kluczowych, które niejako „dźwigają rozwój na dobrą ścieżkę”. Tak więc „mniej” we wczesnym wspomaganie małego dziecka oznacza działanie bardziej holistyczne i harmonijne, prowadzone w sposób przemyślany, respektujące rozpoznane dotychczas zasady przebiegu rozwoju małego dziecka, działanie dopasowane do możliwości i potrzeb rodziny (IJzendoorn van, Bakermans-Kranenburg, Juffer, 2007; Ziv 2007; Honore, 2011; Gutstein, 2013).

Poniżej przedstawiam w tym właśnie duchu skonceptualizowaną nową koncepcję wczesnego wspomagania rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami autorstwa Andrzeja Twardowskiego. Wychodzi on z założenia, że

(...) rodzice, a także inni członkowie rodziny mają największy wpływ na rozwój małego dziecka z niepełnosprawnością i dlatego ich udział w procesie wczesnego wspomagania rozwoju jest niezbędny (Twardowski, 2014, s. 16).

Dlatego też doskonalenie interakcji pomiędzy opiekunami a dzieckiem autor uważa za zasadniczy cel wczesnego wspomagania rozwoju, które definiuje następująco:

Wczesne wspomaganie rozwoju jest procesem planowych i systematycznych oddziaływań mających na celu ukształtowanie takich wzorców interakcji między opiekunami a dzieckiem, które najbardziej sprzyjają usprawnieniu jego funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego. Oddziaływania prowadzone są przez zespół specjalistów w ścisłej współpracy z rodziną i obejmują dzieci zagrożone niepełnosprawnością oraz niepełnosprawne od chwili wykrycia zagrożenia do stwierdzenia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole (Twardowski, 2022, s. 131).

Przytoczona definicja współbrzmi z paradygmatem ekologiczno-systemowym wczesnego wspomagania rozwoju, będąc jego nowatorskim uszczegółowieniem. Uznaje, że wzorce interakcji łączące opiekuna z dzieckiem mogą promować bądź, przeciwnie, hamować usprawnianie funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego. W definicji

uwidaczniają się także cztery grupy adresatów wczesnego wspomaganie rozwoju: dzieci niepełnosprawne od urodzenia; dzieci, które nabyły niepełnosprawność w toku rozwoju po urodzeniu oraz dwie kategorie dzieci z tzw. grup ryzyka – dzieci zagrożone niepełnosprawnością z powodu opóźnień lub zaburzeń rozwoju w jednej lub kilku sferach i dzieci zagrożone niepełnosprawnością z powodu czynników ryzyka w okresie prenatalnym i perinatalnym lub niekorzystnych warunków środowiskowych.

W skład modelu wchodzi następujące czynniki stanowiące podstawę konstruowania programów oddziaływań: cechy interakcji, codzienne czynności rodziny, ciekawość i zainteresowania dziecka, strategie postępowania rodziców w toku interakcji z dzieckiem. Wszystkie one składają się na kolejny wyodrębniony aspekt, jakim jest postęp w rozwoju dziecka. Z kolei każdy z czynników zawiera kilka podczynników, na przykład na postępy w rozwoju dziecka składa się obszar rozwoju emocjonalnego, fizycznego i ruchowego, społecznego, poznawczego. W omawianej propozycji cenne jest wyodrębnienie przez Twardowskiego ciekawości i zainteresowań dziecka jako równoważnego składnika wśród pięciu składników pierwszego rzędu. Stanowią one fundament rusztowania dla rozwoju poznawczego, który stanie się początkiem procesu motywacyjnego. Niestety zapomina się o nich często w trakcie opracowywania programów wczesnego wspomaganie rozwoju oraz edukacyjnych.

Omawiając pożądaną cechy opiekuna dziecka z niepełnosprawnością, za najważniejszą Twardowski uznał wrażliwość macierzyńską. Determinuje ona w największym stopniu jakość przywiązania wytworzonego pomiędzy głównym opiekunem i jego dzieckiem oraz stanowi trafny predyktor późniejszych osiągnięć rozwojowych dzieci z niepełnosprawnościami (w wieku szkolnym). Rodzic jest tutaj stroną w pierwszym rzędzie odpowiedzialną za prowadzenie relacji, ponieważ swoim zachowaniem oznacza emocjonalnie oraz symbolicznie rzeczywistość dostępną dziecku w doświadczeniu (Bowlby, 2007; Siegel, 2009; Twardowski, 2022). Dowodzą tego liczne i różnorodne prace badawcze czerpiące z klasycznych już badań nad przywiązaniem przeprowadzonych przez Mary Ainsworth w latach sześćdziesiątych (Beebe, Jaffe, Bennett, 1977; Ainsworth, 1978; Crittenden, 1992; Schore, 1994; Stern, 1995; Morrison, Rimm-Kauffman, Pianta, 2003; Van Doesum, Hosman, Riksen-Walraven, 2005). Zwyczajowo już wyróżnia się cztery składniki wrażliwości macierzyńskiej: dostrzeżenie sygnału, trafne jego zinterpretowanie, adekwatne zareagowanie w postaci zachowania i szybkość reakcji. Można powiedzieć, że przedstawiony przez Twardowskiego model wczesnego wspomaganie rozwoju skoncentrowanego na interakcjach rodzice–dziecko z niepełnosprawnością ogniskuje się właśnie wokół wrażliwości macierzyńskiej, skutecznych sposobach jej kształtowania oraz realizacji. Autor modelu szczegółowo opisał cechy strategii interakcyjnych służących wspomaganie rozwoju, podając również ich praktyczne przykłady. Syntetyczne ujęcie zaproponowanej klasyfikacji czytelnik znajdzie w tabeli 4.

Tabela 4. Cechy interakcji rodzice–dziecko wspomagające rozwój dziecka

Cechy interakcji	Okazywanie miłości	Wrażliwe odpowiadanie	Podzielanie tematu	Dopasowanie oddziaływań do potrzeb i możliwości dziecka	Wzajemność	Kierowanie zachowaniem
Strategie w obrębie interakcji	<ol style="list-style-type: none"> 1. Podejmowanie bezpośredniego fizycznego kontaktu z dzieckiem. 2. Odpowiadanie na reakcje przywiązania okazywane przez dziecko. 3. Reagowanie natychmiast i z czułością. 4. Poczieszenie i uspokojenie dziecka. 5. Okazywanie dziecku radości i zadowolenia. 6. Docenianie wysiłków i starań dziecka. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spoglądanie na świat oczami dziecka. 2. Wyczuwanie na aktualny stan dziecka. 3. Reagowanie na wokalizacje dziecka. 4. Reagowanie na niewerbalne zachowania dziecka. 5. Odpowiadanie na przypadkowe reakcje dziecka. 6. Akceptowanie czynności podejmowanych przez dziecko. 7. Zachęcanie dziecka do podejmowania interakcji. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pozostawanie w bliskim kontakcie z dzieckiem. 2. Śledzenie kierunku uwagi dziecka. 3. Zachęcanie dziecka do podejmowania zabaw. 4. Naśladowanie czynności i komunikatów dziecka. 5. Wyczekiwanie na odpowiedź dziecka. 6. Okazywanie dziecku radości i entuzjazmu. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Podążanie za kierunkiem aktywności dziecka. 2. Uwzględnianie punktu widzenia dziecka. 3. Dostosowywanie wymagań do możliwości dziecka. 4. Dostosowywanie się do sposobu porozumiewania się dziecka. 5. Dostosowywanie się do samopoczucia dziecka. 6. Dopasowanie się do tempa aktywności dziecka. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Przestrzeganie zamiany ról. 2. Podejmowanie zabaw „twarz w twarz”. 3. Podejmowanie zabaw dźwiękonaśladowczych. 4. Włączanie się w czynności dziecka. 5. Zachęcanie dziecka do wypowiedzenia się. 6. Ograniczenie własnej aktywności werbalnej. 7. Przeksztalcenie zachowań stereotypowych w interakcyjne. 8. Stopniowe zwiększanie długości interakcji. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stwarzanie dziecku okazji do dokonywania wyborów. 2. Identyfikowanie zainteresowań dziecka. 3. Powtarzanie czynności sprawujących dziecku radość. 4. Przeksztalcenie interakcji w zabawę. 5. Ograniczenie liczby poleceń i pytań. 6. Wyczekiwanie na bar-dziej dojrzałe odpowiedzi dziecka. 7. Reagowanie na negatywne zachowania dziecka. 8. Pomaganie dziecku w rozbudowywaniu działań.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Twardowski, 2022.

Tabela 4 ukazuje wyodrębnione przez Twardowskiego następujące cechy interakcji rodzice–dziecko wspomagające rozwój dziecka: okazywanie miłości, czułe odpowiadanie, podzielenie tematu, dopasowywanie oddziaływań do potrzeb i możliwości dziecka, wzajemność, kierowanie zachowaniem. Jest to bardzo cenna kategoryzacja, ponieważ jeszcze kilkadziesiąt lat wcześniej uznawano, niesłusznie, że takie kategorie jak okazywanie miłości lub wrażliwe odpowiadanie są nienaukowe i nie mają realnego wpływu na rozwój dziecka badany w sposób systematyczny.

Ponadto warto zauważyć, że punktem wyjścia omawianego modelu wczesnego wspomaganie rozwoju jest życie domowe oraz wzajemne interakcje, zgodnie z zaleceniami ICF. Osobom przyzwyczajonym do paradygmatu medycznego we wczesnym wspomaganie rozwoju może brakować tutaj procesu diagnozowania w sensie diagnozy różnicowej zaburzenia. Jednak w skutecznej interwencji, czyli takiej, która daje efekt w postaci obiektywnego podniesienia jakości życia oraz subiektywnego zadowolenia z tego życia osoby niepełnosprawnej i jej rodziny, ważniejsze jest szczegółowe rozpisanie składowych życia codziennego i środowiska życia osoby wspomaganie. Pogłębiona diagnoza środowiska życiowego oraz potrzeb i możliwości rodziny daje wyraźne wytyczne do konstrukcji odpowiedniego Indywidualnego Planu Pomocy Rodzinie.

2.4. Zasady udzielania pomocy rodzinie przez specjalistów w paradygmacie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka w środowisku rodzinnym

Pomimo wielu już lat tradycji paradygmatu skoncentrowanego na rodzinie, licznych badań i dokumentów międzynarodowych wciąż niektórzy specjaliści pozostają nieufni i pełni niezrozumienia wobec powyższych idei. Jest to na pewno związane z trudnościami, którymi naznaczona jest relacja pomagający–adresat pomocy i to z obu stron. Trudno jest spotykać się na co dzień wielokrotnie z osobą cierpiącą, jak i z samym cierpieniem lecz trudno jest również być osobą podległą, zależną od innych, potrzebującą pomocy. Rodzice bardzo pragną, aby dziecko uzyskało jak najlepszą pomoc i opiekę. Niestety, często sami czują się bezradni i wydaje im się, że jedynymi osobami, które mogą pomóc dziecku, są właśnie specjaliści. W tym świetle można zrozumieć okresowe wypominanie przez rodziców profesjonalistom, że: „za mało robicie z naszym dzieckiem”, „innym dzieciom poświęcacie więcej uwagi” itp. W takiej sytuacji specjalistom bardzo łatwo jest odebrać te uwagi jako osobisty atak albo popaść w zniechęcenie, a bardzo trudno przyjąć ten komunikat jako „opis cierpienia”, niemający wiele wspólnego z osobistym działaniem lub postawą specjalisty (Kielin, 2001).

Niemniej to nie sami rodzice lub dziecko są adresatami pomocy, jest nią cała rodzina, ponieważ:

Zapewnienie przestrzegania praw niepełnosprawnego dziecka nie musi i nie powinno odbywać się kosztem praw innych członków rodziny (Pisula, 1998, s. 6).

Ważne jest, aby pamiętać, że wszyscy członkowie rodziny osoby niepełnosprawnej mają prawo do pełnego szczęścia realizowanego poprzez na przykład rozwijanie swoich talentów lub jak najpełniejsze uczestnictwo w życiu wspólnoty lokalnej. Pokróćce omówię priorytety interwencji w stosunku do rodziny dziecka z niepełnosprawnością, które są rozpatrywane w kategoriach uniwersalnych potrzeb rodziny dziecka z niepełnosprawnością.

Poniżej omawiam kolejno pięć zasad udzielania pomocy rodzinie przez specjalistów w paradygmacie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka w środowisku rodzinnym:

1. Zasada szacunku dla rodziców.
2. Zasada normalizacji środowiska rodzinnego.
3. Zasada wprowadzania nadziei i radości.
4. Zasada umacniania więzi rodzinnych.
5. Zasada upewnocnienia rodziny.

Pierwszą zasadą jest zasada szacunku dla rodziny.

Jak wiadomo, nie wszystkie dzieci z niepełnosprawnością doświadczają codziennego życia z rodzicami, czasem przebywają w placówkach specjalistycznych lub opiekuńczo-leczniczych. Wielu rodziców czuje się niekompetentnymi lub zbyt nieszczęśliwymi czy też do tego stopnia ograniczonymi z powodu stanu dziecka, że decydują się zrezygnować z jego osobistego wychowywania i wspólnego z nim życia. Sytuacja ta w każdym jednostkowym przypadku jest na pewno bardzo skomplikowana i nie należy nigdy takiej decyzji osądzać negatywnie. Jednakże rodzicom, którzy pozostali ze swoimi dziećmi zawsze, moim zdaniem, należy się szacunek, a nawet podziw, że podjęli tę ważną decyzję życiową. W tym kontekście smutne jest, że wielu specjalistów łatwo wydaje negatywne opinie o rodzicach oraz postuluje konieczność ich wzmożonej pedagogizacji. Jestem przekonana, że osiągnęliby o wiele wyższą skuteczność swej terapeutycznej pracy, pamiętając o podstawowej roli postawy szacunku wobec obecności rodziców w życiu niepełnosprawnych dzieci.

Specjaliści często zapewnijają, że są profesjonalistami i z tego powodu na pewno nie przekazują rodzicom swojej złej opinii o nich, że umięją oddzielić swoje prywatne zdanie od działalności pomocowej. Wydaje mi się, że jest to bardzo złudne przekonanie. Zawsze musimy pamiętać, że relacja pomocowa jest jedną z wielu interakcji, w jakich uczestniczymy jako osoby i z tego powodu podlega wszystkim prawom przynależnym kontaktom międzyludzkim. Dlatego prawdziwym profesjonalistą okazuje się ten, kto bierze to pod uwagę (Argyle, 1999; Aronson, 2004; Rice, 2007; Bauer, 2008; Waldman, 2011; Wallin, 20110).

Drugą zasadą jest zasada normalizacji środowiska rodzinnego.

Do optymalnego rozwoju człowiek potrzebuje stabilnej, przyjaznej emocjonalnie atmosfery oraz pełnych swobody i szczerości relacji. Wiąże się to z jeszcze bardziej pierwotną, silną potrzebą *homo sapiens*: potrzebą przynależności i pozostawiania w relacjach

z drugimi. Ta sytuacja jest niemożliwa do osiągnięcia, gdy w środowisku króluje stres i wiele osób jest zbyt zdenerwowanych, aby pomyśleć o zaspokajaniu swoich potrzeb albo gdy wszyscy skupiają się wokół potrzeb tylko jednej osoby, frustrując ważne potrzeby pozostałych członków rodziny. Struktura systemu rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym powinna pozostać strukturą zdrową, aby pełnić swoje podstawowe funkcje i przyczyniać się do zdrowia psychicznego wszystkich jej członków. Nawet jeśli w rodzinie jest bardzo małe i cierpiące dziecko, wciąż rodzina powinna pamiętać o potrzebach wszystkich swoich członków. Podsystem rodziców (opiekunów) ma być systemem nadrzędnym, prowadzącym rodzinę, a jego członkowie nie powinni wchodzić w koalicje z członkami podsystemu dzieci. Z kolei dzieci powinny móc polegać na rodzicach jako tych, którzy rozwiązują problemy w rodzinie i nie oczekują, żeby dzieci ich w tym wyręczyły. Ponadto, żadne dziecko nie powinno mieć specjalnego miejsca w rodzinie, które to miejsce stawiałoby go *de facto* poza systemem, ponad rodziną, jako trzeci, odrębny system, na przykład dziecka, któremu wszystko wolno i którego potrzeby czy domagania są najważniejsze. Tak więc chodzi o to, aby nie było sytuacji nadmiernego poświęcania się dla dziecka, ponieważ wtedy równowaga w rodzinie jest poważnie zaburzona i cierpi na tym cały system, włączając w to dziecko niepełnosprawne. Trudno także, aby w takim wypadku to dziecko było postrzegane przez innych członków rodziny jako pełnosprawny i równy partner interakcji. A przecież każdy rodzic potrzebuje być dumny ze swojego dziecka, potrzebuje doświadczać radości w kontakcie i w relacji ze swoim dzieckiem. Jak słusznie ujął to Bowlby:

Niemowlę i małe dziecko musi doświadczać ciepłej, bliskiej i trwałej relacji z matką (bądź osobą na stałe ją zastępującą), z której obie strony czerpią radość i satysfakcję (za: Wallin, 2011, s. 17).

Jeśli zaś większość czasu skupiamy się na brakach i słabych stronach dziecka, na jego objawach chorobowych i uszkodzeniach, a życiem zaczyna rządzić rehabilitacja, niewiele pozostaje miejsca na zwykłe życie rodzinne, na przebywanie ze swoją rodziną i celebrowanie relacji. Dlatego zadaniem wczesnego wspomagania jest na nowo wprowadzić rodzinę w przeżywanie, prowadzenie życia rodzinnego z wszystkimi jej członkami, nikogo nie wykluczając. Rodzice mają poczuć się przede wszystkim rodzicami w relacji ze swoim niepełnosprawnym dzieckiem, w miejsce bycia trenerem czy terapeutą. Bycie na co dzień „wystarczająco dobrym rodzicem” dla dzieci samo w sobie niesie dla nich wielką wartość terapeutyczną. Dziecko z niepełnosprawnością ma zająć miejsce wśród pozostałych dzieci bez specjalnych przywilejów. Bez takiego znormalizowania sytuacji życiowej poszczególnych członków rodziny rodzina może nie przetrwać (por. Janiszewska-Nieścioruk, 2018). Podsumowując, przytoczę zdanie wypowiedziane przez matkę dziecka o zaburzonym rozwoju: „ja nie myślę o nim: to moje niepełnosprawne dziecko, myślę o nim: *mój Jerzyk*; ale dojście do takiego punktu w mojej głowie zajęło mi lata”.

Trzecią zasadą jest zasada budzenia nadziei i radości w członkach rodziny.

Kiedy specjalista przychodzi do rodziny na pierwszą wizytę domową lub spotyka się z rodziną lub samymi rodzicami w swoim gabinecie, jego nadrzędnym zadaniem jest okazanie rodzicom życzliwości. Drugim jest wprowadzenie do procesu wspomagania nadziei jako czynnika leczącego. Specjalista ma wprowadzić w subiektywne poczucia członków rodziny nadzieję, natomiast radość ma wprowadzać do obiektywnego życia rodziny jako rodzaj doświadczenia. Należy oczywiście te działania bardzo wyraźnie odróżnić od niezwykle szkodliwego hurraoptymizmu typu: „wyprowadzimy Pani dziecko tak, że będzie pięknie funkcjonować”, „u mnie wszystkie dzieci z zespołem Downa po pół roku fizjoterapii zaczynają chodzić”²⁶. Takie działania są oceniane jako nieetyczne i znajdują się poza kanonem profesjonalnego działania. Pomagający mają powiększać obszary radości i spokoju, a zmniejszać obszary problemowe w uczuciach i myślach oraz w codziennym życiu danej rodziny.

Temu celowi bardzo dobrze służy wprowadzanie w zabawę najpierw rodziców, następnie całej rodziny. Nie chodzi wcale o zabawę edukacyjną lub udawanie dobrego humoru, ale o zabawę, w którą bawią się wszystkie naczelne z zależnością: im bardziej inteligentny gatunek, tym więcej czasu i energii przeznaczają na zabawę. Jej esencją są: 1) komunikacja, 2) wzajemność, 3) radość, 4) bliskość (Cohen, 2012). Niestety, osoby dorosłe często zatraciły już umiejętność spontanicznej zabawy, dlatego też trudno może im być wejść w ten świat. Dodatkowo rodzice dzieci niepełnosprawnych mogą znajdować się w stanie ciągłego podwyższonego napięcia, a zabawa wymaga przecież atmosfery rozluźnienia i swobody. Dlatego warto jest posłużyć się, skądinąd prawdziwym uzasadnieniem, że bawimy się, aby zadbać o prawidłowy rozwój dzieci; robimy to, ponieważ one tego potrzebują. Takie wyjaśnienie silnie motywuje rodziców, ponieważ intuicyjnie przeczuwają, że:

Kiedy dołączamy do dzieci w świecie zabawy, otwieramy drzwi do ich życia wewnętrznego i spotykamy się z nimi serce w serce (Cohen, 2012, s. 53).

Kolejną kwestią wartą polecenia do zaspokojenia omawianej potrzeby rodziców jest tzw. chwalenie rodziców (nie dziecka!), zauważania ich mocnych stron, pozytywnych zdarzeń w historii ich życia, jak też szczęśliwych uwarunkowań środowiskowych i materialnych. Mówiąc kolokwialnie: terapeuta ma zawsze zauważyć szklankę w połowie pełną, ale ma działać w tym kierunku, mówiąc prawdę, zamiast tworzyć naprędce jej fałszywą imaginację, nieszczerze pocieszając rodziców (myśląc sobie w duchu: „bo oni tacy biedni, a ich dziecku i tak już więcej nie pomogę”). W mojej ocenie jest to jedna z trudniejszych umiejętności wymagająca od specjalisty solidnego treningu w zauważaniu w każdej

²⁶ Są to niestety prawdziwe zdania przytoczone przez rodziców i specjalistów, które (i temu podobne) słyszałam niejednokrotnie podczas osobistych rozmów. Sprawą jeszcze smutniejszą jest to, że jeśli jednak dziecko „nie idzie”, tak jak zapowiedział to na początku pomagający, wówczas odpowiedzialnością za taki stan rzeczy obarczani są rodzice.

sytuacji jasnych stron oraz uważności na drugiego człowieka i jego życie. Wówczas rodzice mogą poczuć się umocnieni w swojej kondycji psychicznej i subiektywnych odczuciach, a ich oceny rzeczywistości jednostkowego życia mogą nabrać bardziej pozytywnych barw (Juul, 2011; Campito, 2007).

Czwartą zasadą jest zasada umacniania więzi rodzinnych.

Specjalista, wchodząc do rodziny we wczesnym wspomaganie rozwoju, powinien troszczyć się o to, by jak najmniej zakłócić jej naturalną strukturę i dynamikę, żeby nie wprowadzać siebie samego jako kolejnej osoby do systemu albo też nie tworzyć alternatywnej (a przez to opozycyjnej do rodzicielskiej) relacji z dzieckiem niepełnosprawnym. Każde z tych społecznych zdarzeń zakłóca, i tak nadwyręzoną już, równowagę rodziny i może powodować negatywne długofalowe konsekwencje (Bowlby, 1980b; Satir, 2002; Juul, 2011;). Kolejnym ważnym zadaniem w tym obszarze jest umacnianie bliskich i głębokich relacji członków rodziny poprzez promowanie bezpiecznego przywiązania pomiędzy poszczególnymi osobami w rodzinie, jak również poprzez wspólne spędzanie wolnego czasu, tak aby każdy członek rodziny czerpał z aktywności w wolnym czasie zadowolenie oraz korzyści. Towarzystwo dzieciom niepełnosprawnym w ich życiu, a tym bardziej samo życie dzieci niepełnosprawnych jest życiem trudnym i choćby dlatego potrzebują umocnionej rodziny, aby stanowiła niezawodne wsparcie społeczne w momentach kryzysowych (Crittenden, 2005a; Pisula, 2005; Gerhardt, 2010; Jennings, 2011).

Piątą zasadą jest zasada uppełnomocnienia rodziny.

Stosując współczesną terminologię, powiemy, że celem udzielania pomocy i współpracy specjalistów z rodzicami jest uppełnomocnienie rodziny (*empowerment*). Twardowski (2022, s. 286) tak je definiuje:

(...) w procesie uppełnomocnienia rodziców dzieci z niepełnosprawnościami wykorzystywane są zasoby i mocne strony rodziców. Inaczej mówiąc, zamiast „zaopatrywać” rodziców w nowe sprawności, dąży się do zaktywizowania i rozwinięcia tych, które mają. Przynosi to podwójną korzyść. Po pierwsze, rodzice uświadamiają sobie owe umiejętności, a to wzbogaca ich rodzicielstwo. Po drugie, rodzice nabywają większego zaufania do swych rodzicielskich kompetencji i chętniej się nimi posługują.

Jest to więc działanie specjalisty, które ma na celu wzmacnianie zdolności rodziny do samostanowienia o sobie, do samodzielnego rozwiązywania własnych problemów. Uppełnomocnienie rodziców może być realizowane poprzez różnorodne działania specjalistów. Na pierwszym miejscu należy wymienić pielęgnowanie przez specjalistów partnerskiej relacji oraz ścisłej współpracy pomiędzy sobą a rodzicami dziecka z niepełnosprawnością. Jest to kwestia najbardziej podstawowa. Następnie można wyróżnić metody pracy sprzyjające uppełnomocnieniu: coaching, terapia kolaboratywna oraz terapia skoncentrowana na rozwiązaniu. Wynikiem takich sposobów postępowania są następujące korzyści: przejęcie przez rodzinę odpowiedzialności za swoje życie, umocnienie kompetencji rodziców, wytworzenie wiary we własne możliwości oraz przekonania o skuteczności własnych

działań, rozwijanie aktywności i zaangażowania na rzecz realizacji własnych potrzeb i celów wraz ze zwiększaniem poczucia własnej wartości. Specjaliści pomagają rozwinąć je najpierw rodzicom, a następnie to rodzice przekazują je, dzięki możliwości dziedziczenia społecznego, swoim dzieciom lub innym członkom swojej rodziny. Osobną, ważną kwestią jest umiejętność bycia rzecznikiem swojego dziecka oraz siebie samego, a w szerszym spojrzeniu: adwokatem środowisk osób niepełnosprawnych i ich interesów w społecznościach lokalnych czy przestrzeni publicznej, dążącym do przełamywania barier środowiskowych stojących na drodze do integracji. Przecież paradoksalnie pomagamy rodzinie po to, aby nie potrzebowała naszej pomocy (Kaczmarek-Maderak, 2007; Madsen, 2007; Campito, 2007; Doria, Strathie, Strathie, 2011; Twardowski, 2022).

Bardziej niż czegokolwiek innego, dzieci chcą zostać dostrzeżone i zrozumiane w swoich zachowaniach.
S. Hart, K. Hodson, 2012

Krytykując rodziców nie osiągamy zbyt wiele, ponieważ nie wpływa to na ich zdolność pozytywnego reagowania. Natomiast pozytywne wsparcie dla rodziców może pomóc w ograniczeniu zachowania obronnego, które krzywdzi ich dzieci i sprawia, że błędne koło niepewności oraz nieumiejętności regulowania uczuć wprawiane jest w ruch przez kolejne pokolenia.
S. Gerhardt, 2010

Rozdział 3.

Metoda Wideotreningu Komunikacji

Wideotrening Komunikacji to krótkoterminowa, intensywna pomoc rodzinie skoncentrowana na jasno określonym celu dotyczącym relacji rodzice–dzieci. Trwa średnio około sześciu miesięcy i odbywa się zwyczajowo w domach rodzin. Składa się z naprzemiennych sesji: nagranie – *review* (omówienie filmu, przegląd). Najszybciej osiąga się rezultaty, gdy obydwój rodzice są zaangażowani w trening.

W niniejszym rozdziale zostaną opisane kolejno: powstanie metody i jej rozwój, teoretyczne podstawy metody, zastosowanie Wideotreningu Komunikacji oraz szkolenie trenerskie. Na końcu rozdziału omówione zostaną dotychczasowe badania nad skutecznością Wideotreningu Komunikacji oraz metod pokrewnych.

3.1. Geneza i historia metody Wideotreningu Komunikacji

Wideotrening Komunikacji powstał w latach osiemdziesiątych XX wieku w Holandii w kręgu pedagogów i psychologów praktyków. Warto zauważyć, że nie jest on dziełem tylko jednej osoby. Został opracowany jako metoda pracy z rodzinami przez zespół specjalistów pod kierownictwem Harriego Biemansa oraz Saskii van Rees i nazwany VHT (*Video Home Training*). Z kolei Maria Aarts dostosowała metodę do pracy w placówkach i rozwijała ją pod nazwą *Video Interaction Guidance* (VIG). Jest to obecnie najbardziej popularna, zmodyfikowana wersja metody znanej w Wielkiej Brytanii oraz USA wykorzystywanej na różnych polach: czy to jako trening domowy, szkolny czy w zespole pracowniczym (Kmita, 2003; Eliens, 2010). Obecnie, w świecie anglojęzycznym, najczęściej występuje pod nazwą Wideotrening Komunikacji.

Nazwa omawianej metody – Wideotrening Komunikacji – przyjęła się już w polskim nazewnictwie, ale jako skrót często stosowano początkowo akronim: VIT, od oryginalnej nazwy – *Video Interaction Training*. Lucjan Miś (2019) promuje obecnie skrót WK²⁷. Poza

²⁷ Nadmienię, że dla porządku i jasności wyводу w swojej pracy będę posługiwała się całą polską nazwą Wideotrening Komunikacji.

tą nazwą stosowane są także często, szczególnie w krajach anglosaskich: *Video Interaction Guidance* (VIG) na określenie pracy tą metodą na terenie placówki oraz *Video Home Training* (VHT) na określenie pracy na terenie domu rodzinnego dziecka. Ponadto mamy do czynienia z wieloma odmianami VIT-u w zależności od miejsca, w którym jest wykorzystywany. I tak na przykład Wideotrening Komunikacji stosowany w placówkach szkolnych nosi nazwę VIT-E (Srzednicka, 2007). Metodę mogą stosować różne grupy zawodowe: pedagodzy, psychologowie, nauczyciele, lekarze i pielęgniarki, pracownicy socjalni oraz asystenci rodziny, a nawet menadżerowie w organizacjach, w których rola pozytywnej komunikacji jest uznawana za ważną (Baraniewicz, 2001).

Jednym z pierwszych miejsc, w których zastosowano metodę Wideotreningu Komunikacji, był dom dziecka, z którym współpracował Harie Biemans. W swym pierwotnym kształcie metoda służyła pomocą rodzicom mającym trudności z wychowaniem swoich dzieci i zagrożonym ograniczeniem lub odebraniem praw rodzicielskich. Szybko zauważono wysoką efektywność metody, ponieważ radykalnie zmniejszyła się liczba dzieci oczekujących na pobyt w placówce, a powrotność dzieci do rodzin systematycznie wzrastała. Spotkało się to z zainteresowaniem rządu holenderskiego, który już po kilku latach, w 1985 roku, zdecydował o obowiązkowym użyciu tej metody we wszystkich placówkach państwowych pracujących z dzieckiem i rodziną. Od tego czasu metoda stanowi trwały składnik pomocy dzieciom, młodzieży oraz rodzinom, będąc propagowaną w całym kraju przez *Stichting Promotie Intensieve Thuisbehandeling Nederland* (SPIN – Fundację Wpierania Intensywnej Terapii Domowej w Holandii). Otrzymuje ona także wsparcie finansowe z Ministerstwa Spraw Socjalnych, Zdrowia i Kultury, które mniej więcej co 5 lat zleca przeprowadzenie badań skuteczności interwencji przeprowadzonych za pomocą metody i średnio w kolejnych latach wskaźnik sukcesu VHT wynosi od 80% do 90%. Należy jednak zauważyć, że nie są to badania *stricte* naukowe. SPIN zainicjowało również międzynarodową sieć współpracy SPIN INTERNATIONAL łączącą organizacje odpowiedzialne za szkolenia i rozwój Wideotreningu Komunikacji w swoich krajach, między innymi z Holandii, Polski, Szkocji, USA i Rumunii. Metoda Wideotreningu Komunikacji ma już ugruntowaną pozycję w świecie. Jest jednym z dwóch głównych programów terapeutycznych zalecanych przez Unię Europejską we wspieraniu rodzicielskich kompetencji i poprawianiu jakości życia rodzin (Fukkink, Kennedy, Todd, 2011). Obecnie na jej gruncie powstało wiele, bardziej niż ona sama, ustrukturalizowanych metod, z których najpopularniejszą jest metoda *Video Feddback Intervention to Promote Positive Parenting* (VIPP²⁸), którą stworzyli praktycy i naukowcy na Uniwersytecie w Leidzie w Holandii.

Wideotrening Komunikacji jest metodą wykorzystującą analizę interakcji rodzice–niemowlę. Inne, najbardziej znane to: krótkoterminowa psychodynamiczna terapia matka–

²⁸ Metoda ta jest obecna również w Polsce dzięki SEAS Polska – Stowarzyszeniu Polski Oddział Towarzystwa Badań nad Emocjami i Przywiązaniem w Bydgoszczy, które zorganizowało pierwsze szkolenie trenerskie w Polsce w roku 2015.

dziecko Beatrice Beebe, metoda Marte Meo, doradztwo interakcyjne Susan McDonough, wspomagana przez wideo refleksja nad komunikowaniem się Hilary Kennedy, Program Zindywidualizowanej, Rozwojowej Oceny i Opieki nad Noworodkiem NIDCAP (*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*) Hendelise Als. Z tego nurtu wywiedziona została, coraz popularniejsza, metoda zbierania danych naukowych w obszarze nauk społecznych i pedagogicznych: mikroanaliza interakcji (Bull, 2002; Kmita, 2004; Kmita, 2011). Ośrodek naukowy najbardziej związany z Colwynem Trevarthenem, twórcą teorii intersubiektywności i jednym z pierwszych badaczy wykorzystujących mikroanalizę interakcji w swoich badaniach naukowych (por. rozdział 1 niniejszej pracy), to Uniwersytet Dundee w Szkocji. Kolejnym ośrodkiem naukowym ważnym dla rozwoju metody jest wspomniany już wyżej Uniwersytet w Leidzie w Holandii, w którym od lat prowadzi się badania nad skutecznością metod wywodzących się z pierwotnego VHT pod kierownictwem takich badaczy jak: Marian Bakermans-Kranenburg, Marinus Van IJzendoorn oraz Femmie Juffer.

W naszym kraju pierwsze szkolenie wprowadzające w metodę odbyło się w 1995 roku w Krakowie. Przez następne lata trzech holenderskich superwizorów: Ab Molewijk, Marija Eliens, Irma Donders, przyjeżdżało i szkoliło grupę 16 specjalistów, którzy uzyskali certyfikaty końcowe jako trenerzy i superwizorzy. Było to możliwe dzięki projektowi, którym kierował psychiatra dziecięcy Jan van der Does, finansowanemu z funduszy pomocy Europy Środkowej i Wschodniej MATRA Ministerstwa Spraw Zagranicznych Holandii. W Polsce kształceniem trenerów, nadzorem nad metodą i wspomaganie jej wdrażania zajmuje się Biuro VIT SPIN Polska działające przy Fundacji na Rzecz Dzieci ze Środowisk Zagrożonych „Plus” mieszczące się w Krakowie. Biuro posiada krajową licencję na szkolenia i certyfikaty trenerskie i superwizorskie (Reczek, 2001; Reczek, 2007; Kennedy, Skeyd, 2008; Miś, 2019).

W Polsce Wideotrening Komunikacji znajduje swoje zastosowanie głównie we wczesnym wspomaganiu rozwoju dziecka oraz w placówkach wczesnej interwencji, a także w ośrodkach adopcyjnych i opiekuńczych. W Krakowie działają także terapeuci aplikujący metodę dla potrzeb edukacji, na przykład w toku pracy nauczyciela z dzieckiem z ADHD (Reczek, 2001). Wideotrening Komunikacji może być używany we wczesnej interwencji wobec dzieci urodzonych przedwcześnie na oddziałach intensywnej opieki noworodkowej. W Polsce dzieje się tak w Klinice Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie (Kmita, 2006). Inne ośrodki, w których metoda jest proponowana rodzinom i stosowana na co dzień, to przede wszystkim Maltańskie Centrum Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnym i ich Rodzinom w Krakowie oraz Stowarzyszenie Na Tak w Poznaniu. Wdrażanie tej metody w naszym kraju jest dość nierównomierne: w Warszawie i Krakowie jest ona dość rozpowszechniona, natomiast w innych miastach rzadziej występuje w ofercie ośrodków wczesnego wspomagania rozwoju czy innych placówek tego typu.

Ten stan rzeczy wydaje się bardzo niepokojący, ponieważ Wideotrening Komunikacji doskonale wpisuje się w założenia pracy interwencyjnej z rodziną dziecka niepełnosprawnego w Polsce. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej w sprawie wczesnego wspomaganie rozwoju z dnia 30 sierpnia 2017 roku określa w paragrafie 8 punktu 1 szczególne zadania realizowane przez zespół wczesnego wspomaganie rozwoju w kwestii współpracy z rodziną:

udzielanie pomocy w zakresie kształtowania postaw i zachowań pożądaných w kontaktach z dzieckiem: wzmocnianie więzi emocjonalnej pomiędzy rodzicami i dzieckiem, rozpoznawanie zachowań dziecka i utrwalanie właściwych reakcji na te zachowania (Dz. U. 2017, poz. 1635, s. 3).

Wszystkie te zadania można zrealizować poprzez zastosowanie Wideotreningu Komunikacji, dlatego też jest on polecany profesjonalistom współpracującym z rodzicami w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka na stronach serwisu internetowego Centrum Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej jako jedna z metod terapeutycznych (Bogucka, 2010).

Wydawać by się mogło, że najważniejszą barierę w rozpowszechnianiu metody stanowiły bariery technologiczne, które obecnie zostały zniesione poprzez powszechny dostęp chociażby do telefonów komórkowych, jednakże Miś (2019) słusznie zwraca uwagę, że tak w początkach powstawania metody, jak i obecnie pozostają to wciąż bariery mentalne. Z jednej strony metoda ta wymaga od specjalistów wielkiej „dyscypliny życzliwości” w stosunku do rodzin, a z drugiej, przełamywania barier prywatności w sytuacji zapraszania specjalistów do domu i pozwalania na nagrywanie swoich naturalnych zachowań.

3.2. Podstawy teoretyczne metody Wideotreningu Komunikacji

The Medium is the Message.
Marshall McLuhan, 2001

Metoda Wideotreningu Komunikacji wyrasta z bardzo wyraźnie określonej wizji rozwoju człowieka, jego zdolności uczenia się i tworzenia wspólnot. Choć została stworzona przez praktyków, jest osadzona w konkretnych teoriach naukowych i swe techniki opiera na badaniach naukowych. Za teoretyczne podstawy Wideotreningu Komunikacji jego twórcy uznają prace badawcze Colwyna Trevarthena, którymi zafascynowany był Biemans. Twórcy metody utrzymywali regularne kontakty z innymi badaczami wczesnego rozwoju: JerOMEM Brunerem i Danielem N. Sternem z Nowego Jorku oraz Hanusa i Mechthildy Papouskami z Monachium. Ponadto jako źródła inspiracji należałoby wymienić pracę Mary C. Beatson, B. Brazeltona, a także teorię umysłu społecznego L. S. Wygostkiego, prace H. R. Schaffera i wreszcie J. Bowlbiego wraz z podejściem ewolucyjnym (Kmita, 2003; Bowlby, 2007; Kaczmarek-Maderak, 2007; Trevarthen, 2008; Kennedy, 2011).

W pierwszym podrozdziale przedstawię teoretyczną bazę Wideotreningu Komunikacji.

3.2.1. Interpersonalna teoria komunikacji

Spoglądając szerzej na Wideotrening Komunikacji, można powiedzieć, że wiąże się on z interpersonalnym lub, szerzej, społeczno-kulturowym podejściem do komunikowania się. Jest to podejście wychodzące poza językowe uwarunkowania komunikacji poprzez podkreślanie, że język nie jest równoznaczny z komunikacją, ale jest jednym z wielu jej elementów. Podejście to nie ogranicza się do treściowego aspektu komunikacji *sensu stricte* ani zdolności intelektualnej nadawcy i odbiorcy do zrozumienia zawartości treściowej komunikatu. Przedstawiciele tego nurtu: Jerome Bruner oraz Michael Tomasello, akcentują, że unikatową własnością naszego gatunku jest nie tyle zdolność do opanowania języka, ile zdolności decentracji własnego doświadczenia, przyjmowania perspektywy innych osób, a w konsekwencji do dzielenia wspólnego pola uwagi i rozumienia intencji innych ludzi, nadawania znaczeń w zachowaniu swoim i innych. Składają się one na centralną dla funkcji komunikacyjnej zdolność – konstruowania i przechowywania w pamięci teorii umysłu oraz wykorzystywania jej do działania (Namysłowska, 2000; Kurcz, 2005;). Również szkoła Palo Alto ukształtowała podstawy tego rodzaju myślenia o komunikacji. Wniosła postrzeganie komunikacji jako zamkniętego, dynamicznego i dążącego do stabilności procesu dziejącego się zawsze w kontekście personalnym i sytuacyjnym. Odzwierciedleniem tego rodzaju teoretyzowania o komunikacji jest wytworzenie się paradygmatu interakcyjnego w badaniach nad komunikacją oraz rozwojem dzieci. Zwolennicy tego paradygmatu posługują się konkretną metodą: mikroanalizą „interakcji” utrwalonej w formie filmu video (*VIA – video interaction analysis*), która wykorzystuje najnowsze osiągnięcia techniczne, aby zarejestrować przebieg interakcji, trajektorie rozwoju i charakterystykę osób w kolejnych latach życia (Bull, 2002; Senator, 2006; Kmita, 2011).

Wyjątkowe miejsce w tej teorii komunikacji zajmuje komunikacja niewerbalna. W jej ramach zwraca się uwagę na fakt, że komunikacja niewerbalna jest zawsze bardziej pierwotna od komunikacji werbalnej. Jeśli ta pierwsza jest niedoskonała, to nawet bardzo pieczołowicie skonstruowany komunikat werbalny nie zostanie odebrany w należyty sposób. Dlatego też przykładą się znaczną wagę do pozat treściowych aspektów wypowiedzi, na przykład prozodii głosu czy zachowania reguł gramatycznych. W centrum uwagi badaczy znajduje się jakość oraz dominujący sposób komunikowania się w relacjach, a także sposób budowania narracji. Są to jakości, których nie da się „udawać”, wypływają bowiem z nieświadomych, zakodowanych w naszym umyśle wzorów interakcji, reprezentacji osób oraz nabytych bardzo wcześnie przekonań²⁹.

²⁹ Można tu przywołać metodę AAI (*Adult Attachment Interview*) służącą do oceny stylu przywiązania w dorosłości i znakomicie obrazującą omawiany sposób myślenia o komunikacji. Podczas sformalizowanego wywiadu dotyczącego relacji przywiązaniowych z rodzicami i z innymi bliskimi osobami w okresie dorosłości, diagnozuje się stan umysłu w odniesieniu do przywiązania na podstawie maksym konwersacyjnych Grice’a charakteryzujących wypowiedzi (Siegel, 2009). Składają się na nie takie zasady jak: jakość, ilość, stosunek oraz sposób dyskursu. Jako naruszająca maksymę ilości oraz jakości wypowiedzi (inaczej spójności) może zostać uznana bardzo krótka wypowiedź na temat, o którym osoba poinformowała wcześniej rozmówcę, że jest dla niej bardzo ważny i ma odnośnie niego dużo przemyśleń. Jakość wypowiedzi

Wyróżnia się następujące formy komunikacji niewerbalnej: gesty (z wyłączeniem tych wchodzących w obręb jakiegoś systemu językowego, np. języka migowego), mimika, pantomimika, tembr i wysokość głosu, postawa ciała, posługiwanie się przestrzenią. Każda z wymienionych form w połączeniu z pozostałymi daje unikalny profil aktów komunikacji niewerbalnej, na podstawie którego możemy określić poszczególną funkcję komunikacji niewerbalnej i intencje komunikacyjne nadawcy. Syntetycznie podstawowe funkcje komunikacji niewerbalnej ujmuje Tabela 5.

Tabela 5. Podstawowe funkcje komunikacji niewerbalnej

Funkcje komunikacji niewerbalnej	Wymiar	Opis
1. Wyznaczanie hierarchii	Mocy: dominacja vs podporządkowanie	Określa, kto jest stroną dominującą, a kto podległą.
2. Ocena relacji	Przyjazność vs wrogość	Określa, czy partner komunikacji jest nam życzliwy, czy wrogi (wraz z określeniem atrakcyjności fizycznej).
3. Współbrzmienie z przekazem werbalnym	Umacnianie vs osłabianie (zaprzeczanie) komunikatu werbalnemu	Określa, czy ktoś kłamie, czy mówi prawdę; czy przekaz słowny jest przyjazny, czy wrogi; czy słowa są żartem, metaforą itp.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kurcz, 2005.

Z badań Alberta Mehrabiana wynika, że aby zrozumieć jakąś interakcję z drugą osobą, wykorzystujemy tylko 7% informacji pochodzącej z komunikatu treściowego, resztę informacji czerpiemy z różnorodnych komunikatów niewerbalnych takich jak: mimika twarzy, postawa i ruchy całego ciała czy intonacja głosu (Argyle, 1999). Ida Kurcz (2005, s. 220–221) podaje za Geoffrey Beattie, że „o ponad 20% zwiększa się rozumienie przekazu werbalnego, jeśli towarzyszą mu jakieś gesty”. Ponadto zauważa, że gesty pełnią tak ważną funkcję w komunikacji, ponieważ nie może ona być zastąpiona przez język dźwiękowy; a czasami nawet neguje przekaz językowy. Niewerbalny kanał komunikacji jest o wiele mniej arbitralny niż werbalny i może być rozumiany i używany niezależnie od języka. Roger Brown wprowadził na podstawie przeprowadzonych badań następującą hierarchię kontrolności zachowań komunikacyjnych: 1) werbalne – językowe, 2) mimika twarzy, 3) ciało – ręce – nogi – stopy, 4) właściwości głosu (za: Kurcz, 2005, s. 227). Z kolei Ekman zwrócił uwagę, że o ile generalnie ekspresję mimiczną można udawać, to

byłaby także naruszona w udzielaniu sprzecznych informacji, na przykład: „uważam, że relacje z moją matką były świetne, ale nie przypominam sobie żadnych konkretnych przykładów na poparcie mojego zdania”. Naruszenie maksymy stosunku ujawnia się zaś w sytuacjach, kiedy dana osoba, mając mówić na dany temat, nagle zagłębia się w dygresję trwającą około dwudziestu minut, podczas gdy na wypowiedź ma jedynie trzydzieści. W końcu maksyma dyskursu określa to, w jaki sposób wypowiedź jest nadawana: jeśli osoba robi częste przerwy i zacina się, gubi w zdaniach podrzędnie złożonych lub też nagle zaczyna bardzo szybko i piskliwie mówić, to można wnioskować o jej naruszeniu.

już mikroekspresje (ekspresja uczuć trwająca ułamki sekund) oraz ekspresje stłumione są wiarygodnymi wskaźnikami kłamstwa. Autor dowodzi, że na przykład przy konflikcie przeżywanych emocji ujawnia się asymetria twarzy w trakcie wyrażania uczuć: lewa strona twarzy ujawnia inną emocję niż prawa (tę mniej kontrolowaną) (Kurcz, 2005, s. 229). Teoria poliwalna Stephana Porgesa dodaje do tej analizy drobiazgowo skatalogowane wskaźniki fizjologiczne ekspresji poszczególnych modalności układu nerwowego, co sprawia, że mikroanaliza interakcji pozwala nam bardzo precyzyjnie „czytać człowieka” oraz interakcje, w których uczestniczy (Porges, 2020). Badania współczesnej nauki, na przekór opiniom panującym w nauce jeszcze sto lat wcześniej, uświadamiają nam, że pomiędzy zachowaniem a stanami wewnętrznymi wiedzie droga o wiele krótsza i prostsza, niż kiedyś sądzono.

W analizie komunikacji według paradygmatu interakcyjnego najważniejszą kategorią jest dostrojenie się partnerów do siebie nawzajem. Każda istota ludzka, bez względu na wiek czy głębokość niepełnosprawności, jest zdolna w sposób intuicyjny do kontaktu z drugą istotą ludzką: do wspólnego dzielenia z nią znaczeń, intencji i wymiany informacji; jeśli tylko ta druga zachowuje się w sposób współbrzmiący i współodczuwający (*sympathetic*). Za leżącą u podstaw takiego stanu rzeczy uznano „komunikacyjną muzykalność” (*communicative musicality*), czyli: wrodzoną zdolność do wydawania dźwięków na instrumentach, trzymania rytmu (także tego czysto biologicznego – pulsu), dążenia do synchronizowania swoich działań z działaniami innych, a także do wymiany komunikatów czy strukturyzacji czasu. Na podstawie analizy wielu setek nagrań video uznano, że podstawową jednostką (*basic unit*) każdego udanego kontaktu międzyludzkiego jest „wyjście z inicjatywą kontaktu – przyjęcie inicjatywy”. Owa podstawowa jednostka jest główną kategorią pracy w Wideotreningu Komunikacji. Z punktu widzenia tematu pracy szczególnie istotne jest opisanie tej kategorii w obszarze interakcji rodzic–dziecko. Wielu badaczy przywołanych w tym oraz w 1 rozdziale niniejszej pracy określiło warunki udanej interakcji w obszarze relacji rodzice–dzieci, na przykład Daniel Stern opracował bardzo popularny „model bycia razem”. I choć każdy z naukowców nazywał proponowane modele w trochę inny sposób, to na potrzeby tej pracy przyjmuję nazwę „dostrajanie się dorosłego do dziecka”. Na Rysunku 10 przedstawiono uproszczoną piramidę następujących po sobie elementów dostrajania się dorosłego do dziecka (Stern, 1985; Bakker, Zevenhuijzen, 2005; Forsyth, Sked, 2011).

Rysunek 10. Uproszczona piramida dostrajania się dorosłego do dziecka



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Forsyth, Sked, 2011.

Widać więc, jak wiele drobnych elementów współbrzmiących ze sobą składa się na spójną, dostrojoną interakcję rodzica z dzieckiem. Jeśli faktycznie jest ona w swym wyrazie harmonijna, dziecko otrzymuje od rodzica potężny komunikat afirmujący. Jeśli zaś pomiędzy poszczególnymi elementami dostrajania się występują pewne braki czy niespójności, dziecko może pozostawać niespokojne i zdezorientowane co do intencji rodzica wobec niego, a w konsekwencji nie osiągać poczucia bezpieczeństwa w relacji z nim.

3.2.2. Komunikacja Podstawowa

Jak wspomniano wyżej, metoda ma również korzenie praktyczne. Biemans oraz Rees byli przekonani, że pojedyncze, codzienne i powtarzane po wielokroć interakcje w danej rodzinie decydują o jakości wspólnego życia jej członków oraz ich funkcjonowania w społeczności. Zatraskani o to, jak poprawić sytuację rodzin zagrożonych rozpadem, wyszli ze zgoła odmiennego założenia w porównaniu z większością badaczy i terapeutów. Najpierw skupili się na analizie interakcji w rodzinach niemających problemów i deklarujących wysoki stopień zadowolenia ze wspólnego życia. W ten sposób wyodrębnili cechy udanych interakcji nazywane Komunikacją Podstawową (*Basic Communication*) lub zasadami udanego kontaktu (*communication principles*). Następnie, zgodnie z aktualną wiedzą o procesach uczenia się, opracowali metodę treningu pozytywnych sposobów komunikacji dostosowaną do rodzin wieloprotblemowych (*multi-stressed families*) (Madsen, 2007; Reczek, 2007).

Punktem wyjścia w traktowaniu komunikacji wewnątrz rodziny w Wideotreningu Komunikacji są założenia wypływające z teorii przywiązania oraz z terapii systemowej³⁰. Dzieci zawsze dążą do kontaktu ze swoimi rodzicami. Nawet wtedy, gdy więź emocjonalna lub przywiązaniowa jest już poważnie zaburzona albo gdy dziecko cechują poważne

³⁰ Na podstawowe i kluczowe znaczenie komunikacji w rodzinie wskazywali badacze i psychoterapeuci terapii systemowej, między innymi C. Whitaker, M. Bowen oraz wielu innych (Namysłowska, 2000).

zaburzenia i ograniczenia w rozwoju. Również po stronie rodzica pragnienie to pozostaje aktualne, choć może nie być ujawniane albo rodzic może nie zachowywać się zgodnie z nim³¹. Jeśli rodzic jest w stanie dostrzec sygnały dziecka inicjujące kontakt i odpowiedzieć na nie zadowalająco, sytuacja może ulec naprawie bardzo szybko³². Dlatego też najwięcej uwagi i czasu przykłada się do pracy nad pierwszą kategorią komunikacji podstawowej: „inicjatywa i jej przyjęcie”, ponieważ na niej opiera się cała reszta jakości komunikacyjnych. Ta kategoria warunkuje samo ustanowienie kontaktu albo jego brak. Do niej należy wrócić w momentach rozłamu porozumienia, aby odnowić kontakt i umocnić relację nadwyręzoną konfliktem. Biemans i Rees dopracowali zbiór kolejnych zasad udanego kontaktu (*communication principles*), które w języku polskim przyjęły się pod nazwą „Komunikacja Podstawowa” (Stern, 1985; Kaczmarska-Maderak, 2007; Trevarthen, 2008). Stanowią one fundamentalną ramę dla kolejnych kroków w działaniach treningowych oraz dla mikroanalizy materiału filmowego w Wideotreningu Komunikacji tak, aby dorośli zaczęli odpowiadać dzieciom w sposób dostrojony na ich inicjatywy, w sposób jak najbardziej spójny w wielu elementach komunikacji niewerbalnej i werbalnej. Zbiorcze przedstawienie Komunikacji Podstawowej zawiera Tabela 6.

Tabela 6. Cechy udanych interakcji w metodzie Wideotreningu Komunikacji

Kategorie zachowania	Wzory zachowania	Elementy udanego kontaktu
Inicjatywa i jej przyjęcie 0–6 r.ż.	obdarzanie uwagą	zwracanie się do drugiej osoby przyglądanie się drugiej osobie przyjazna pozycja miły wyraz twarzy miły ton głosu
	dostrajanie się	przyciśnięcie mówienie „tak”, „dobrze”, pochwały nazywanie zachowań przyłączanie się do działań drugiej osoby
Wymiana w kręgu (komunikacja społeczna) 6–12 r.ż.	tworzenie kręgu	włączanie do kręgu patrzenie w kręgu potwierdzanie odbioru
	naprzemienne włączanie do działania	zabieranie i przekazywanie głosu / udziału równomierny podział ról
	współpraca	wspólne działanie pomaganie drugiej osobie

³¹ Założenie to zostało empirycznie potwierdzone przez ostatnie pięćdziesiąt lat na wiele różnych sposobów (Fukking, Lont, 2007).

³² W tym aspekcie Wideotrening Komunikacji jest używany także w terapiach małżeństw zagrożonych rozpadem.

Kategorie zachowania	Wzory zachowania	Elementy udanego kontaktu
Wspólne naradzanie się 12–16 r.ż.	tworzenie poglądów	wyrażanie / przyjmowanie / wymiana / weryfikowanie poglądów
	przekazywanie treści	proponowanie / opracowywanie / pogłębianie tematów
	podejmowanie decyzji	proponowanie / ujednolicanie / poprawianie uzgodnień
Rozwiązywanie konfliktów powyżej 16 r.ż.	nazywanie przeciwieństw	badanie zamiarów
	odbudowywanie dobrej relacji	powrót do elementów poprzednich kategorii
	rokowania – prowadzenie negocjacji	ustalenie stanowisk ustalenie i przestrzeganie reguł

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Reczek, 2007.

Jak wynika z powyższej tabeli, analiza holenderskich badaczy odnosiła się zarówno do komunikatów werbalnych, jak i do mowy ciała. Okazało się, że w rodzinach, których członkowie mają wobec siebie pozytywny stosunek, we wszystkich interakcjach zauważono kilka prawidłowości:

1. zwracanie uwagi na siebie nawzajem (zwracanie się ku sobie i kontakt wzrokowy);
2. aprobowane podążanie za sobą (przytakiwanie i potwierdzanie odbioru);
3. rozmawianie ze sobą w przyjemny sposób (nieprzerwana wymiana);
4. naturalny podział uwagi pomiędzy członkami rodziny (dbałość o równomierny udział każdego w procesie komunikacji);
5. wzajemna kooperacja (zrównoważona wymiana: dawanie i branie);
6. naradzanie się (każdy ma taki sam udział w dawaniu propozycji, układaniu planów i szukaniu rozwiązań).

Odtworzenie tych podstawowych wzorów udanej komunikacji zostało potwierdzone we wszystkich nagraniach video analizowanych przez twórców metody (Reczek, 2001; Wels, 2002). Pogłębiona analiza udanych interakcji pozwoliła na wyodrębnienie większej ilości kategorii, które weszły w skład Komunikacji Podstawowej, czyli takich unikatowych zachowań, które pozwalają jednostkom pozostawać w zaspokajających ich potrzeby interakcjach (patrz: Tabela 6) poprzez wspieranie komunikacji bez względu na jej zawartość treściową *sensu stricte*. Inaczej mówiąc: są to działania budujące sam kanał komunikacyjny, który w swym charakterze jest także kanałem emocjonalnym. Dopiero jego powstanie gwarantuje pełny odbiór informacji. Mogą one mieć postać werbalną, jak i pozawerbalną. Bardziej skomplikowane wzory interakcji i komunikacji pojawiają się w trakcie kolejnych faz rozwoju, tak że można nimi także opisywać rozwój komunikacji wewnątrzrodzinnej, najpierw pomiędzy systemami rodzice–dzieci, a stopniowo także wewnątrz systemu dzieci oraz zwrotnie: pomiędzy systemami dzieci–rodzice.

Kategoriom zachowania zamieszczonym w Tabeli 6 odpowiadają składowe części zachowania konieczne do zaistnienia całego wzoru, jak również pojedyncze elementy, którymi w konkretnych sytuacjach można niejako „zrealizować zadania” zapisane we wzorach zachowania. Komunikacja jest najbardziej udana, gdy w interakcji występuje jak największa ilość poszczególnych elementów ze wzoru czy kategorii. Jednak często zdarza się, że ktoś przy pomocy dwóch czy trzech elementów tworzy interakcje zadowalające obie strony. Należy też pamiętać, że najbardziej podstawowym wzorem jest pierwszy, czyli „inicjatywa i jej przyjęcie”. Dlatego, jeśli na przykład mamy za zadanie odbudować relację po burzliwym konflikcie, musimy zacząć od ćwiczenia z rodziną elementów z tej pierwszej kategorii. Bowiem nie da się realizować zamiarów lub ustalać stanowisk bez obdarzania siebie uwagą, bez wzajemnego wysłuchania się ze zrozumieniem, gdy obie osoby nie będą mieć miłego tonu głosu i nie będą przyjmować wobec siebie przyjaznej pozycji.

Twórcy metody skonceptualizowali zjawisko dostrajania się jako „serię tak”, natomiast proces przeciwny jako „serię nie”. Jako cel pracy z rodzinami podają przejście od serii nie do serii tak. Jak przytacza Hilary Kennedy, obecnie jedna z czołowych badaczy i praktyków metody:

Rozpoznawanie, potwierdzanie oraz podążanie za inicjatywą dziecka to klucz do procesu leczącego (...) naprzemienne i wzajemne potwierdzanie pozytywnego wyrażania emocji, dostosowane do poziomu każdego z uczestników, może być opisane jako „seria tak”. Jest ona zawsze związana z podzieleniem radości. Ten pozytywny cykl ma bardzo silny terapeutyczny efekt. Gdy jednak rodzina znajduje się w stresie i niepokoju, ten element jest jedną z pierwszych rzeczy, które znikają. W to miejsce pojawia się „seria nie”, wraz z niewyraźnymi wprost komunikatami, tak szkodliwymi dla poczucia własnej wartości dziecka i jego swobodnej eksploracji (Hundeide, 1991, za: Kennedy 2011, s. 24).

Jest rzeczą naturalną, że nawet w rodzinach, mających pozytywne stosunki wzajemne, pojawiają się czasem spory. Członkowie rodziny są na siebie poirytowani lub rodzice zabraniają czegoś dzieciom. Ale gdy rodzice i dzieci mają ze sobą generalnie dobry kontakt, to okazuje się, że rodzice po „nie”, mówią znowu „tak”. A mianowicie nie tylko mówią dzieciom, czego im nie wolno robić, lecz następnie pomagają im też robić to, co jest właściwe. Łatwo jest im wrócić do równowagi, ponieważ są przekonani o dobrej woli każdej ze stron i nie czują się nawzajem negatywnie osądzeni.

Zanalizowano także te mniej udane wzory komunikacji. Każda osoba posiada pewien indywidualny wzorzec komunikacji (Reczek, 2007), który w dużym stopniu determinuje to, w jaki sposób jesteśmy z innymi ludźmi (*model of being with the others*) (Stern, 1985). Nagrania video pomagają ten wzorzec zdiagnozować. Trener, analizując nagrania, koncentruje się na odkryciu tych zachowań, które na filmach pojawiają się bardzo często, a które przeszkadzają jednostce w generowaniu zachowań wymienionych w elementach udanej interakcji. W trakcie treningu staramy się poszerzyć indywidualny wzorzec komunikacji o pozytywne zachowania, które pozwalają na „serię tak” i poprzez to zniwelować zachowania przyczyniające się do powtarzania „serii nie”. O „serii tak” mówimy wtedy, gdy

mamy do czynienia z ciągiem zachowań potwierdzających zachowania, sygnały oraz wypowiedzi osoby, z którą jesteśmy w interakcji. Z „serią nie” spotykamy się, gdy wzajemne potwierdzanie się oraz zrozumienie zostaje przerwane. Występują wtedy takie niekorzystne dla udanej komunikacji zachowania jak: zerwanie kontaktu wzrokowego, odrzucanie prośby o kontakt, wymijające odpowiedzi, agresja itd.

Badania naukowe potwierdzają korelację pomiędzy obdarzaniem uwagą oraz dostrajaniem się matek do swoich dzieci w okresie 0–3, a późniejszymi wynikami dzieci w okresie przedszkolnym. I tak, na przykład, w badaniach nad dziećmi zahamowanymi, gdzie wysoki poziom negatywnej emocjonalności dzieci współwystępował z niskim poziomem zbliżania się do figury przywiązania, zachowania matki przekierowujące uwagę dziecka korelowały z gorszymi wynikami przedszkolaków w zadaniach badających kontrolę wykonawczą, a zachowania podtrzymujące uwagę dziecka (dołączanie się) korelowały z lepszymi wynikami przedszkolaków osiągniętych w tych samych zadaniach (Kmita, 2013, s. 61).

3.2.3. Teorie uczenia się

Jedną z przyczyn, w której dostrzega się skuteczność Wideotreningu Komunikacji, jest zwielokrotnienie w jednej metodzie różnorodnych procesów uczenia się. W ogólnym zarysie metoda prezentuje zapośredniczony społecznie rodzaj uczenia się, w którym w procesie dialogu pomiędzy dwoma równorzędnymi partnerami powstaje nowe znaczenie, unikalny wynik uczenia się. Nie mają tutaj zastosowania tradycyjne w edukacji zjawiska: relacja nauczyciel–uczeń, bezpośredni sposób podawania nowych wiadomości oraz odtwórczy sposób sprawdzania wiedzy. Akcentuje się uniwersalną dostępność zmian w strukturach poznawczych niezależnie od kondycji intelektualnej osoby uczącej się. Zapśredniczony społecznie rodzaj uczenia się prezentowany jest między innymi w teoriach: Lwa Wygostkiego, Jerome’a Brunera, koncepcji epizodów wspólnego zaangażowania Rudolpha Schaffera, doświadczenia uczenia się w mediacji Reuvena Feuersteina oraz koncepcji procesu dialogicznego w uczeniu Robina Aleksandra (Brzezińska, 2004; Cross, Kennedy, 2011; Twardowski, 2022).

Gdy przyjrzymy się szczegółowo Wideotreningowi Komunikacji, znajdziemy implikacje zaczerpnięte z behawioralnej teorii warunkowania sprawczego B. F. Skinnera. Tutaj metoda zapożycza właściwie jedno, ale za to fundamentalne prawo procesu uczenia się: zachowania warunkowane pozytywnie pojawiają się coraz częściej, natomiast warunkowane negatywnie ulegają wygaszaniu. Twórcy metody wyszli z założenia, że najbardziej poszukiwanym przez człowieka od urodzenia wzmocnieniem jest uwaga społeczna, zaś jej brak jest najdotkliwszym doświadczeniem, którego stara się unikać. Stąd wzięła się technika pokazywania na omówieniach nagrań tylko pozytywnych elementów interakcji pomiędzy rodzicami a dzieckiem. Momentów gorszych jakościowo pod względem komunikacji nie pokazujemy wcale, aby nie wzmacniać zachowań niepożądanych. Dodatkowo aktywnie je ignorujemy, przekierowując uwagę rodziców, gdy tylko wspomną o nich, na

przykład: „wie Pani tutaj mi się udało, ale generalnie to okropnie krzyczę na dzieci...”. Zwracamy wtedy uwagę na „tu i teraz” przedstawione na materiale filmowym i do niego się odwołujemy. W ten sposób uczymy rodziców, aby ogniskowali swoją uwagę przede wszystkim na posiadanych zasobach zamiast na sytuacjach problemowych. Ta umiejętność zauważania pozytywnych, dobrych elementów w szerszej, bardziej złożonej sytuacji jest bardzo ważnym elementem treningu w szczególności w pracy z osobami na co dzień narażonymi na podwyższony stres.

W oparciu o Skinnerowski model uczenia mówi się czasami o karach i nagrodach i ujmuje się proces wzmacniania pozytywnego jako nagradzanie rodziców pochwałami. Otóż w Wideotreningu Komunikacji wzmacniamy pozytywnie pożądane zachowania poprzez obdarzanie uwagą społeczną na dwa sposoby. Pierwszy to przedstawiona już ekspozycja zachowań pożądanych (przedstawienie w kompilacji materiału video), a drugi to ich nazywanie i poddanie wspólnemu omówieniu. Samo nazywanie jest wystarczającym sposobem zwrócenia uwagi na dany element komunikacji oraz okazją do nadawania znaczenia zachowaniom wcześniej uykającym świadomości rodziców. Poprzez wspólne omawianie z trenerem rodzice mogą się poczuć ekspertami w rozumieniu poszczególnych elementów zachowania i skuteczniej zinternalizować nabyte umiejętności (Zimbardo, 2004; Kaczmarek-Maderak, 2007; Cross, Kennedy, 2011).

Projektując nowy trening uczenia, Biemans i Rees w największym stopniu zaczerpnęli jednak ze społecznej teorii uczenia się. Zmaksymalizowali proces uczenia opisany przez Bandurę dzięki zastosowaniu automodelowania i sprzężenia zwrotnego za pomocą kamery video. Bandura zakwestionował behawioryzm jako dominujące wyjaśnienie procesów uczenia się. Zwrócił uwagę na rolę procesów wtórnych w regulacji zachowania człowieka: symbolicznych i emocjonalnych, a także akcentował ich wpływ na obserwację i na percepcję w ogóle. Zaobserwował i szczegółowo opisał modelowanie (uczenie się poprzez naśladowanie), co okazało się przełomowym dla nauk o kształceniu. Wcześniej sądzono, że człowiek musi osobiście doświadczyć czegoś, a jeszcze lepiej wykonać coś, aby się tego nauczyć. Dzięki Bandurze wiemy, że, uważnie obserwując zachowanie modela, jesteśmy w stanie nauczyć się tego zachowania, czyli zapamiętać i odtworzyć w sposób celowy w sytuacji podobnej do zaobserwowanej³³. Musi być jednak spełnionych kilka warunków odnośnie modela i jego zachowania. Abyśmy byli skłonni naśladować zachowania modela, powinien on być do nas podobny, postrzegany przez nas jako atrakcyjny, będący w podobnej sytuacji do naszej, cieszący się uznaniem społecznym i wykonujący mało skomplikowane czynności. Obserwując zachowania modela, zwracamy uwagę na jego konsekwencje, dlatego też uczymy się tylko zachowań skutecznych, które zakończyły się w naszej opinii sukcesem (Zimbardo, 2004; Bandura, 2007).

³³ Dziś dodatkowo dysponujemy precyzyjnym opisem mechanizmu modelowania na poziomie mózgowym, dzięki odkryciu neuronów lustrzanych i systematycznego rozwoju neuronauki (Bauer, 2008; Cozolino, 2012).

Modelowanie zachowań pożądaných w Wideotreningu Komunikacji odbywa się po pierwsze przez samomodelowanie rodziców. Oznacza to, że rodzice sami dla siebie stanowią pozytywny model. Oglądając na filmach siebie samych zachowujących się w pożądaný sposób, który kończy się sukcesem, chętnie uczą się od siebie samych. Pozostałe warunki uczenia się poprzez modelowanie także są spełnione. Z reguły osoby prezentują wysoki stopień utożsamiania się z samym sobą, w kompilacjach są przedstawiani jako pozytywni bohaterowie, których cele są identyczne z ich osobistymi celami. W tej sytuacji nie tylko wyjątkowo szybko się uczą, ale ponadto znacznie wzrasta w nich przekonanie o samoskuteczności, co w konsekwencji zwiększa ich poczucie własnej wartości. Zaczynają mieć także realną nadzieję na zmianę sytuacji problemowej, widząc siebie w pozytywnym świetle (Vermeulen, 2006). Drugim obszarem, w którym zachodzi proces modelowania, jest relacja trener–rodzice. Trener wobec rodziców spełnia rolę modela, zachowując się w stosunku do nich w taki sposób, w jaki uczy ich zachowywać się w relacji z dzieckiem. Dlatego też jest sprawą dużej wagi, aby pomagający był zawsze świadomy tego, że jego działania wpływają modelująco na beneficjentów pomocy (Wels, 2002; Wallin, 2012).

Wideotrening Komunikacji jest jedną z pierwszych metod, które zaczęły systematycznie wykorzystywać sprzężenie zwrotne za pomocą kamery video (*video feedback*) oraz modelowanie zachowań przy użyciu nagrywanego filmu (*video modelling*). Ich wysoka skuteczność jest empirycznie potwierdzona przez wielu niezależnych badaczy (Wels, 2002; Shanley, Niec, 2010). Dzięki pomocy kamery video mamy możliwość lepszego zrozumienia obserwowanej sytuacji (poprzez technikę „klatka po klatce” i wielokrotne odtwarzanie tych samych fragmentów nagrań) oraz efektywnego uczenia się nowych zachowań poprzez prezentowanie na filmie jedynie tych pożądaných. Dlatego też omawiany rodzaj sprzężenia zwrotnego jest obecnie szeroko wykorzystywany w wielu treningach uczenia się, terapiach grupowych lub indywidualnych terapiach krótkoterminowych. Materiał filmowy bywa wykorzystywany jako okazja do dyskusji na wybrany wcześniej temat w terapiach grupowych (Lim, Stormshak, Dishion, 2005), a w terapii mowy dzieci autystycznych nagrania rozmów rodziców służą do modelowania zachowań komunikacyjnych rehabilitowanego dziecka (Baharav, Darling, 2007).

Wszystkie techniki sprzężenia zwrotnego, czy te na żywo (*in vivo*), czy te odłożone w czasie, wykorzystujące video, wyodrębniają trzy główne elementy procesu uczenia się. Są to: 1) modelowanie pożądaných zachowań, 2) umacnianie pozytywných zachowań rodzica poprzez ich odtwarzanie i nazywanie, 3) korekcja³⁴ – instruowanie rodziców, jak mają zachować się w sposób pożądaný (Shanley, Niec, 2010). W Wideotreningu Komunikacji na omówieniach nagrań odtwarza się sytuację, która nie jest oderwaną wymyśloną scenką, ale pochodzi wprost z osobistego życia klientów. Zastosowanie sprzężenia zwrotnego zapewnia wysoką skuteczność, dając konkretną informację zwrotną na temat działań

³⁴ Ten ostatni element w Wideotreningu Komunikacji jest używany tylko w specjalnych przypadkach.

w realnych sytuacjach codziennego życia, w które jesteśmy z reguły w wysokim stopniu zaangażowani emocjonalnie (Twardowski, 2005b).

Obecnie, badania nad neurorozwojem pomagają nam zrozumieć wyjątkową skuteczność uczenia zachowań społecznych poprzez wideotreningi. Człowieka cechuje łatwość zapamiętywania obrazów i całych scen, do których ma emocjonalnie nacechowany stosunek. Przechowywane są one w korze okołoczodołowej, która jest wyjątkowo czuła na tego rodzaju materiał percepcyjny. To dzięki korze okołoczodołowej rozwija się między innymi zdolność synchronizowania zachowania społecznego z innymi, empatii i regulacji emocjonalnej. Uogólnia ona „naładowane emocjonalnie obrazy” (Gerhardt, 2010, s. 37), szczególnie konkretne wyrazy twarzy osób oraz emocjonalne całościowe obrazy jakichś sytuacji. Przechowując pozytywne obrazy, jesteśmy wewnętrznie motywowani do odtwarzania tego rodzaju zachowań lub nastrojów i złożonych kontekstów działania. Musimy pamiętać, że w taki sam sposób zapamiętujemy negatywne obrazy i bodźce, „złe twarze”. Wywołują one jednak odmienny efekt od obrazów pozytywnych. Zamiast w prosty sposób demotywować nas do powtarzania tych sytuacji czy zachowań, wprawiają nas w stan niepokoju i podwyższonego napięcia, podnosząc poziom kortyzolu we krwi. To w efekcie sprawia, że możliwość nauki ulega zablokowaniu, dopóki nie osiągniemy uspokojenia. Omawiany proces stanowi podstawę do budowy Wewnętrznych Modeli Operacyjnych i stanowi źródło procesów samoregulacyjnych (Schore, 2001; Cozolino, 2006; Gerhardt, 2010). Jedna z badaczek tak opisuje ten proces w relacji rodzic–małe dziecko:

Zapamiętywane są także negatywne spojrzenia i interakcje, które, podobnie jak spojrzenia pozytywne, mogą wywołać reakcję biochemiczną. Pełna dezaprobaty twarz matki powoduje uwalnianie hormonów stresu, takich jak kortyzol, które zatrzymują funkcjonowanie endorfin i dopaminy w neuronach, hamując tym samym wytwarzane przez nie przyjemne uczucia. Spojrzenia takie mają ogromny wpływ na rozwijające się dziecko, zwłaszcza te pełne dezaprobaty lub odpychające spojrzenia. Prowadzą do nagłego przejścia od pobudzenia współczulnego do przywspółczulnego, wywołując reakcje towarzyszące nam przy odczuwaniu wstydu – nagły spadek ciśnienia krwi oraz płytki oddech. Dziecko wytwarza kortyzol w reakcji na twarz rodzica, i od zmiennego wyrazu jego twarzy uzależnione jest również rozpraszanie kortyzolu. Jeśli rodzice nie zaczną na nowo regulować dziecka, pozostanie ono w stanie pobudzenia, ponieważ nie potrafi tego zrobić samodzielnie. Utracony zostanie wówczas korzystny wpływ kortyzolu polegający na wspomaganie kory okołoczodołowej w zahamowaniu pobudzenia emocjonalnego (Gerhardt, 2010, s. 36–37).

W Wideotreningu Komunikacji konsekwentnie wykorzystywane są przedstawione powyżej procesy. Po pierwsze, eliminowane są negatywnie nacechowane obrazy, tak aby nie zahamować procesu uczenia się. Po drugie, przedstawiane są obrazy nacechowane pozytywnymi emocjami. Czasami zatrzymuje się obraz na kilka sekund (albo dłużej) lub wielokrotnie odtwarza te same fragmenty nagrania, tak aby zwiększyć skuteczność oddziaływania. Czasem trener stosuje technikę „stop klatki” wyjątkowo emocjonalnego i pozytywnego momentu interakcji, pozostawiając go niejako w tle swojej rozmowy z rodzicami,

na przykład obraz rodziny patrzącej na siebie i uśmiechającej się. Choć w rzeczywistości było to zdarzenie trwające bardzo krótko, dzięki technologii rozciąga się je do trzech minut bądź nawet dłużej. I chociaż rodzice są wtedy przede wszystkim zajęci rozmową, to zgodnie z zasadą „mózg widzi, mózg robi” obraz ten motywuje ich, za pośrednictwem kory okołoczołowej do odtwarzania tego przyjemnego stanu przedstawionego na ekranie (Bauer, 2008).

Kwestia powyższa stanowi także kolejny powód, dla którego omawiana metoda promuje bezpieczne przywiązanie w rodzinie. Dorosły poprzez analizę kolejnych nagrań nie tylko rozwija swoje refleksyjne funkcjonowanie, ale także buduje swoją własną „bezpieczną bazę”, do której może wracać po ukojenie w chwilach podwyższonego napięcia. Zapamiętuje w sposób pozaświadomy pozytywne obrazy doświadczania bliskiej relacji, zarówno otrzymywania, jak i dawania afirmacji (Kmita, 2004; Kmita, 2005; Kmita, 2011).

Wideotrening Komunikacji korzysta także z procesów uczenia dobrze opisanych przez badaczy poznawczych teorii uczenia się. Są to między innymi: wgląd, samokonfrontacja oraz samoobserwacja. Kohler zauważył, że czasami postępujący proces zrozumienia nie jest dostępny percepcji zewnętrznego obserwatora, a niejednokrotnie także samoobserwatora. Ale proces ten zachodzi, gdy od rozwiązania danego problemu zależy osiągnięcie istotnego dla nas celu. Wtedy po pewnym czasie następuje wgląd – nagłe zrozumienie relacji wiążącej elementy danej sytuacji dotychczas niedostępne umysłowi. Ponadto wgląd zachodzi, gdy zestawiamy stare fakty w zupełnie nowy dla nas sposób, odkrywamy nowy sposób ujęcia tej samej sytuacji problemowej. Obydwa procesy mają miejsce, gdy rodzice uczestniczą w omówieniach nagrań, wielokrotnie obserwując i omawiając najbardziej szczegółowe elementy interakcji i zastanawiając się nad ich sensem (Zimbardo, 2004; Kaczmarska-Maderak, 2007).

Z kolei metoda samokonfrontacji bazuje na Festingerowskim zjawisku dysonansu poznawczego oraz wideokonfrontacji. Osoba oglądająca nagranie video otrzymuje najczęściej całkowicie sprzeczne komunikaty odnośnie siebie jako rodzica w porównaniu z tymi, którymi sama posługuje się na co dzień w swej wewnętrznej narracji. Powoduje to stan napięcia motywujący do zmniejszenia owego dysonansu. W Wideotreningu Komunikacji trener aktywnie blokuje możliwość zredukowania niezgodności poprzez objaśnienie zaobserwowanej sytuacji jako „niewiele znaczącego wyjątku od reguły”, dzięki czemu następuje pozytywna zmiana w narracji osobistej klienta i dążność do postępowania zgodnie z nią.

W technice samoobserwacji wizualnej stosowana jest kamera video, która wydatnie podniosła efektywność tej techniki (Dylak, 1996). Ponadto zaszła tutaj istotna zmiana jakościowa: metoda subiektywnego samoopisu stała się obiektywną metodą opisu. Samoobserwacja także buduje samoświadomość i narrację zgodnie z pożądanym kierunkiem zmiany, do której jednocześnie motywuje. Dzieje się tak, ponieważ rodzic obserwując „lepsze, niż zazwyczaj” próbki swojej relacji z dzieckiem, ogląda niejako „swoje idealne ja”, a poprzez samoświadomość obserwuje różnicę pomiędzy „ja idealnym” i „ja

aktualnym”. Jednak to nie różnica jest tematem dyskursu w relacji specjalista–rodzic, ale samo „ja idealne” dyskutowane jako „ja aktualne”. Dzięki temu u rodzica wzrasta dążność do posługiwania się „ja idealnym” w większej liczbie codziennych sytuacji życiowych (Cross, Kennedy, 2011).

3.3. Zastosowanie metody Wideotreningu Komunikacji

Poniżej zostaną opisane przebieg i ramy organizacyjne treningu, współpraca trenerów z rodzicami, praca na obszarach szerszych niż tylko komunikacyjny poprzez Plan Pomocy Rodzinie oraz szkolenie trenerskie.

3.3.1. Przebieg treningu i ramy organizacyjne

Na pierwszym spotkaniu rodzina jest informowana o przebiegu i specyfice metody. Ustalane są punkty do pracy oraz ramy organizacyjne treningu zgodnie z życzeniami rodziców i możliwościami trenera. Zwraca się uwagę na formułowanie celów do pracy w sposób pozytywny. Zamiast na przykład mówić: „chcielibyśmy, aby mąż przestał krzyczyć na Jędrka”, formułujemy punkt do pracy w następujący sposób: „mąż zwraca się do syna miło i spokojnie”. Dzięki temu skupiamy się na faktycznych celach do osiągnięcia, a nie problemach do zwalczania.

Następnie umówiona zostaje data nagrania. Filmuje się około dziesięciu, piętnastu minut interakcji rodziców z dzieckiem w trakcie wybranej przez nich aktywności. Ma być ona jednak wolna od konfliktów, swobodna i w miarę partnerska komunikacyjnie. Tak więc zniechęcamy rodziców do pomysłu nauczania dziecka podczas nagrywanej interakcji albo prób wymuszenia wykonywania codziennych obowiązków. Rodzice najczęściej decydują się na wspólną zabawę lub spacer czy posiłek. Trener jest obserwatorem wydarzeń i tylko w wyjątkowych sytuacjach ma prawo odezwać się zza kamery. Gdy podczas nagrywania wybuchnie konflikt, przerywa się nagranie i rozpoczyna je znów, gdy sytuacja się wyciszy. Specjalista nie wchodzi w bliską relację z dzieckiem; ich wzajemne interakcje prowadzone są przez specjalistę w kierunku „życzliwego dystansu”. Równowaga w rodzinie to szczególna troska trenerów wideotreningu, są oni świadomi, że wchodząc w relację pomagania, mogą bardzo łatwo zakłócić delikatne *status quo* systemu rodzinnego, szczególnie, że pojawia się ona z definicji w momentach zmiany, do której przecież dążymy.

Kolejnym krokiem w metodzie jest przygotowanie przez trenera zestawienia do omówienia nagrania (*review*), co wymaga dużej uważności i wprawy. Trener powinien stworzyć kompilację kilku pozytywnych fragmentów z nagranych materiałów. Może być to także pozytywny obraz, na przykład zatrzymanie wzajemnego spojrzenia rodzica i dziecka. Należy pamiętać o zachowaniu równowagi w rodzinie: przedstawiamy podobną ilość fragmentów pozytywnych interakcji z każdym z rodziców. Na przykład jeśli dla ojca zauważyliśmy pięć pozytywnych momentów interakcji, a dla matki zaledwie trzy, to każdemu pokazujemy

po trzy pozytywne momenty interakcji. Następnie trener przygotowuje rozmowę na temat oglądanych fragmentów. Zapoznaje się dobrze z całością i kolejnością fragmentów, tak aby podczas omawiania nagrania mógł skoncentrować się przede wszystkim na interakcji z rodzicami. Sam trener pełni przecież wobec rodziców także rolę modelującą, stosując wobec nich wszystkie zasady podstawowej komunikacji.

Omówienie nagrania powinno odbywać się z obojgiem rodziców (ale bez dziecka) w spokojnej atmosferze i w sytuacji, kiedy można swobodnie rozmawiać o sobie oraz o dziecku. Ważne jest także zachowanie optymalnego odstępu czasowego pomiędzy nagraniem a przeglądem. Najlepiej, jeśli jest to około tygodnia, ponieważ rodzice mają jeszcze wtedy swobodny dostęp pamięciowy do swoich doświadczeń nagranych w trakcie wizyty. Z drugiej strony zaś wytworzył się już niezbędny dystans, aby w miarę obiektywnie spojrzeć na sytuację, która być może budziła silne emocje.

Pokazujemy rodzicom po kolei każdy przygotowany fragment. Po obejrzeniu fragmentu zatrzymujemy film, prosząc, aby rodzice opowiedzieli, co widzą na każdym z nich. W Wideotreningu Komunikacji zwyczajowo wykorzystujemy kilka technik pracy z obrazem: 1) „stop klatka”, 2) wielokrotne odtwarzanie tych samych fragmentów, 3) wyłączenie głosu w nagraniu, 4) „pilot w ręce rodzica”³⁵. Specjalista nie ma obowiązku wykorzystywać za każdym razem wszystkich technik. Wybiera te, które jego zdaniem najlepiej posłużą danej rodzinie i przyczynią się do pogłębienia procesu zmian. Bardzo ważne jest tutaj to, że pracujemy z obrazem: odwołujemy się tylko do tego, co widać i słyszać, a nie do pamięci czy wyobrażeń uczestników. W ten sposób omówienie nagrania pełni funkcję „dementowania rodzinnych plotek” oraz utartych już, najczęściej fałszywych opinii typu: „bo ona zawsze...”, „on nigdy nie umie...”, „on nie zwraca na mnie uwagi”, „nie potrzebuje mnie” itd. W ten sposób uczymy rodziców uważności, naprowadzając ich za pośrednictwem materiału filmowego na doświadczane przez nich „tu i teraz”. Staramy się nadać wyobrażeniom rodziców realny wymiar. Za każdym razem powracamy do pozytywnego obrazu realnego życia rodziców, pokazując więź emocjonalną, jaka między nimi istnieje, a także sposoby umocnienia lub odbudowania tej więzi.

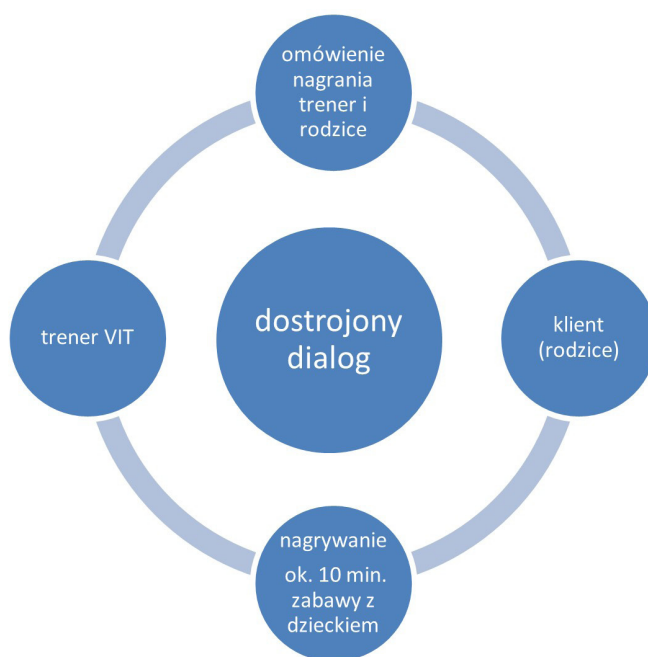
Aktywne omówienie, a nie tylko oglądanie zaistniałej sytuacji, jest dla rodziców szczególnie istotne, ponieważ dzięki omówieniu do zaistniałej już sytuacji wprowadzamy nowe sensory i interpretacje zachowań. Rodzice są zachęceni do odpowiadania sobie na pytania: Co ważnego wydarzyło się w tym fragmencie?; Czego potrzebuje moje dziecko?; O czym mi komunikuje?; Co takiego zrobiłem (-am) w tym momencie, że dziecko zrobiło to, co chciałem (-am)? itd. A ponieważ pamięć jest modyfikowana za każdym razem, gdy ją przywołujemy (Bruner, 1990), to w ten sposób zmieniamy osobistą narrację rodziców dotyczącą siebie samych, innych członków rodziny oraz szerszego otoczenia społecznego.

³⁵ Rodzic sam może dowolnie zatrzymywać lub powracać do wybranych fragmentów nagrania. Technika ta stosowana jest zazwyczaj w późniejszym okresie treningu, gdy rodzic przyswoi już sobie sam proces analizy materiału filmowego.

Metoda pomaga rozwijać funkcję refleksyjną rodziców, dzięki której są w stanie jednocześnie działać oraz utrzymywać w swoim umyśle stan umysłu dziecka. Ponadto wspólna rozmowa staje się okazją do pobudzania u rodziców nawyku rozmyślenia na temat swoich oddziaływań, zachowań dziecka oraz relacji pomiędzy nimi a dzieckiem (Kmita, 2003). Umawiając się na następne spotkanie, trzeba pamiętać, aby zachować kilkudniowy odstęp pomiędzy omówieniem a kolejnym nagraniem. Ma to na celu umożliwienie rodzinie przećwiczenia modelowanych umiejętności oraz ich ugruntowania w umyśle.

Decyzję o zakończeniu terapii trener podejmuje wspólnie z rodzicami. Kluczowe powinno być w tej sytuacji subiektywne poczucie rodziców o zrealizowaniu ustalonych na początku treningu punktów do pracy. Z perspektywy trenera ważna jest zaś prawidłowa ocena, czy rodzice dobrze opanowali elementy przynajmniej pierwszej kategorii zachowań – inicjatywa i jej przyjęcie, oraz na ile potrafią zastosować je w różnych sytuacjach. Nagrane filmy pozostają własnością rodziny i po zakończonej terapii są im przekazywane. Graficzne przedstawienie cyklu nagrania – omówienie znajduje się na Rysunku 11.

Rysunek 11. Graficzne przedstawienie cyklu Wideotreningu Komunikacji



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Wels, 2002; Zeedyk, 2008; Kennedy, Landor, Todd, 2011.

W powyższym rysunku wyraźnie zaznaczony jest centralny element każdego z etapów procesu treningu oraz „serce” metody, czyli dostrojony dialog. Najpierw trener dostraja się do rodziców, następnie przygotowana kompilacja nagrania symbolicznie „dostraja się” do tego, co zadziało się podczas nagrania, a na końcu rodzice mogą dostrześć się do swojego dziecka. Dialog i pełne prawo do równorzędnej wymiany i współtworzenia procesu komunikacji są immanentnymi cechami dobrze przeprowadzonego Wideotreningu Komunikacji.

3.3.2. Plan Pomocy Rodzinie

Praca w ramach Wideotreningu Komunikacji to nie tylko praca nad poprawą komunikacji w rodzinie. Najlepiej, gdy proces treningu jest wpisany w szerszy plan pomocy rodzinie i dziecku. Metoda zawiera własne ramy programowe, tzw. Plan Pomocy Rodzinie (PPR; *traject plan*) (patrz: Tabela 7), za pomocą którego strukturujemy codzienne życie rodziny oraz troszczymy się o rozwój jej poszczególnych członków i całego systemu rodzinnego w ramach szerszej społeczności. Proces terapeutyczny w ramach PPR jest co trzy, cztery nagrania ewaluowany i renegocjowany pod względem celów. Planu pomocy używamy także do pogłębienia i ugruntowania zmiany w przypadkach, gdy wideotrening jest stosowany poza rodziną, na przykład w szkole lub organizacji. Jego obszary oraz cele są wówczas odpowiednio modyfikowane (patrz: Tabela 7) tak jak praca samą metodą.

Tabela 7. Zarys Planu Pomocy Rodzinie

Bloki pomocy	Komunikacja podstawowa	Życie codzienne	Rozwój dziecka	Rozwój rodziców	Rozwój stosunków społecznych rodziny
Charakterystyka szczegółowa	inicjatywa i jej przyjęcie	prowadzenie domu	w domu	rozwój indywidualny oraz pary	stosunki z dalszą rodziną i przyjaciółmi
	interakcje	zdrowie	w szkole	krąg przyjaciół i znajomych	społeczność lokalna
	konwersacje i dialogi	rodzicielstwo	w środowisku rówieśniczym	edukacja	stosunki z instytucjami
	rozwiązywanie konfliktów	obowiązki pozadomowe		praca zawodowa	programy profilaktyczne
				zdrowie psychiczne	

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Reczek, 2007.

Bloki pomocy w ramach Planu Pomocy Rodzinie są zaprojektowane od najbardziej podstawowych jakości i środowisk, aż po oddziaływania typowe dla animacji środowisk lokalnych. Wtedy to moderujemy relacje rodziny z coraz to bardziej odległymi i sformalizowanymi kręgami społecznymi, w których funkcjonuje. Praca w oparciu o PPR jest zaplanowana mniej więcej na okres czterech lat. Przez pierwsze dwa lata priorytetowymi obszarami pracy są Komunikacja Podstawowa oraz życie codzienne. Dopiero gdy w procesie ewaluacji z sukcesem zakończymy pracę nad tymi blokami, możemy przejść do następnych. Bowiem założenie jest takie, że jedynie dobrze utrwalone nowe umiejętności, przećwiczone wielokrotnie w bliskich relacjach i w środowisku domowym, mogą ulec efektywnemu transferowi na pozostałe siedliska życia.

Tabela 8. Porównanie obszarów planu pomocy w Wideotreningu Komunikacji

Obszary planu pomocy w Wideotreningu Komunikacji	W rodzinie	W szkole	W organizacji
	Komunikacja Podstawowa	Komunikacja Podstawowa	Komunikacja Podstawowa
	życie codzienne	organizacja i metody nauczania	organizacja i metody pracy
	rozwój dziecka	rozwój dzieci	rozwój pracowników
	rozwój rodziców	rozwój nauczycieli i zespołu	rozwój zespołu i metod zarządzania
	rozwój stosunków społecznych w rodzinie	funkcjonowanie dzieci i nauczycieli w przestrzeni szkolnej	funkcjonowanie organizacji w przestrzeni zewnętrznej

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Szrednicka, 2007; Sirova, Hoscovcova, Bakić-Tomić, 2007.

Tabela 8 ukazuje możliwości modyfikacji Planu Pomocy Rodzinie w zależności od obszarów aplikacji metody. Jak widzimy w każdym z nich: w rodzinie, szkole czy organizacji, pierwszym w kolejności blokiem, pierwszym krokiem ku pożądanym szerszym zmianom jest Komunikacja Podstawowa.

3.3.3. Szkolenie trenerskie

Van der Does (2001) formułuje kilka głównych założeń, na których opiera się praca Wideotrenowaniem Komunikacji:

1. Konsekwentne skupianie się na pozytywnych momentach i pomyślnej interakcji pomiędzy ludźmi, szczególnie na poziomie podstawowym komunikacji i świadome nie skupianie się na porażkach.
2. Konsekwentne dostrzeganie możliwości i potencjału w ludziach, rodzinach, załogach i innych grupach.
3. W definiowaniu strategii wizualne ujęcie rzeczywistości dominuje nad werbalnym i racjonalnym.
4. Język ciała góruje na ekspresją słowną (s. 26–27).

Jak widać, praca z użyciem tej metody jest głęboko i konsekwentnie pozytywna na wielu różnych poziomach. To zaś wymaga od trenerów wielkiej dyscypliny mentalnej i systematycznego ćwiczenia się, ponieważ nie mogą funkcjonować w warstwie deklaratywnej, ale bardzo konkretnej, wyrażającej się na przykład w postawie ciała i zyczliwym wyrazie twarzy. Dlatego też Wideotrening Komunikacji mogą przeprowadzać jedynie odpowiednio wyszkoleni trenerzy³⁶, których kompetencje są potwierdzone egzaminem. Szkolenie na trenera metody Wideotreningu Komunikacji odbywa się u certyfikowanych superwizorów metody w Polsce. Polscy superwizorzy tej metody pracują obecnie przede wszystkim

³⁶ W pracy używam naprzemiennie określeń trener i terapeuta, mówiąc o prowadzącym Wideotrening Komunikacji w rodzinie. Trener pełni bowiem funkcję zarówno edukatora, jak i pomagającego. Jest to spowodowane dwojaką funkcją samego Wideotreningu w rodzinie. Z jednej strony jest to trening umiejętności komunikacyjnych w rodzinie, z drugiej strony jego odpowiednia realizacja zapewnia terapeutyczną pomoc rodzinie zwłaszcza w obszarach terapii więzi oraz zaburzeń zachowania dziecka.

w Warszawie i Krakowie. Przed właściwym szkoleniem należy odbyć trzydniowy kurs wprowadzający, dający przekrojową wiedzę o sposobie pracy metodą. Po około trzydziestu indywidualnych spotkaniach superwizyjnych można być dopuszczonym do egzaminu na trenera stażystę (tzw. egzamin połówkowy), natomiast do egzaminu uprawniającego do uzyskania międzynarodowego certyfikatu trenera Wideotreningu Komunikacji należy zdobyć 80 punktów za nagrania filmowe (1 film to jeden punkt), a ponadto odbyć 15 spotkań interwizyjnych. Egzamin polega na przedstawieniu za pomocą kompilacji filmów video swojej dotychczasowej pracy i krótkiej dyskusji z egzaminatorami, a także napisania pracy pisemnej na temat wideotreningu. Certyfikat jest wydawany przez organizację VIT SPIN Polska akredytowaną przez SPIN International. Trenerem metody może zostać psycholog, pedagog, jak również nauczyciel. *De facto* nie ma żadnych sformalizowanych oczekiwań co do wykształcenia kierunkowego osób szkolących się. Brany jest pod uwagę przede wszystkim postęp i sukcesy w superwizowanej pracy trenerskiej. Stanowi to o dużej atrakcyjności metody, ale także może być źródłem jej słabości, gdy proces superwizji nie przebiegałby należycie. To częściowo tłumaczy, dlaczego superwizja jest tak ważnym elementem szkolenia trenerów Wideotreningu Komunikacji. Odbywa się ona zgodnie z zasadą „pracuj i konsultuj się”, a także „superwizor jest najlepszym modelem dla przyszłego trenera” (Crittenden, 2005b; Silhanova, 2011;). Każde nowe nagranie w danej rodzinie musi być superwizowane aż do egzaminu połówkowego. W trakcie spotkań przede wszystkim dyskutowane są interpersonalne umiejętności trenera jako modela i promotora zmian w rodzinie oraz rozważna równowaga pomiędzy udzielaniem informacji a dawaniem przestrzeni na aktywność samego rodzica (kompensowanie vs aktywowanie). Uprawnienia superwizora może zdobywać doświadczony w pracy trener, poddając swoją pracę superwizji i zdając końcowy egzamin podobny w swej formie do egzaminu trenerskiego.

Wideotrening Komunikacji wpisuje się w nurt psychologii pozytywnej, a w szczególności w postulat uppełnomocniania rodziców. Metoda ta jest bliska także nurtowi terapii kolaboratywnej (*collaborative therapy*) – postmodernistycznej w swej filozofii terapii podążającej za subiektywnymi odczuciami klienta, bez narzucania mu obiektywnego oglądu sytuacji problemowej. Zwraca się szczególną uwagę na to, żeby towarzyszyć klientowi w jego drodze ku zmianie i nie przyjmować dyrektywnego kierowania procesem zmian. W Wideotreningu Komunikacji stroną ustalającą punkty do pracy i interpretującą nagranie jest zawsze rodzic, nie terapeuta (*collaborative feedback*). Ponadto, ta metoda jest stosowana głównie w domach rodzin, co niejako wymusza na specjalistach bardziej respektujące podejście do rodziców, ponieważ spotykają się na „ich terenie”, dla specjalistów obcym (Madsen, 2007; Reczek, 2007). Wtedy rodzice przyjmują trenera na swoich zasadach, co może być rozpatrywane jako korzystniejszy dla rodziców rozkład sił w relacji terapeutycznej. Także terapeuta uzyskuje wiele dodatkowych informacji o rodzinie, z którą pracuje: może obserwować ją w jej naturalnych warunkach życia, poznaje innych członków rodziny, zdobywa praktyczną wiedzę o uwarunkowaniach materialnych klientów.

Spotkanie na terenie domowym sprzyja wyzbyciu się ról społecznych związanych z „przyjmowaniem petentów siedząc za biurkiem”. Spotykamy się przede wszystkim jako ludzie, aby pracować nad polepszeniem życia danej rodziny.

Kolejną, ważną cechą tej metody jest to, że opiera się na pozytywach i tylko one są komentowane w trakcie treningu komunikacji. Dla rodziców jest więc to bardzo „bezpieczna metoda” – nie muszą się obawiać, że zostaną skrytykowani, że terapeuta będzie wytykać ich błędy³⁷. Z tej przyczyny szybko uczą się cenić sobie wspierającą rolę trenera oraz tworzy się pomiędzy nimi i trenerem delikatna relacja zaufania oraz przymierza terapeutycznego. Terapeuta zapewniając swoje wsparcie, orientuje rodziców na przyszłość, a nie na przeszłość, oraz na sukcesy, a nie na problemy. Rodzic jest w metodzie stroną wiodącą, wobec której trener pełni jedynie rolę pomocnika, umożliwia rodzicowi zobaczenie na filmie tego, czego nie ma szansy zauważyć, wypełniając swoje liczne obowiązki w codziennym życiu z dzieckiem. Taki model pracy został opisany przez Robina Aleksandra jako dialogiczny proces terapeutyczny (*dialogic proces*) (Cross, Kennedy, 2011).

3.4. Przegląd badań nad skutecznością Wideotreningu Komunikacji

Wideotrening Komunikacji jest uznawany za metodę uniwersalną, która może być zastosowana w różnorodnych obszarach indywidualnej praktyki terapeutycznej oraz pomocy świadczonej przez instytucje, dlatego też występuje znaczne zróżnicowanie obszarów badań nad metodą. Właściwie każde badanie różni się środowiskiem, w którym metoda jest wykorzystywana (Fukkink, Kennedy, Todd, 2011). To tłumaczy niewielką liczbę badań przeprowadzonych nad skutecznością Wideotreningu Komunikacji zastosowanego w pracy z rodzinami z dziećmi niepełnosprawnymi, pomimo że liczba badań nad zastosowaniem metody w pracy z rodzinami jest znaczna. Wielokrotnie wyniki badań potwierdziły skuteczność pracy wideotreningiem z rodzinami wieloprotblemowymi oraz rodzinami z grup ryzyka (rodziny o niskich dochodach, samotne matki itp.) (Field, Ignatoff, 1981; Lugton, Macdonald, 2006; Vermeulen, 2006).

3.4.1. Dwa rodzaje badań nad skutecznością Wideotreningu Komunikacji

Rozwijanie badań naukowych nad metodą jest jednym z priorytetów twórców i jej obecnych propagatorów. SPIN International przykładą do tych działań dużą wagę, czego przykładem może być wieloletnia współpraca nad skutecznością wideotreningu z Uniwersytetem Dundee w Szkocji albo kilkuletnia działalność platformy internetowej (<http://www.spinlink.eu>) mającej na celu międzynarodową wymianę doświadczeń praktycznych i wyników prowadzonych badań. Dotychczas na całym świecie powstało około trzydziestu prac doktorskich i magisterskich na temat Wideotreningu Komunikacji. Ponadto praktycy

³⁷ Paradoksalnie, z tej właśnie przyczyny Wideotrening Komunikacji jest często traktowany z nieufnością przez specjalistów w Polsce, którzy przyzwyczajeni są raczej do „diagnozy poprzez braki”, a nie do stosowania pełnej analizy z jej pozytywnym etapem (Obuchowska, 1983).

i propagatorzy badań przeprowadzili wiele niezależnych badań związanych z projektami, w których uczestniczyli. Ośrodki naukowe, których pracownicy od lat zespołowo zajmują się badaniami nad skutecznością metod pokrewnych Wideotreningowi Komunikacji, to wspomniany już Uniwersytet w Dundee oraz Uniwersytet w Leidzie w Holandii (Fukkink, Kennedy, Todd, 2011). W naszym kraju brakuje opracowań tematycznych opartych na badaniach naukowych.

Metoda Wideotreningu Komunikacji w pewnej części spełnia wymagania praktyki opartej na dowodach (*Evidence Based Practice*). Jest to związane z dwoma rodzajami badań, które dotyczą tej metody. Pierwsza, przeważająca część z nich to studia przypadków lub badania porównawcze na małych grupach, co znajduje swoje uzasadnienie w teoretycznych podstawach metody oraz sposobie pracy tą metodą. Natomiast druga grupa badań naukowych, spełniających ściśle kryteria paradygmatu ilościowego w metodologii, to przeważnie metaanalizy porównawcze pomiędzy poszczególnymi metodami pokrewnymi Wideotreningu Komunikacji, a nie badania poświęcone samemu Wideotreningowi Komunikacji (Fukking, 2008; IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, Juffer, 2008; Fukkink, Kennedy, Todd, 2011; Miś, 2019).

Omówię najpierw pierwszą grupę badań, które oparte są o triangulację metod na małych próbach badawczych albo paradygmat jakościowy badań. Tradycja metodologiczna wpisuje je w szerszy nurt badań interakcji utrwalonej w formie filmu video (*VIA – video interaction analysis*) i przeprowadzanej później mikroanalizy zobiektywizowanej za pomocą programów komputerowych, na przykład: ANVIL, VCode, Observer XT (*video annotation research tools*) (Bull, 2002; Kmita, 2011b). Wieloletni badacze tematyki (Wels, 2002; Fukkink, Kennedy, Todd, 2011) wyrażają przekonanie, że badanie skuteczności Wideotreningu Komunikacji nie wymaga koniecznie badań eksperymentalnych prowadzonych na dużych próbach badawczych, ponieważ utrwalony materiał video daje możliwość zaobserwowania zmiany nawet w trakcie dwóch cykli treningu dzięki zastosowaniu wspomnianego podejścia mikroanalizy.

W tej grupie badań wyrazistymi przykładami mogą być badania Savage'a oraz Simpson, Forsyth, Kennedy. Savage w roku 2010 wykonał badania wśród trzech rodzin z dziećmi z trudnościami emocjonalnymi oraz z zaburzeniami zachowania, używając mikroanalizy do porównania jakości interakcji rodzice–dziecko przed i po terapii. Zaobserwował znaczącą zmianę: wzrost dostrojonych odpowiedzi i przyjęcia inicjatyw dziecka przez rodzica (z 25% do 75%) oraz zmniejszenie się ilości odpowiedzi i inicjatyw rodzica niedostosowanych do potrzeb dziecka (Fukkink, Kennedy, Todd, 2011). Z kolei Simpson, Forsyth, Kennedy zbadały zmiany w interakcjach w pięciu rodzinach. Ilościowe dane z nagrań video (początkowego i końcowego) zostały zestawione z jakościowymi danymi uzyskanymi z wywiadów z rodzinami. Wyniki pokazywały, że wszyscy rodzice stali się znacząco bardziej dostrojeni do swoich dzieci oraz wykazywali się bardziej elastycznym podejściem do wychowania (Kennedy, 2008).

Interesujące przykłady badań opartych o studium przypadku przytacza Lucjan Miś (2019, s. 287). Katie Gibson w roku 2014 opisała w narracji konstruktywistycznej zastosowanie Wideotreningu Komunikacji w rodzinie z dwójką dzieci, z których jedno miało zdiagnozowany zespół Aspergera. Trening okazał się udany, ponieważ w głównym dyskursie rodziny zwiększyła się liczba wzmacniających i doceniających narracji wokół dziecka z zespołem Aspergera, a u rodziców znacznie zmniejszyło się ryzyko wypalenia emocjonalnego. Ten sam badacz przytacza również badania Rackett, Macdonald (opublikowane w 2014 roku) na małej grupie 22 matek z depresją poporodową skierowanych do uczestnictwa w VIG przez pracowników socjalnych. Na podstawie porównawczej analizy danych medycznych i dokumentacji pracowników socjalnych sprzed oraz po treningu zaobserwowano zmniejszenie się objawów depresji poporodowej. Pogłębione jakościowe badania wykazały, że matki biorące udział w programie lepiej rozumiały swoje dzieci i czerpały więcej przyjemności w kontakcie z nimi po zastosowaniu w ich rodzinach Wideotreningu w porównaniu z czasem przed treningiem (Miś, 2019, s. 287–288).

Badania Maxwell i Rees z Uniwersytetu w Cardiff (2019) to kolejny przykład badań triangulacyjnych przeprowadzonych na małej grupie. Uczestnikami badania było 13 rodziców (10 matek i 3 ojców) korzystających z pomocy ośrodka pomocy społecznej dzieciom, które otrzymały wsparcie w postaci Wideotreningu Komunikacji. Przeprowadzono ilościową analizę dostępnych danych z dokumentacji, wywiady jakościowe analizowane przy użyciu podejścia tematycznego oraz sześciofazowego modelu Brauna i Clarka. Następnie wykonano badania sprawdzające po 6 miesiącach od ukończonego treningu. Wyniki wykazały, że wszyscy rodzice poczynili postępy w kierunku wyznaczonych celów, przede wszystkim w zakresie poprawy swoich umiejętności rodzicielskich oraz przekonania o własnej skuteczności w działaniu rodzicielskim.

Drugi rodzaj badań, z których czerpiemy informacje o zastosowaniach i skuteczności Wideotreningu Komunikacji, przeprowadza się na dużych próbach, zbierając dane ilościowe oraz poddając je późniejszej metaanalizie. Są to zakrojone na szeroką skalę projekty badawcze mające na celu badać komparystycznie skuteczność różnorodnych metod treningowych, w których wykorzystuje się sprzężenie zwrotne za pomocą kamery video (VF – *video feedback aproach, video feedback intervention*) (Webster-Stratton, 1994; Fukkink, Lont, 2007; Fukkink, Tavecchio, 2007; Fukkink, 2008).

Najbardziej znane, klasyczne już badanie w tej grupie to badanie metaanalityczne nad wrażliwością macierzyńską przeprowadzone przez Fukkinka. Porównywał on 70 przeprowadzonych i udokumentowanych badań oraz 88 efektów interwencji terapeutycznej. Fukkink porównywał wyniki badań nad efektywnością wideotreningu (VIG) oraz innych podobnych programów opartych na sprzężeniu zwrotnym za pomocą video (dokładnie było ich 28). Mam tu na myśli między innymi takie programy, jak: Basic Trust, Interaction Guidance (IG), Orion (najbardziej podobny do VIG, rozwijany w Izraelu) czy Visualisation in Participatory Programmes (VIPP). Wszystkie one stawiają sobie za

cel rozwój pozytywnego rodzicielstwa i promowanie bezpiecznego przywiązania u dzieci. VIG okazał się skuteczny w następujących wymiarach: w rozwijaniu wrażliwości macierzyńskiej, obniżaniu rodzicielskiego stresu oraz poprawie funkcjonowania dziecka w zakresie zachowania i rozwoju poznawczego. Mierzony efekt wielkości *d* Cohena (2006) ujawnił się jako duży lub średni ($EW = 05$ v 07) w zależności od powyższych jakości (Fukkink, 2008). Natomiast generalne ujęcie wszystkich metod opartych na sprzężeniu zwrotnym za pomocą kamery video na poszczególnych łącznych wymiarach wynosiło: $ES = 0,47$ dla zachowań rodzicielskich, $ES = 0,37$ dla rodzicielskich postaw, $ES = 0,33$ dla poprawy funkcjonowania dzieci. Ponadto, z przeprowadzonej analizy wynika, że jeśli rodzice znajdowali się w grupie ryzyka (np. ubóstwo, choroby psychiczne, mniejszość narodowa), to efekt wielkości był jeszcze wyższy. Świadczyłoby to o większej wartości aplikacyjnej w tej grupie beneficjentów metod opartych na przekazie wizualnym. Tłumaczyć to można tym, że przekaz wizualny nie dyskryminuje ze względu na dostęp do kultury, języka oraz zasobów poznawczych (Fukkink, 2008; Fukkink, Kennedy, Todd, 2011).

Fukkink wraz z Tavecchio (2010) przeprowadzili także badania eksperymentalne z pre- i posttestem nad zastosowaniem Wideotreningu w nauczaniu wczesnoszkolnym, uzyskując wysokie wskaźniki siły efektu (ES – *effect size*) w kilku ważnych obszarach: stosowanie zachęt werbalnych $ES = 0,79$, utrzymywanie kontaktu wzrokowego $ES = 0,76$, potwierdzanie werbalne $ES = 0,75$; dawanie uczniowi przestrzeni na inicjatywę: $ES = 0,56$ oraz zrozumienie dziecka $ES = 0,47$.

Kolejną wartą przytoczenia metaanalizą programów treningowych dla rodziców z wykorzystywaniem sprzężenia zwrotnego za pomocą kamery video jest przeprowadzona przez Balldin z zespołem analiza 29 prac opublikowanych w latach 1990–2014. Zdecydowana większość dzieci, których dotyczyło badanie, znajdowała się w przedziale wiekowym 0–3, natomiast rodzice należeli do pełnego spektrum grup docelowych: matki adopcyjne i małoletnie, matki niewrażliwe na potrzeby dziecka lub mało empatyczne, ojcowie, którzy zostali nimi po raz pierwszy, matki z depresją, a także rodzice o wysokim ryzyku dysfunkcji i agresji w stosunku do dzieci. W każdej grupie odbiorców zaobserwowano pozytywne zmiany po zastosowaniu wideotreningów. W 41% pomiarów efekty programu były umiarkowane lub duże na korzyść grup interwencyjnych, szczególnie w odniesieniu do wrażliwości matki i zachowania dzieci (Balldin, Fisher, Wirtberg, 2018).

Z wyróżnionej grupy badań na uwagę zasługuje praca Tooten i Hoffenkamp z zespołem, którzy wykonali pierwsze szeroko zakrojone prospektywne badanie naukowe w omawianej dziedzinie. Sporządzili ocenę skuteczności metody VIG w promowaniu więzi oraz zapobieganiu nieprawidłowościom w interakcjach pomiędzy rodzicami i ich przedwcześnie urodzonymi niemowlętami. Dane zbierano w ośmiu niderlandzkich szpitalach położniczych na łączną sumę 210 triad w procedurze RCT³⁸, a próby kliniczne były losowane w różnych ośrodkach medycznych. Porównywano 3 grupy rodziców:

³⁸ RTC (*multi-center randomised controlled trial*) – wielocentrowa losowa próba kontrolna.

noworodków urodzonych o czasie, przedwcześnie urodzonych (pomiędzy 37–32 tygodniem ciąży) oraz skrajnie przedwcześnie urodzonych (przed 32 tygodniem ciąży). Dwie ostatnie grupy dzieliły się na eksperymentalną i kontrolną. Zebrano trzy rodzaje danych: obserwacje interakcji rodzice–dziecko, kwestionariusze oraz półstrukturyzowany wywiad. Oprócz jakości interakcji i więzi badano wiele innych czynników. Po stronie rodzica były to między innymi: poziom stresu, niepokoju, depresji, natomiast po stronie niemowlęcia: informacje medyczne oraz temperament. Efekty interwencji oceniano na początku oraz w połowie interwencji. Dane analizowano na podstawie zamiaru leczenia, stosując modelowanie wielopoziomowe i analizy kowariancji. Zadbano również o zebranie informacji o tym, czy w perspektywie długofalowej występuje pozytywny efekt przebytego treningu. W 2013 roku zespół wykonał ostatni etap badań w tym longitudinalnym studium: badał (w czwartym roku życia) jakość relacji przywiązaniowej wśród rodziców i dzieci oraz poziom rozwoju dzieci. VIG okazał się skuteczny we wzmacnianiu zachowań wrażliwych i zmniejszaniu zachowań wycofanych u matek (zakres d Cohena = 0,24–0,44) i ojców (zakres d : 0,54–0,60). Pozytywne efekty VIG stwierdzono szczególnie u matek, które przeżyły poród przedwczesny jako bardzo traumatyczny (zakres d = 0,80–1,04). Uzyskane badania nie są jednak jednoznaczne: interwencja nie zmieniła znacząco poziomu intruzywności rodziców, tak jak tego oczekiwano, oraz nie wykryto znaczącego wpływu na stres i samopoczucie rodziców (Tooten, Hoffenkamp, Hall, Winkel, Eliens, Vingerhoets, van Bakel, 2012; Hoffenkamp, Tooten, Hall, Braekan, Eliens, 2015).

Dotąd wielokrotnie podejmowano również próby zbadania wpływu lub choćby samej korelacji pomiędzy Wideotreningiem Komunikacji a przywiązaniem w badaniach ilościowych. Obecnie najbardziej popularnym narzędziem do oceny jakości przywiązania jest CARE Index. Niestety, jego dostępność w Polsce jest ograniczona, ponieważ posługiwanie się nim wymaga specjalistycznego przeszkolenia, podobnie jak w procedurze Nieznanej Sytuacji (*Strange Situation*) (Crittenden, 2005b). I tak na przykład badania Robertson i Kennedy przeprowadzone w 2009 roku (piętnaście diad matka–dziecko) ujawniły przeciętny efekt wielkości ($ES > 0,5$) w CARE Index, jeśli chodzi o wzrost punktacji w ocenie relacji jako „wystarczająco dobrej” (*good enough*) po zastosowaniu interwencji VIG w rodzinach wieloprotymowych. Podobne wyniki uzyskał Bakermans-Kranenberg z zespołem – od przeciętnego do dużego efektu wielkości (Bakermans, Juffer, IJzendoorn, 1998; Fukkink, Kennedy, Todd, 2011;). Z kolei badania jakościowe, czy to z zastosowaniem mikroanalizy interakcji, czy też studium indywidualnych przypadków, wykazują wysoką skuteczność Wideotreningu Komunikacji w promowaniu bezpiecznego przywiązania (Ziv, 2007; Fukkink, 2008; Velderman, 2011).

Klasyczne badania ilościowe na dużych grupach liczących od około 50 do 200 uczestników, z wykorzystaniem planów eksperymentalnych oraz randomizowanych planów porównawczych między grupami, są realizowane przede wszystkim w odniesieniu do VIPP

i jego odmiany VIPP SD (*Video Feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline*) i skoncentrowane wokół ośrodka badawczego w Lejdzie. Skuteczność tej metody jest udowodniona w promowaniu pozytywnego rodzicielstwa w wielu różnych grupach: od grup matek z depresją porodową, matek z zaburzeniami odżywiania, poprzez dzieci z ADHD, na rodzinach adopcyjnych i wieloprotymowych kończąc (Elicker, Georgescu, Bartsch, 2008; Juffer, IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, 2008; IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, Juffer, 2008; Woolley, Hertzmann, Stein, 2008).

3.4.2. Wnioski z dotychczasowych badań

Dane z przeprowadzonych dotąd badań nad metodą sugerują, że koncentrowanie się na relacji i rodzicielskiej wrażliwości może być o wiele skuteczniejszym sposobem rozwiązania trudności w rodzinie niż koncentrowanie się na samym problemie (Jansen, Wels, 1998; Fukkink, Kennedy, Todd, 2011). Dlatego też w wywiadach lub kwestionariuszach zamiast pytań dotyczących zjawisk negatywnych, na przykład o to, czy dany problem zmniejszył się, umieszcza się obecnie więcej pytań o wzrost zasobów osób i całych rodzin (np. zamiast pytać, czy dziecko mniej krzyczy, pytamy, czy w rodzinie jest spokojnie). Odnotowano skuteczność metod wideotreningowych w następujących jakościach: wzrost poczucia samoskuteczności rodzica, wzrost własnej wartości rodzica, zwiększenie ilości i jakości swobodnej zabawy rodzice–dzieci, promowanie pozytywnego rodzicielstwa, wzrost rodzicielskiej wrażliwości na komunikaty dziecka, dostrojenie się opiekuna do dziecka. Po ukończeniu treningu rodzice podawali, że doświadczają więcej radości i mniej problemów w relacjach ze swoimi dziećmi. Cechowała ich bardziej pozytywna percepcja swojego własnego rodzicielstwa i swej roli wobec dziecka w porównaniu z sytuacją na początku pracy treningowej. Zaobserwowano także pośredni pozytywny wpływ na rozwój dziecka i zmniejszenie negatywnych objawów w jego zachowaniu (Fukkink, 2008; Velderman, 2011; Kennedy, 2012).

Nie znaleziono potwierdzenia dla zwyczajowego stwierdzenia, że im dłużej pracujemy z daną rodziną, tym praca ta jest efektywniejsza. Bakermans-Kranenberg zwrócił uwagę, że z badań przez niego analizowanych najbardziej optymalna liczba cykli Wideotreningu Komunikacji wynosi od trzech do pięciu (gdzie jeden cykl to jedno nagranie i jedno omówienie). Dłuższa praca z rodziną, powyżej ośmiu cykli jest wskazana na przykład w sytuacji rodziny z dzieckiem ze spectrum autyzmu (Fukkink, Kennedy, Todd, 2011).

Jednocześnie część badań ukazuje ciekawą prawidłowość dotyczącą skuteczności programów wideotreningowych, na którą zwracają uwagę Kopeć i Kubiak (2018), a mianowicie, że zmiany w poziomie wrażliwości i rozwijaniu cech pozytywnego rodzicielstwa są u ojców niewielkie lub nie występują wcale, podczas gdy u matek pozytywne zmiany w wyżej wymienionych obszarach są znaczące. Badaczki sugerują, że:

należy poszukać odmiennego niż dotąd sposobu dotarcia do ojców. Jedną z wartych wypróbowania metod oddziaływania mógłby być dialog motywujący. Ta metoda pierwotnie

została zaproponowana osobom borykającym się z uzależnieniami, nierzadko pozostającymi w trudnej sytuacji życiowej. Odpowiada ona trafnie na ich potrzeby, a jej skuteczność potwierdzono wobec osób stosujących przemoc w rodzinie (Kopeć, Kubiak, 2018, s. 330).

Podsumowując przegląd badań nad skutecznością Wideotreningu Komunikacji, można powiedzieć, że została ona potwierdzona w dotychczasowych badaniach na wielu różnych polach aplikacyjnych, wobec różnorodnych odmian wideotreningów wywodzących się od pionierskiej metody VHT. Metody badawcze, którymi posługiwali się badacze, są również niezmiernie różnorodne tak w badaniach w paradygmacie ilościowym, jak i jakościowym, a także przy zastosowaniu triangulacji badań. Jednocześnie należy zaznaczyć, że niewiele jest badań dotyczących dokładnie omawianej w tym rozdziale metody Wideotreningu Komunikacji, szczególnie zaś, że takich badań nie prowadzono dotąd w Polsce. Mam nadzieję, że niniejsza dysertacja choć w niewielkiej części uzupełni ten brak.

Rozdział 4. Metodologiczne założenia badań własnych

W rozdziale tym zostaną kolejno przedstawione: przedmiot i cel badań, problemy i hipotezy badawcze wraz ze zmiennymi zależnymi oraz niezależnymi, a także wskaźniki zmiennych. Ponadto zaprezentowano ustalenia terminologiczne dotyczące przedmiotu badań, opis zastosowanych metod badawczych, jak również charakterystykę uczestników badania. W końcowej części rozdziału zamieszczono opis przebiegu badania.

4.1. Przedmiot i cele badań

Przedmiotem badań był Wideotrening Komunikacji jako nowoczesna metoda możliwa do zastosowania we wczesnym wspomaganie rozwoju dziecka. Jest ona warta polecenia, ponieważ doskonale wpisuje się w interakcyjne ujmowanie rozwoju dziecka oraz w nową koncepcję wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami w środowisku rodzinnym (Greenspan, Benderly, 2000; Greenspan, Wieder, 2014; Twardowski, 2014). Usprawnianie porozumiewania się rodziców z dziećmi o zaburzonym rozwoju przy użyciu tej metody jest prowadzone w naturalnym kontekście rozwoju, najczęściej w ramach wizyt domowych, a nie na przykład w formie ćwiczenia skryptów dialogowych. Ponadto Wideotrening Komunikacji respektuje osobę rodzica jako najważniejszą osobę dla dziecka mającą największy wpływ na jego rozwój. Tym samym, nie proponuje relacji terapeuta–dziecko opozycyjnej w stosunku do rodzicielskiej relacji z dzieckiem (Gutstein, 2013; Neufeld, Mate, 2013). Trener pracuje przede wszystkim z rodzicami, natomiast z dzieckiem spędza niewiele czasu w formie interakcji komunikacyjnych zachodzących przy okazji sesji nagranych w domu rodzinnym dziecka. Metoda jest z gruntu pozytywna i wpisuje się w podejście umacniania rodziców i rodziny w relacjach terapeutycznych (empowerment).

Jak dotąd nie prowadzono w Polsce badań, szczególnie z wykorzystaniem mikroanalizy nagrań interakcji komunikacyjnych, nad zastosowaniem Wideotreningu Komunikacji.

Zasadniczym celem moich badań było określenie zmian, jakie mogą zajść w wyniku zastosowania Wideotreningu Komunikacji zarówno u rodzica, jak i u dziecka w obszarze porozumiewania się.

Szczegółowymi celami badania były: 1) ustalenie, pod względem których elementów komunikacji zastosowanie Wideotreningu Komunikacji usprawniło porozumiewanie się rodziców z dziećmi o zaburzonym rozwoju, 2) ustalenie ocen rodziców dotyczących zastosowania Wideotreningu Komunikacji w ich rodzinach oraz wpływu zastosowania tej metody na rozwój dziecka i własne kompetencje rodzicielskie, 3) ustalenie oceny trenerów dotyczącej wpływu Wideotreningu Komunikacji na zachowanie i zdolności komunikacyjne dzieci, 4) sformułowanie praktycznych wniosków odnośnie do usprawniania porozumiewania się rodziców z dziećmi o zaburzonym rozwoju.

4.2. Ustalenia terminologiczne dotyczące przedmiotu badań

Przyjęto, że „zastosowanie Wideotreningu Komunikacji” miało miejsce, gdy w rodzinie trening tą metodą został już zakończony i trwał przynajmniej 2 miesiące oraz odbyły się przynajmniej 4 pełne sesje (gdzie jedna sesja obejmowała 2 spotkania z rodziną – najpierw nagranie, a następnie omówienie tego nagrania). Jest to ważne, ponieważ musimy mieć pewność, że u rodziców zaszedł proces uczenia się, a dziecko miało czas przyzwyczać się do zmiany zachowania rodziców i reagować w sposób spójny na zmiany, jakie zaszły w zachowaniu rodziców.

„Porozumiewanie się” jest rozumiane jako wymiana sygnałów werbalnych i niewerbalnych zachodzących pomiędzy dwiema osobami pozostającymi w bezpośrednim kontakcie. W przypadku moich badań jedną z tych osób był rodzic, a drugą jego dziecko. „Porozumiewanie się rodziców z dziećmi” jest dla mnie pojęciem synonimicznym dla komunikowania się rodziców i dzieci, aczkolwiek zawiera pewną dodatkową treść, która nie wydaje się być tak dobrze reprezentowana w samym pojęciu „komunikacja”. Chodzi o poziom wewnętrznej reprezentacji komunikacji, który może przecież wpływać wprost na jakość i następujące po sobie sekwencje wzajemnych oddziaływań w trakcie procesu komunikacji (Fonagy, 1996; Czub, 2005; Wallin, 2011). Natomiast „porozumiewanie się” w moim przekonaniu w większym stopniu akcentuje dwustronność tego procesu, a więc zarówno w kierunku od rodzica do dziecka, jak i od dziecka do rodzica. Traktuję porozumiewanie się rodziców i dzieci jako niemal nieprzerwanie dokonujący się proces, czasami w sposób bardziej świadomy, a niekiedy bardziej nieświadomy, w którym obie strony są zanurzone. Bowiem dwustronna komunikacja pomiędzy rodzicem i dzieckiem działa ciągle niejako „w tle” i nie zawsze uczestnicy tego procesu muszą być jej świadomi. Nawet gdy bezpośrednio nie komunikują się na poziomie behawioralnym, to przecież na poziomie mentalnym wciąż są sobie dostępni³⁹. Porozumiewanie się obejmuje także

³⁹ Idea ta zawarta jest w wielu powstających niezależnie od siebie koncepcjach, żeby wspomnieć chociażby takich badaczy i teoretyków jak: Bowlby, Stern, Trevarthen, Wallin, Fonagy, MacDonald,

poziom interakcji, czyli szerszy zestaw sygnałów komunikacyjnych, które zachodzą we wspólnym polu działania (Bokus, Shugar, 2007). Jednak najważniejsze jest to, że porozumiewanie się nie jest jedynie subiektywnym doświadczeniem osób w nim uczestniczącym, ale zobiektywizowanym procesem, dzięki temu, że znajduje odzwierciedlenie w konkretnych, jasno określonych wskaźnikach interakcyjnych, na podstawie których możemy wnioskować o jakości porozumiewania się dzięki technikom mikroanalizy interakcji (Bull, 2002).

Kolejnym ważnym uszczegółowieniem zakresu pojęciowego terminu „porozumiewanie się rodziców z dziećmi” jest to, że ze względu na wiek i zaburzenia rozwoju badanych dzieci należy uznać, że to rodzice są stroną odpowiedzialną za rozwój komunikacji. Oznacza to, że od ich stanu i umiejętności komunikacyjnych oraz podjętego działania we wspólnym polu uwagi zależy także rozwój umiejętności komunikacyjnych ich dziecka. W szczególności należy zwrócić uwagę na proces metalizacyjny, w którym to rodzic z pozycji subiektywnego „ja” ma dostęp do metamyślenia o procesach komunikacyjnych, których doświadcza on i jego dziecko (por.: Baron-Cohen, 1995; Fonagy, 1996; Czub, 2005; Wallin, 2011). Jest to jeden z powodów, dla którego w przeprowadzonym przeze mnie badaniu otrzymywano informacje głównie od rodziców, dzieci zaś nie były uczestnikami badania *sensu stricte*.

Jeśli chodzi o pojęcie „usprawnianie porozumiewania się”, to przyjęłam jego szerokie rozumienie zaproponowane przez Andrzeja Twardowskiego (por. podrozdział 2.3 niniejszej pracy). Wskazuje on, że interakcje pomiędzy opiekunami a dzieckiem powinny jak najbardziej sprzyjać usprawnianiu funkcjonowania fizycznego, psychicznego oraz społecznego dziecka (Twardowski, 2022, s. 131). W ten sposób komunikacja⁴⁰ została umieszczona w kontekście funkcjonowania społecznego, choć z powodzeniem może być stosowana w odniesieniu do pozostałych obszarów funkcjonowania dziecka. Określenie „usprawnianie” akcentuje również dynamikę funkcji komunikacyjnej, która rozwija się w toku życia dziecka i może być ujęta w kategoriach procesu. Zatem usprawnianie porozumiewania się zachodzi wtedy, kiedy u dziecka następuje postęp w procesie rozwoju funkcji komunikacyjnej⁴¹, która jest znacznie szersza niż nabywanie biegłości językowej (por.: Twardowski, 2002; MacDonald, 2004; Kurcz, 2005; Trevarthen, 2007b; Trevarthen, 2008; Jakoniuk-Diallo, 2012). Dzieje się to przede wszystkim dzięki zaplanowanemu i systematycznemu

Baron-Cohen. Badacze ci prezentują odmienne od siebie stanowiska. Teoria przywiązania stoi na stanowisku, że dostępność mentalna wytwarza się dopiero w trakcie rozwoju Wewnętrznych Modeli Operacyjnych (czyli od trzeciej fazy tworzenia się przywiązania), Fonagy (1996) mówi zaś o możliwości korzystania z funkcji metalizacyjnej; z drugiej strony Trevarthen (2007b) czy Stern (1985) uznają, że zdolność ta dostępna jest w rudymenarnej formie nawet dla noworodków. Pogląd ten podziela Virginia Satir (por. Satir, 2002), będąc przekonaną, że członkowie systemów rodzinnych w każdej chwili wpływają na siebie, nawet na poziomie nieświadomym.

⁴⁰ Terminy komunikacja i porozumiewanie się stosuję w niniejszej pracy zamiennie.

⁴¹ Szczegółowe omówienie koncepcji odnośnie tego tematu znajdzie Czytelnik w pierwszym rozdziale tej dysertacji.

treningowi, nie zaś spontanicznie i samoczynnie. Dodatkowo zastosowanie pojęcia „porozumiewanie się” znajduje uzasadnienie w znaczącej zmianie dokonującej się w terapiach mowy, a wynikającej z powyższego sposobu ujmowania tego terminu. Odchodzi się od czysto szkolnego sposobu nauczania mowy, w którym dziecko pełni rolę biernego naśladowcy na rzecz podejścia środowiskowego, cechującego się realizacją terapii mowy w środowisku naturalnym, gdzie działanie ogniskuje się wokół podnoszenia jakości interakcji pomiędzy porozumiewającymi się podmiotami przy mniejszym nacisku na zwiększanie wydajności słownikowej dziecka (Twardowski, 2002). Usprawnianie porozumiewania się nie może być w żadnym razie zredukowane do procesu usprawniania mowy, czyli kształtowania sprawności słownikowo-pojęciowych dziecka (por. Dykcik, 2005).

Zdecydowałam się na zastosowanie terminu „dzieci o zaburzonej rozwoju”, ponieważ wydaje się on określeniem możliwie najszerszym, obejmującym dzieci rozwijające się nieharmonijnie, z zaburzeniami psychicznymi, takie jak na przykład anoreksja niemowlęca lub znajdujące się w grupie ryzyka ze względu na specyficzną kondycję swoich rodziców, którzy mogą być uzależnieni lub chorować na depresję (*Klasyfikacja diagnostyczna DC 0–3, 2007*). Ponadto jest to określenie odnoszące się do przebiegu lub jakości rozwoju, a nie do samego dziecka. Akcent jest więc przeniesiony z osób jako nośników danej nieprawidłowości (niepełnosprawności) na zaburzenie rozwoju jako coś zewnętrznego, co przydarza się dzieciom w toku rozwoju i co może się zmienić. A zatem termin „zaburzenie rozwoju” zawiera w sobie aspekt dynamiczny. Kaczmarek i Kmita w tym sposobie myślenia idą jeszcze dalej, przyjmując w swoich pracach określenie: dzieci wykazujące zaburzenia rozwoju (za: Twardowski, 2022, s. 118; por. Kmita, 2004; Kmita, 2011a).

Choć częściej znajdziemy w literaturze polskojęzycznej określenie „diady interakcyjne” wywodzące się z teorii przywiązania i teorii regulacyjnych (Ainsworth, 1982; Kmita, 2013), to opisując osoby będące podmiotami analiz interakcji komunikacyjnych, będę używała określenia „systemy interakcyjne” zgodnie z tradycją przyjętą wśród trenerów Wideotreningu Komunikacji (Reczek, 2007c). Ponadto przyjmuję za Shugar (Babska, Shugar, 1986), że interakcja to koordynowanie linii działania partnerów interakcji we wspólnym polu uwagi w pewnym okresie czasu. W tym badaniu interesują mnie interakcje rodzic–dziecko. Badacze (Papousek, Papousek, 1977; Senator, 2006; Kmita, 2013) zwracają uwagę, że nawet najmłodsze dziecko rozpoznaje różnych partnerów interakcji jako osobne podmioty komunikacji i dostosowuje swoje działania do działań komunikacyjnych partnera. Dlatego można mówić o oddzielnych systemach interakcyjnych: matka–dziecko, ojciec–dziecko. Określenie „systemy” akcentuje dodatkowo, że to co możemy zaobserwować na nagraniach video sesji Wideotreningu Komunikacji, to określony wzór interakcyjny cechujący się pewną stabilnością wypracowaną poprzez wcześniejsze doświadczenia. Ponadto należy pamiętać, że to, co obserwujemy na ekranie, nie jest ani relacją, ani przelotną interakcją. W swojej pracy będę też używała określenia „interakcje komunikacyjne”, chcąc zaakcentować, że interesują mnie tylko te interakcje pomiędzy

rodzicami a dziećmi o zaburzonym rozwoju, które służą przede wszystkim rozwijaniu zdolności komunikacyjnych dziecka oraz poszerzaniu wspólnego pola uwagi i współpracy komunikacyjnej (por. Twardowski, 2002).

4.3. Problemy i hipotezy badawcze

Zgodnie z przyjętymi w literaturze założeniami w badaniach zrealizowanych w paradygmacie ilościowym należy sformułować problemy badawcze oraz odpowiadające im hipotezy przeznaczone do testowania.

Główne problemy badawcze zostały określone następująco:

1. Jakie zmiany w interakcjach komunikacyjnych rodziców z dziećmi wystąpiły w wyniku zastosowania Wideotreningu Komunikacji?
2. Jak rodzice oceniają wpływ Wideotreningu Komunikacji na rozwój dzieci i własne kompetencje rodzicielskie?
3. Jak trenerzy oceniają wpływ Wideotreningu Komunikacji na zachowanie i zdolności komunikacyjne dzieci?
4. Jakie wnioski odnośnie do usprawniania porozumiewania się rodziców z dziećmi o zaburzonym rozwoju można sformułować po zastosowaniu Wideotreningu Komunikacji?

Do pierwszego problemu głównego sformułowano następujące problemy szczegółowe:

1. Jakie zmiany w kontakcie wzrokowym z dziećmi wystąpiły w wyniku zastosowania Wideotreningu Komunikacji?
2. Jakie zmiany w spoglądaniu w kierunku dzieci wystąpiły w wyniku zastosowania Wideotreningu Komunikacji?
3. Jakie zmiany w wyrazie twarzy wystąpiły w wyniku zastosowania Wideotreningu Komunikacji?
4. Jakie zmiany w uśmiechu wystąpiły w wyniku zastosowania Wideotreningu Komunikacji?
5. Jakie zmiany w tonie głosu wystąpiły w wyniku zastosowania Wideotreningu Komunikacji?
6. Jakie zmiany w kontakcie twarzą w twarz z dziećmi wystąpiły w wyniku zastosowania Wideotreningu Komunikacji?
7. Jakie zmiany w podążaniu wzrokiem za dziećmi wystąpiły w wyniku zastosowania Wideotreningu Komunikacji?
8. Jakie zmiany w komunikatach potwierdzających wystąpiły w wyniku zastosowania Wideotreningu Komunikacji?
9. Jakie zmiany w nazywaniu potwierdzającym wystąpiły w wyniku zastosowania Wideotreningu Komunikacji?

10. Jakie zmiany w przyłączaniu się do działań dzieci wystąpiły w wyniku zastosowania Wideotreningu Komunikacji?
11. Jakie zmiany w dopasowywaniu tempa ruchów do dzieci wystąpiły w wyniku zastosowania Wideotreningu Komunikacji?
12. Jakie zmiany w radości w kontakcie wystąpiły w wyniku zastosowania Wideotreningu Komunikacji?
13. Jakie zmiany w wokalizacjach i rozmowach wystąpiły w wyniku zastosowania Wideotreningu Komunikacji?
14. Jakie zmiany w trafności reakcji rodziców wystąpiły w wyniku zastosowania Wideotreningu Komunikacji?

Do drugiego problemu głównego sformułowano następujące problemy szczegółowe:

1. Jaka jest ogólna ocena rodziców odnośnie zastosowania Wideotreningu Komunikacji?
2. Jak rodzice oceniają swoje zadowolenie ze spotkań z trenerem?
3. Jak rodzice oceniają wpływ Wideotreningu Komunikacji na rozwój dzieci?
4. Jak rodzice oceniają wpływ Wideotreningu Komunikacji na wzrost rozumienia dzieci?
5. Jak rodzice oceniają wpływ Wideotreningu Komunikacji na wzrost częstości słuchania przez dzieci ich poleceń?
6. Jak rodzice oceniają wpływ Wideotreningu Komunikacji na wzrost przyjemności z przebywania z dziećmi?
7. Jak rodzice oceniają wpływ Wideotreningu Komunikacji na wzrost dążenia do poszukiwania przyczyn negatywnych zachowań dzieci?
8. Jak rodzice oceniają wpływ Wideotreningu Komunikacji na wzrost łatwości rozumienia próśb dzieci?
9. Jak rodzice oceniają wpływ Wideotreningu Komunikacji na wzrost umiejętności uspokajania dzieci?
10. Jak rodzice oceniają wpływ Wideotreningu Komunikacji na spadek trudności w rozumieniu zachowań dzieci?
11. Jak rodzice oceniają wpływ Wideotreningu Komunikacji na wzrost swojej pewności w relacji z dziećmi?
12. Jak rodzice oceniają wpływ Wideotreningu Komunikacji na wzrost odczuwania radości przez dzieci?

Do trzeciego problemu głównego sformułowano następujące problemy szczegółowe:

1. Jak trenerzy oceniają wpływ Wideotreningu Komunikacji na zachowanie dzieci?
2. Jak trenerzy oceniają wpływ Wideotreningu Komunikacji na zdolności komunikacyjne dzieci?

Do czwartego problemu głównego nie sformułowano problemów szczegółowych.

Do głównych problemów badawczych sformułowano następujące hipotezy:

- H 1: Przewiduje się, że wskaźniki interakcji komunikacyjnych rodziców w stosunku do dzieci o zaburzonym rozwoju zarejestrowane w ostatnim nagraniu Wideotreningu Komunikacji będą wyższe niż wskaźniki interakcji komunikacyjnych rodziców w stosunku do dzieci o zaburzonym rozwoju zarejestrowane w pierwszym nagraniu Wideotreningu Komunikacji.
- H 2: Przewiduje się, że rodzice pozytywnie ocenią wpływ Wideotreningu Komunikacji na rozwój dzieci i własne kompetencje rodzicielskie.
- H 3: Przewiduje się, że trenerzy Wideotreningu Komunikacji pozytywnie ocenią wpływ Wideotreningu Komunikacji na zachowanie i zdolności komunikacyjne dzieci.
- H 4: Przewiduje się, że zastosowanie Wideotreningu Komunikacji umożliwi sformułowanie wniosków przydatnych w usprawnianiu porozumiewania się rodziców z dziećmi o zaburzonym rozwoju.

4.4. Zmienne i wskaźniki zmiennych

Drugim etapem procesu badawczego jest „wyłonienie przez badacza zmiennych, które tworzą obraz przestrzeni zmiennych istotnych dla zmiennej zależnej i o których mówi sformułowany problem badawczy oraz hipoteza badawcza” (Brzeziński, 2007, s. 183). W zaprojektowanym badaniu wyodrębniłam trzy zmienne zależne główne.

Pierwsza zmienna zależna główna to:

Interakcje komunikacyjne rodziców z dzieckiem.

Dla pierwszej zmiennej zależnej głównej ustalono następujące zmienne zależne szczegółowe:

1. Kontakt wzrokowy z dzieckiem.
2. Spoglądanie w kierunku dziecka.
3. Wyraz twarzy.
4. Uśmiech.
5. Ton głosu.
6. Kontakt twarzą w twarz.
7. Podążanie wzrokiem za dzieckiem.
8. Komunikaty potwierdzające.
9. Nazywanie potwierdzające.
10. Przyłączanie się do działań dziecka.
11. Dopasowywanie tempa ruchów do dziecka.
12. Okazywanie radości z kontaktu z dzieckiem.

13. Wokalizacje i rozmowy.
14. Trafność reakcji rodziców.

Wskaźnikami zmiennych zależnych szczegółowych do pierwszej zmiennej zależnej głównej były:

Zachowania rodzica zarejestrowane na nagraniach filmowych z przebiegu sesji Wideotreningu Komunikacji. Nagrania te poddano ocenie sędziów kompetentnych.

Drugą zmienną zależną główną były:

Oceny rodziców dotyczące wpływu Wideotreningu Komunikacji na rozwój dziecka i własne kompetencje rodzicielskie.

Dla drugiej zmiennej zależnej głównej ustalono następujące zmienne zależne szczegółowe:

1. Ogólna ocena zastosowania Wideotreningu Komunikacji.
2. Ocena zadowolenia ze spotkań z trenerem.
3. Ocena wpływu Wideotreningu Komunikacji na rozwój dziecka.
4. Ocena wpływu Wideotreningu Komunikacji na wzrost rozumienia dziecka.
5. Ocena wpływu Wideotreningu Komunikacji na wzrost częstości słuchania poprzez dziecko poleceń rodzica.
6. Ocena wpływu Wideotreningu Komunikacji na wzrost przyjemności z przebywania z dzieckiem.
7. Ocena wpływu Wideotreningu Komunikacji na wzrost dążenia do poszukiwania przyczyn negatywnych zachowań dziecka.
8. Ocena wpływu Wideotreningu Komunikacji na wzrost łatwości rozumienia próśb dziecka.
9. Ocena wpływu Wideotreningu Komunikacji na wzrost umiejętności uspokajania dziecka.
10. Ocena wpływu Wideotreningu Komunikacji na spadek trudności w rozumieniu zachowań dziecka.
11. Ocena wpływu Wideotreningu Komunikacji na wzrost swojej pewności w relacji z dzieckiem.
12. Ocena wpływu Wideotreningu Komunikacji na wzrost odczuwania radości przez dziecko.

Wskaźnikami zmiennych zależnych szczegółowych do drugiej zmiennej zależnej głównej były:

Odpowiedzi badanych rodziców na pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety.

Trzecia zmienna zależna główna to:

Ocena trenerów dotycząca wpływu Wideotreningu Komunikacji na zachowanie i zdolności komunikacyjne dziecka.

Dla trzeciej zmiennej głównej ustalono zmienne zależne szczegółowe:

1. Ocena trenerów dotycząca wpływu Wideotreningu Komunikacji na zachowanie dziecka.
2. Ocena trenerów dotycząca wpływu Wideotreningu Komunikacji na zdolności komunikacyjne dziecka.

Wskaźnikami zmiennych zależnych szczegółowych do trzeciej zmiennej zależnej głównej są:

Odpowiedzi badanych trenerów na pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety.

W zaprojektowanym badaniu wyodrębniłam także zmienne niezależne.

Zmienna niezależna główna to:

Zastosowanie Wideotreningu Komunikacji w stosunku do rodziców dzieci o zaburzonym rozwoju.

Dodatkowymi zmiennymi niezależnymi szczegółowymi są: wiek dziecka, płeć dziecka oraz rodzaj zaburzenia rozwoju u dziecka.

Z uwagi na specyfikę prowadzonych badań, a przede wszystkim wynikającą z ich specyfiki małą grupę badawczą wymienione zmienne niezależne nie mogły być uwzględnione w analizach statystycznych.

4.5. Metoda badania

Jako główną metodę badań wybrano obserwację, a jako metodę pomocniczą sondaż diagnostyczny. Odwołując się do podziału metod i technik pedagogicznych Mieczysława Łobockiego (2006), w metodzie głównej wybrałam obserwację standaryzowaną w postaci techniki obserwacji skategoryzowanej. Natomiast w ramach metody sondażu diagnostycznego techniką badań była ankieta (por. Pilch, 2001).

Metoda obserwacji naukowej jest systematycznym, celowym i planowym oraz świadomym procesem zbierania konkretnego rodzaju danych obserwacyjnych. Obserwacja naukowa różni się od potocznej czterema podstawowymi cechami:

- 1) „Koncentracji uwagi na zachowaniach (reakcjach) ważnych z naukowego punktu widzenia, czyli podporządkowanej jakiemuś z góry ustalonemu celowi poznawczemu,
- 2) Rejestrowaniu danych obserwacyjnych w sposób możliwie adekwatny do istniejącego obiektywnego stanu rzeczy,

- 3) Interpretacji zarejestrowanych w ten sposób danych w świetle posiadanej wiedzy, teorii i własnych doświadczeń,
- 4) Sprawdzania i kontroli pod względem trafności i rzetelności” (Łobocki, 2006, s. 45–46).

W przeprowadzonym badaniu zastosowano standaryzowaną obserwację techniką obserwacji skategoryzowanej (Łobocki, 2006, s. 60–63). Jest to rodzaj obserwacji naukowej, tutaj: nieuczestniczącej i pośredniej. W oparciu o arkusz obserwacyjny (inaczej zwany także schedulą obserwacyjną), zawierający jasno określone kategorie obserwacyjne, analizowano zgromadzony materiał badawczy (występuje – nie występuje). Warto zaznaczyć, że na potrzeby procesu badawczego sama skonstruowałam arkusz obserwacyjny, którego wartość została zrewidowana w badaniu trafności metody.

Kolejną właściwością przeprowadzonej obserwacji, zgodnie z przyjętymi w pedagogice podziałami, jest jej pośredniość. Była to obserwacja pośrednia, ponieważ nie uczestniczyłam ani ja, ani żaden z sędziów kompetentnych w przeprowadzanym w danej rodzinie Wideotreningu Komunikacji. Nie stałam również za kamerą nagrywającą dane sesje treningowe. Z drugiej strony pośredniość obserwacji nie jest do końca oczywista, ponieważ poprzez metodę rejestracji kamerą video nie uzyskałam *de facto* informacji z drugiej ręki, ale bardzo dokładne „twarde” dane możliwe do wielokrotnego odtwarzania oraz analizowania. Obserwacja w badaniu była ponadto jawna, to znaczy, że osoby badane wiedziały, że są nagrywane, aczkolwiek nie wiedziały w momencie nagrywania, że będą uczestniczyły również w badaniu naukowym. Wiedziały, że są nagrywane dla celów prowadzenia Wideotreningu Komunikacji, natomiast zgodę na udział w badaniach naukowych udzieliły w momencie rozpoczęcia przeze mnie badań.

Sondaż diagnostyczny „jest sposobem gromadzenia wiedzy o atrybutach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych, opiniach i poglądach wybranych zbiorowości, nasilaniu się i kierunkach rozwoju określonych zjawisk i wszelkich innych zjawiskach instytucjonalnie nie zlokalizowanych – posiadające znaczenie wychowawcze – w oparciu o specjalnie dobraną grupę reprezentującą populację generalną, w której badane zjawisko występuje”⁴² (Pilch, 2001, s. 80). Technika sondażu z zastosowaniem ankiety pozwalała w krótkim czasie zebrać dużą ilość informacji dotyczących opinii osób badanych, ich poglądów lub przekonań. Jest najczęściej stosowana wśród osób dorosłych, nie powinno się badać tą techniką dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Według Pilcha (2001, s. 96) jest to: „technika gromadzenia informacji polegająca na wypełnieniu, najczęściej samodzielnie przez badanego specjalnych kwestionariuszy na ogół o wysokim stopniu standaryzacji w obecności lub częściej bez obecności ankietera”. Pozostałymi technikami sondażu są: wywiad, ankieta, analiza dokumentów osobistych. Zdecydowano się na technikę ankietową, ponieważ odnośną część informacji

⁴² W prowadzonym przeze mnie badaniu, z uwagi na ich specyfikę, grupa badana była dobierana w sposób celowy i tym samym nie reprezentuje populacji wszystkich rodzin dzieci z zaburzeniami rozwoju.

zbierano od osób dorosłych (rodziców i trenerów), pytania dotyczyły informacji o rodzinie oraz opinii i przekonań osób badanych. W badaniu zastosowano dwie ankiety: pierwszą główną skierowano do rodziców, a pomocniczą skierowano do trenerów Wideotreningu Komunikacji.

Przeprowadzone badania są w pewnym sensie rekapitulacją większości dotychczasowych zagranicznych badań nad samym Wideotreningiem Komunikacji lub metodami pochodnymi prowadzonych w nurcie badań na małych grupach badawczych (por. podrozdział 3.4.1 niniejszej dysertacji). Schemat moich badań w zasadniczym zarysie jest podobny: analizuje się materiał video z poszczególnych nagrań, z reguły z pierwszego i ostatniego, czasem ze środkowego. Do analiz materiału wykorzystuje się sędziów kompetentnych lub stosuje nowoczesne programy do analizowania interakcji. Bardzo rzadko badacz wykonuje takie analizy samodzielnie (Bull, 2002; Kmita, 2011b; Tooten, Hoffenkamp, Hall, Winkel, Eliens, Vingerhoets, van Bakel, 2012). Oprócz tego, dodatkowo można przeprowadzić analizę dostępnej dokumentacji, wywiady i sondaże z rodzicami będącymi uczestnikami danego badania. Rzadziej prowadzi się badania sprawdzające stałość osiągniętej zmiany w czasie na przykład 3 lub 6 miesięcy po ukończonym treningu z pomocą kamery video.

W moim badaniu analizowałam interakcje rodziców z dziećmi o zaburzonym rozwoju poprzez porównywanie pierwszego oraz ostatniego nagrania video z procesu Wideotreningu Komunikacji, tak aby dowiedzieć się, czy zaszło jakieś usprawnienie w porozumiewaniu się pomiędzy rodzicami a ich dziećmi. Dodatkowo zbadałam subiektywne oceny rodziców uczestniczących w nagraniach dotyczące wpływu Wideotreningu Komunikacji na rozwój dziecka i własne kompetencje rodzicielskie, a także subiektywne oceny trenerów Wideotreningu Komunikacji dotyczące wpływu zastosowanej metody na zachowanie i umiejętności komunikacyjne dzieci.

4.6. Charakterystyka grupy badanej

Do zrealizowania założonych celów badania zebrałam grupę rodzin z dzieckiem o zaburzonym rozwoju, które ukończyły terapię Wideotreningiem Komunikacji w Maltańskim Centrum Pomocy Niepełnosprawnym Dzieciom i ich Rodzinom w Krakowie. Do badania zapraszano jednakowo ojca i matkę, aczkolwiek liczba ojców, która ostatecznie została poddana badaniu, jest znacznie mniejsza niż początkowo oczekiwano. Wyłoniona próba badawcza jest grupą niejednorodną pod względem zaburzeń i nieprawidłowości w rozwoju dzieci, dlatego że metoda Wideotreningu Komunikacji nie jest ukierunkowana na żadne specyficzne zaburzenie, a raczej cechuje ją wielość zastosowań. Ponadto rodzice zgłaszają się o pomoc tą metodą, mając na uwadze pewne specyficzne trudności w porozumiewaniu się z dzieckiem, a nie samo zaburzenie. Pisula (2007) przytacza różnorodne badania, które pozwalają uogólniać trudności komunikacyjne,

emocjonalne oraz regulacyjne w diadach matka–dziecko z zaburzoną komunikacją. Interakcje te zazwyczaj naznaczone są dyrektywnością oraz dominacją rodziców w diadzie, bez względu na rodzaj zaburzenia. Warto w tym miejscu zauważyć, że to tych właśnie cech w trakcie Wideotreningu Komunikacji rodzice, zgodnie z założeniami metody, wyzbywają się na rzecz wrażliwości na sygnały dziecka oraz odpowiedzi na przejawianą przez nie inicjatywę. Spontaniczna zdolność rodziców do tego typu zachowań również nie wydaje się zależeć od tego, kim jest dziecko. Zależy to raczej od ich wcześniejszych doświadczeń emocjonalnych z dzieciństwem lub też zostało wypracowane w cyklu życia jednostki, na przykład w toku dorosłych relacji intymnych (por.: Van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, 1995; Mrugalska, 1999). Tak więc przedmiotem metody są trudności komunikacyjne niewynikające z jakiegoś konkretnego zaburzenia, ale z samego faktu, że dziecko rozwija się inaczej: sygnalizuje swoje potrzeby i wchodzi w kontakt odmiennie niż dziecko zdrowe. Obecnie coraz częściej odchodzi się od wyraźnie wyznaczonych granic poszczególnych zaburzeń na rzecz uwidaczniania cech wspólnych ważnych dla procesu terapii. Patrząc na różne zaburzenia włączone w próbę badawczą, można traktować je wszystkie jako wchodzące w skład grupy upośledzeń komunikacji (*communicative impairments*) (Zeedyk, 2008). Zaburzenia komunikacyjne są pierwotnie problemami braku synchronii w relacjach z ludźmi. Konsekwentnie, naprawa wymaga przywrócenia dziecku i jego życiowym towarzyszom „synchronii” w wymiarach: intelektualnym, komunikacyjnym, funkcjonowania emocjonalnego oraz motywacji (MacDonald, 2004).

Kryterium wieku zostało zastosowane tylko odnośnie do dzieci i obejmowało okres od 0–9 lat ze względu na ramy, które narzuca rozporządzenie w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju z dnia 30 sierpnia 2017 roku określone w paragrafie 1: „od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole”.

Warunkiem rozpoczęcia badań była jednoczesna zgoda na badania obojga rodziców oraz terapeuty, który z nimi pracował. Nie prosiłam dzieci o pisemną zgodę na udział w badaniu, dlatego że uczestniczą w nim tylko pośrednio. Poprosiłam natomiast rodziców, aby porozmawiali z dziećmi, powiadamiając ich o prowadzonych badaniach. Jest to więc dobrowolny oraz celowy (kryterium wieku dzieci i ich niepełnosprawności) dobór do próby, co mogło znaleźć odzwierciedlenie w uzyskanych wynikach (Brzeziński, 2007).

W badaniu ankietowym finalnie wzięło udział 15 rodzin, w 4 rodzinach ankiety oprócz matek wypełnili także ojcowie. Najmłodsze dziecko biorące udział w badaniu miało 2 lata, najstarsze 9. Wiek dzieci uczestniczących w badaniu przedstawia Tabela 9. Wśród nich było 8 dziewczynek oraz 7 chłopców. Trzydzieści dzieci wychowywało się w swoich rodzinach naturalnych, dwoje dzieci: chłopiec i dziewczynka, w rodzinach adopcyjnych. Dziewięć dzieci było urodzonych z pierwszej ciąży, pozostałych sześćdziesięciu dzieci z kolejnych. Siedmioro spośród dzieci nie miało rodzeństwa. Dzieci otrzymały w toku rozwoju różnorodne diagnozy, które przedstawia zbiorczo Tabela 10. Trzy pary rodzicielskie dowiedziały się o zaburzeniach rozwoju swojego dziecka jeszcze przed

porodem, dwie pary od razu po porodzie, pozostałe pary w późniejszym okresie życia dziecka.

Tabela 9. Liczebność dzieci w badaniu ankietowym w poszczególnych kategoriach wiekowych

Wiek dziecka	2 lata	3 lata	4 lata	5 lat	6 lat	7 lat	9 lat
Liczebność w próbie	3	1	1	1	3	4	2

Tabela 10. Liczebność dzieci w badaniu ankietowym w poszczególnych kategoriach zaburzeń rozwojowych

Diagnoza dziecka	ASD	MPD	FASD	Zespół Downa	Wodogłowie wrodzone	Opóźnienia rozwoju	Niepełnosprawność sprzężona
Liczebność w próbie	6	4	1	1	1	2	4

Wideotrening Komunikacji trwał w grupie badanych rodzin średnio 8 miesięcy (por. Tabela 11). Najczęściej w trakcie treningu omawiano 10–12 nagrań (7 rodzin). Wszyscy terapeuci pracujący z rodzinami z grupy badanej byli pracownikami Maltańskiego Centrum Pomocy Niepełnosprawnym Dzieciom i ich Rodzinom w Krakowie. W badaniach ankietowych wzięli udział tylko ci terapeuci, którzy prowadzili konkretne rodziny zakwalifikowane do pełnych badań. Były to 4 kobiety – pedagożki i psycholożki o bardzo różnym stażu pracy (od 1 roku do 37 lat stażu). Każda z nich w badaniu ankietowym oceniła Wideotrening Komunikacji jako wysoce skuteczną metodę usprawniania porozumiewania się pomiędzy rodzicami i dziećmi.

Tabela 11. Liczebność treningów według czasu trwania Wideotreningu Komunikacji w miesiącach w próbie ankietowej

Czas trwania Wideotreningu Komunikacji w miesiącach	2	3	4	6	9	10	12	29
Liczebność w próbie	4	1	2	1	2	1	3	1

W ocenie nagrań filmowych wzięło udział 7 rodzin, z czego w dwóch rodzinach w treningu uczestniczyli jednocześnie matki i ojcowie. Dzięki temu uzyskano 9 systemów interakcyjnych do oceny przez sędziów kompetentnych.

Matki brały udział we wszystkich nagraniach i omówieniach w trakcie trwania treningu. Minimalny wiek matki biorącej udział w badaniu to 25 lat, najstarsza matka miała 47 lat. 8 matek miało wykształcenie wyższe, pozostałe średnie. Wiek ojców wynosił odpowiednio: 26, 40, 41 oraz 48 lat. Dwóch z nich miało wykształcenie wyższe, a dwóch wykształcenie średnie. Z powodu małej liczebności ojców w grupie nie dokonałam

rozdzielenia ze wzgledu na plec rodzica, w dalszych analizach ujemam ojcow i matki laczenie w kategorii „rodzice”.

Analizy interakcji komunikacyjnych dotyczyly siedmiorga dzieci: 4 chlopcow i 3 dziewczynki. Jedna z dziewczynki wychowywala sie w rodzinie adopcyjnej. Ponijsze tabele przedstawiaja wiek dzieci (Tabela 12), otrzymane diagnozy (Tabela 13) oraz czas trwania Wideotreningu Komunikacji (Tabela 14).

Tabela 12. Liczebnośc dzieci w ocenie nagran w poszczególnych kategoriach wiekowych

Wiek dziecka	2 lata	5 lat	6 lat	7 lat	9 lat
Liczebność w próbie	1	1	2	2	1

Tabela 13. Liczebność dzieci w ocenie nagran w poszczególnych kategoriach zaburzeń rozwojowych

Diagnoza dziecka	ASD	MPD	Opóźnienia rozwoju	Niepełnosprawność sprzężona
Liczebność w próbie	3	3	2	2

Tabela 14. Liczebność treningów według czasu trwania Wideotreningu Komunikacji w miesiącach w próbie ocen systemów interakcyjnych

Czas trwania WK w miesiącach	2	3	9	10	12
Liczebność w próbie	1	1	2	1	2

4.7. Przebieg badań

Badania zostały przeprowadzone w czterech etapach. Pierwszy etap obejmował gromadzenie danych video razem z badaniami ankietowymi osób badanych i uzyskaniem ich zgody na dostęp do nagran z działań terapeutycznych. Następnie przygotowywałam materiał badawczy w formie video oraz odnośny arkusz obserwacyjny dla sędziów kompetentnych. Po przeprowadzonej ocenie trafności skonstruowanego narzędzia nastąpił najważniejszy, kanoniczny dla całości badania etap: procedura oceny materiału filmowego przez niezależnych sędziów kompetentnych.

Materiał badawczy został zebrany w Maltańskim Ośrodku Wczesnej Interwencji oraz Niepublicznym Przedszkolu Specjalnym Związku Polskich Kawalerów Maltańskich wchodzących w skład Maltańskiego Centrum Pomocy Niepełnosprawnym Dzieciom i ich Rodzinom w Krakowie. Wybór miejsca badania był podyktowany najbogatszym doświadczeniem krakowskiego Centrum Maltańskiego w stosowaniu Wideotreningu Komunikacji w pracy z rodzinami dzieci niepełnosprawnych. Pracownicy Centrum współtworzyli pierwszą grupę terapeutów i superwizorów wyszkolonych w Polsce. W Centrum

Maltańskim przeprowadziłam badania ankietowe z rodzicami dziećmi oraz zbierałam materiały video. Część ankiet rodzice wypełniali w mojej obecności, część została rozesłana pocztą i po wypełnieniu w domu zwrócona do siedziby Centrum. Resztę pracy wykonałam w miejscu zamieszkania.

W badaniach ankietowych zostały zebrane podstawowe informacje odnośnie przeprowadzonego treningu, rodziny oraz dziecka i to właśnie na nich opierają się statystyki opisowe badania. Przygotowano dwa rodzaje ankiet: dla rodziców (załącznik nr 3) oraz dla trenerów (załącznik nr 4). W każdym zastosowano pytania otwarte, jak i zamknięte (tzw. metryczkowe oraz kwestionariuszowe). Rodziców, oprócz danych informacyjnych, poproszono o przedstawienie subiektywnej oceny wpływu przeprowadzonego w ich rodzinie Wideotreningu na porozumiewanie się z ich dziećmi o zaburzonym rozwoju, a także samooceny zmian, które w nich zaszły dzięki treningowi. Trenerzy oprócz danych metryczkowych o sobie, zostali poproszeni w formie pytań otwartych o opisanie zmian, które zaszły w dziecku w trakcie Wideotreningu Komunikacji w dwóch obszarach: zachowanie dziecka oraz zdolności komunikacyjne dziecka. Poniższa Tabela 15 prezentuje skalowanie odpowiedzi kwestionariuszowych w ankiecie dla rodziców wraz z ich kodowaniem. Dla dwóch pytań były możliwe inne odpowiedzi z uwagi na treść pytań. Dla pytania 7 były to: wysoce skuteczny, skuteczny, nieskuteczny; natomiast dla pytania 8 były to: brak zadowolenia, bardzo niski stopień zadowolenia, średni stopień zadowolenia, wysoki stopień zadowolenia, bardzo wysoki stopień zadowolenia.

Tabela 15. Możliwe odpowiedzi kwestionariuszowe i ich kodowanie

Skalowanie określeń w kwestionariuszach	
Brak wpływu	0
Bardzo niski stopień wpływu	1
Niski stopień wpływu	2
Średni stopień wpływu	3
Wysoki stopień wpływu	4
Bardzo wysoki stopień wpływu	5

Następnie przygotowywałam arkusz obserwacyjny do analizy materiału video, a kolejnym krokiem była jego ocena. Konstrukcja narzędzia zasadniczo została oparta na cechach udanych interakcji i podstawowym podziale na kategorie, wzory oraz pojedyncze elementy udanego kontaktu leżące u podstaw Wideotreningu Komunikacji (por. Tabela 6). Analizowano jedynie zachowania rodziców, ponieważ to oni podlegali procesowi uczenia się podczas treningu. Sposób analizy filmów, podobnie jak sam proces badawczy, jest podobny do sposobu analizy w dotychczasowych badaniach opisanych w literaturze przedmiotu.

Za kluczowy czynnik w analizie interakcji uznano przyjmowanie inicjatywy dziecka przez rodzica. Odbywa się ono w dwóch etapach: obdarzania dziecka uwagą oraz dostrzegania się do zachowania dziecka. Najpierw rodzic musi skupić swoją uwagę na zachowaniu dziecka, aby zrozumieć komunikat płynący od dziecka do niego, a następnie musi zdecydować, jak zareaguje. Może zignorować komunikat dziecka, ale może także przyjąć propozycję dziecka. Często dzieje się także tak, że dziecko prosi o coś, czego rodzic nie może w danej chwili zrealizować z przyczyn niezależnych od siebie. W takiej sytuacji przyjęcie inicjatywy dziecka oznaczałoby wyjaśnienie dziecku, dlaczego nie może stać się tak, jak ono by chciało, z jednoczesnym zapewnieniem o zrozumieniu intencji dziecka. Przyjmowanie przez rodzica dziecięcej inicjatywy jest więc uznawane za pełne tylko wtedy, gdy obdarzaniu uwagą towarzyszy zachowanie stanowiące odpowiedź rodzica na prośbę dziecka wyrażoną w jego zachowaniu się.

W badaniu trafności stworzonej scheduły obserwacyjnej wzięło udział 3 niezależnych sędziów kompetentnych, którzy oceniali każdą pozycję kwestionariusza na trzystopniowej skali oceny stopnia trafności określenia danego zachowania rodzica: -1, 0, +1. Do ostatecznego kształtu arkusza obserwacyjnego włączono tylko te pozycje, które u przynajmniej 2 sędziów kompetentnych uzyskały ocenę +1. Zmieniono również sposób zliczania obserwowanych reakcji: ze zliczania co minutę – w przeciągu 10 minut, na zliczanie konkretnych interakcji w przeciągu pierwszych 3 minut nagrania, licząc do maksymalnej ilości 20 interakcji. Stało się tak, ponieważ po pierwsze długość każdego z analizowanych nagrań była różna: od siedmio-, dziewięćminutowych filmów aż do 34-minutowego. Po drugie zaś uznano, że materiał jest tak bogaty, że w pierwszych trzech minutach można zaobserwować już podstawowy wzór interakcyjny. Zrezygnowano ze zliczania według metody „jedna interakcja – jedna minuta”, ponieważ uznano ją za wysoce nierealistyczną – interakcje mogą trwać o wiele krócej i dlatego schemat dwudziestu interakcji w pierwszych trzech minutach uznano za optymalny (Bull, 2002; Fukkink, Kennedy, Todd, 2011). Generalnie metoda Wideotreningu Komunikacji zakłada nagrywanie około pięć- lub dziesięćminutowej interakcji w rodzinie, nie narzucając jednakże żadnych restrykcyjnych ograniczeń, dlatego też w praktyce filmy mają różną długość. Ponadto ilość prezentowanych w każdym filmie inicjatyw dziecka zależy także od uwarunkowań sytuacyjnych oraz cech temperamentowych samego dziecka. Z powyższego wynika więc, że każdemu z sędziów pozostawiono pewną swobodę w rozpoznawaniu ilości interakcji. Natomiast należy pamiętać, że oceniający byli ekspertami w dziedzinie przedmiotu badania – z wykształceniem psychologicznym i pedagogicznym, doświadczeni w prowadzeniu badań naukowych oraz z ukończonym podstawowym szkoleniem z Wideotreningu Komunikacji lub metody VIPP, co zostało potwierdzone odnośnym certyfikatem. Należy dodać, że nie były to osoby pracujące w Maltańskim Centrum Pomocy Niepełnosprawnym Dzieciom i ich Rodzinom w Krakowie ani tym bardziej terapeuci, którzy wykonywali analizowane treningi będące przedmiotem badania.

Do właściwej procedury oceny zaproszono tych samych sędziów kompetentnych, którzy oceniali trafność skonstruowanego narzędzia. Każdy z sędziów kompetentnych dokonywał oceny niezależnie, nie kontaktując się z pozostałymi w trakcie oceniania. Należy dodać, że na każdym etapie oceniania informacja o tym, czy prezentowany jest pierwszy, czy ostatni film z terapii została przed sędziami kompetentnymi ukryta. Dla każdego sędziego filmy zostały zbiorczo nagrane na jednej płycie DVD. Kolejność filmów została na każdej płycie ustalona inaczej, a każdy film miał przypisany odpowiedni numer. Sędziowie wypełniali dla każdego filmu osobny, ale identyczny arkusz obserwacyjny. W schedule obserwacyjnej zaznaczali przy każdym wskaźniku interakcji 1, gdy w danej interakcji wystąpiła stosowna reakcja oraz 0, gdy taka reakcja nie wystąpiła.

Jak wynika z danych zawartych w tabelach 16 i 17, współczynnik zgodności W Kendalla okazał się dla wielu wskaźników dobry lub zadowalający, co pozwalało uznać dane uzyskane w procedurze obserwacji standaryzowanej za wiarygodne i poddać je dalszym analizom statystycznym (Ferguson, Takane, 2004). Najmniej zadowalający wynik stwierdzono dla kategorii „wyczekiwanie” (W Kendalla = 0,133), natomiast najwyższy współczynnik zgodności niezależnych sędziów kompetentnych stwierdzono dla kategorii „kontakt wzrokowy” (W Kendalla = 0,776).

Tabela 16. Współczynnik zgodności W Kendalla wyznaczony dla poszczególnych wskaźników interakcji

Zmienna	W Kendalla
Kontakt wzrokowy	0,776
Spoglądanie w kierunku dziecka	0,394
Miły wyraz twarzy	0,581
Uśmiech	0,701
Miły ton głosu	0,480
Kontakt twarzą w twarz	0,617
Podążanie wzrokiem za wzrokiem dziecka	0,425
Mówienie tak	0,412
Nazywanie potwierdzające	0,551
Wyczekiwanie na reakcję dziecka	0,133
Przyłączanie się do działań dziecka	0,580
Dopasowanie tempa ruchów do ruchów dziecka	0,319
Naprzemienność działania	0,420
Radość w kontakcie	0,694
Obecność naprzemiennej wokalizacji / rozmowy	0,719
Trafność reakcji rodzica	0,301

Tabela 17. Poziom zgodności współczynnika zgodności W Kendalla wyznaczony dla wskaźnika interakcji dla różnych wskaźników interakcyjnych

Poziom zgodności współczynnika W Kendalla	Poszczególne kategorie wraz z uzyskanymi wartościami
dobra (od 0,6 do 0,8)	Kontakt wzrokowy (0,776) Obecność naprzemiennej wokalizacji / rozmowy (0,719) Uśmiech (0,701) Radość w kontakcie (0,694) Kontakt twarzą w twarz (0,617)
zadowalająca (od 0,4 do 0,6)	Miły wyraz twarzy (0,581) Przyłączanie się do działań dziecka (0,580) Nazywanie potwierdzające (0,551) Miły ton głosu (0,480) Podążanie wzrokiem za wzrokiem dziecka (0,425) Obecność naprzemiennej wokalizacji / rozmowy (0,420) Mówienie tak (0,412).
niewystarczająca (poniżej 0,4)	Spoglądanie w kierunku dziecka (0,394) Dopasowanie tempa ruchów do ruchów dziecka (0,319) Trafność reakcji rodzica (0,301) Wyczekiwanie na reakcję dziecka (0,133)

W trakcie ilościowej analizy statystycznej zgromadzonego materiału badawczego wykonano następujące testy przy użyciu pakietu statystycznego STATISTICA 10 PL: przy wartości $p < 0,05$ określonej jako istotnej statystycznie:

1. Poziom zgodności współczynnika zgodności W Kendalla.
2. Testy nieparametryczne: ANOVA Friedmana oraz test Dunna.
3. Test kolejności par Wilcoxona oraz test znaków.

Wyniki badań wraz z ich analizami zaprezentuję w kolejnym rozdziale.

Rozdział 5.

Wyniki badań własnych

W tym rozdziale zawarto analizy wyników przeprowadzonych badań. W pierwszej części rozdziału przedstawiono zmiany w porozumiewaniu się rodziców z dziećmi o zaburzonego rozwoju w następstwie zastosowania Wideotreningu Komunikacji ustalone dzięki mikroanalizie materiału filmowego z sesji treningowych prowadzonych tą metodą. Następnie przedstawiono analizę zmian w komunikowaniu się rodziców z dziećmi oraz zmian w zachowaniu i komunikacji dziecka w ramach poszczególnych systemów interakcyjnych. W dalszej części rozdziału przedstawiono oceny badanych rodziców dotyczące Wideotreningu Komunikacji zastosowanego w ich rodzinach. Końcowa część rozdziału zawiera dyskusję wyników przeprowadzonych badań oraz rozważania dotyczące ich ograniczeń. Rozdział zamykają wnioski z przeprowadzonych badań możliwe do zastosowania w praktyce pedagogicznej.

5.1. Zmiany w porozumiewaniu się rodziców z dziećmi w następstwie zastosowania Wideotreningu Komunikacji

Prezentację wyników analizy materiału filmowego podzielono na trzy części. Najpierw przedstawiono różnice w porozumiewaniu się rodziców z dziećmi w ocenach sędziów kompetentnych, a następnie dokonano zbiorczego porównania zmian w porozumiewaniu się rodziców z dziećmi w następstwie zastosowania Wideotreningu Komunikacji. Podrozdział zamyka analiza zmian w komunikowaniu się rodziców z dziećmi w ramach poszczególnych systemów interakcyjnych.

5.1.1. Różnice w porozumiewaniu się rodziców z dziećmi w ocenach sędziów kompetentnych

Poniżej przedstawiam wyniki ocen niezależnych sędziów kompetentnych dla każdego wskaźnika interakcji. Ze względu na to, że dla każdego numeru filmu oraz u każdego sędziego występuje inna liczba wymian interakcyjnych (LB wym. inter.), wyznaczono wskaźnik interakcji będący sumą występowania interakcji w całym filmie i podzielony przez liczbę wymian interakcyjnych. Przyjmuje on wartości ciągłe w zakresie od 0 do 1,

gdzie 0 oznacza brak występowania interakcji, a 1 – występowanie interakcji w każdym zakresie liczby wymian interakcyjnych.

Do analiz statystycznych ze względu na brak normalności rozkładu wskaźnika interakcji użyto testów nieparametrycznych. Za istotną statystycznie przyjęto wartość $p < 0,05$. Obliczenia statystyczne przeprowadzono przy użyciu pakietu statystycznego STATISTICA 10 PL.

Celem porównania ocen sędziów dla każdej zmiennej użyto testu dla wielu prób zależnych ANOVA Friedmana. Dokładne różnice między ocenami sędziów sprawdzono za pomocą testu post-hoc testem Dunna. Średni wskaźnik interakcji dla każdego sędziego i każdej zmiennej wyznaczony został jako średnia ocena ze wszystkich 18 nagrań.

Tabela 18. Średnie wraz z odchyleniami standardowymi wskaźników interakcji dla różnych zmiennych ocenianych przez 3 sędziów oraz wyniki analizy ANOVA Friedmana oraz testu Dunna

Zmienna	S1 n=18		S2 n=18		S3 n=18		ANOVA Friedmana χ^2	P	Test Dunna		
	Śr.	odch. std.	śr.	odch. std.	Śr.	Odch. std.			S1 vs. S2	S1 vs. S3	S2 vs. S3
Kontakt wzrok.	0,34	0,36	0,25	0,25	0,23	0,26	5,22	0,0737	-	-	-
Spoglądanie	0,81	0,30	0,79	0,23	0,59	0,34	7,16	0,0279*	NS	p<0,05	NS
Miły wyraz twarzy	0,48	0,40	0,68	0,24	0,66	0,29	3,03	2,1967	-	-	-
Uśmiech	0,31	0,34	0,30	0,28	0,54	0,29	10,53	0,0052*	NS	NS	p<0,05
Miły ton głosu	0,67	0,40	0,85	0,13	0,85	0,19	0,31	0,8585	-	-	-
Kontakt t. w t.	0,19	0,30	0,12	0,16	0,26	0,22	8,23	0,0163*	NS	NS	p<0,05
Podążanie wzrok.	0,29	0,39	0,36	0,25	0,27	0,34	1,65	0,4381	-	-	-
Mówienie tak	0,30	0,38	0,31	0,17	0,68	0,18	12,46	0,0020*	NS	p<0,05	p<0,05
Nazywanie	0,36	0,36	0,70	0,24	0,38	0,34	7,64	0,0220*	p<0,05	NS	NS
Wyczekiwanie	0,33	0,32	0,59	0,24	0,61	0,32	7,40	0,0247*	p<0,05	NS	NS
Przylączenie	0,18	0,22	0,46	0,24	0,33	0,27	11,91	0,0026*	p<0,05	NS	NS
Dopasowanie	0,32	0,32	0,58	0,20	0,55	0,33	4,90	0,0864	-	-	-
Naprzemienność	0,33	0,34	0,26	0,14	0,23	0,24	2,35	0,3081	-	-	-
Radość	0,21	0,23	0,23	0,26	0,28	0,30	0,91	0,6347	-	-	-
Obecność	0,35	0,38	0,34	0,35	0,41	0,31	1,19	0,5506	-	-	-
Trafność	0,23	0,31	0,17	0,18	0,55	0,32	10,51	0,0052*	NS	p<0,05	p<0,05

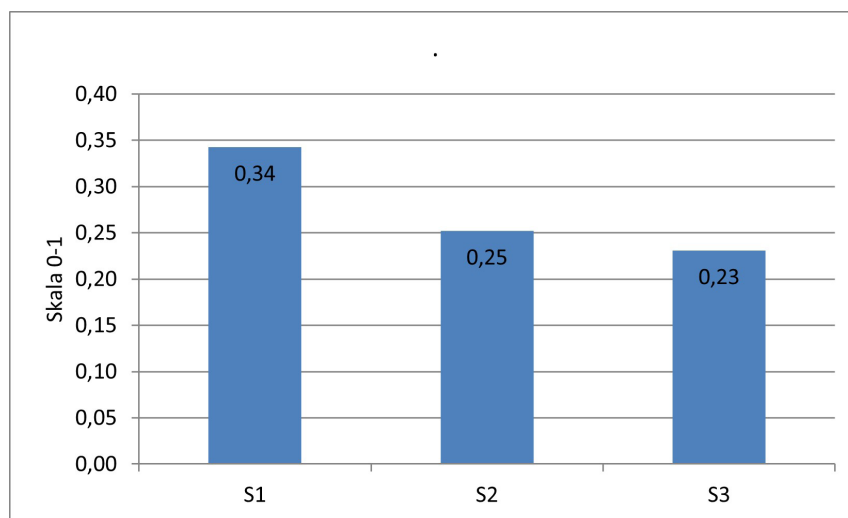
Legenda: S1, S2, S3 – sędzia; Śr. – średnia arytmetyczna; Odch. std. – odchylenie standardowe; * – istotny statystycznie, $p < 0,05$

Z powyższej Tabeli 18 wynika, że między ocenami sędziów istotne różnice wystąpiły dla zmiennych:

1. Spoglądanie w kierunku dziecka ($p=0,0279$) – istotna różnica wystąpiła tylko między S1 a S2 ($p<0,05$). Wskaźnik interakcji był wyższy u sędziego nr 1 niż u sędziego nr 3.
2. Uśmiech ($p=0,0052$) – istotna różnica wystąpiła tylko między S2 a S3 ($p<0,05$). Wskaźnik interakcji był wyższy u sędziego nr 3 niż u sędziego nr 2.
3. Kontakt twarzą w twarzą ($p=0,0163$) – istotna różnica wystąpiła tylko między S2 a S3 ($p<0,05$). Wskaźnik interakcji był wyższy u sędziego nr 3 niż u sędziego nr 2.
4. Mówienie tak ($p=0,0020$) – istotne różnice wystąpiły między S1 a S3 oraz między S2 a S3 ($p<0,05$). Wskaźnik interakcji był wyższy u sędziego nr 3 niż u sędziów nr 1 i nr 2.
5. Nazywanie potwierdzające ($p=0,0220$) – istotna różnica wystąpiła tylko między S1 a S2 ($p<0,05$). Wskaźnik interakcji był wyższy u sędziego nr 2 niż u sędziego nr 1.
6. Wyczekiwanie na reakcję dziecka ($p=0,0247$) – istotna różnica wystąpiła tylko między S1 a S2 ($p<0,05$). Wskaźnik interakcji był wyższy u sędziego nr 2 niż u sędziego nr 1.
7. Przyłączanie się do działań dziecka ($p=0,0026$) – istotna różnica wystąpiła tylko między S1 a S2 ($p<0,05$). Wskaźnik interakcji był wyższy u sędziego nr 2 niż u sędziego nr 1.
8. Trafność ($p=0,0052$) – istotne różnice wystąpiły między S1 a S3 oraz między S2 a S3 ($p<0,05$). Wskaźnik interakcji był wyższy u sędziego nr 3 niż u sędziów nr 1 i nr 2.

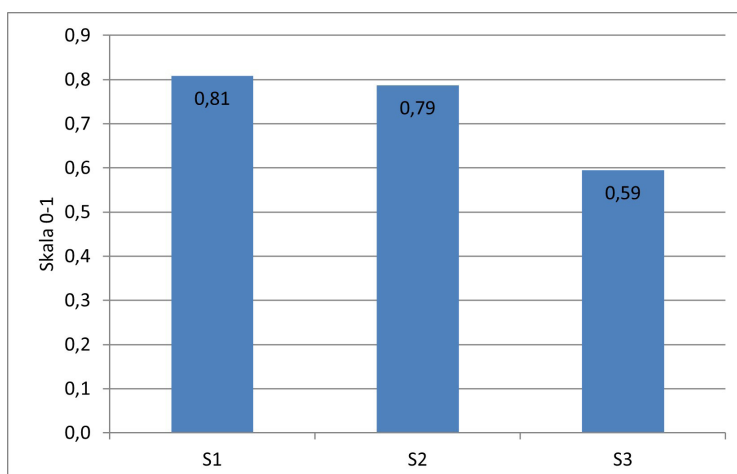
Na kolejnych rysunkach (od Rysunku 12 do Rysunku 27) przedstawiono średnie wskaźników interakcji dla poszczególnych kategorii ocenianych przez wszystkich sędziów. Dołączono do nich komentarze zawierające omówienia konkretnych wskaźników interakcyjnych oraz moje osobiste wnioski po zapoznaniu się z materiałem filmowym użytym do tego badania. Jest to ważne, ponieważ zastosowana procedura mikroanalizy „kodu i zlicz” (*coding and counting methods*; Bull, 2002, s. 20) nie daje żadnych dodatkowych informacji o zawartości treściowej cech interakcji poddanych analizie, takich jak na przykład długość spojrzenia i kto go zainicjował.

Rysunek 12. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „kontakt wzrokowy” ocenianych przez 3 sędziów



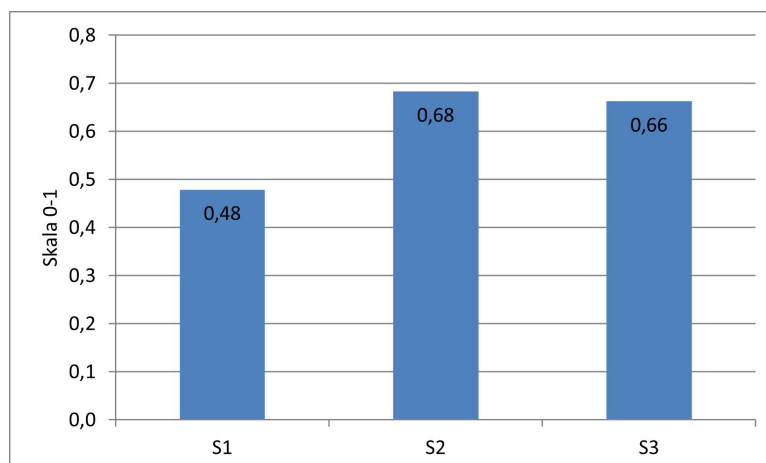
Kontakt wzrokowy oznacza jednoczesne spoglądanie na siebie osób pozostających ze sobą w interakcji. Dlatego jest to wskaźnik, który dotyczy rodzica i dziecka jednocześnie. Nie zawsze jest to długotrwałe spoglądanie w oczy. Częściej są to wymiany spojrzeń kierowanych w oczy, czasem są to wzajemne spojrzenia na twarz w okolice oczu. Jest to cecha komunikacji niewerbalnej bardzo silnie związana z płcią. Ustalono, że kobiety spoglądają na partnerów interakcyjnych o wiele częściej niż mężczyźni. Rodzice i dzieci spoglądają na siebie o wiele częściej niż inne osoby pozostające w interakcji (Bull, 2002). Nawet w unikającym typie przywiązania, gdy dzieci aktywnie powstrzymują się przed spoglądaniem prosto w twarz rodzica, to ukradkiem to czynią. Kontakt wzrokowy jest często najistotniejszym momentem w interakcji, ale wymaga też od partnerów swobody i otwartości. Z przeprowadzonej przeze mnie analizy nagrań wynika, że dzieci często aktywnie unikają spojrzeń, kiedy rodzic jest dominujący i intruzywny. Dzieci rozumieją wtedy, że muszą się dostosować do poleceń rodzica, ale ponieważ nie są zainteresowane działaniem proponowanym przez rodzica, to chcą uniknąć współpracy. Mogą także wycofywać się emocjonalnie z takiego trudnego dla nich rodzaju interakcji z rodzicem, w której ich perspektywa nie jest uwzględniona. Jak widać na rysunku 12, w przypadku ocenianych interakcji relatywnie mało jest momentów wzajemnej wymiany spojrzeń pomiędzy rodzicem a dzieckiem. Chcielibyśmy, by w optymalnej relacji z rodzicem tych otwartych spojrzeń było więcej. Uzyskany wynik może być też częściowo uzasadniony tym, że jest to wskaźnik bardzo trudny do oceny, ponieważ rzadko na filmie widać twarz obu osób jednocześnie.

Rysunek 13. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „spoglądanie w kierunku dziecka” ocenianych przez 3 sędziów



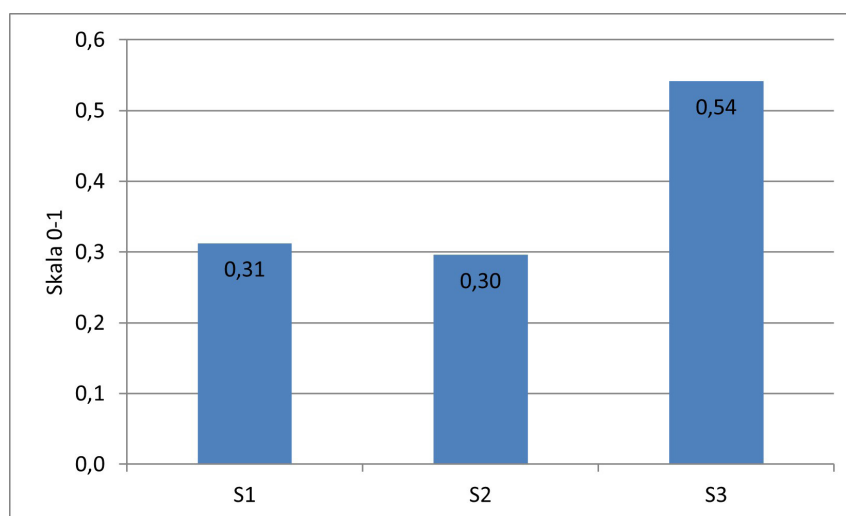
Ocena wskaźnika „spoglądanie rodzica w kierunku dziecka” jest już o wiele łatwiejsza, ponieważ wymaga uwzględnienia tylko jednego uczestnika interakcji. Spoglądanie na kogoś, podobnie jak kontakt wzrokowy, jest wyrazem zainteresowania, życzliwości i otwartości w relacji. Rodzice używają spoglądania na dziecko najczęściej w celu sprawdzenia aktywności i stanu dziecka. Jest to także związane z „wyczekiwaniem na reakcję”. W filmach kilkakrotnie powtarzała się podobna, niekorzystna, sytuacja interakcyjna: rodzic zadawał pytanie, wydawał polecenie i natarczywie domagał się reakcji na swoje działanie, patrząc na dziecko lub nawet zbliżając swoją twarz ku jego twarzy. Im rodzic dłużej spoglądał na dziecko z taką intencją, tym bardziej ono intensyfikowało swoje dążenie do uniknięcia kontaktu z rodzicem poprzez zmianę kierunku spojrzenia, opuszczanie głowy lub odwracanie twarzy w bok. W niektórych przypadkach, szczególnie w ostatnich nagraniach, zaobserwowałam, że rodzice częściej patrzyli na dziecko w sposób życzliwy, obserwujący, ale tak, żeby dopasować swoje zachowanie do uzyskanych informacji o stanie i emocjach dziecka, o tym, czy dziecko nadąża za ich propozycją, czy nie.

Rysunek 14. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „miły wyraz twarzy” ocenianych przez 3 sędziów



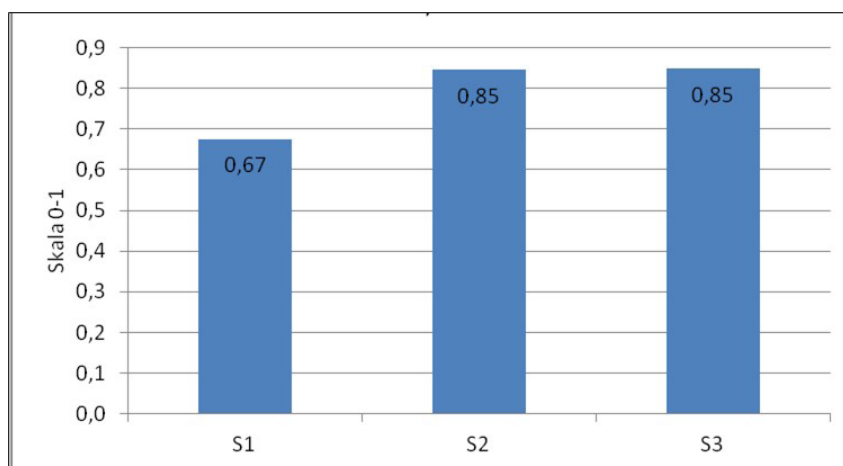
Miły wyraz twarzy jest wskaźnikiem dość prostym do oceny i jak widać rodzice uzyskują w nim wysokie noty. Badacze interakcji zwracają uwagę, że jest to bardzo dobrze kontrolowany element komunikacji niewerbalnej i większość osób wie, że wchodząc w reakcje z dzieckiem, która jest nagrywana, „powinni” być dla dziecka mili. Jednakże, choć jest to cecha dobrze kontrolowana, to zbyt miły wyraz twarzy lub miły wyraz twarzy, ale związany z dużym napięciem, jest odczytywany przez partnerów interakcji jako nieszczerzy. Związane jest to z współwystępowaniem takich wskaźników mimicznych i mięśniowych jak: napięcie w okolicy żuchwy, zaciśnięta szczęka, „za duży uśmiech” bliższy „szczyrzeniu kłów”, wyższy ton głosu związany z napięciem w okolicy krtani, zmarszczki na czole, oczy szerzej otwarte i także napięte. Dorośli najczęściej za miły wyraz twarzy uważają pojawiający się na twarzy uśmiech. Jednak mikroanaliza pokazuje, że nasz układ nerwowy wchodzi w stan zaangażowania społecznego wtedy, gdy mamy obok siebie rozluźnioną twarz, swobodną, elastycznie pokazującą różne emocje, gdy oczy są osadzone głęboko w oczodołach. Nie jest to zależne od szerokości uśmiechu (Bull, 2002; Kurcz, 2005; Porges, 2021). Na kilku filmach zidentyfikowałam swobodny, radosny wyraz twarzy rodzica i błyszczące oczy, które z ciekawością i akceptacją przyglądają się dziecku.

Rysunek 15. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „uśmiech” ocenianych przez 3 sędziów



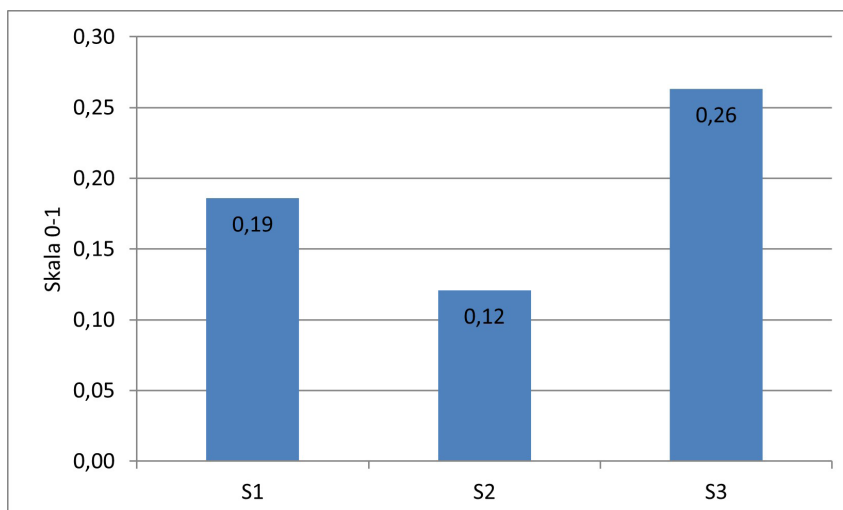
Jak zostało powiedziane powyżej, nie każdy uśmiech jest pożądany w interakcji komunikacyjnej wspomagającej rozwój. „Uśmiech” sztuczny, pokrywający uczucia napięcia, zdenerwowania czy nawet złości w stosunku do dziecka, może wprowadzać sytuacje podwójności w komunikacji. Dziecko jest zdezorientowane i nie wie, do którego komunikatu dostosować swoje uczucia i stan, a przede wszystkim, jaki kierunek działania obrać. Choć intuicyjnie czuje, że to, co „pod spodem”, jest prawdziwsze, to również chce dostosować się do dyskursu rodzica. Jest to bardzo niekorzystne zjawisko w relacji rodzice–dzieci prowadzące do coraz bardziej nawarstwiających się fałszywych komunikatów w relacji, które może prowadzić do rozwoju zaburzeń psychicznych u dzieci (Heller, LaPierre, 2010; Kolk van, 2018).

Rysunek 16. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „miły ton głosu” ocenianych przez 3 sędziów



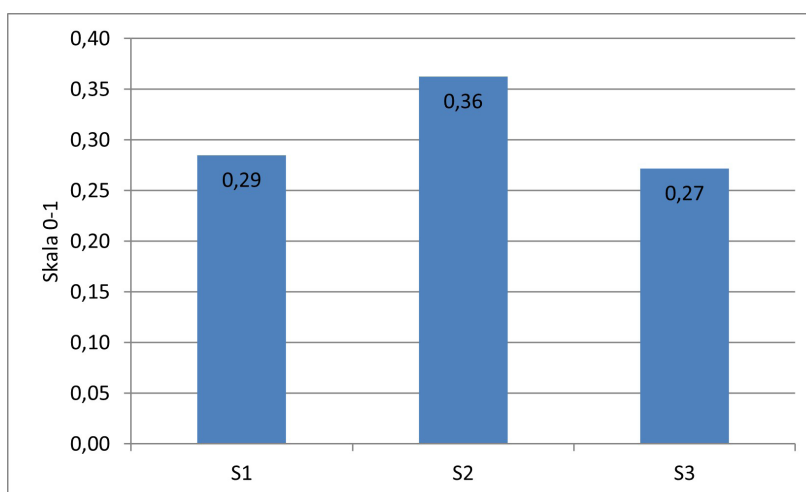
Właściwości głosu są najtrudniej kontrolowanym zachowaniem komunikacyjnym, o czym wspominałam w podrozdziale 3.2.1. Z drugiej strony „miły ton głosu” jest kolejną składową dość silnie ukształtowanego potocznie pojęcia „bycia miłym dla dziecka”, więc rodzice świadomie starają się mieć miły ton głosu. Mikroanaliza komunikacji ukazuje, że gdy robimy to świadomie, ale nienaturalnie, to raczej prezentujemy wyższy, bardziej piskliwy i głośniejszy ton głosu niż zwykle. Spontaniczny głos pochodzący z wnętrza, miły i zrelaksowany jest z reguły głębszy i niższy, jakby mocniejszy, a tempo głosu jest wolniejsze. Analizując zgromadzone nagrania, widziałam dokładnie tę różnicę na filmach, choć było zaledwie kilka fragmentów z nienaturalnym „miłym tonem głosu”. Sędziowie kompetentni ocenili podobnie – „miły ton głosu” był zdecydowanie najwyższym ocenionym wskaźnikiem w porównaniu do wszystkich pozostałych wskaźników interakcyjnych. W zarejestrowanych na filmach głosach rodziców nie ma oznak otwartej wrogości ani lekceważenia.

Rysunek 17. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „kontakt twarzą w twarz” ocenianych przez 3 sędziów



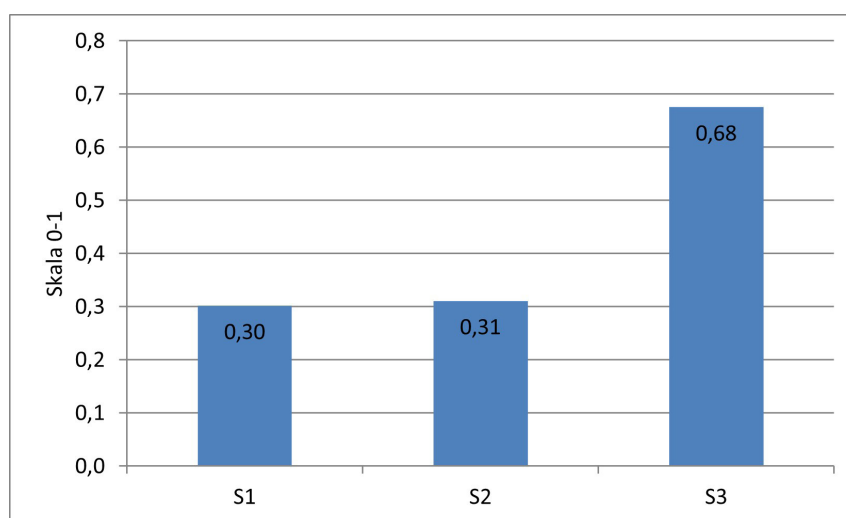
„Kontakt twarzą w twarz”, jak wynika z powyższego rysunku, uzyskiwał najniższe oceny. Szkoda, że tak jest, ponieważ to podstawowy element w komunikacji promującej pozytywne i zapewniające bezpieczeństwo rodzicielstwo tym ważniejszy im dziecko jest młodsze (Gerhardt, 2010). Ilość „kontaktu twarzą w twarz” jest również silnym wskaźnikiem otwartości w interakcji i zadowolenia z niej, dlatego że jego pojawienie się zależy najczęściej od woli i gotowości dwóch osób jednocześnie. Jak zostało powiedziane wyżej, rodzic może patrzeć na dziecko, spoglądać na jego twarz, a nawet przybliżyć swoją twarz i zaglądać w twarz dziecka, próbując wymusić „kontakt twarzą w twarz”, ale dziecko może aktywnie się temu przeciwstawiać, odwracając wzrok, twarz lub zmieniając postawę ciała. Najbardziej optymalna dla rozwoju dziecka jest sytuacja, gdy to dziecko inicjuje „kontakt twarzą w twarz”, a rodzic na nią odpowiada. Wtedy jest to zachowanie wprost świadczące o responsywnym odpowiadaniu przez rodzica i o bliskości w relacji. Na nagraniach filmowych widnieje kilka takich momentów, w których dziecko zapraszało do kontaktu, ale nie uzyskiwało zamierzonego celu z powodu niepodjęcia jego inicjatywy przez rodzica. Z drugiej strony, warto być ostrożnym w nadmiernym koncentrowaniu się na „kontakcie twarzą w twarz”, szczególnie jako wyizolowanym wskaźniku interakcyjnym. Dla dzieci w autystycznym spektrum zaburzeń „kontakt twarzą w twarz”, podobnie jak „kontakt wzrokowy”, często okazuje się zbyt trudny, a próby jego wymuszania wydatnie podnoszą stres dziecka, nie budując bliskości. Nie oznacza to, że dzieci te nie pragną bliskości oraz „poczucia współbrzmienia” z innymi (Trevarthen, 2002; Porges, 2012). Te pragnienia można zaspokoić w inny sposób, na przykład poprzez naśladowanie zachowań dziecka lub dopasowanie się do jego zachowań, aby dać dziecku poczucie bycia razem i współbrzmienia. Komunikacyjne intencje i wynikająca z nich jakość interakcji są znacznie ważniejsze od ich behawioralnych przejawów, do których jesteśmy przywiązani. Chodzi o to, żeby dzieci odczuwały w interakcji z dorosłymi, że są szanowane i akceptowane oraz doznawały poczucia dostrojenia się, które jest potężnym orężem w pozytywnym rodzicielstwie (Porges, 2021; Levine, 2022).

Rysunek 18. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „podążanie wzrokiem za wzrokiem dziecka” ocenianych przez 3 sędziów



„Podążanie wzrokiem za wzrokiem dziecka” jest kolejną jakością interakcyjną bardzo nisko ocenioną przez sędziów kompetentnych. Jest tak dlatego, że występuje ona głównie wtedy, kiedy rodzice dostrajają się do dziecka, podążają za nim w interakcji i kiedy jego uwaga oraz zainteresowania wyznaczają opiekuńcze i zabawowe działania dorosłych. Właściwie każdy rodzic w trakcie treningu musiał nauczyć się tej umiejętności i zrozumieć, jak jest ona ważna, podobnie jak rola całego procesu dostrajania się, a nie tylko ten wyizolowany element. To bardzo ciekawe, że rodzicielskie „podążanie wzrokiem za wzrokiem dziecka” nie zostanie zainicjowane, jeśli przedtem dziecko nie będzie postrzegane przez rodzica jako samodzielny, aktywny podmiot działania. Co więcej, to działanie musi być potraktowane z ciekawością i zainteresowaniem jako warte zauważenia i dołączenia się rodzica. To bardzo trudna zmiana w obliczu początkowego domagania się przez rodziców, żeby terapeuta spowodował, aby dziecko po prostu ich słuchało. Tak więc przed zainicjowaniem „podążania wzrokiem za wzrokiem dziecka” rodzic musi wykonać pewną poważną pracę wewnętrzną, zmianę swojego postrzegania dziecka i postawy względem niego. W ostatnich nagraniach to zachowanie interakcyjne występuje w znacznie większym zakresie w każdym systemie interakcyjnym.

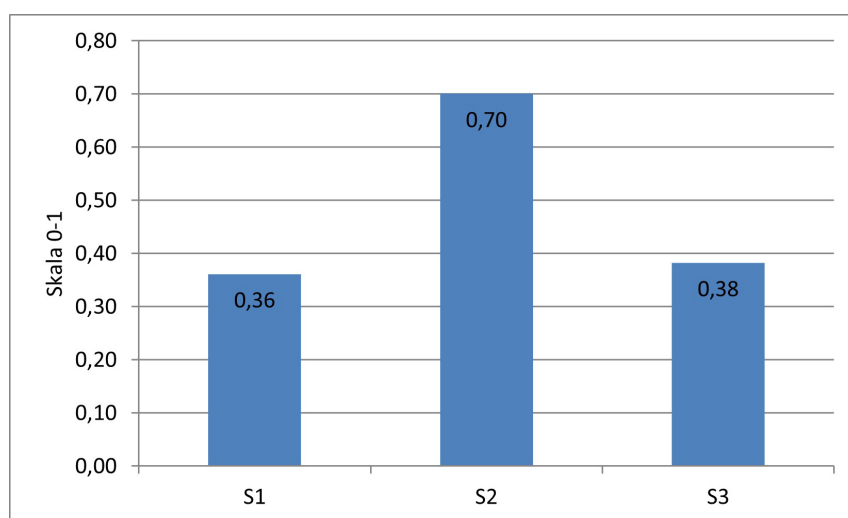
Rysunek 19. Średnie wskaźniki interakcji dla zmiennej „mówienie tak” ocenianych przez 3 sędziów



„Mówienie tak” obejmuje również mówienie „dobrze”, pochwały. Mają one na celu kierowanie zachowaniem dziecka poprzez wskazywanie mu pożądanego kierunku działania. W metodach wychowawczych wykorzystujących wzmacnianie pozytywne ważne jest, aby zwracać uwagę tylko na pożądane elementy zachowania dziecka, a negatywne pomijać. Zostało to udowodnione na gruncie psychologii poznawczej, a dodatkowo pięknie wyrażone w buddyjskiej maksymie: „energia podąża za uwagą”. W trakcie treningu rodzice uczą się zauważać nawet najmniejsze pozytywne elementy zachowania dziecka, zamiast wyolbrzymiać i narzekać na te negatywne. Rodzice wiedzą, że chwalenie jest ważne, ale często przybiera to w pewnym sensie pustą formę – zamiast nazywania pożądaných

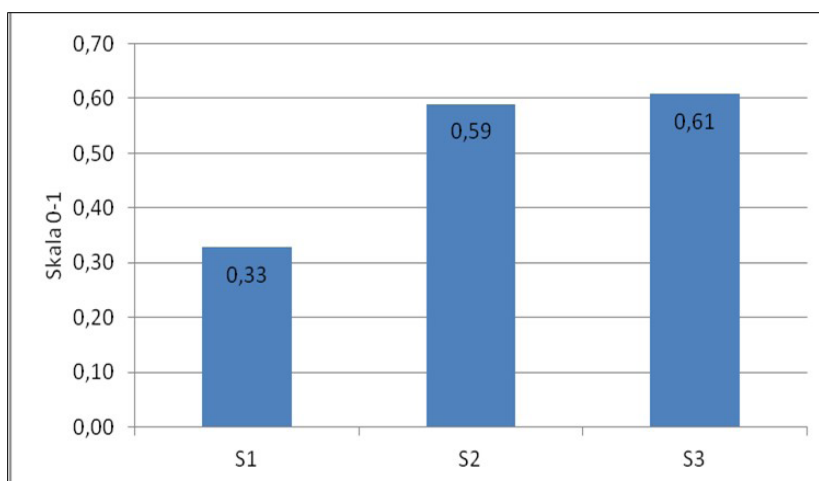
zachowań mówią: „Super!”, „Brawo!”, „Ale ślicznie!”. Takie wypowiedzi nie stanowią wartościowej i konkretnej informacji zwrotnej dla dziecka. Poprzez takie działanie rodziców dziecko może uzależnić się od otrzymywania samych pochwał, ale nie rozwinie się u niego motywacja osiągnięć, czyli dążenie do osiadanania przyjemności z wykonywania określonych zadań (Shanker, 2016). Uczenie rodziców, jak w sposób miły kierować zachowaniem dziecka, zamiast wychowywać poprzez nieumiejętne nagradzanie lub zbyt częste strofowanie, nie jest łatwe. Poprzez pozytywne informacje zwrotne oraz modelowanie przez trenera w sesjach przeglądu nagrań można ten efekt osiągnąć bardzo szybko w porównaniu z innymi metodami (Fukkink, 2008).

Rysunek 20. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „nazywanie potwierdzające” ocenianych przez 3 sędziów



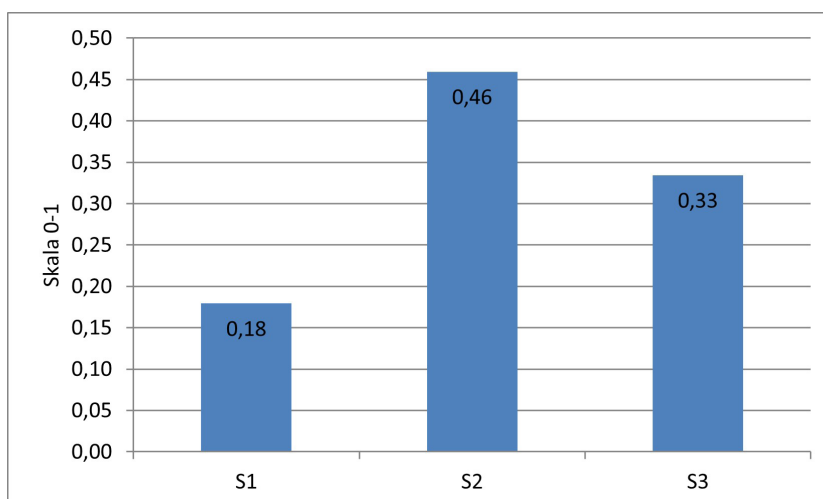
„Nazywanie potwierdzające” to z jednej strony rozbudowana i bardziej pożądana forma chwalenia, a z drugiej potwierdzające nazywanie zachowań i emocji. Ta druga kwestia jest tutaj kluczowa. Chodzi o nazywanie w sposób pozytywny na przykład także emocji złości. Spokojne powiedzenie: „Widzę, że teraz się złościł”, zamiast: „Ale jesteś złościca, który to już raz dzisiaj?”, jest znacznie lepszym rozwiązaniem. Oczywiście, nie chodzi o wyrażenie aprobaty takiego stanu rzeczy (że złość jest kilkanaście razy dziennie jest satysfakcjonującym sposobem przeżywania tego dnia, bo oczywiście nie jest). Chodzi o to, aby przekazać dziecku przekonanie, że każde doświadczenie może być rozważane w obrębie relacji rodzic–dziecko oraz żeby nauczyć dziecko, że w każdej sytuacji rodzic pomoże mu regulować jego stan (Siegel, 2009).

Rysunek 21. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „wyczekiwanie na reakcję dziecka” ocenianych przez 3 sędziów



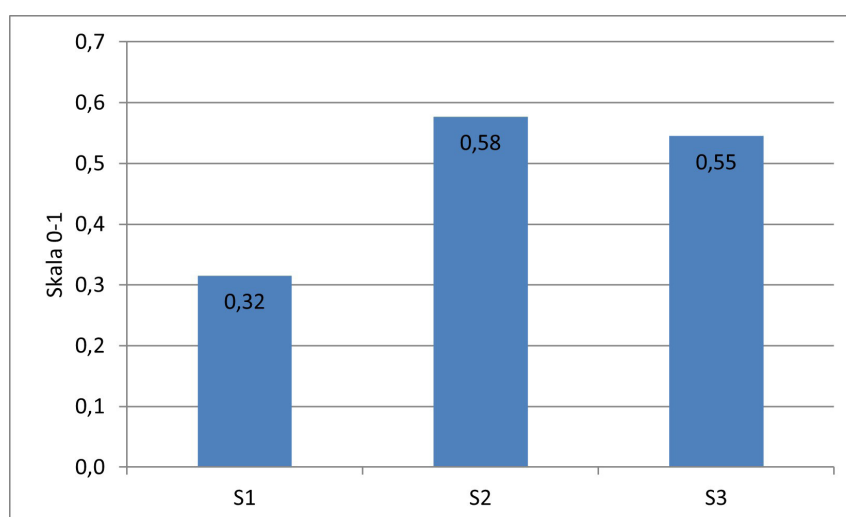
„Wyczekiwanie na reakcję dziecka” jest dla rodziców trudnym zadaniem, choć jak wynika z rysunku 21, rodzice uzyskali średni wynik w ocenie nagrań od 2 z 3 sędziów kompetentnych. To zachowanie interakcyjne wymaga od rodzica powstrzymywania się od takich zachowań jak: popędzanie, poprawianie dziecka, komentowanie zachowania, wymuszanie zmiany kierunku działania, zadawanie kolejnych pytań, wyręczanie dziecka itd. W swojej najbardziej optymalnej formie oznacza to, że życzliwie obecny rodzic spokojnie wyczekuje na reakcję dziecka. Jest to szczególnie ważne w czterech przypadkach: dzieci przedwcześnie urodzonych, dzieci małych, tzn. do 3 roku życia, dzieci z głębszą niepełnosprawnością intelektualną oraz dzieci wycofanych (Stern, 1995; Mrugalska, 1999; Kmita, 2007; Stec, 2011). Te dzieci potrzebują więcej czasu na reakcje i jeśli rodzice nauczą się czekać chociażby 3 sekundy dłużej, wówczas przyniesie to efekt w postaci częstszych odpowiedzi ze strony dziecka. Jest to kolejna jakość interakcyjna, która wprost wymaga od rodzica dopasowywania się do zachowania dziecka oraz jego możliwości poznawczych i ruchowych.

Rysunek 22. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „przyłączanie się do działań dziecka” ocenianych przez 3 sędziów



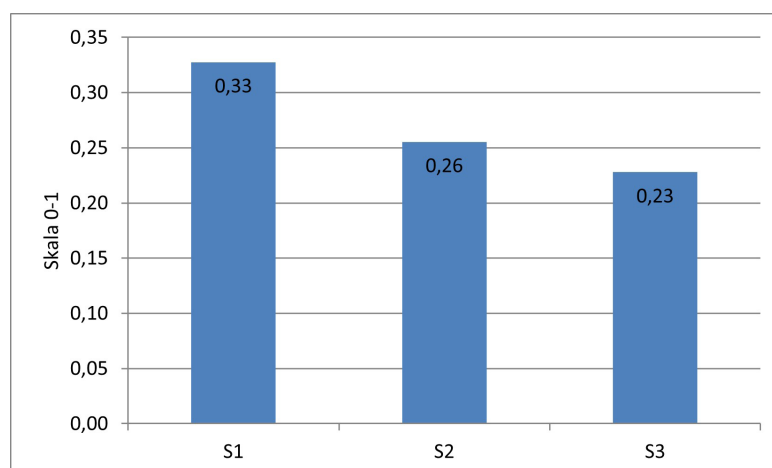
„Przyłączanie się do działań dziecka” w ocenach sędziów jest dość zróżnicowane: od bardzo niskiego do średniego wyniku na skali. Jest to na pewno trudna do oceny umiejętność interakcyjna, a ponadto trudna sama w sobie. Występuje subtelna różnica pomiędzy „przyłączaniem się do działań dziecka” na jego warunkach, a przejmowaniem działań dziecka po to, by nim pokierować według swojego uznania. Rodzicowi wydaje się przecież, że wie najlepiej, jak zbudować domek, że słońce jest żółte, a domek musi mieć komin u góry i chciałby tego nauczyć dziecko. Dla rodziców trudna jest rezygnacja z poziomu eksperckiego i wejście do świata dziecka. Jednocześnie jest to jedno z działań rodzica najlepiej służących zdrowemu rozwojowi dziecka. Przyłączanie się do działań dziecka wydłuża czas skupiania się dziecka na danej aktywności i podtrzymuje jego wytrwałość w działaniu (Kmita, 2013; Greenspan, Wieder, 2014; Shanker, 2016).

Rysunek 23. Średnie wskaźniki interakcji dla zmiennej „dopasowanie tempa ruchów do tempa dziecka” ocenianych przez 3 sędziów



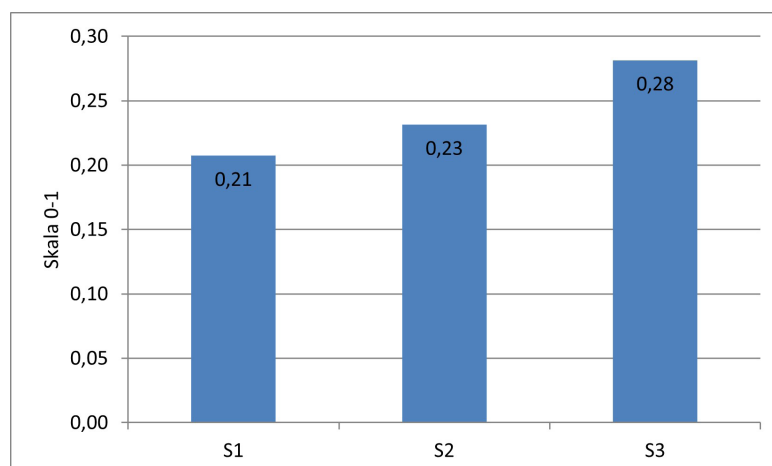
„Dopasowanie tempa ruchów do tempa dziecka” jest wskaźnikiem interakcji, który ukazuje głęboki stopień dostrojenia dorosłego do dziecka w obszarze cielesnym oraz ruchowym. Jest sposobem na uzyskanie synchronii i przyjemności z podzielenia rytmów (Gruszczyk-Kolczyńska, 2009). Nie tylko rodzic wykonuje odpowiednie działania, prawidłowo reagując na sygnały i inicjatywy dziecka, ale także robi to w odpowiednim dla dziecka tempie. Kiedy robimy coś za szybko, może to sprawić, że dziecko nie zauważy naszego działania, może poczuć się oszołomione lub przestraszone nagłymi i szybkimi zachowaniami, rozczarowane zbyt słabą reakcją na swoje działania. Dopasowanie tempa własnych ruchów do tempa ruchów dziecka sprawia, że interakcja zaczyna „płynąć” i można ją nawet przyrównać do tańca (Stern, Beebe, Jaffe, Bennett, 1977; Trevarthen, 2002).

Rysunek 24. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „naprzemiennosc działania” ocenianych przez 3 sędziów



„Naprzemiennosc działania” jest podstawową zasadą interakcyjną. Każdy z partnerów interakcji wnosi swój udział w budowaniu interakcji. Każda inicjatywa oczekuje na potwierdzenie, a każde potwierdzenie domaga się kolejnego działania z drugiej strony. Badacze zwracają uwagę, że jest to tak fundamentalna zasada, że znają ją noworodki, a nawet dzieci przedwcześnie urodzone, a także część zwierząt, przede wszystkim ssaków (Harlow, 1978; Trevaethen, 2007a; Levine, 2022). To niezwykle, że ludzie dość szybko uczą się rezygnować z tej zasady i zaczyna się im wydawać, że ważniejszą i bardziej pożądaną w interakcji jest dominacja. Jest to związane z trudnymi doświadczeniami niedostrojenia dorosłych do dziecka we wczesnych stadiach jego rozwoju, a nie z rzeczywistymi potrzebami człowieka. Każdy z nas pragnie czuć połączenie z innymi, poczucie wspólnoty, a tego można doświadczyć tylko dzięki naprzemiennej równoważnej wymianie w interakcjach. Dlatego też nauczanie rodziców na nowo przemienności w interakcji oraz nauczanie rodziców, że dziecięce propozycje mają taką samą wagę jak ich, jest kwestią niezmiernie ważną (Stern, 1995; Heller, LaPierre, 2010; Kolk van, 2018).

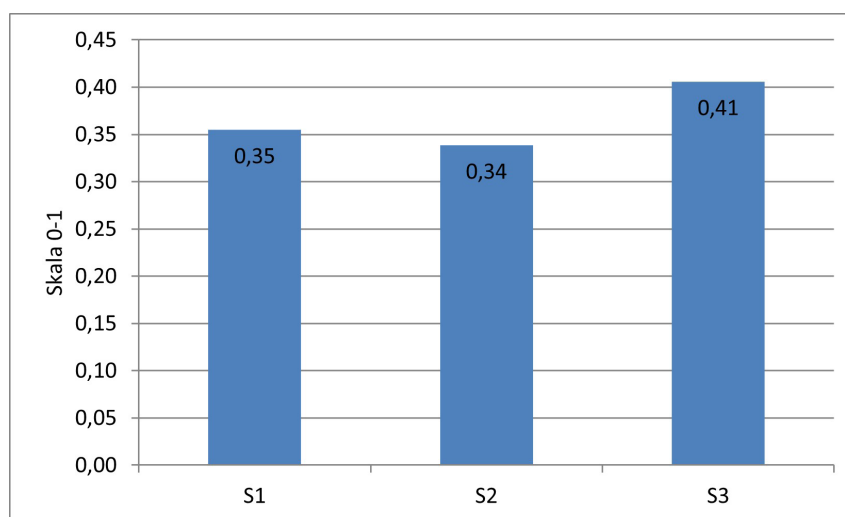
Rysunek 25. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „radość w kontakcie” ocenianych przez 3 sędziów



Ocena „radości w kontakcie” może wydawać się bardzo subiektywna. Sędziowie kompetentni przypisali jej niskie wartości. W mojej ocenie, w nagraniach mało jest przejawów radości rodziców w kontakcie z dzieckiem, szczególnie w pierwszych nagraniach. Natomiast wiele jest takich sytuacji, w których rodzice próbują być radośni, a w rzeczywistości są mocno skupieni na zadaniu i spięci, a nawet smutni. Jedno nagranie interakcji matki z córką jest w tej kwestii szczególnie znamienne. Jest to pierwsze nagranie w tym systemie interakcyjnym. Dominująca w toku interakcji atmosfera wydawała się bardzo napięta i monotonna. Panowała cisza i zarówno matka, jak i dziecko pozostawali w swoistym zatrzymaniu. Matka zaproponowała swojemu małemu dwuletniemu dziecku pewną aktywność, ale bez przekonania, jakby jej myśli były obok. Matka sprawiała wrażenie depresyjnej, a dziecko w odpowiedzi było wycofane z interakcji i rozpraszało swoją uwagę, uruchamiając prawdopodobnie dysocjację jako mechanizm obronny (Heller, LaPierre, 2010).

Przekazanie dziecku głębokiego poczucia, że jest dla rodzica cenne, że kontakt z nim jest dla rodzica wartościowy, dający radość doświadczenia, znacząco wpływa na poczucie własnej wartości dziecka. Jest to przekazywane na tak elementarnym poziomie współdziałania emocji, dostępnym już od pierwszych dni życia, a nawet w życiu prenatalnym, że każde dziecko może odczytać je prawidłowo. Dzieci wtedy „rozkwitają”: stają się bardziej pewne siebie i spokojne, chętne do kontaktu z innymi osobami (Trevarthen, Reddy, 2006).

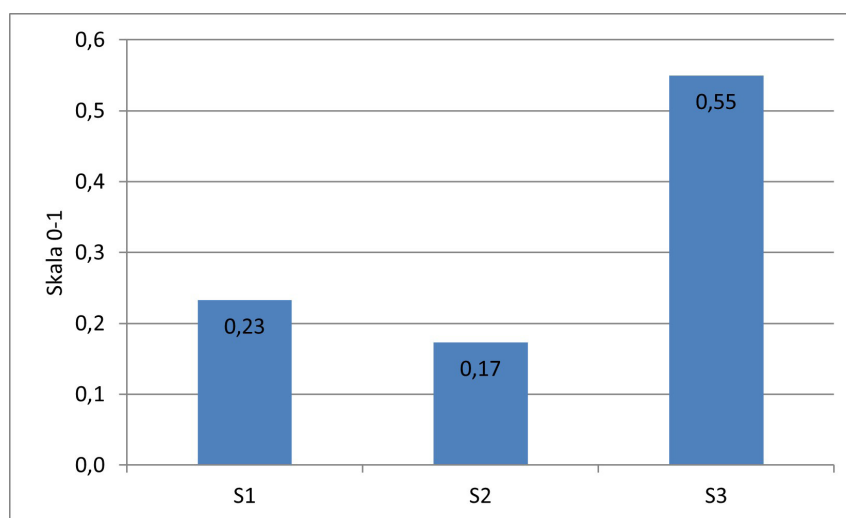
Rysunek 26. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „obecność naprzemiennej wokalizacji / rozmowy” ocenianych przez 3 sędziów



Wskaźnik ukazany na rysunku 26 obejmuje dwa aspekty: ile „mówienia” ogólnie rejestrowano w nagraniach oraz ile potwierdzeń rodzice zastosowali w stosunku do dziecka. Ocena sędziów w tym obszarze była bardzo wyrównana. „Obecność naprzemiennej wokalizacji / rozmowy” trafnie ilustruje jeden fragment interakcji pomiędzy matką a córką z mózgowym porażeniem dziecięcym. Mama dziewczynki od początku powtarzała z podobną melodią i rytmem każdą wokalizację dziecka. Dużo było w tym radosnego bycia razem i odpowiadania sobie, choć zważywszy na aktywność, którą wykonywały wspólnie,

niewielka była możliwość kontaktu twarzą w twarz. Mama i córka przekazywały sobie poczucie bycia połączonymi poprzez naprzemienną wokalizację. Na drugim końcu kontinuum znajdziemy nagranie, w którym matka dziecka zachowywała się odmiennie – wiele mówiła, natomiast dziecko ani werbalnie, ani wokalizacją, ani nawet gestem nie reago- wało na komunikaty werbalne płynące od matki. Dziecko wykonywało polecenia mamy z większą lub mniejszą ochotą, wynosząc z tego jakieś zadowolenie, ale w tej interakcji zabrakło wspólnego przeżywania aktywności.

Rysunek 27. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „trafność reakcji rodzica” ocenianych przez 3 sędziów



„Trafność reakcji rodzica” jest dodatkowym wskaźnikiem interakcyjnym, który od- syła do zachowania rodzica będącego następstwem prawidłowego zinterpretowania ko- munikatu dziecka, niekoniecznie werbalnego. Występowanie tej cechy działania rodzica ma wysoce regulującą wartość dla układu nerwowego dziecka. Dziecko ma poczucie by- cia zrozumianym i przyjętym przez rodzica takim, jakim jest. Co więcej, dziecko zaczyna wtedy postrzegać swoje zachowania oraz stany psychofizyczne jako sensowne i zasadniczo dobre. „Trafność reakcji rodzica” pomaga organizować dziecku swoje zachowanie w spo- sób spójny z zachowaniami opiekunów (Stern, Beebe, Jaffe, Bennett, 1977; Shanker, 2016; Porges, 2021).

Z przedstawionych wyżej analiz wynika, że zachowania interakcyjne rodziców dzieci o zaburzonym rozwoju różniły się w zależności od kategorii zachowania. Pamiętać nale- ży, że rysunki od 12 do 27 przedstawiają wyniki ze wszystkich 18 filmów, czyli łącznie z pierwszych i ostatnich nagrań. Można powiedzieć, że w takich wskaźnikach interakcji jak: „miły ton głosu”, „miły wyraz twarzy” oraz „wyczekiwanie na reakcję dziecka” rodzice wykazywali się swoistą biegłością, osiągając najwyższe wyniki. W takich wskaźnikach in- terakcyjnych jak: „kontakt twarzą w twarz”, „trafność reakcji rodzica”, „naprzemiennosc działania”, „podążanie wzrokiem za wzrokiem dziecka” rodzice mieli trudności, ponieważ

uzyskali w nich najniższe średnie wskaźniki interakcji od wszystkich 3 sędziów. Może to także oznaczać, że te wskaźniki były najtrudniejsze do oceny przez sędziów z racji wysokiego stopnia nieokreśloności. Niektóre filmy były gorszej jakości, przede wszystkim te przegrywane przed dokonaniem oceny przez sędziów kompetentnych z kaset VHS na płyty DVD. Wszystkie nagrania były nagraniami z kamery amatorskiej – „z ręki”, więc czasem obraz się poruszał lub na chwilę osoby nagrywane zniknęły z pola widzenia kamery. Były to też nagrania z tylko jednej kamery, co zdecydowanie utrudniało ocenę zachowania dwóch podmiotów interakcji jednocześnie.

5.1.2. Porównanie zbiorcze zmian w porozumiewaniu się rodziców z dziećmi w następstwie zastosowania Wideotreningu Komunikacji

Poniżej przedstawiam zbiorcze porównanie średnich ocen dla wszystkich średnich wskaźników interakcji między pierwszym i ostatnim nagraniem Wideotreningu Komunikacji (Tabela 19). Na rysunkach 28 i 29 przedstawiono wyniki porównawcze średnich wskaźników interakcji między pierwszym a drugim nagraniem pogrupowane dla kategorii „obdarzenie dziecka uwagą” oraz „dostrajanie się do zachowania dziecka”.

Średni wskaźnik interakcji dla pierwszego i ostatniego nagrania oraz każdej zmiennej wyznaczony został jako średnia ocena 3 sędziów z 9 nagranych filmów. Celem porównania średnich wskaźników interakcji między pierwszym i ostatnim nagraniem w diadach dla każdej zmiennej użyto testu kolejności par Wilcoxon (test dla dwóch prób zależnych). Wartości uzyskane dla nagrań zaznaczono na wykresach kolorami. Dla pierwszego nagrania treningu jest to zawsze kolor niebieski, a dla ostatniego nagrania kolor czerwony.

Tabela 19. Średnie wraz z odchyleniami standardowymi wskaźników interakcji między pierwszym i ostatnim nagraniem dla każdej zmiennej oraz wyniki testu kolejności par Wilcoxon

Wszyscy sędziowie						
Zmienna	pierwsze nagranie n=27		ostatnie nagranie n=27		Test kolejności par Wilcoxon	
	Średnia	Odch. std.	Średnia	Odch. std.	Z	P
Kontakt wzrokowy	0,21	0,26	0,34	0,32	2,19	0,0284*
Spoglądanie w kierunku dziecka	0,67	0,34	0,79	0,26	1,40	0,1627
Miły wyraz twarzy	0,58	0,33	0,63	0,33	0,60	0,5485
Uśmiech	0,36	0,32	0,41	0,32	1,07	0,2840
Miły ton głosu	0,74	0,29	0,84	0,25	1,56	0,1192
Kontakt twarzą w twarz	0,17	0,20	0,21	0,27	0,60	0,5461
Podążanie wzrokiem	0,14	0,20	0,47	0,35	3,28	0,0010*

Wszyscy sędziowie						
Zmienna	pierwsze nagranie n=27		ostatnie nagranie n=27		Test kolejności par Wilcoxon	
	Średnia	Odch. std.	Średnia	Odch. std.	Z	P
Mówienie tak	0,43	0,31	0,43	0,32	0,10	0,9224
Nazywanie potwierdzające	0,44	0,38	0,52	0,32	0,84	0,3993
Wyczekiwanie na reakcję dziecka	0,47	0,30	0,55	0,33	0,83	0,4042
Przyłączanie się do działań dziecka	0,22	0,23	0,43	0,26	2,89	0,0039*
Dopasowanie tempa ruchów do dziecka	0,36	0,29	0,60	0,28	2,84	0,0045*
Naprzemiennosc działania	0,25	0,25	0,29	0,26	0,40	0,6894
Radość w kontakcie	0,20	0,23	0,28	0,29	1,25	0,2124
Obecność wokalizacji / rozmowy	0,43	0,34	0,31	0,34	1,16	0,2472
Trafność reakcji rodzica	0,21	0,26	0,43	0,34	2,69	0,0071*

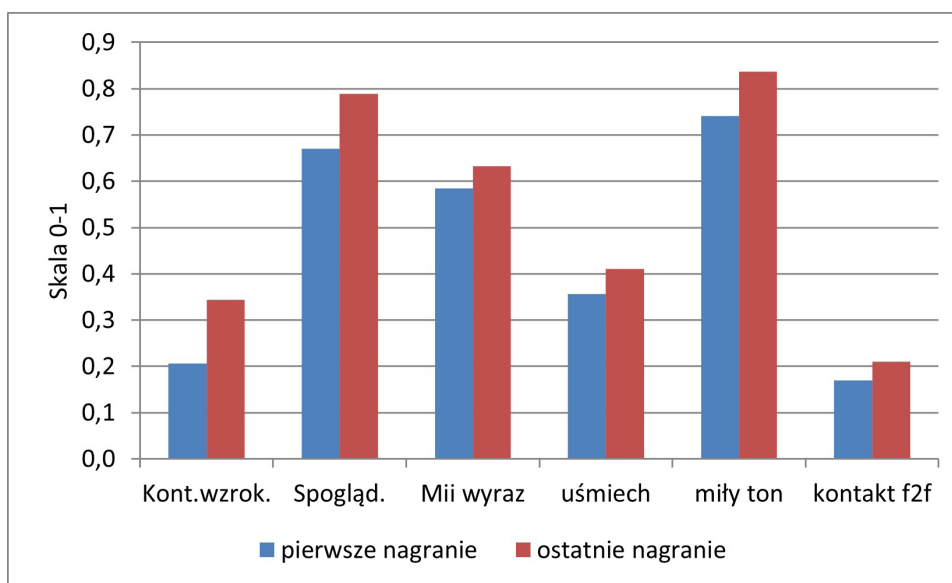
Legenda: * – istotny statystycznie, $p < 0,05$

W przypadku wszystkich sędziów średnie wskaźniki interakcji były wyższe w ostatnim nagraniu w porównaniu z pierwszym nagraniem prawie dla każdej zmiennej oprócz zmiennej „obecność wokalizacji / rozmowy”. Dla zmiennej „obecność wokalizacji / rozmowy” średni wskaźnik interakcji był wyższy w pierwszym niż w ostatnim nagraniu.

Istotnie statystycznie różnice między pierwszym a ostatnim nagraniem wystąpiły dla zmiennych:

- kontakt wzrokowy ($p=0,0284$),
- podążanie za wzrokiem dziecka ($p=0,0010$),
- przyłączanie się do działań dziecka ($p=0,0039$),
- dopasowanie tempa ruchów do ruchów dziecka ($p=0,0045$),
- trafność reakcji rodzica ($p=0,0071$).

Rysunek 28. Średnie wskaźników interakcji między pierwszym i ostatnim nagraniem w pierwszej podgrupie zmiennych „obdarzenie dziecka uwagą”

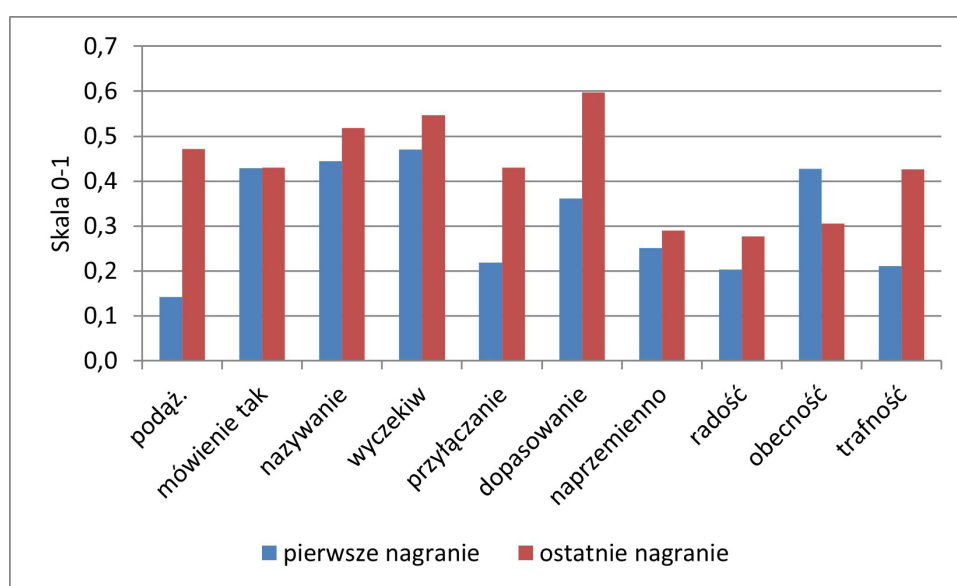


Na rysunku 28 można zauważyć, że wszystkie przedstawione zmienne z podgrupy zmiennych „obdarzenie dziecka uwagą” osiągnęły wyższe wartości w ostatnim nagraniu w stosunku do nagrania pierwszego. Natomiast Tabela 18 wskazuje, że tylko jedna zmienna „kontakt wzrokowy” ($p=0,0284$) osiągnęła istotną statystycznie różnicę pomiędzy nagraniem ostatnim a pierwszym. Może wydawać się to zaskakujące w kontekście informacji z podrozdziału 5.1.1, a mianowicie, że ilość zaobserwowanego przez sędziów kompetentnych „kontaktu wzrokowego” jest stosunkowo niska w porównaniu z innymi zmiennymi. Przy uważnym przyjrzeniu się powyższemu rysunkowi można zauważyć, że tylko „kontakt twarzą w twarz” prezentuje się niżej na skali. Tym bardziej więc uzyskany wynik jest tak znaczący, ponieważ zaszła zmiana statystycznie istotna przy niższych wartościach cechy. Właśnie ta zmiana skłania mnie do wniosku, że skoro pozostałe elementy „obdarzenia dziecka uwagą” także wzrosły, ale tylko wzrost „kontaktu wzrokowego” był istotny statystycznie, to właśnie ta cecha jest kluczowa dla zmian, które zaszły w interakcji rodzice–dzieci podczas zastosowania Wideotreningu Komunikacji w rodzinach.

Może być tak, że pozytywna zmiana, która zaszła w rodzicach, sprawia, że ich komunikaty są odbierane przez dzieci jako bardziej spójne i prawdziwie pozytywne. „Spoglądanie na dziecko”, „miły wyraz twarzy”, „uśmiech”, „miły ton głosu” są w ostatnim nagraniu współbrzmiającymi elementami niosącymi ze sobą więcej przyjaznej atmosfery i afirmacji ze strony rodzica, dlatego dzieci częściej odpowiadają kontaktem wzrokowym, zamiast próbować schować się przed spojrzeniem rodzica i jego dominacyjnym zachowaniem. Dziecko czuje się ważne w oczach rodzica i odważa się odsłonić przed nim swoją twarz, nawiązać więź, którą daje kontakt wzrokowy, ponieważ nie odbiera go jako zagrażającego. Możliwe jest również, że rodzice są teraz o wiele bardziej uważni na sygnały wysyłane przez dziecko i częściej odpowiadają na spontaniczne próby nawiązania kontaktu przez

dzieci. A zwrótnie dzieci robiły to częściej, skoro przekonały się, że ten ważny kanał komunikacyjny, jakim jest kontakt wzrokowy, jest otwarty i nie trzeba obawiać się rodziców w tym aspekcie. Być może rodzice po treningu lepiej respektowali dziecięce granice, rezygnowali z intensywnego wpatrywania się i przybliżania twarzy do twarzy w sytuacjach, gdy nie służyłby on budowaniu bliskości, ale miał na celu wymuszenie uwagi czy posłuszeństwa. To byłoby jedno z pozytywnych wyjaśnień, dlaczego ilość zaobserwowanego przez sędziów kompetentnych „kontaktu wzrokowego” jest stosunkowo niska. Kolejną przyczyną może być to, że rodzice podejmowali aktywności skupione wokół konkretnego współdziałania na przedmiotach, na przykład: gry, układanki, pieczenie ciasta.

Rysunek 29. Średnie wskaźniki interakcji między pierwszym i ostatnim nagraniem w drugiej podgrupie zmiennych „dostrajanie się do zachowania dziecka”



Dane zamieszczone na rysunku 29 wykazują, że wszystkie przedstawione zmienne z podgrupy zmiennych „dostrajanie się do zachowania dziecka” osiągnęły wyższe wartości w ostatnim nagraniu w stosunku do nagrania pierwszego. Tabela 18 wskazuje, że w tej kategorii zmiennych aż cztery z nich różniły się na poziomie istotnym statystycznie w nagraniu ostatnim w porównaniu z pierwszym. Były to: „podążanie za wzrokiem dziecka” ($p=0,0010$), „przyłączanie się do działań dziecka” ($p=0,0039$), „dopasowanie tempa ruchów do ruchów dziecka” ($p=0,0045$) oraz „trafność reakcji rodzica” ($p=0,0071$). W analizach wskaźników przedstawionych w podrozdziale 5.1.1 zostało wskazane, jak ważne są właśnie te zmienne dla dostrajania się do dziecka i budowania z nim pozytywnej relacji. Są to wskaźniki interakcyjne wymagające zmiany postawy rodzica względem dziecka i rzadko rodzice są w stanie spontanicznie czy samodzielnie zmianę tę uzyskać. Częściej wymaga to pozytywnego treningu komunikacyjnego i wykonania przez rodzica określonej pracy.

W mojej osobistej ocenie, po zapoznaniu się z materiałem filmowym, prawie wszyscy rodzice (poza 1 wyjątkiem) na pierwszym nagraniu zamiast dostrajania się do dziecka

oczekiwali, że to dziecko dopasuje się do nich. Byli przekonani, że to oni muszą zaproponować tak interesującą aktywność, że dziecko za nimi podąży. Byli zdenerwowani i przez pierwsze minuty próbowali „dobrze wykonać” swoje zadanie. W ostatnich nagraniach momenty dopasowywania się do dziecka oraz momenty dyrektywności rodziców przeplatają się już w większości systemów interakcyjnych. Właściwie ten odwrotny kierunek rodzicielskiego działania jest obecny we wszystkich filmach oprócz jednego. W tym ostatnim nagraniu diady mama–syn można zaobserwować wyraźnie dominującą werbalnie mamę, która jest ze swoim synem zaangażowana w pewną stolikową aktywność. To, co w tym systemie interakcyjnym zmieniło się podczas treningu, to ogólny klimat emocjonalny interakcji, który stał się łagodniejszy i swobodniejszy. Dla zobrazowania zmian, jakie w „dostrajaniu się do dziecka” mogą zajść w wyniku zastosowania Wideotreningu Komunikacji, przywołam w tym miejscu znamieny fragment z zarejestrowanych nagrań wideotreningowych. Było to ostatnie nagranie tego systemu interakcyjnego. Poniżej przytaczam opis interakcji matki z dwoma synami (ok. 4 i 2 lata):

Matka siedzi na podłodze w swoim domu, synowie są obok i budują razem budowlę z klocków. Mama jest spokojna i lekko uśmiechnięta, choć widać również zmęczenie na jej twarzy. Powtarza za dziećmi ich wokalizacje i komunikaty. Siedząc obok budowli z klocków, jest gotowa pomagać chłopcom, ale nie prowadzi zabawy. Zachęca swojego syna do budowania, ale kiedy on odchodzi, nie strofuje go. Kiedy po pewnej chwili syn wraca, od razu go zauważa i proponuje przyłączenie się do wspólnej zabawy. Bardzo płynnie przechodzi w komunikacji od starszego do młodszego syna i na odwrót. Dzieci wyglądają na swobodne i zrelaksowane. Kiedy chcą, przychodzą na chwilę przytulić się do mamy, a potem wracają do zabawy. Mama uważnie nazywa potwierdzająco i pomaga raz młodszemu, raz starszemu chłopcu. Podczas 7-minutowego nagrania nie ma żadnej trudniejszej sytuacji ani nieporozumienia, które urosłoby do rangi problemu.

Na podstawie uzyskanych danych przytoczonych powyżej można wnioskować, że główna hipoteza H1 dotycząca wskaźników interakcji komunikacyjnych potwierdziła się:

Wskaźniki interakcji komunikacyjnych rodziców w stosunku do dzieci o zaburzonym rozwoju zarejestrowane w ostatnim nagraniu Wideotreningu Komunikacji są wyższe niż wskaźniki interakcji komunikacyjnych rodziców w stosunku do dzieci o zaburzonym rozwoju zarejestrowane w pierwszym nagraniu Wideotreningu Komunikacji dla każdej zmiennej oprócz zmiennej „obecność wokalizacji / rozmowy”.

5.1.3. Analiza zmian w komunikowaniu się rodziców z dziećmi w ramach poszczególnych systemów interakcyjnych

Do porównania średnich wskaźników interakcji między pierwszym i ostatnim nagraniem Wideotreningu Komunikacji w poszczególnych systemach interakcyjnych w dwóch podgrupach zmiennych użyto testu znaków (test dla dwóch prób zależnych). Pierwsza podgrupa to „obdarzenie dziecka uwagą”, a druga „dostrajanie się do zachowania dziecka”. Średni wskaźnik interakcji dla każdej z par nagrań i każdej zmiennej

wyznaczony został jako średnia ocena 3 sędziów. Wyniki zostały przedstawione najpierw zbiorczo w ujęciu tabelarycznym, a następnie, aby były bardziej czytelne, w ujęciu graficznym dla każdej kategorii wskaźników osobno. Przed omówieniami materiału filmowego dołączono również dodatkowe informacje dla każdego z systemów interakcyjnych: dane opisowe dziecka, rodziców, samego Wideotreningu Komunikacji i trenerów oraz odpowiedzi rodziców i trenerek na pytania otwarte o subiektywną ocenę zmiany uzyskaną poprzez zastosowanie metody Wideotreningu Komunikacji. Należy dodać, że w przytoczonych fragmentach ankiety zachowano oryginalną pisownię.

Numery zostały nadane nagraniom, tak aby dodatkowo ukryć dane osobowe oraz który jest 1, a który ostatnim nagraniem. I tak, 12 filmów ma numery: 3, 5, 6, 9, 11, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 23. Pierwsze filmy to: 3, 5, 14, 16, 20, 22, a ostatnie to: 6, 9, 11, 17, 19, 21, 23. Numer filmu podany w nawiasach widnieje na objaśnieniach wykresów. Ponownie dla ułatwienia poszczególne profile wartości dla wskaźników interakcyjnych zaznaczono kolorami. Dla pierwszego nagrania w treningu jest to zawsze kolor niebieski, a dla ostatniego nagrania kolor czerwony.

Choć wydawałoby się to najbardziej naturalne, żeby właśnie tu umieścić opisy fragmentów z nagrań filmowych, nie zostanie to uczynione. Fragmenty nagrań omówiono w podrozdziałach 5.1.1 oraz 5.1.2 dla zilustrowania uzyskanych wyników badań. Decyzję taką podjęłam, chcąc chronić anonimowość dzieci i ich rodzin. Opisy konkretnych nagrań filmowych łącznie z danymi zawartymi w 13 punktach opisowych, mogłyby zwiększyć szansę identyfikacji danej rodziny, a tego chciałabym uniknąć. Wielokrotnie zapewniałam rodziców o aminowości nagrań i wiem, jaki wewnętrzny opór musieli pokonać, żeby odważyć się na przekazanie mi materiału filmowego.

1. System interakcyjny

1. Dziewczynka: 2 lata, opóźniony rozwój mowy
2. Matka: 25 lat, wykształcenie wyższe
3. Ojciec: 26 lat, wykształcenie średnie
4. Udział w nagraniach: matka
5. Wideotrening Komunikacji: czas trwania – 3 miesiące, ilość sesji – 10
6. Terapeuta: kobieta, lat 28, 1 rok stażu pracy
7. Dlaczego rodzice zdecydowali się na Wideotrening Komunikacji?
„Chcieliśmy nauczyć się lepszej formy kontaktu i bliskości ze swoim dzieckiem.”
8. Zadowolenie ze spotkań z trenerem: bardzo wysokie
9. Ogólna ocena treningu: udany
10. Jakie korzyści rodzice widzą z uczestnictwa w treningu?
Matka: „nauczyłam się pozytywnej relacji z dzieckiem, zabawy”
Ojciec: „nauczyłem się jakie dziecko ma wobec mnie oczekiwania, zabawy z nim”
11. Jakie zmiany terapeuta widzi u dziecka?

W zachowaniu: „duże postępy w rozwoju psychomotorycznym, bardziej zaangażowana w relacji z matką, zaczęła szukać aktywnie kontaktu z nią, uśmiechała się, nawiązywała kontakt wzrokowy”

W zdolnościach komunikacyjnych: „częstszy kontakt wzrokowy, szukanie mamy wzrokiem, uśmiech w kontakcie”

12. Uwagi dodatkowe: brak

Przedstawione powyżej informacje są bardzo spójne. Rodzina doświadczyła intensywnego 3-miesięcznego treningu. Obydwoje rodzice byli zaangażowani w przeprowadzany w rodzinie trening, choć ojciec nie brał udziału w nagraniach. Ich celem było osiągnięcie lepszego kontaktu ze swoim dzieckiem oraz nauczenie się, jakie są potrzeby dziecka. Dziecko mające opóźniony rozwój mowy dodatkowo jakby „znikało w relacji”. Po treningu dziewczynka otworzyła się na relację z matką, a kontakt z nią sprawiał jej przyjemność. W rodzinie pojawiła się znacznie bardziej radosna i swobodna atmosfera.

13. Porównanie pierwszego (nr 18) i ostatniego (nr 6) nagrania z Wideotreningu Komunikacji

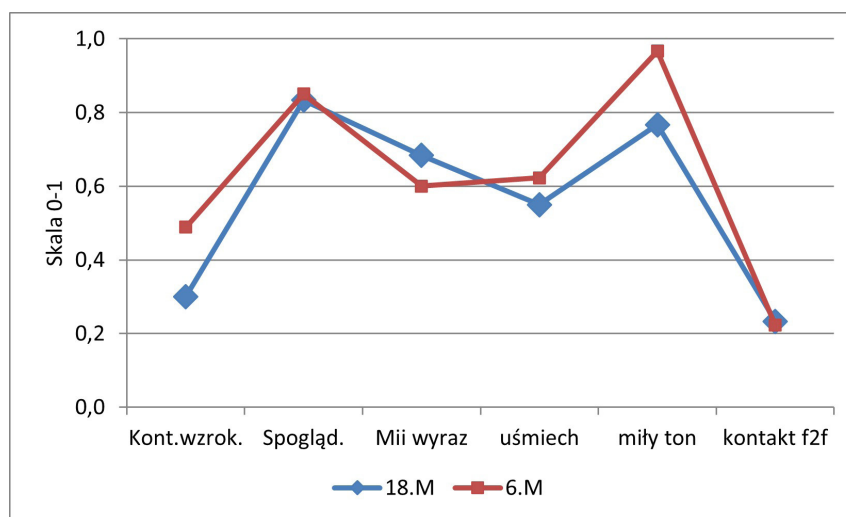
Tabela 20. Średnie wraz z odchyleniami standardowymi wskaźników interakcji między nagraniami nr 18 i nr 6 w dwóch podgrupach zmiennych oraz wyniki testu znaków

Zmienna	18.M n=3		6.M n=3		Test znaków	
	Średnia	Odch. std.	Średnia	Odch. std.	Z	P
Kontakt wzrokowy	0,30	0,26	0,49	0,23	0,00	1,0000
Spoglądanie w kierunku dziecka	0,83	0,29	0,85	0,13		
Miły wyraz twarzy	0,68	0,16	0,60	0,30		
Uśmiech	0,55	0,18	0,62	0,18		
Miły ton głosu	0,77	0,25	0,97	0,06		
Kontakt twarzą w twarz	0,23	0,25	0,22	0,25		
Podążanie wzrokiem	0,13	0,23	0,42	0,52	2,69	0,0071*
Mówienie tak	0,25	0,43	0,66	0,21		
Nazywanie potwierdzające	0,13	0,23	0,34	0,35		
Wyczekiwanie na reakcję dziecka	0,50	0,50	0,51	0,47		
Przyłączanie się do działań dziecka	0,13	0,23	0,32	0,17		
Dopasowanie tempa ruchów do dz.	0,27	0,46	0,73	0,12		
Naprzemienność działania	0,13	0,23	0,37	0,34		
Radość w kontakcie	0,00	0,00	0,21	0,04		
Obecność wokalizacji / rozmowy	0,00	0,00	0,23	0,24		
Trafność reakcji rodzica	0,13	0,23	0,36	0,17		

Legenda: * – istotny statystycznie, $p < 0,05$

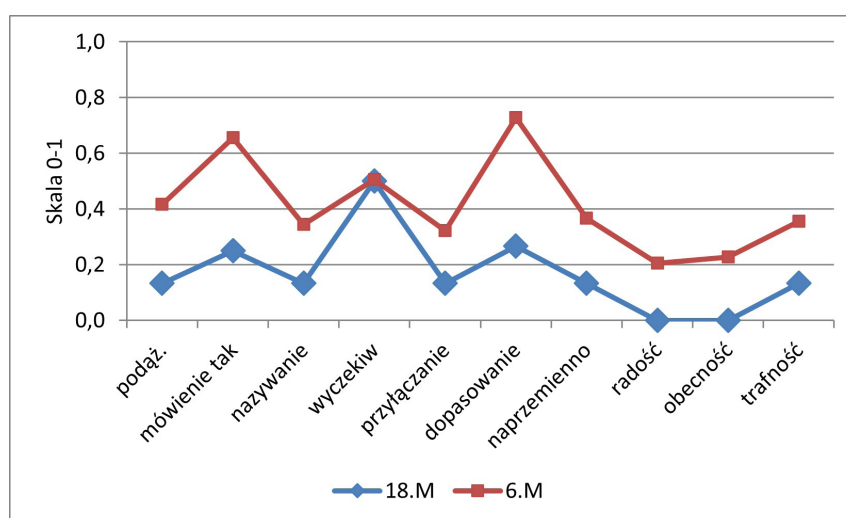
Między nagraniem nr 18 a nr 6 istotna statystycznie różnica w ocenie sędziów wystąpiła dla drugiej podgrupy zmiennych ($p=0,0071$). Średnie wskaźniki interakcji były wyższe w ostatnim nagraniu niż pierwszym dla każdej zmiennej w tej podgrupie, oprócz „wyczekiwania na reakcję dziecka”. Dla pierwszej podgrupy zmiennych test znaków nie wykazał istotnych statystycznie różnic w ocenie sędziów ($p>0,05$).

Rysunek 30. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 18 i nr 6 w pierwszej podgrupie zmiennych „obdarzanie uwagą dziecka”



Umiejętności matki oceniane przez sędziów kompetentnych w pierwszej podgrupie zmiennych nie różniły się znacząco pomiędzy pierwszym a ostatnim nagraniem. Jediną wyżej ocenioną umiejętnością był „miły ton głosu”.

Rysunek 31. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 18 i nr 6 w drugiej podgrupie zmiennych „dostrajanie się do zachowania dziecka”



W drugiej podgrupie zmiennych „dostrajanie się do zachowania dziecka” matka w spójnej ocenie sędziów uzyskała istotnie statystycznie wyższe wyniki w ostatnim nagraniu niż w pierwszym, prawie we wszystkich wskaźnikach interakcyjnych poza „wyczekiwaniem na reakcję dziecka”. To drugi najlepszy wynik uzyskany odnośnie do ilości podwyższonych wskaźników interakcji uzyskanych w badaniu u jednej osoby badanej. Można by go wytłumaczyć tym, że matka znacząco zwiększyła swoje zdolności porozumiewania się z dzieckiem i współbrzmienia w relacji z dzieckiem.

2. system interakcyjny

1. Chłopiec: 5 lat, autyzm
2. Matka: 34 lata, wykształcenie wyższe
3. Ojciec: brak danych
4. Udział w nagraniach: matka
5. Wideotrening Komunikacji: czas trwania – 10 miesięcy, ilość sesji – 17
6. Terapeuta: kobieta, lat 45, 22 lata stażu pracy
7. Dlaczego rodzice zdecydowali się na Wideotrening Komunikacji?

„Chcieliśmy pomóc synowi w komunikacji, ucząc go prawidłowego postępowania podczas zabawy i spędzania chwil z nami.”

8. Zadowolenie ze spotkań z trenerem: bardzo wysokie
9. Ogólna ocena treningu: udany
10. Jakie korzyści rodzice widzą z uczestnictwa w treningu?

Matka: „Była to nauka dla syna i dla nas. Zabawa z synem stała się radością i dla nas, i dla syna. Zaczął dostrzegać, kto jest z nim, kto się z nim bawi, kto z nim idzie. Coraz częściej i na dłużej nawiązuje kontakt wzrokowy. Po VIT pojawiło się naśladownictwo, którego wcześniej było bardzo mało.”

Ojciec: brak danych

11. Jakie zmiany terapeuta widzi u dziecka?

W zachowaniu: „pogodniejszy, mniej zachowań negatywnych, obserwowanie ludzi, towarzyszenie mamie w codziennych czynnościach, wokalizacja, pojawiły się zabawy z rodzicami”

W zdolnościach komunikacyjnych: „zdecydowanie częściej inicjował kontakt, nawiązywał i utrzymywał kontakt wzrokowy, kierował komunikaty do konkretnej osoby, wyróżnianie znanych osób, rozpoznawanie”

12. Uwagi dodatkowe: dopisek matki

„Uważam, że wideotrening komunikacji prowadzony przez profesjonalną osobę (z którą mieliśmy szczęście współpracować) jest jedyną skuteczną metodą, aby pomóc dziecku, jak i ich rodzicom w komunikacji i tym samym poznaniu siebie nawzajem.”

Przedstawione powyżej informacje są bardzo optymistyczne. Rodzina doświadczyła intensywnego, bo składającego się z aż 17 sesji treningu w przeciągu 10 miesięcy. Z opisu wynika, że dziecko znajdowało się bardzo nisko na kontinuum spektrum autystycznego, skoro, mając 5 lat, nie rozpoznawał osób, nie nawiązywało kontaktu wzrokowego ani nie występowała u niego imitacja oraz obserwowanie ludzi. W tym kontekście zrozumiałą jest dla mnie dopisek matki o pełnym przekonaniu do metody Wideotreningu Komunikacji, skoro tak bardzo w jej ocenie oraz ocenie trenerki im pomógł. Jest to tym cenniejsze, że przywołane zostały konkretne umiejętności: wokalizacja, towarzyszenie, zainteresowanie innymi osobami, inicjowanie kontaktu, utrzymywanie kontaktu wzrokowego. Mama chłopca mówi o pojawieniu się radości w relacji z synem.

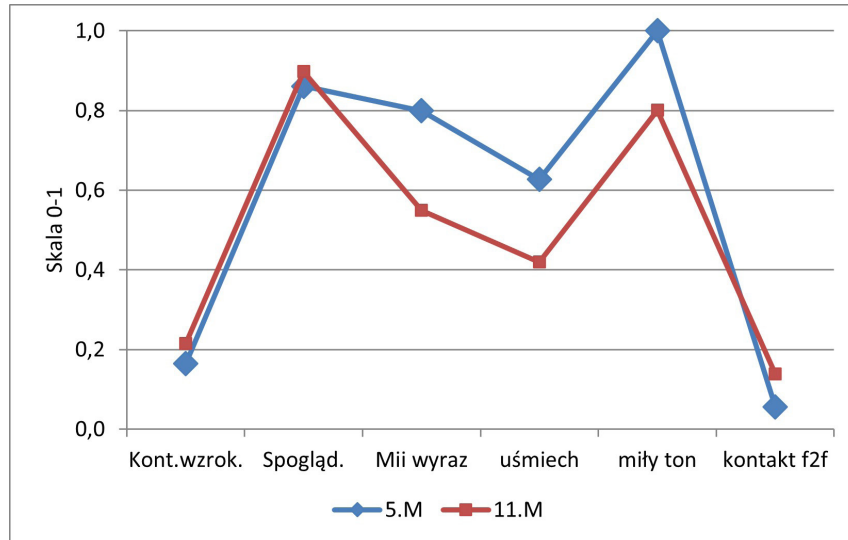
13. Porównanie pierwszego (nr 5) i ostatniego (nr 11) nagrania z Wideotreningu Komunikacji

Tabela 21. Średnie wraz z odchyleniami standardowymi wskaźników interakcji między nagraniami nr 5 i nr 11 w dwóch podgrupach zmiennych oraz wyniki testu znaków

Zmienna	5.M n=3		11.M n=3		Test znaków	
	Średnia	Odch. std.	Średnia	Odch. std.	Z	P
Kontakt wzrokowy	0,16	0,11	0,22	0,03	0,75	0,4533
Spoglądanie w kierunku dziecka	0,86	0,13	0,90	0,09		
Miły wyraz twarzy	0,80	0,12	0,55	0,30		
Uśmiech	0,63	0,11	0,42	0,04		
Miły ton głosu	1,00	0,00	0,80	0,23		
Kontakt twarzą w twarz	0,06	0,10	0,14	0,14		
Podążanie wzrokiem	0,18	0,21	0,56	0,26	0,00	1,0000
Mówienie tak	0,48	0,21	0,51	0,30		
Nazywanie potwierdzające	0,84	0,22	0,42	0,39		
Wyczekiwanie na reakcję dziecka	0,61	0,30	0,72	0,29		
Przyłączanie się do działań dziecka	0,21	0,06	0,31	0,17		
Dopasowanie tempa ruchów do dz.	0,40	0,23	0,66	0,30		
Naprzemiennność działania	0,40	0,27	0,34	0,25		
Radość w kontakcie	0,13	0,13	0,08	0,14		
Obecność wokalizacji / rozmowy	0,22	0,08	0,19	0,05		
Trafność reakcji rodzica	0,15	0,13	0,37	0,26		

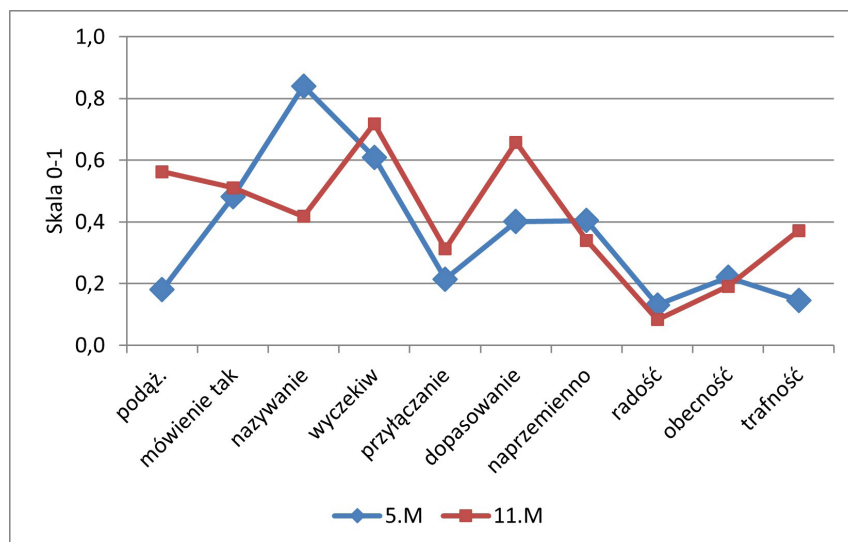
Między nagraniem nr 5 a nr 11 test znaków nie wykazał istotnych statystycznie różnic w ocenie sędziów ani dla pierwszej, ani dla drugiej podgrupy zmiennych ($p>0,05$).

Rysunek 32. Średnie wskaźniki interakcji między nagraniami nr 5 i nr 11 w pierwszej podgrupie zmiennych „obdarzenie dziecka uwagą”



Umiejętności matki oceniane przez sędziów kompetentnych w pierwszej podgrupie zmiennych nie różniły się znacząco pomiędzy pierwszym a ostatnim nagraniem. Wyżej ocenionymi umiejętnościami były: „miły wyraz twarzy”, „uśmiech” i „miły ton głosu”. W połączeniu z uzyskanymi informacjami ankietowymi można stwierdzić, że w ocenie tej matki był to znaczący postęp. Być może był to początek doświadczania przez nią większej lekkości i radości w kontakcie z synem.

Rysunek 33. Średnie wskaźniki interakcji między nagraniami nr 5 i nr 11 w drugiej podgrupie zmiennych „dostrajanie się do zachowania dziecka”



W drugiej podgrupie zmiennych „dostrajanie się do zachowania dziecka” matka nie uzyskała znacząco różniących się wyników w pierwszym i ostatnim nagraniu. Wyżej ocenionymi umiejętnościami były: „nazywanie”, „dopasowywanie tempa ruchu do ruchów dziecka” oraz „trafność reakcji”. Są to ważne umiejętności świadczące o wzroście swobody w relacji z synem oraz wzroście zdolności do koncentrowania się na jego osobie i sygnałach przez niego wysyłanych.

3. system interakcyjny

1. Dziewczynka: 6 lat, mózgowe porażenie dziecięce
2. Matka: 36 lat, wykształcenie średnie
3. Ojciec: brak danych
4. Udział w nagraniach: matka
5. Wideotrening Komunikacji: czas trwania – 12 miesięcy, ilość sesji – 12
6. Terapeuta: kobieta, lat 45, 22 lata stażu pracy
7. Dlaczego rodzice zdecydowali się na Wideotrening Komunikacji? brak danych
8. Zadowolenie ze spotkań z trenerem: bardzo wysokie
9. Ogólna ocena treningu: udany
10. Jakie korzyści rodzice widzą z uczestnictwa w treningu?

Matka: zdecydowana poprawa

11. Jakie zmiany terapeuta widzi u dziecka?

W zachowaniu: „zdecydowanie spokojniejsze i uważniejsze, dłuższy czas skupiania uwagi na osobach i czynnościach, prosi o pomoc, współpracuje z mamą, okazuje jej dużo pozytywnych uczuć, z własnej inicjatywy, a także na prośbę aktywnie uczestniczy w codziennych czynnościach”

W zdolnościach komunikacyjnych: „nawiązuje i utrzymuje kontakt, domaga się kontaktu *twarzą w twarz*, komunikuje się prostymi zdaniami – mowa ma charakter funkcjonalny, uważnie słucha mamy, wchodzi w dialog z dorosłymi i dziećmi”

12. Uwagi dodatkowe: brak

Przedstawione powyżej informacje uwidaczniają znaczącą poprawę w zachowaniu oraz zdolnościach komunikacyjnych dziecka. Matka i córka uczestniczyły w dłuższym, bo rocznym umiarkowanie intensywnym treningu. Na pewno w przypadku zaburzenia rozwoju u dziewczynki – mózgowego porażenia dziecięcego wskazane było prowadzenie wideotreningu w tak długim okresie czasu. Efekty zauważane przez trenerkę matka podsumowuje mocnym stwierdzeniem: „zdecydowana poprawa”. W opisach trenerki szczególnie godne uwagi wydaje się stwierdzenie, że dziewczynka domaga się kontaktu *twarzą w twarz*. Wydaje się, że dziewczynka doświadczyła swoistego przebudzenia i pomimo swoich znacznych ograniczeń tworzy z matką ciepłą i pełną współpracy więź.

13. Porównanie pierwszego (nr 16) i ostatniego (nr 9) nagrania z Wideotreningu Komunikacji

Tabela 22. Średnie wraz z odchyleniami standardowymi wskaźników interakcji między nagraniami nr 16 i nr 9 w dwóch podgrupach zmiennych oraz wyniki testu znaków

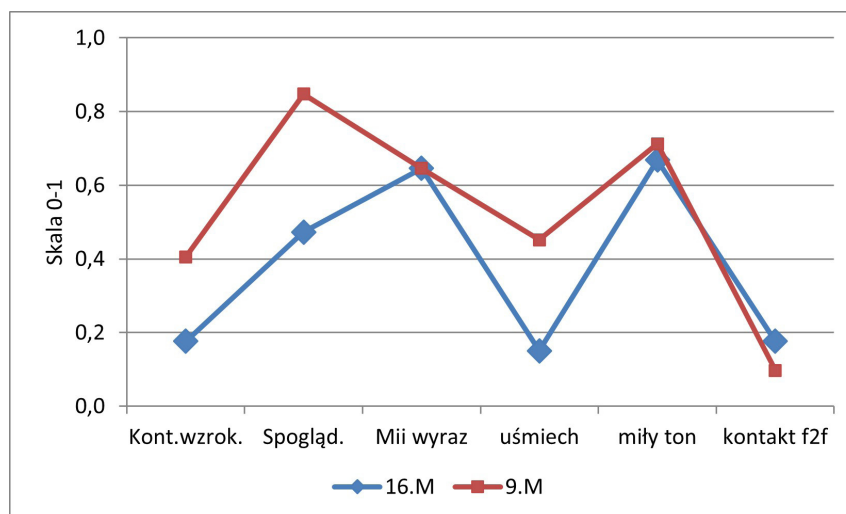
Zmienna	16.M n=3		9.M n=3		Test znaków	
	Średnia	Odch. std.	Średnia	Odch. std.	Z	P
Kontakt wzrokowy	0,18	0,09	0,41	0,34	2,12	0,0339*
Spoglądanie w kierunku dziecka	0,47	0,10	0,85	0,20		
Miły wyraz twarzy	0,65	0,25	0,65	0,56		
Uśmiech	0,15	0,10	0,45	0,46		
Miły ton głosu	0,67	0,18	0,71	0,44		
Kontakt twarzą w twarz	0,18	0,09	0,10	0,09		
Podążanie wzrokiem	0,13	0,01	0,41	0,47	0,37	0,7103
Mówienie tak	0,60	0,26	0,34	0,44		
Nazywanie potwierdzające	0,68	0,38	0,58	0,02		
Wyczekiwanie na reakcję dziecka	0,54	0,38	0,56	0,24		
Przyłączanie się do działań dziecka	0,52	0,24	0,56	0,15		
Dopasowanie tempa ruchów do dz.	0,65	0,25	0,62	0,06		
Naprzemienność działania	0,32	0,09	0,37	0,20		
Radość w kontakcie	0,22	0,09	0,34	0,30		
Obecność wokalizacji / rozmowy	0,53	0,14	0,91	0,09		
Trafność reakcji rodzica	0,21	0,26	0,34	0,44		

Legenda: * – istotny statystycznie, $p < 0,05$

Między nagraniem nr 16 a nr 9 istotna statystycznie różnica w ocenie sędziów wystąpiła dla pierwszej podgrupy zmiennych ($p = 0,0339$). Średnie wskaźniki interakcji były wyższe w ostatnim nagraniu niż pierwszym dla zmiennych: „kontakt wzrokowy”, „spoglądanie w kierunku dziecka”, „uśmiech”, „miły ton głosu”.

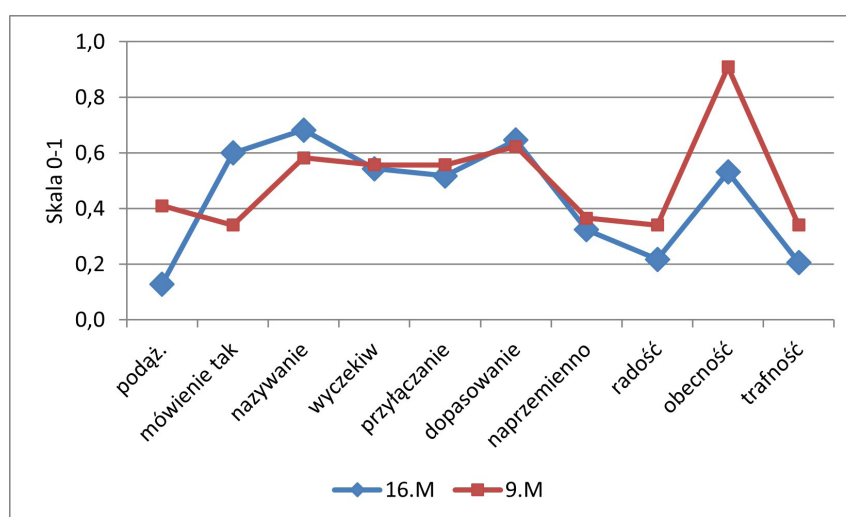
Dla drugiej podgrupy zmiennych test znaków nie wykazał istotnych statystycznie różnic w ocenie sędziów ($p > 0,05$).

Rysunek 34. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 16 i nr 9 w pierwszej podgrupie zmiennych „obdarzenie dziecka uwagą”



W pierwszej podgrupie zmiennych „obdarzenie dziecka uwagą” matka w spójnej ocenie sędziów uzyskała istotnie statystycznie wyższe wyniki w ostatnim nagraniu niż w pierwszym przede wszystkim dzięki wynikom uzyskanym w ocenie umiejętności interakcyjnych takich jak: „kontakt wzrokowy”, „spoglądanie na dziecko”, „uśmiech”. Uzasadnionym wydaje się wniosek, że matka poprzez trening uświadomiła sobie, że córka może być dla niej równorzędnym partnerem komunikacyjnym.

Rysunek 35. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 16 i nr 9 w drugiej podgrupie zmiennych „dostrajanie się do zachowania dziecka”



Umiejętności matki oceniane przez sędziów kompetentnych w drugiej podgrupie zmiennych nie różniły się znacząco pomiędzy pierwszym a ostatnim nagraniem. Wyżej ocenionymi umiejętnościami były: „mówienie tak” oraz „obecność naprzemienną wokalizacji / rozmowy”. W połączeniu z uzyskanymi informacjami ankietowymi można stwier-

dzień, jak znaczący postęp dokonał się w relacji, w której jedna strona posiada tak małe możliwości w zakresie komunikacji werbalnej, że można odnieść wrażenie, że nie jest zainteresowana kontaktem społecznym, a nawet jeśli jest, to nie jest do niego zdolna.

4. i 5. system interakcyjny (matka i ojciec)

1. Dziewczynka: 6 lat, autyzm, znaczne opóźnienie rozwoju psychoruchowego
2. Matka: 37 lat, wykształcenie średnie
3. Ojciec: 41 lat, wykształcenie wyższe
4. Udział w nagraniach: matka i ojciec
5. Wideotrening Komunikacji: czas trwania – 12 miesięcy, ilość sesji – 10
6. Terapeuta: kobieta, lat 45, 22 lata stażu pracy
7. Dlaczego rodzice zdecydowali się na Wideotrening Komunikacji?

Matka: „interpretacja zachowań dziecka, odczytywanie potrzeb, nawiązanie lepszego kontaktu, jak współpracować dzieckiem”

Ojciec: „aby lepiej zrozumieć potrzeby dziecka”

8. Zadowolenie ze spotkań z trenerem: bardzo wysokie

9. Ogólna ocena treningu: udany

10. Jakie korzyści rodzice widzą z uczestnictwa w treningu?

Matka: „mam lepszy kontakt z dzieckiem, dziecko nabyło podstawowych umiejętności typu jedzenie samodzielne, picie”

Ojciec: „łatwiejszy kontakt z dzieckiem”

11. Jakie zmiany terapeuta widzi u dziecka?

W zachowaniu: „mniej *niepożądanych zachowań* – zwłaszcza wyrzucania zabawek z półek, częściej wykonuje polecenia rodziców, rozwinęła umiejętności samoobsługi”

W zdolnościach komunikacyjnych: „używa prostych słów do komunikowania swoich potrzeb, poszerzyła słownictwo czynne, które zaczyna mieć charakter funkcjonalny, powtarza słowa, proste zdania”

12. Uwagi dodatkowe: brak

Przedstawione powyżej informacje ukazują, jak trudna była sytuacja tej rodziny. Zastosowany w rodzinie trening był umiarkowanie intensywny i rozłożony na 1 rok. Z opisów wynika, że dziewczynka znajdowała się bardzo nisko na kontinuum spektrum autystycznego, dodatkowo przejawiając zachowania trudne. Efekty przedstawione przez rodziców i trenerkę ukazują znaczące zmiany, ale o wiele mniejsze niż można by oczekiwać w porównaniu z danymi z 2. systemu interakcyjnego.

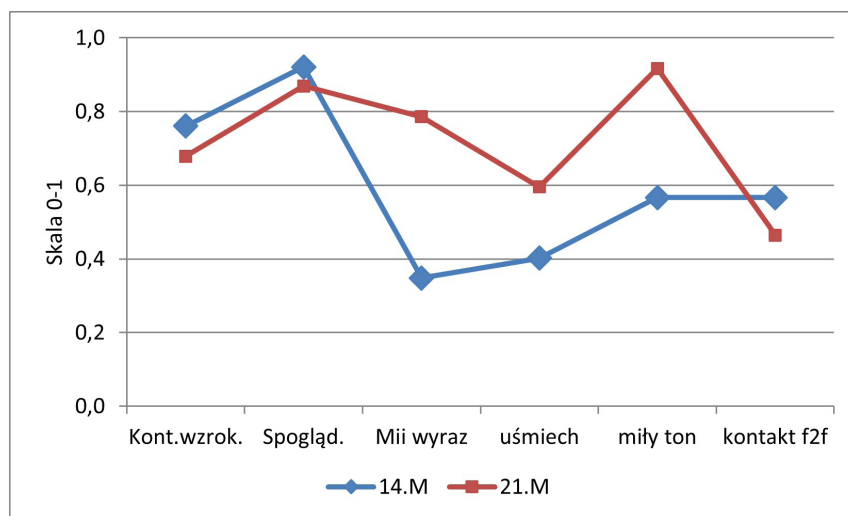
13. Porównanie pierwszego (nr 14) i ostatniego (nr 21) nagrania z Wideotreningu
Komunikacji matki z dzieckiem

Tabela 23. Średnie wraz z odchyleniami standardowymi wskaźników interakcji między nagraniami nr 14 i nr 21 dla matki w dwóch podgrupach zmiennych oraz wyniki testu znaków

Zmienna	14.M n=3		21.M n=3		Test znaków	
	Średnia	Odch. std.	Średnia	Odch. std.	Z	P
Kontakt wzrokowy	0,76	0,15	0,68	0,36	0,97	0,3320
Spoglądanie w kierunku dziecka	0,92	0,08	0,87	0,13		
Miły wyraz twarzy	0,35	0,31	0,79	0,06		
Uśmiech	0,40	0,14	0,60	0,27		
Miły ton głosu	0,57	0,29	0,92	0,14		
Kontakt twarzą w twarz	0,57	0,06	0,46	0,31		
Podążanie wzrokiem	0,00	0,00	0,31	0,27	1,15	0,2482
Mówienie tak	0,18	0,25	0,44	0,17		
Nazywanie potwierdzające	0,25	0,30	0,92	0,14		
Wyczekiwanie na reakcję dziecka	0,28	0,21	0,40	0,37		
Przyłączanie się do działań dziecka	0,22	0,06	0,14	0,25		
Dopasowanie tempa ruchów do dz.	0,36	0,27	0,48	0,25		
Naprzemienność działania	0,22	0,04	0,13	0,13		
Radość w kontakcie	0,32	0,08	0,39	0,13		
Obecność wokalizacji / rozmowy	0,26	0,19	0,21	0,26		
Trafność reakcji rodzica	0,25	0,09	0,26	0,25		

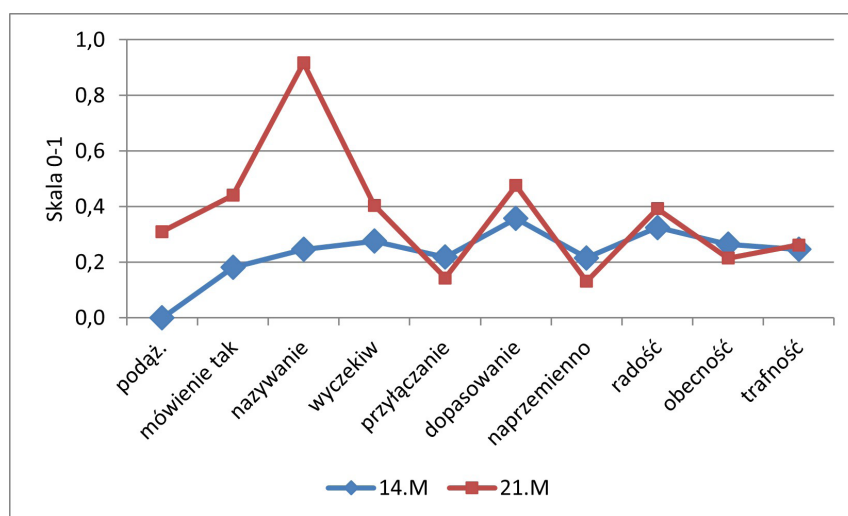
Między nagraniem nr 14 a nr 21 u matki test znaków nie wykazał istotnych statystycznie różnic w ocenie sędziów ani dla pierwszej, ani dla drugiej podgrupy zmiennych ($p > 0,05$).

Rysunek 36. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 14 i nr 21 dla matki w pierwszej podgrupie zmiennych „obdarzenie dziecka uwagą”



Umiejętności matki oceniane przez sędziów kompetentnych w pierwszej podgrupie zmiennych nie różniły się znacząco pomiędzy pierwszym a ostatnim nagraniem. Wyżej ocenionymi umiejętnościami były: „miły wyraz twarzy” i „miły ton głosu”.

Rysunek 37. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 14 i nr 21 dla matki w drugiej podgrupie zmiennych „dostrajanie się do zachowania dziecka”



Umiejętności matki oceniane przez sędziów kompetentnych w drugiej podgrupie zmiennych nie różniły się znacząco pomiędzy pierwszym a ostatnim nagraniem. Wyżej ocenianą umiejętnością było „nazywanie”.

14. Porównanie pierwszego (nr 14) i ostatniego (nr 21) nagrania z Wideotreningu
Komunikacji dla ojca

Tabela 24. Średnie wraz z odchyleniami standardowymi wskaźników interakcji między nagraniami nr 14 i nr 21 dla ojca w dwóch podgrupach zmiennych oraz wyniki testu znaków

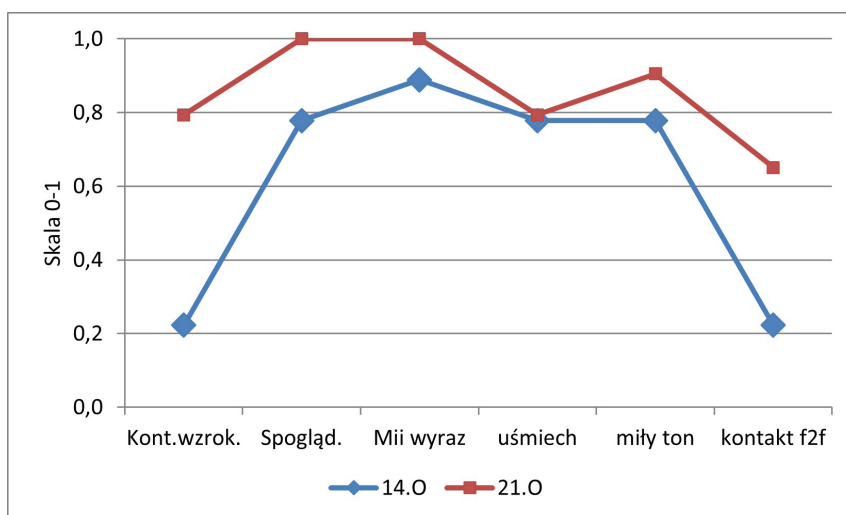
Zmienna	14.O n=3		21.O n=3		Test znaków	
	Średnia	Odch. std.	Średnia	Odch. std.	Z	P
Kontakt wzrokowy	0,22	0,19	0,79	0,18	2,02	0,0433*
Spoglądanie w kierunku dziecka	0,78	0,38	1,00	0,00		
Miły wyraz twarzy	0,89	0,19	1,00	0,00		
Uśmiech	0,78	0,19	0,79	0,18		
Miły ton głosu	0,78	0,19	0,90	0,16		
Kontakt twarzą w twarz	0,22	0,19	0,65	0,36		
Podążanie wzrokiem	0,22	0,19	0,68	0,33	1,12	0,2636
Mówienie tak	0,33	0,33	0,32	0,33		
Nazywanie potwierdzające	0,22	0,38	0,19	0,33		
Wyczekiwanie na reakcję dziecka	0,50	0,17	0,68	0,03		
Przyłączanie się do działań dziecka	0,11	0,19	0,48	0,17		
Dopasowanie tempa ruchów do dz.	0,50	0,17	0,52	0,17		
Naprzemienność działania	0,39	0,10	0,54	0,40		
Radość w kontakcie	0,61	0,35	0,75	0,23		
Obecność wokalizacji / rozmowy	0,28	0,25	0,11	0,19		
Trafność reakcji rodzica	0,44	0,38	0,54	0,22		

Legenda: * – istotny statystycznie, $p < 0,05$

Między nagraniem nr 14 a nr 21 u ojca istotna statystycznie różnica w ocenie sędziów wystąpiła dla pierwszej podgrupy zmiennych ($p = 0,0433$). Średnie wskaźniki interakcji były wyższe w ostatnim nagraniu niż pierwszym dla każdej zmiennej w tej podgrupie.

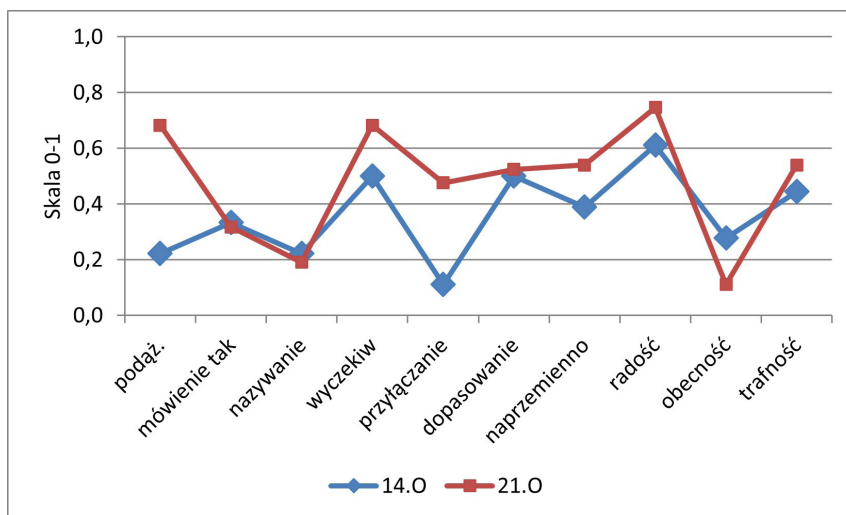
Dla drugiej podgrupy zmiennych test znaków nie wykazał istotnych statystycznie różnic w ocenie sędziów ($p > 0,05$).

Rysunek 38. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 14 i nr 21 dla ojca w pierwszej podgrupie zmiennych „obdarzenie dziecka uwagą”



Umiejętności ojca oceniane przez sędziów kompetentnych w pierwszej podgrupie zmiennych znacząco statystycznie różniły się pomiędzy pierwszym a ostatnim nagraniem. Wyżej ocenionymi umiejętnościami były: „kontakt wzrokowy” i „kontakt twarzą twarz”. Można przypuszczać, że ojciec i córka nawiązali dzięki treningowi bliską, otwartą więź.

Rysunek 39. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 14 i nr 21 dla ojca w drugiej podgrupie zmiennych „dostrajanie się do zachowania dziecka”



Umiejętności ojca oceniane przez sędziów kompetentnych w drugiej podgrupie zmiennych nie różniły się znacząco pomiędzy pierwszym a ostatnim nagraniem. Zdecydowanie wyżej cenionymi umiejętnościami było „podążanie za wzrokiem dziecka” oraz „przyłączanie się do działań dziecka”. Są to cenne umiejętności z punktu widzenia wspomaganie rozwoju dziecka.

6. system interakcyjny

1. Chłopiec: 7 lat, autyzm
2. Matka: 37 lat, wykształcenie średnie
3. Ojciec: 40 lat, wykształcenie średnie
4. Udział w nagraniach: matka
5. Wideotrening Komunikacji: czas trwania – 9 miesięcy, ilość sesji – 12
6. Terapeuta: kobieta, lat 57, 32 lata stażu pracy
7. Dlaczego rodzice zdecydowali się na Wideotrening Komunikacji?

Matka: „ze względu na brak kontaktu z dzieckiem”

Ojciec: „nie mogliśmy zrozumieć dziecka”

8. Zadowolenie ze spotkań z trenerem: wysokie
9. Ogólna ocena treningu: udany
10. Jakie korzyści rodzice widzą z uczestnictwa w treningu?

Matka: „zdecydowana poprawa”

Ojciec: „znacząca poprawa”

11. Jakie zmiany terapeuta widzi u dziecka?

W zachowaniu: „zmniejszona liczba wybuchów złości, nieco częstszy kontakt wzrokowy”

W zdolnościach komunikacyjnych: „większa ilość inicjatyw kontaktu w stosunku do osób innych niż rodzice”

12. Uwagi dodatkowe: brak

Z przedstawionych powyżej informacji wyłania się opis trudnej sytuacji rodziny z niskofunkcjonującym chłopcem w spektrum autyzmu. Rodzice w powodach zgłoszenia się na trening zgodnie informują o braku kontaktu i zrozumienia dziecka. Trenerka zwraca uwagę na wyciszenie się zachowań trudnych dziecka oraz pojawienie się wyróżniania osób bliskich w stosunku do osób obcych u chłopca 7-letniego. Obydwoje rodzice ponownie zgodnie informują o znacznej poprawie w rozwoju syna.

13. Porównanie pierwszego (nr 22) i ostatniego (nr 19) nagrania z Wideotreningu Komunikacji dla matki

Tabela 25. Średnie wraz z odchyleniami standardowymi wskaźników interakcji między nagraniami nr 22 i nr 19 dla matki w dwóch podgrupach zmiennych oraz wyniki testu znaków

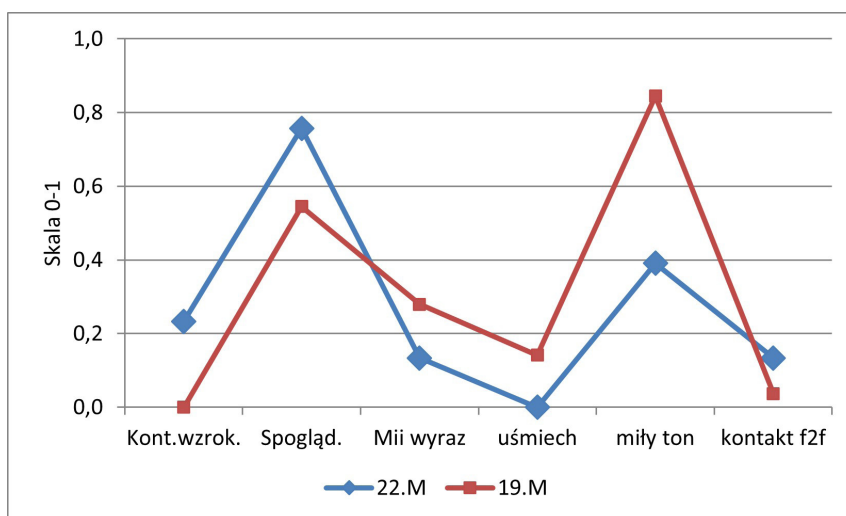
Zmienna	22.M n=3		19.M n=3		Test znaków	
	Średnia	Odch. std.	Średnia	Odch. std.	Z	P
Kontakt wzrokowy	0,23	0,21	0,00	0,00	0,52	0,6056
Spoglądanie w kierunku dziecka	0,76	0,22	0,54	0,27		
Miły wyraz twarzy	0,13	0,23	0,28	0,05		
Uśmiech	0,00	0,00	0,14	0,17		
Miły ton głosu	0,39	0,34	0,84	0,07		
Kontakt twarzą w twarz	0,13	0,23	0,04	0,06		
Podążanie wzrokiem	0,03	0,06	0,32	0,22	2,31	0,0209*
Mówienie tak	0,58	0,20	0,30	0,51		
Nazywanie potwierdzające	0,40	0,35	0,71	0,19		
Wyczekiwanie na reakcję dziecka	0,43	0,38	0,43	0,41		
Przyłączanie się do działań dziecka	0,03	0,06	0,73	0,24		
Dopasowanie tempa ruchów do dz.	0,17	0,29	0,58	0,34		
Naprzemienność działania	0,00	0,00	0,08	0,08		
Radość w kontakcie	0,00	0,00	0,13	0,14		
Obecność wokalizacji / rozmowy	0,28	0,24	0,21	0,03		
Trafność reakcji rodzica	0,00	0,00	0,36	0,55		

Legenda: * – istotny statystycznie, $p < 0,05$

Między nagraniem nr 22 a nr 19 istotna statystycznie różnica w ocenie sędziów wystąpiła dla drugiej podgrupy zmiennych ($p = 0,0209$).

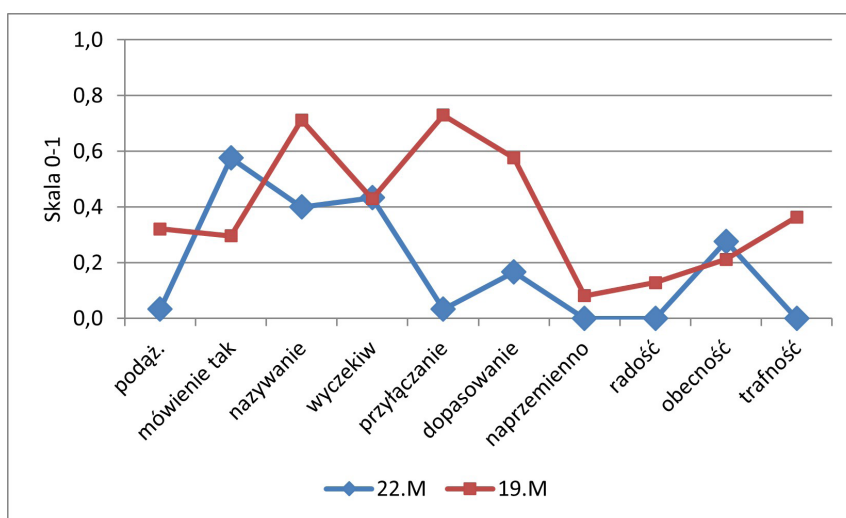
Dla pierwszej podgrupy zmiennych test znaków nie wykazał istotnych statystycznie różnic w ocenie sędziów ($p > 0,05$).

Rysunek 40. Średnie wskaźniki interakcji między nagraniami nr 22 i nr 19 w pierwszej podgrupie zmiennych „obdarzenie dziecka uwagą”



Umiejętności matki oceniane przez sędziów kompetentnych w pierwszej podgrupie zmiennych nie różniły się znacząco pomiędzy pierwszym a ostatnim nagraniem. Wyżej ocenionymi umiejętnościami był „kontakt wzrokowy” oraz „miły ton głosu”.

Rysunek 41. Średnie wskaźniki interakcji między nagraniami nr 22 i nr 19 w drugiej podgrupie zmiennych „dostrajanie się do zachowania dziecka”



Dla drugiej podgrupy wskaźników dla matki wystąpiła istotna statystycznie różnica w ocenie sędziów. Średnie wskaźniki interakcji były wyższe w ostatnim nagraniu niż pierwszym dla następujących zmiennych: „podążanie za wzrokiem dziecka”, „nazywanie potwierdzające”, „przyłączanie się do działań dziecka”, „dopasowanie tempa ruchów do dziecka”, „naprzemiennosc”, „radość w kontakcie”, „trafność reakcji rodzica”.

To trzeci najwyższy wynik ilości podwyższonych wskaźników interakcji uzyskanych w badaniu u jednej osoby badanej. Matka tego chłopca w trakcie treningu opanowała wiele umiejętności i znacząco zwiększyła swoje zdolności porozumiewania się z dzieckiem.

7. i 8. system interakcyjny

1. Chłopiec: 7 lat, porażenie mózgowe
2. Matka: 47 lat, wykształcenie średnie
3. Ojciec: 48 lat, wykształcenie średnie
4. Udział w nagraniach: matka i ojciec
5. Wideotrening Komunikacji: czas trwania – 2 miesiące, ilość sesji – 2
6. Terapeuta: kobieta, lat 60, 37 lat stażu pracy
7. Dlaczego rodzice zdecydowali się na Wideotrening Komunikacji?

Matka: „obserwacja dziecka i lepsze poznanie zachowania się w różnych sytuacjach”

Ojciec: „celem lepszego poznania swojego dziecka”

8. Zadowolenie ze spotkań z trenerem: wysokie

9. Ogólna ocena treningu: udany

10. Jakie korzyści rodzice widzą z uczestnictwa w treningu?

Matka: „mogłam zobaczyć swoje zachowanie w różnych sytuacjach”

Ojciec: „dobrze jest zobaczyć swoje zachowanie”

11. Jakie zmiany terapeuta widzi u dziecka?

W zachowaniu: „spokojniejszy, lepiej się skupiał, pogodny, godzenie się z rodzeństwem”

W zdolnościach komunikacyjnych: „więcej i wyraźniej mówił całymi zdaniami”

12. Uwagi dodatkowe: brak

Powyższe dane dotyczą najkrótszego treningu, który wszedł do badania, trwał zaledwie 2 miesiące i składał się z zaledwie 2 sesji. Informacje od rodziców i trenerki są zdawkowe. Wydaje się, że w tym przypadku zdecydowanie lepiej dla rodziny byłoby, gdyby trwał on dalej. Znaczącym plusem w tym przypadku jest jednoczesny udział obojga rodziców w Wideotreningu Komunikacji.

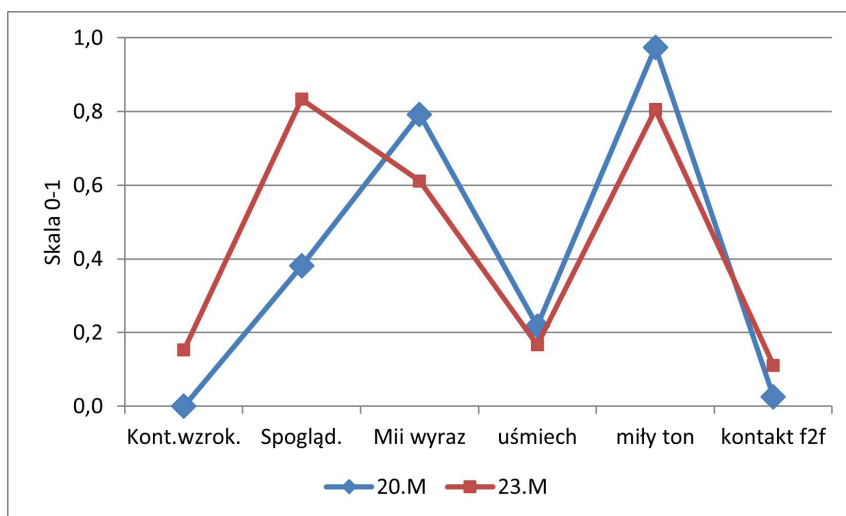
13. Porównanie pierwszego (nr 20) i ostatniego (nr 23) nagrania z Wideotreningu
Komunikacji matki z dzieckiem

Tabela 25. Średnie wraz z odchyleniami standardowymi wskaźników interakcji między nagraniami nr 20 i nr 23 dla matki w dwóch podgrupach zmiennych oraz wyniki testu znaków

Zmienna	20.M n=3		23.M n=3		Test znaków	
	Średnia	Odch. std.	Średnia	Odch. std.	Z	P
Kontakt wzrokowy	0,00	0,00	0,15	0,17	0,00	1,0000
Spoglądanie w kierunku dziecka	0,38	0,54	0,83	0,29		
Miły wyraz twarzy	0,79	0,06	0,61	0,35		
Uśmiech	0,22	0,26	0,17	0,29		
Miły ton głosu	0,97	0,04	0,81	0,17		
Kontakt twarzą w twarz	0,03	0,04	0,11	0,19		
Podążanie wzrokiem	0,21	0,36	0,54	0,51	0,22	0,8231
Mówienie tak	0,35	0,30	0,29	0,26		
Nazywanie potwierdzające	0,31	0,53	0,40	0,09		
Wyczekiwanie na reakcję dziecka	0,48	0,42	0,68	0,31		
Przyłączanie się do działań dziecka	0,23	0,40	0,33	0,29		
Dopasowanie tempa ruchów do dz.	0,23	0,40	0,50	0,50		
Naprzemienność działania	0,21	0,36	0,08	0,14		
Radość w kontakcie	0,22	0,26	0,00	0,00		
Obecność wokalizacji / rozmowy	0,89	0,13	0,04	0,07		
Trafność reakcji rodzica	0,17	0,29	0,39	0,35		

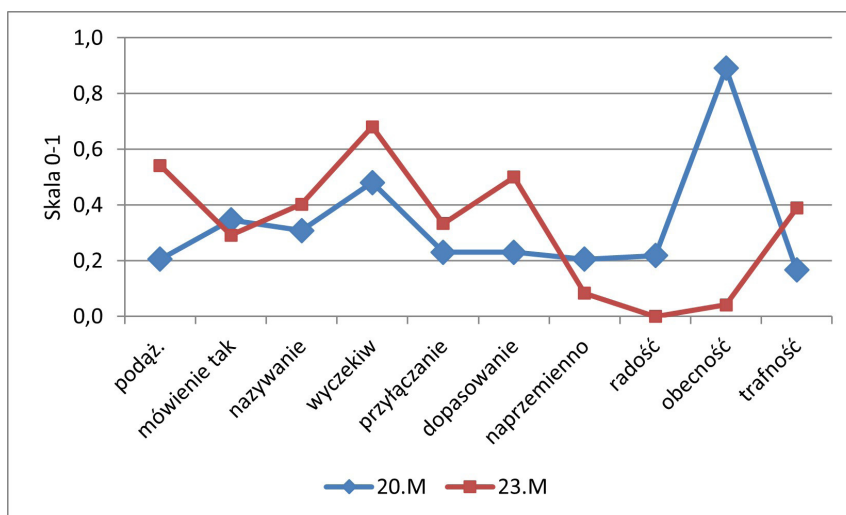
Między nagraniem nr 20 i nr 23 u matki test znaków nie wykazał istotnych statystycznie różnic w ocenie sędziów ani dla pierwszej, ani dla drugiej podgrupy zmiennych ($p > 0,05$).

Rysunek 42. Średnie wskaźniki interakcji między nagraniami nr 20 i nr 23 dla matki w pierwszej podgrupie zmiennych „obdarzenie dziecka uwagą”



Umiejętności matki oceniane przez sędziów kompetentnych w pierwszej podgrupie zmiennych nie różniły się znacząco pomiędzy pierwszym a ostatnim nagraniem. Wyżej ocenionymi umiejętnościami było „spoglądanie na dziecko”. Jest to umiejętność kształtowana u rodziców za pomocą tej metody w trakcie początkowych sesji.

Rysunek 43. Średnie wskaźniki interakcji między nagraniami nr 20 i nr 23 dla matki w drugiej podgrupie zmiennych „dostrajanie się do zachowania dziecka”



Umiejętności matki oceniane przez sędziów kompetentnych w drugiej podgrupie zmiennych nie różniły się znacząco pomiędzy pierwszym a ostatnim nagraniem. Zdecydowanie wyżej cenionymi umiejętnościami było „podążanie wzrokiem za wzrokiem dziecka” oraz „obecność naprzemiennej wokalizacji / rozmowy”. Są to cenne umiejętności z punktu widzenia wspomaganego rozwoju dziecka.

14. Porównanie pierwszego (nr 20) i ostatniego (nr 23) nagrania z Wideotreningu Komunikacji ojca z dzieckiem.

Tabela 26. Średnie wraz z odchyleniami standardowymi wskaźników interakcji między nagraniami nr 20 i nr 23 dla ojca w dwóch podgrupach zmiennych oraz wyniki testu znaków

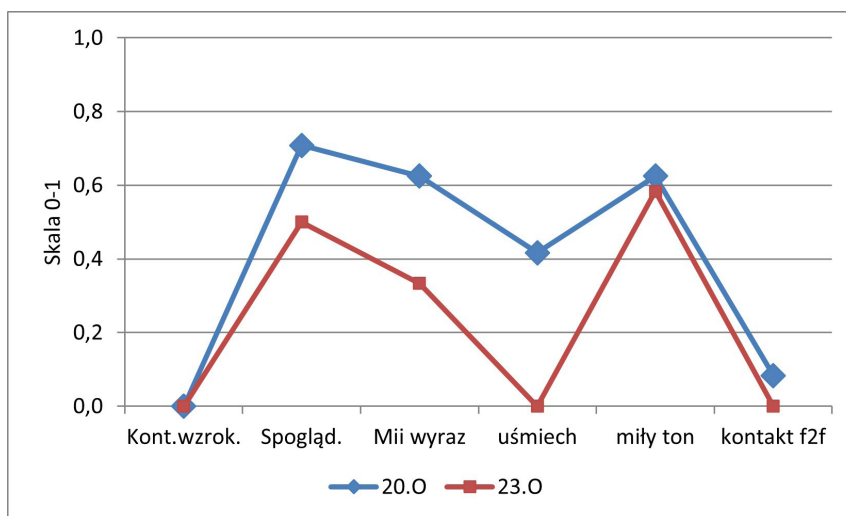
Zmienna	20.O n=3		23.O n=3		Test znaków	
	Średnia	Odch. std.	Średnia	Odch. std.	Z	P
Kontakt wzrokowy	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,0455*
Spoglądanie w kierunku dziecka	0,71	0,51	0,50	0,50		
Miły wyraz twarzy	0,63	0,54	0,33	0,29		
Uśmiech	0,42	0,52	0,00	0,00		
Miły ton głosu	0,63	0,54	0,58	0,52		
Kontakt twarzą w twarz	0,08	0,14	0,00	0,00		
Podążanie wzrokiem	0,04	0,07	0,50	0,50	0,00	1,0000
Mówienie tak	0,38	0,38	0,25	0,25		
Nazywanie potwierdzające	0,54	0,51	0,28	0,25		
Wyczekiwanie na reakcję dziecka	0,46	0,44	0,33	0,58		
Przyłączanie się do działań dziecka	0,21	0,26	0,42	0,38		
Dopasowanie tempa ruchów do dz.	0,25	0,33	0,58	0,52		
Naprzemienność działania	0,21	0,36	0,25	0,25		
Radość w kontakcie	0,17	0,19	0,00	0,00		
Obecność wokalizacji / rozmowy	0,54	0,47	0,00	0,00		
Trafność reakcji rodzica	0,29	0,51	0,56	0,51		

Legenda: * – istotny statystycznie, $p < 0,05$

Między nagraniem nr 20 i nr 23 u ojca istotna statystycznie różnica w ocenie sędziów wystąpiła dla pierwszej podgrupy zmiennych ($p = 0,0455$). Średnie wskaźniki interakcji były wyższe w pierwszym nagraniu niż ostatnim dla zmiennych: „spoglądanie w kierunku dziecka”, „miły wyraz twarzy”, „uśmiech”, „miły ton głosu”, „kontakt twarzą w twarz”.

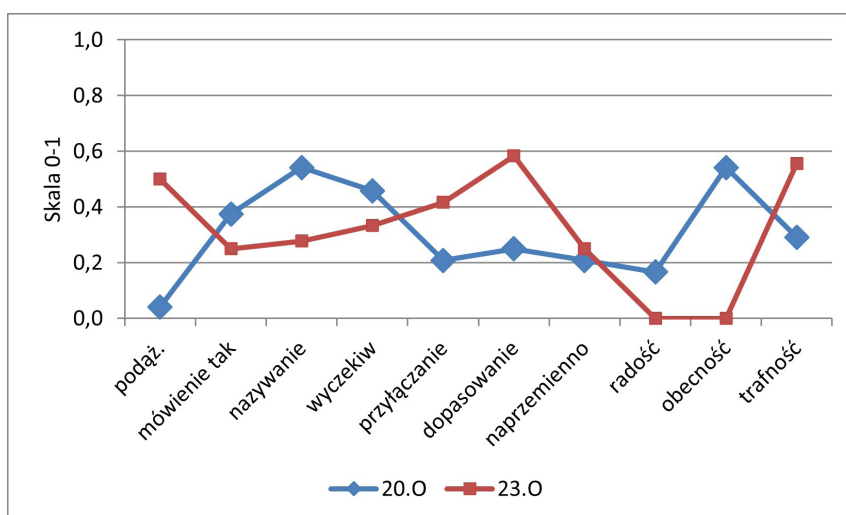
Dla drugiej podgrupy zmiennych test znaków nie wykazał istotnych statystycznie różnic w ocenie sędziów ($p > 0,05$).

Rysunek 44. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 20 i nr 23 dla ojca w pierwszej podgrupie zmiennych „obdarzenie dziecka uwagą”



Umiejętności ojca oceniane przez sędziów kompetentnych w pierwszej podgrupie zmiennych różniły się znacząco statystycznie pomiędzy pierwszym a ostatnim nagraniem. Zdecydowanie wyżej ocenionymi umiejętnościami były: „spoglądanie w kierunku dziecka”, „miły wyraz twarzy”, „uśmiech”, „miły ton głosu”, „kontakt twarzą w twarz”, czyli aż 5 wskaźników. Jest to bardzo ciekawy wynik zważywszy na fakt, że trening składał się zaledwie z 2 pełnych sesji i dotyczył osoby ojca. Świadczy to o bardzo wysokiej skuteczności zastosowania metody Wideotreningu w tym przypadku.

Rysunek 45. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 20 i nr 23 dla ojca w drugiej podgrupie zmiennych „dostrajanie się do zachowania dziecka”



Umiejętności ojca oceniane przez sędziów kompetentnych w drugiej podgrupie zmiennych nie różniły się znacząco pomiędzy pierwszym a ostatnim nagraniem. Zdecydowanie wyżej cenionymi umiejętnościami było „podążanie wzrokiem za wzrokiem

dziecka” oraz „przyłączanie się do działań dziecka”. Świadczy to o pożądanym kierunku zmian w komunikowaniu się rodzica z dzieckiem poprzez to, że ojciec jest bardziej otwarty na perspektywę dziecka.

9. system interakcyjny

1. Chłopiec: 9 lat, mózgowe porażenie dziecięce, padaczka
2. Matka: 43 lata, wykształcenie wyższe
3. Ojciec: brak danych
4. Udział w nagraniach: matka
5. Wideotrening Komunikacji: czas trwania – 9 miesięcy, ilość sesji – 6
6. Terapeuta: kobieta, lat 60, 37 lat stażu pracy
7. Dlaczego rodzice zdecydowali się na Wideotrening Komunikacji?
„Taka forma zajęć została nam zaproponowana w ośrodku”
8. Zadowolenie ze spotkań z trenerem: wysokie
9. Ogólna ocena treningu: udany
10. Jakie rodzice widzą korzyści z uczestnictwa w treningu?

Matka: „pozwolił na spojrzenie z boku na dziecko i rodziców. Dał szersze ogarnięcie problemów dziecka i możliwości jego zrozumienia”

11. Jakie zmiany terapeuta widzi u dziecka?

W zachowaniu: „był spokojniejszy w zabawach, nawet gdy mu coś nie wychodziło, umiał korzystać z pomocy mamy, coraz bardziej godził się z przegraną w zabawach i z innymi dziećmi”

W zdolnościach komunikacyjnych: „spokojniejsza, wyraźniejsza mowa”

12. Uwagi dodatkowe: „decyzja o rozwodzie rodziców pod koniec treningu”

Lakoniczność udzielanych przez matkę odpowiedzi wydaje się zrozumiała w kontekście dodatkowej informacji o rozwodzie rodziców. Trening trwał stosunkowo krótko i nie był intensywny. Trenerka wymieniła mało zmian w funkcjonowaniu dziecka, natomiast powtarzający się „spokój” w jej wypowiedziach wskazuje na znaczny obszar zmiany i nasuwa przypuszczenie, że być może wcześniej dziecko przejawiało wysoki poziom zachowań trudnych. To tylko hipoteza, która nie została zweryfikowana.

13. Porównanie pierwszego (nr 3) i ostatniego (nr 17) nagrania z Wideotreningu
Komunikacji matki z dzieckiem

Tabela 27. Średnie wraz z odchyleniami standardowymi wskaźników interakcji między nagraniami nr 3 i nr 17 w dwóch podgrupach zmiennych oraz wyniki testu znaków

Zmienna	3.M n=3		17.M n=3		Test znaków	
	Średnia	Odch. std.	Średnia	Odch. std.	Z	P
Kontakt wzrokowy	0,00	0,00	0,36	0,06	3,75	0,0002*
Spoglądanie w kierunku dziecka	0,33	0,18	0,76	0,21		
Miły wyraz twarzy	0,34	0,23	0,89	0,14		
Uśmiech	0,07	0,12	0,50	0,31		
Miły ton głosu	0,90	0,10	1,00	0,00		
Kontakt twarzą w twarz	0,03	0,06	0,17	0,23		
Podążanie wzrokiem	0,33	0,36	0,50	0,31	2,37	0,0176*
Mówienie tak	0,71	0,34	0,77	0,27		
Nazywanie potwierdzające	0,62	0,16	0,82	0,25		
Wyczekiwanie na reakcję dziecka	0,43	0,17	0,61	0,35		
Przyłączanie się do działań dziecka	0,30	0,26	0,58	0,28		
Dopasowanie tempa ruchów do dz.	0,43	0,17	0,71	0,31		
Naprzemienność działania	0,38	0,44	0,45	0,25		
Radość w kontakcie	0,16	0,15	0,60	0,26		
Obecność wokalizacji / rozmowy	0,84	0,15	0,84	0,17		
Trafność reakcji rodzica	0,26	0,25	0,66	0,46		

Legenda: * – istotny statystycznie, $p < 0,05$

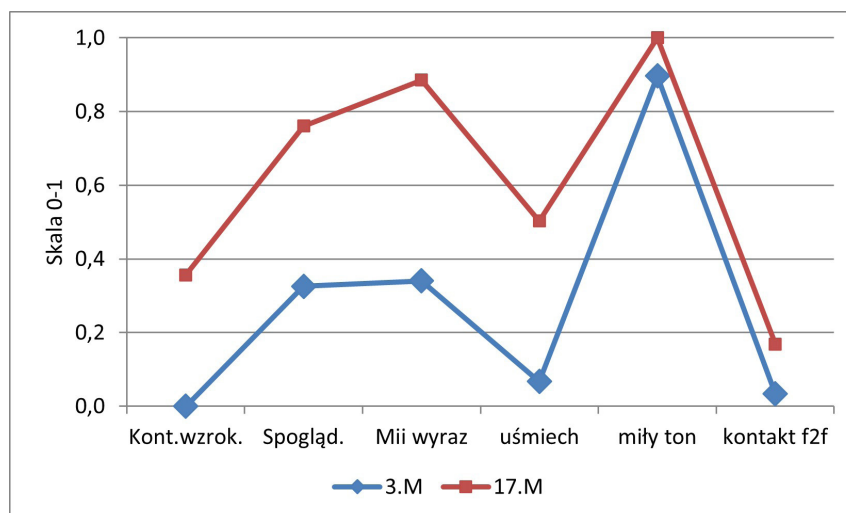
Między nagraniem nr 3 i nr 17 istotne statystycznie różnice w ocenie sędziów wystąpiły dla pierwszej, jak i drugiej podgrupy zmiennych ($p < 0,05$).

Średnie wskaźniki interakcji były wyższe w ostatnim nagraniu niż pierwszym dla każdej zmiennej w podgrupie pierwszej.

Średnie wskaźniki interakcji były wyższe w ostatnim nagraniu niż pierwszym dla prawie każdej zmiennej w podgrupie drugiej oprócz zmiennej „obecność wokalizacji / rozmowy”.

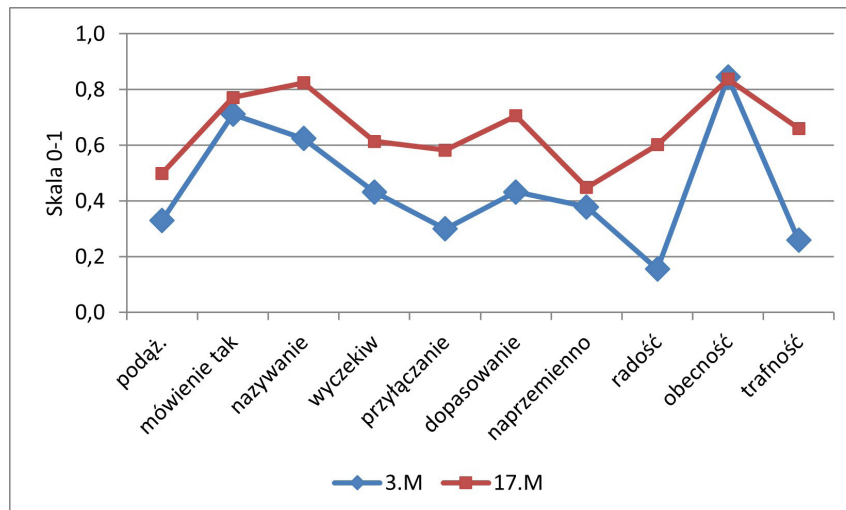
Jest to jedyny taki wynik uzyskany w przeprowadzonym badaniu.

Rysunek 46. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 3 i nr 17 w pierwszej podgrupie zmiennych „obdarzenie dziecka uwagą”



Umiejętności matki oceniane przez sędziów kompetentnych w pierwszej podgrupie zmiennych różniły się znacząco statystycznie pomiędzy pierwszym a ostatnim nagraniem. Zdecydowanie najwyższą ocenioną umiejętnością był „miły wyraz twarzy”.

Rysunek 47. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 3 i nr 17 w drugiej podgrupie zmiennych „dostrajanie się do zachowania dziecka”



To najlepszy wynik uzyskany odnośnie do ilości podwyższonych wskaźników interakcji uzyskanych w badaniu u jednej osoby badanej. Można by skomentować, że zdumiewające jest to, że matka znacząco zwiększyła swoje zdolności porozumiewania się z dzieckiem i współbrzmienia w relacji, pomimo tak trudnej sytuacji, w której znalazła się w kontekście swojego małżeństwa w trakcie trwania treningu.

W osobistej analizie zgromadzonego materiału filmowego wyróżniłam następujące bieguny na kontynuum poszczególnych wymiarów:

nauka – zabawa,
wymagam – dopasowuję się,
„usprawnianie” – bycie rodzicem,
zadanie – „bycie z”,
napięcie – swoboda i przyjemność z bycia razem.

We wszystkich oglądanych filmach zobaczyłam, choć w niewielkim stopniu, zmianę dającą się wyrazić w następujący sposób: w kierunku zabawy, radości i bycia ze swoim dzieckiem, pomimo zaburzeń rozwoju dziecka. Wymiar „usprawnianie” – bycie rodzicem wydaje mi się kluczowy. Jest bowiem oczywiste, że dzieci, żeby rozwijać się zdrowo, potrzebują rodzica. Żadne dziecko nie rozwinię się bez rodzica. Strata podstawowego opiekuna jest jedną z najtrudniejszych do uleczenia ran dzieciństwa. Nie dotyczy to tylko wymiaru biologicznego, gdy rodzic umiera, lub fizycznego – gdy następuje fizyczne odzielenie od rodzica. Stracić rodzica można również symbolicznie, tracąc z nim kontakt psychiczny, kiedy rodzic oddala się od dziecka mentalnie, kiedy jest zaabsorbowany tylko swoimi sprawami, wreszcie, kiedy zamiast być blisko swojego dziecka, zajmuje się kompensacją jego deficytów oraz usprawnianiem jego funkcjonowania.

Na podstawie uzyskanych danych, przytoczonych powyżej, można sformułować wniosek, że hipoteza H3, dotycząca oceniania przez trenerów wpływu Wideotreningu Komunikacji na zachowanie i zdolności komunikacyjne dzieci, potwierdziła się:

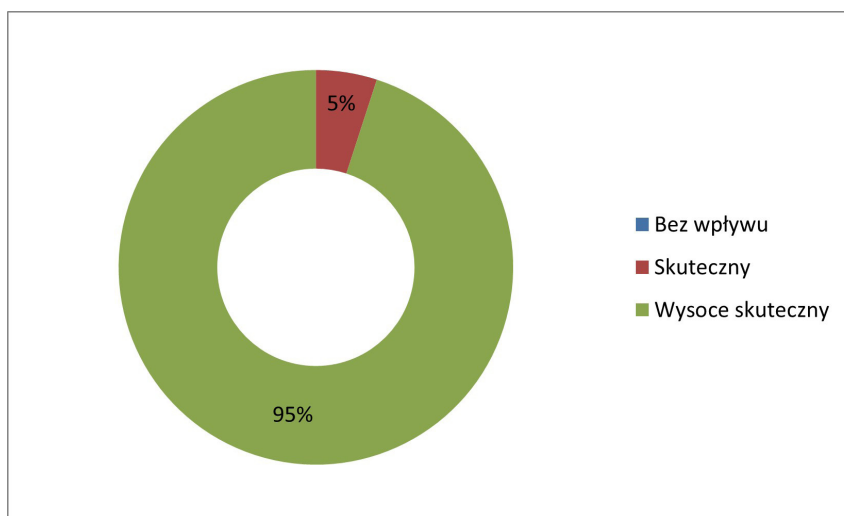
Trenerzy Wideotreningu Komunikacji pozytywnie ocenili wpływ Wideotreningu Komunikacji na zachowanie i zdolności komunikacyjne dzieci.

5.2. Zastosowanie Wideotreningu Komunikacji w ocenach badanych rodziców

W tym podrozdziale przedstawiono wyniki badania ankietowego rodziców. Rodziców zapytano o ocenę wpływu zastosowania Wideotreningu Komunikacji na zachowanie dziecka oraz ich własne kompetencje rodzicielskie.

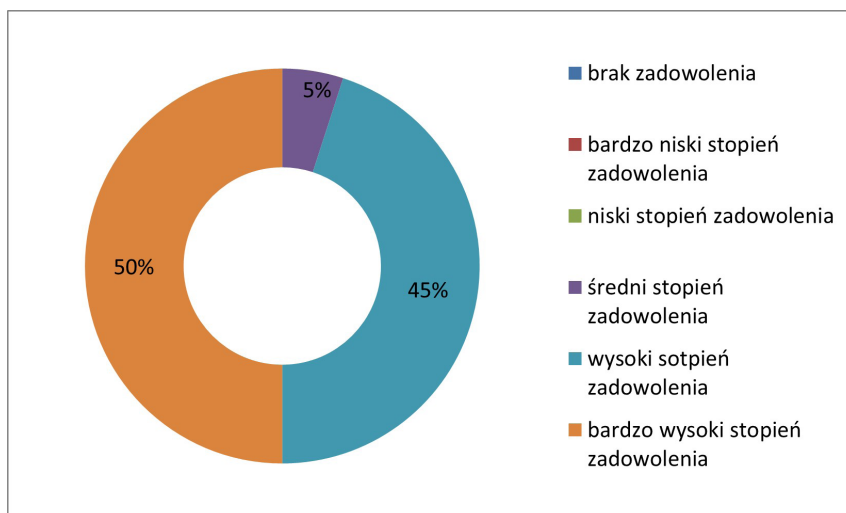
Ankieta w pytaniach zamkniętych składała się z pytań jednokrotnego wyboru, liczone rozkład procentowy odpowiedzi. Na rysunkach przedstawiono udział procentowy wszystkich możliwych odpowiedzi dla jednego pytania, których suma procentów daje 100%. Odpowiedzi rodziców na kolejne pytania ankietowego: od 7 do 9 oraz od 11 do 19 zostały przedstawione na wykresach kołowych poniżej (od Rysunku 48 do Rysunku 59). Pytania 6 i 10 były pytaniami otwartymi i odnośne wyniki są przedstawione w części dotyczącej analiz systemów interakcyjnych. Pytania od 1 do 5 są danymi personalnymi i zostały przedstawione w podrozdziale 4.5.

Rysunek 48. Oceny rodziców dotyczące skuteczności przeprowadzonego w ich rodzinie Wideotreningu Komunikacji



Przeważająca większość rodziców uznała przeprowadzony Wideotrening Komunikacji za wysoce skuteczny (najwyższa możliwa odpowiedź). Tylko jedna osoba uznała go za skuteczny. Z analizy pozostałych danych ankietowych wynika, że była to matka chłopca z autyzmem, samotnie wychowująca dwójkę synów, która odpowiadając na kolejne pytania ankietowe, konsekwentnie wybierała kategorie „niskie”. Można rozważyć kilka hipotez tłumaczących, dlaczego matka w taki sposób oceniła skuteczność zastosowanej metody. Pierwsza, dotyczy skuteczności zastosowanego Wideotreningu Komunikacji, który w przypadku tej matki mógł być rzeczywiście mniej udany niż w przypadku pozostałych rodziców. Nie miałam na ten temat szerszych informacji, ponieważ ten system interakcyjny nie wszedł do analizy porozumiewania się rodziców z dziećmi w ocenach sędziów kompetentnych. Praca trenerki pracującej z tą rodziną była wysoko oceniana przez innych uczestników badania w tym i w innych pytaniach dotyczących omawianych nagrań. Druga alternatywna hipoteza dotyczy głębokości zaburzenia – być może chłopiec prezentował niski poziom funkcjonowania w spektrum autystycznym lub wysoko funkcjonował dzięki adaptacjom, które przez lata wypracował, maskując tym samym faktyczny poziom zaburzenia na kontinuum spektrum autystycznego. Z tego powodu Wideotrening Komunikacji mógł okazać się dla niego metodą „za słabą” i odpowiedniejsza byłaby „metoda 3i” lub „metoda floortime” czy też inna bardziej intensywna metoda interakcyjna (Hiro-Szyba, 2013; Greenspan, Wieder, 2014). Kolejna hipoteza to samotne rodzicielstwo. Pytanie to pozostaje otwarte, ponieważ w każdym przypadku brakuje argumentów rozstrzygających. Rozważania te będą kontynuowane w dyskusji wyników badań.

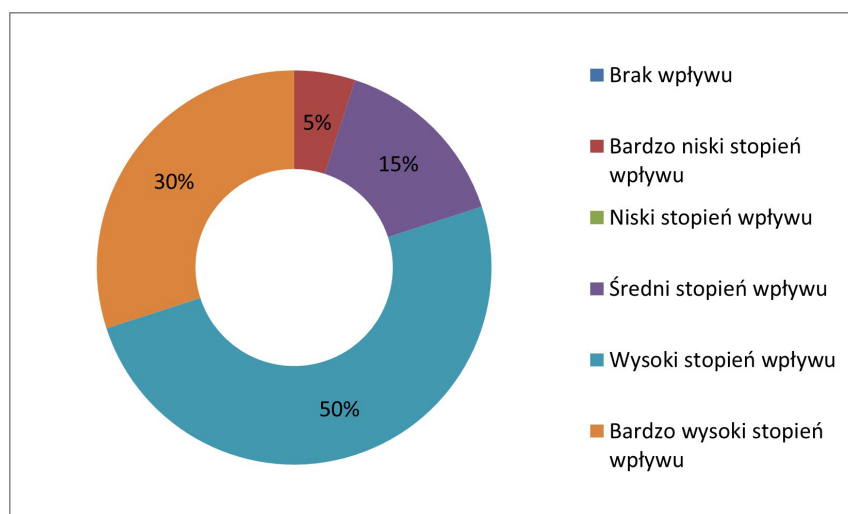
Rysunek 49. Oceny rodziców dotyczące stopnia zadowolenia ze spotkań z trenerem



Na pytanie 8., dotyczące zadowolenia ze spotkań z trenerem (które pośrednio ocenia też subiektywnie warsztat pracy trenerek), żaden z rodziców nie zaznaczył „braku”, „bardzo niskiego” lub „niskiego stopnia” zadowolenia ze spotkań z trenerkami. Aż 95% rodziców zadeklarowało bardzo wysoki lub wysoki stopień zadowolenia ze spotkań ze swoimi trenerkami. „Średni stopień zadowolenia” zaznaczyła ta sama osoba, która w pytaniu wcześniejszym (nr 7) oceniła Wideo-trening Komunikacji jako skuteczny oraz która w kolejnych pytaniach również wybierała zdecydowanie niższe oceny wpływu Wideo-treningu Komunikacji na rozwój dziecka i własne kompetencje rodzicielskie w porównaniu z pozostałymi uczestnikami badania.

Należy pamiętać, że spotkania rodziców z trenerkami obejmują dwa rodzaje wydarzeń, choć nie zostały one w pytaniach ankietowych wyszczególnione. Pierwsze to sesje nagraniowe, kiedy rodzice bawią się z dzieckiem, a trener w sposób dyskretny i jak najmniej inwazyjny nagrywa to kamerą video oraz drugie, gdy trener spotyka się z rodzicami w celu dokonania przeglądu nagranych materiałów. Choć o wiele ważniejszy wydaje się ten drugi element współpracy, gdy trener może wejść w unikatowy dostrojony dialog (Vermeulen, Bristow, Landor, 2011), to nie należy lekceważyć wagi spotkań pierwszego rodzaju. To na tych spotkaniach trener może okazać swój szacunek i nieosądzającą postawę wobec rodziców jako prowadzących rodzinę „przewodników” (Jull, 2011), a poprzez to zabdać o wzmocnienie zasobów rodzicielskich oraz granic systemowych rodziny.

Rysunek 50. Oceny rodziców dotyczące stopnia korzystnego wpływu Wideotreningu Komunikacji na rozwój dziecka

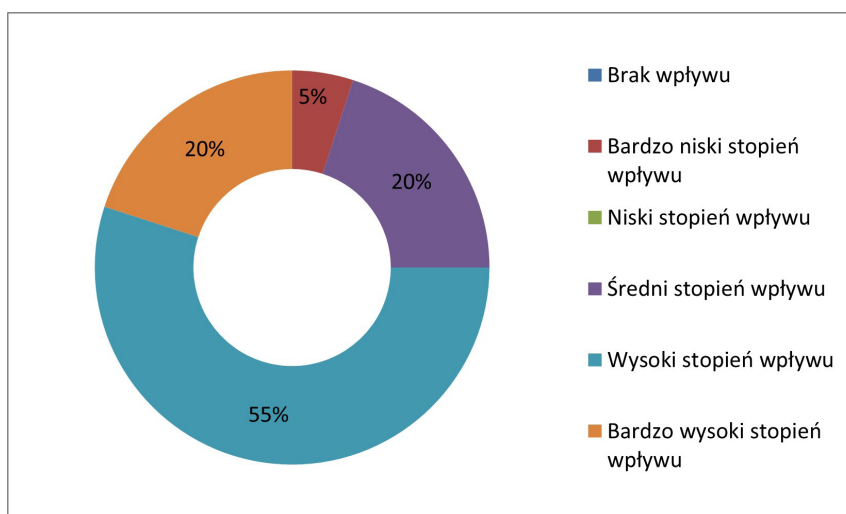


W odpowiedzi na pytanie 9 w ankiecie 95% rodziców zgodziło się, choć w różnym stopniu, że Wideotrening Komunikacji przyczynił się pozytywnie do rozwoju ich niepełnosprawnego dziecka. Tylko 1 matka, konsekwentnie ta sama osoba, która na wcześniejsze pytania 7 i 8 odpowiadała podobnie, zaznaczyła ocenę „bardzo niski stopień wpływu”.

Zadane pytanie wydaje się być nazbyt ogólne, ponieważ rozwój dziecka może być rozumiany bardzo szeroko. Intencją tego pytania było uzyskanie od rodzica pewnej podstawowej intuicji, którą rodzice wyrażają, mówiąc na przykład członkom swojej dalszej rodziny lub znajomym, że „dana terapia bardzo pomogła dziecku, a inna zupełnie nie pomogła albo pomogła w niewielkim stopniu”. Inaczej mówiąc, chodziło o uzyskanie wglądu w subiektywne przekonanie rodzica co do wpływu treningu na rozwój dziecka⁴³. Odpowiedzi na pytanie 7 i 9 wzajemnie się dopełniają – ponieważ pytanie 7 jest pytaniem bardziej szczegółowym, a 9 jest pytaniem bardziej ogólnym. Można też powiedzieć, że w przypadku uzyskanych wyników odpowiedzi na pytanie 7 i 9 wzajemnie się potwierdzają, uzyskując dodatkowe uszczegółowienie w odpowiedziach na otwarte pytanie 10, które zostało omówione we wcześniejszym podrozdziale 5.1.3.

⁴³ Jednakże należy w tym miejscu przypomnieć, że dotychczasowe badania longitunalne na metodach pokrewnych Wideotreningowi Komunikacji udowodniły związek pomiędzy treningiem a rozwojem dziecka (Webster-Stratton, 1994; Fukkink, Lont, 2007; Fukkink, Tavecchio, 2007; Fukkink, 2008; Hoffenkamp, Tooten, Hall, Braekan, Eliens, 2015; Balldin, Fisher, Wirtberg, 2018).

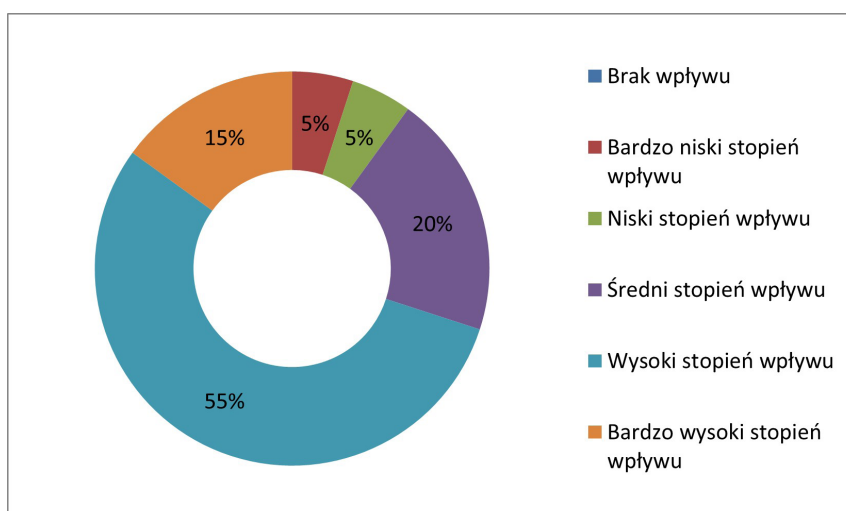
Rysunek 51. Oceny rodziców dotyczące stopnia korzystnego wpływu Wideotreningu Komunikacji na rozumienie swojego dziecka



Rysunek 51 przedstawia procentowy udział odpowiedzi rodziców na pytanie 11, które jest pierwszym pytaniem odnośnie drugiej części drugiego głównego problemu badawczego, a mianowicie: oceny przez rodziców wpływu Wideotreningu Komunikacji na własne kompetencje rodzicielskie. Tę część drugiego głównego problemu badawczego rozstrzygają także odpowiedzi badanych osób na pytania nr: 13 (Rysunek 53), 14 (Rysunek 54), 15 (Rysunek 55), 16 (Rysunek 56), oraz 18 (Rysunek 58). W swoich odpowiedziach 75% rodziców zadeklarowało, choć w różnym stopniu, że „bardzo wysoko” i „wysoko” ocenia wpływ Wideotreningu Komunikacji na rozumienie swojego dziecka.

Zwiększenie umiejętności rozumienia swojego dziecka jest oczekiwaną sytuacją po przebytych Wideotreningu Komunikacji. Trener na spotkaniach poświęconych przeglądowi nagrań z przebiegu sesji zmierza do poszerzenia zdolności rodziców do rozumienia potrzeb dziecka, wspierając tym samym rozwój ich funkcji mentalizacyjnej (Piełuc, Flundra, 2010).

Rysunek 52. Oceny rodziców dotyczące stopnia korzystnego wpływu Wideotreningu Komunikacji na wzrost częstości słuchania poprzez dziecko poleceń rodzica

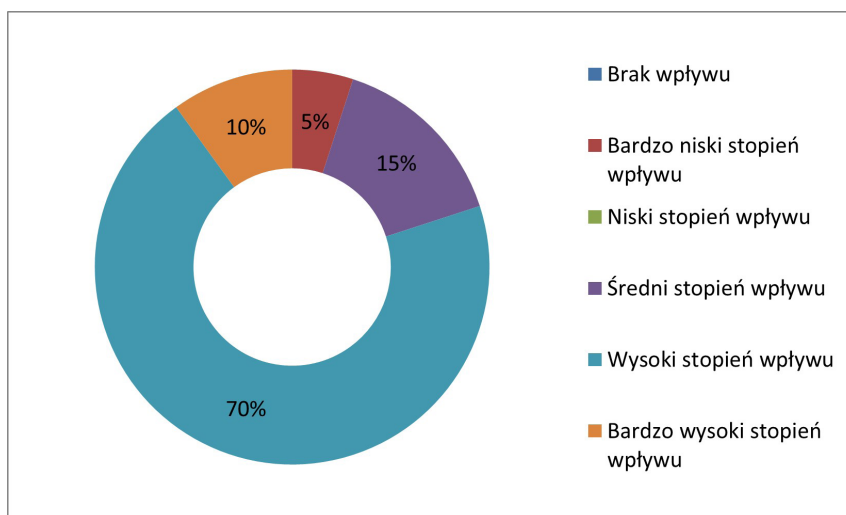


W odpowiedzi na pytanie 12 ankiety 70% rodziców zadeklarowało, choć w różnym stopniu, że Wideotrening Komunikacji miał wysoki stopień wpływu na wzrost częstości słuchania poprzez dziecko poleceń rodzica. 10% rodziców wyraziło wątpliwość w tym obszarze, zaznaczając odpowiedzi: „niski stopień wpływu” oraz „bardzo niski stopień wpływu”.

Jest to wynik zgodny z oczekiwaniami, ponieważ im częściej rodzice podążają za dzieckiem w zabawie, dzieci są bardziej skłonne podążać za nimi w sferze codziennego życia i obowiązkowych czynności (Greenspan, Wieder, 2014; LaVigne, 2023). Sesje nagraniowe są w swojej istocie sesjami zabawowymi rodziców z dziećmi pod życzliwym okiem (za kamerą) terapeuty. Rodzice z każdą kolejną sesją mogą otwierać się na swoje poczucie swobody i radości w kontakcie z dzieckiem, zapominając o „obowiązkach” prowadzenia terapii dziecka oraz nauczania go według z góry założonego planu.

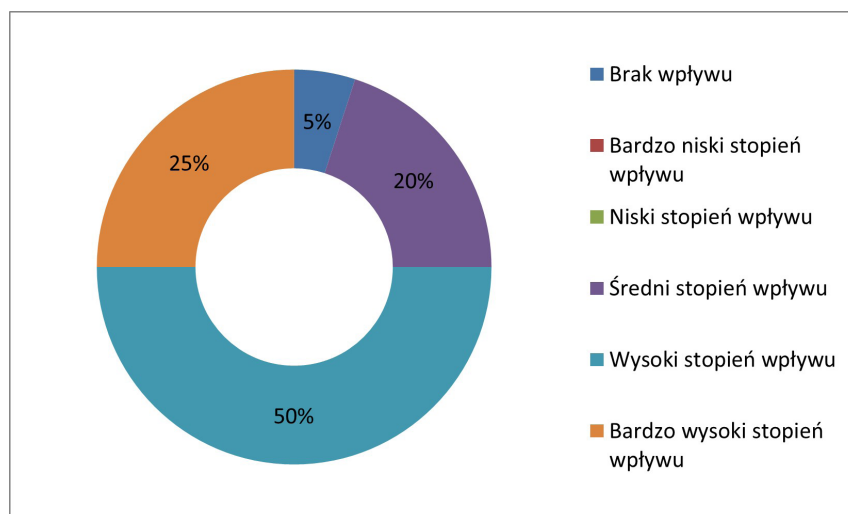
Pytanie to łączy się z pytaniem kolejnym przedstawionym na rysunku 53.

Rysunek 53. Oceny rodziców dotyczące stopnia korzystnego wpływu Wideotreningu Komunikacji na wzrost odczuwania przyjemności z przebywania z dzieckiem



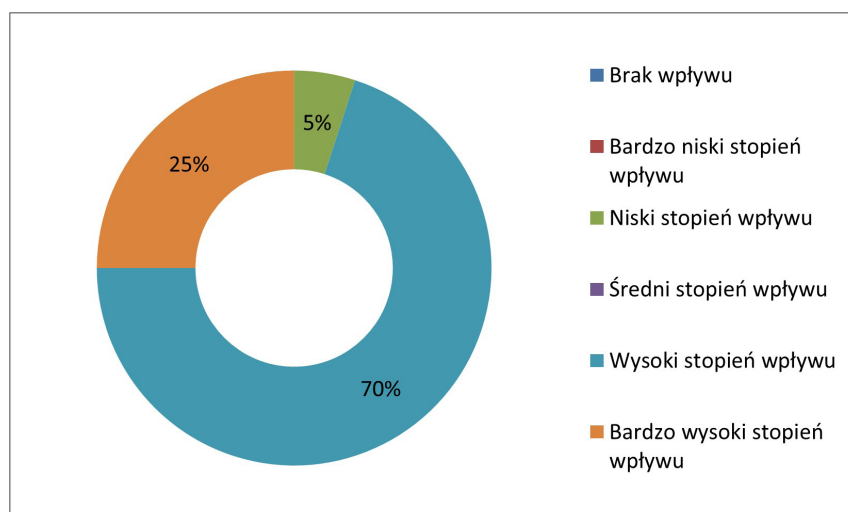
W odpowiedzi na pytanie 13 zawarte w ankiecie 80% rodziców zgodziło się, choć w różnym stopniu, że Wideotrening Komunikacji miał wysoki stopień wpływu na odczuwanie przyjemności w kontakcie z dzieckiem. Jest to bardzo ważny składowy czynnik udanego porozumiewania się między osobami, który może być predykatorem trwałych pozytywnych zmian w relacji rodzic–dziecko (Schore, 2001; Trevarthen, 2002; Stec, 2011).

Rysunek 54. Oceny rodziców dotyczące stopnia korzystnego wpływu Wideotreningu Komunikacji na wzrost dążenia do poszukiwania przyczyn negatywnych zachowań dziecka



Odpowiedzi udzielone na pytanie 14 wskazują, że Wideotrening Komunikacji może przyczyniać się do uruchomienia u rodziców funkcji metalizacyjnej w szerszym zakresie niż przed treningiem. 95% odpowiedzi rodziców może świadczyć o tym, że jest im łatwiej nie odbierać trudnego zachowania dziecka jako zagrażającego, ale jako przejawu niedojrzałości i trudności dziecka z zaburzeniami rozwoju. To ważny wynik, ponieważ wskazuje, że Wideotrening Komunikacji pomaga rodzicom zrozumieć, że zachowanie trudne jest sygnałem pojawiającym się wtedy, kiedy zasoby regulacyjne dziecka zostały wyczerpane i prosi ich ono o pomoc w regulowaniu zachowania, nad którym samo nie potrafi zapamiętać (Holinger, 2006; Powell, Cooper, Hoffman, Marvin, 2015; Porges, 2021). Jest to jeden z oczekiwanych wyników w treningach zachowań rodzicielskich, w których rozmowa ze specjalistą wykorzystywana jest do wspólnego poszukiwania poza-konfliktowych przyczyn trudnego zachowania dzieci (Reczek, 2007c).

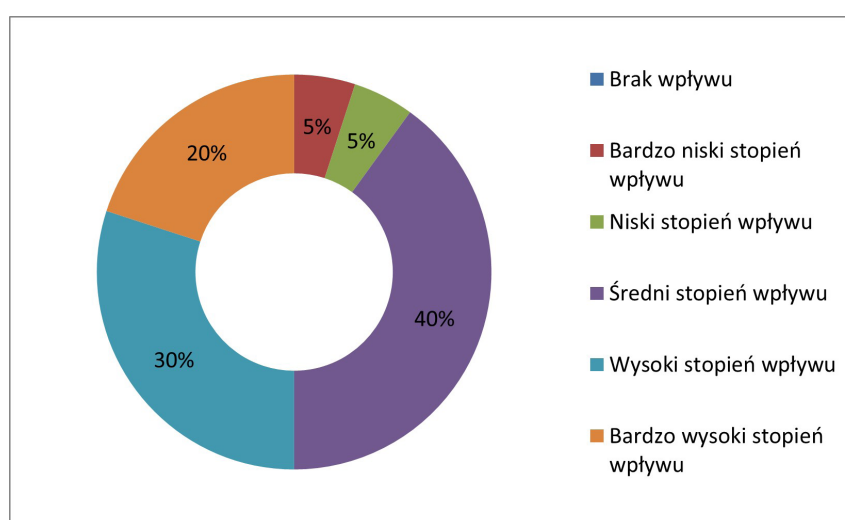
Rysunek 55. Oceny rodziców dotyczące stopnia korzystnego wpływu Wideotreningu Komunikacji na wzrost łatwości rozumienia próśb swojego dziecka



W odpowiedzi na pytanie 15 aż 25% rodziców odpowiedziało, że Wideotrening Komunikacji miał „bardzo wysoki”, a kolejne 70%, że „wysoki” stopień wpływu na wzrost łatwości rozumienia próśb swojego dziecka.

Jest to jedna z najbardziej oczekiwanych zmian w treningach komunikacji uwzględniających *video feedback*, ponieważ rodzic może reflektować na przykład nad komunikatami niewerbalnymi dziecka odtworzonymi na materiale video przy wsparciu specjalisty – przewodnika w tym procesie. Podczas omówień nagrań w Wideotreningu Komunikacji właśnie to się robi, kiedy zatrzymuje się kamerę i rodzic może wtedy rozwijać swoją refleksję nad potrzebami oraz prośbami dziecka.

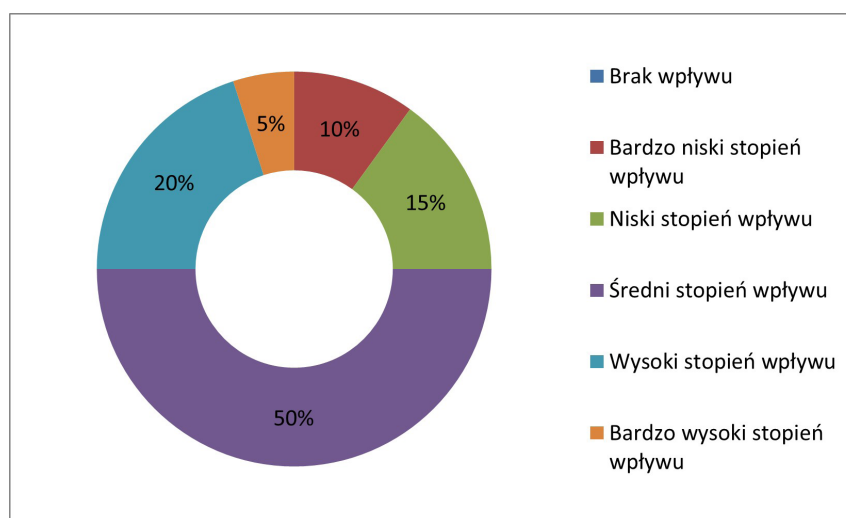
Rysunek 56. Oceny rodziców dotyczące stopnia korzystnego wpływu Wideotreningu Komunikacji na wzrost umiejętności uspokajania dziecka



Połowa rodziców (50%) uznała, że Wideotrening Komunikacji miał znaczący wpływ na ich rodzicielską umiejętność uspokajania dziecka. Natomiast 10% osób badanych oceniło wpływ metody na ten aspekt ich rodzicielskich kompetencji jako „niski” lub „bardzo niski”. Uspokajanie dziecka zależy po części od rozumienia komunikatów dziecka oraz zdolności metalizacyjnej matki. Jednakże jest to bardziej skomplikowana kompetencja rodzicielska i wiele zależy także od osobowościowych zasobów rodzica i jego zdolności do prawidłowej oceny sytuacji, w jakiej znajduje się dziecko. Nie dziwią zatem niższe oceny rodziców dotyczące tego aspektu skuteczności Wideotreningu Komunikacji. Tym bardziej że ten trening nie pokazuje na wykonanym w jego trakcie przeglądzie nagrań negatywnych zachowań dzieci i nie uczy wprost, jak nimi kierować. Część rodziców zadaje to pytanie podczas treningów: „Jak to jest, że oglądam same dobre momenty między moim dzieckiem a mną i ma mi to pomóc w tych gorszych? A przecież o to właśnie mi chodzi – chcę wiedzieć, co robić w sytuacjach stresowych, chcę lepiej sobie radzić z kłopotliwymi zachowaniami dziecka”. Zaskakująca dla rodziców właściwość metody Wideotreningu Komunikacji polega na tym, że pracuje się w niej nad tym, żeby dziecko miało mniej

trudnych momentów w ciągu dnia, żeby rodzice wiedzieli, jak podtrzymać pozytywny nastrój dziecka, zamiast skupiać się na negatywnych sytuacjach. Oczywiście w trakcie trwania treningu kształtuje się zachowania przydatne w konflikcie, ale zawsze prowadzi to do celu, jakim jest odnowienie kontaktu, a nie żądanie dopasowania się dziecka do rodziców.

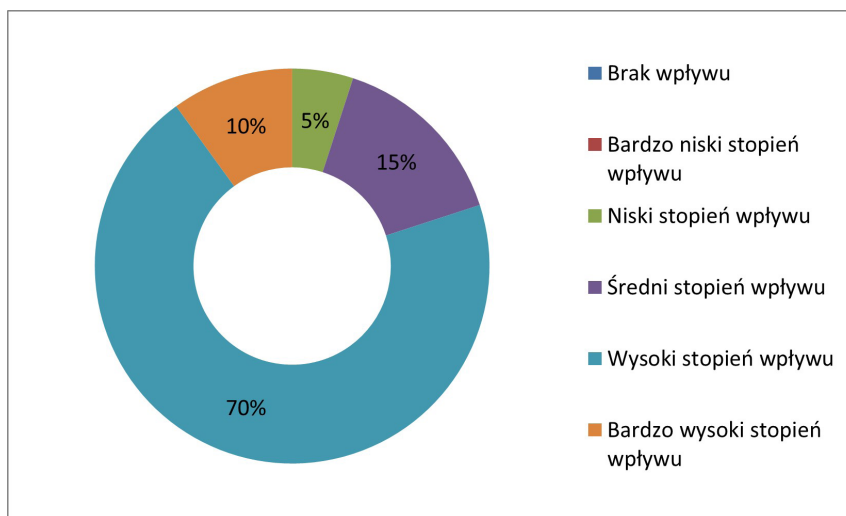
Rysunek 57. Oceny rodziców dotyczące stopnia korzystnego wpływu Wideotreningu Komunikacji na spadek trudności w rozumieniu zachowań dziecka



Pytanie 17 było pytaniem kontrolnym, tzw. pytaniem odwróconym, które stosuje się w ankietach kwestionariuszowych. Przez to uczestnicy badania mieli większe trudności z jego zrozumieniem w porównaniu z pozostałymi pytaniami. Jak pokazują dane zamieszczone na rysunku 57 rozkład odpowiedzi jest zasadniczo odwrotny w stosunku do poprzednich pytań. 25% rodziców oceniło wpływ Wideotreningu Komunikacji na spadek trudności w rozumieniu zachowań swojego dziecka jako „wysoki” i „bardzo wysoki”. Natomiast 50% rodziców oceniło wpływ Wideotreningu Komunikacji na spadek trudności w rozumieniu zachowań swojego dziecka jako „średni”.

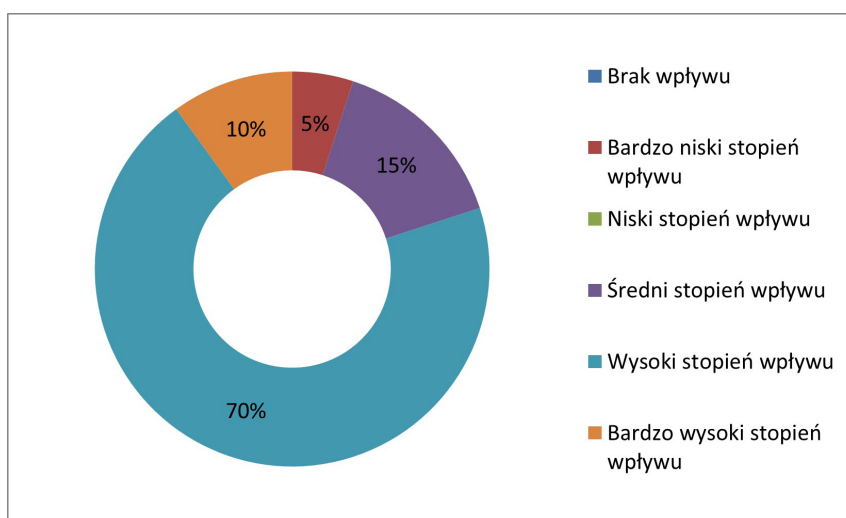
Żadna terapia nie sprawi, że konstytucjonalne trudności dziecka z zaburzeniami rozwoju zostaną wyeliminowane, dlatego wciąż proces rozwoju tych dzieci wymaga od rodziców wiele zaangażowania i dodatkowych obowiązków.

Rysunek 58. Oceny rodziców dotyczące stopnia korzystnego wpływu Wideotreningu Komunikacji na wzrost pewności siebie w relacji z dzieckiem



Odpowiedzi na pytanie 18 pokazują, że Wideotrening Komunikacji został uznany przez 80% rodziców za w „wysokim” i „bardzo wysokim” stopniu wpływający na wzrost pewności siebie w relacji z dzieckiem. Być może dotyczy to ogólnie pełnionej roli rodzicielskiej, także w stosunku do pozostałych dzieci, jeśli w danej rodzinie są. Wzrost zaufania do siebie samego i więcej pewności siebie jest jedną z oczekiwanych jakości po treningach rodzicielskich z wykorzystaniem kamery video. Rodzice, oglądając wiele razy siebie jako pozytywnego modelu dla siebie samego, mogą zmienić własne postrzeganie siebie, a przez to rozpoczynać działania z bardziej pozytywnego punktu wyjściowego (Velderman, 2011).

Rysunek 59. Oceny rodziców dotyczące stopnia korzystnego wpływu Wideotreningu Komunikacji na wzrost odczuwania radości przez dziecko



To pytanie, obok pytania 9 i 12, dotyczy oceny rozwoju dziecka przez rodziców.

Odpowiadając na pytanie 19, rodzice oceniali niejako bezpośredni wpływ na dziecko przeprowadzonego w ich rodzinie treningu komunikacji. Większość matek, w różnym stopniu, zgodziła się ze stwierdzeniem, że ich dzieci stały się radośniejsze. Jest to zgodne z założeniami teoretycznymi oraz doniesieniami badawczymi – bardziej udany sposób porozumiewania się rodzica z dzieckiem jest uwewnętrzniany przez dziecko, co może przejawiać się różnorodnymi jakościami: wzrostem poczucia własnej wartości, lepszym znoszeniem frustracji, byciem spokojniejszym i radośniejszym. 80% rodziców oceniło wpływ Wideotreningu Komunikacji na wzrost odczuwania radości przez dziecko w kontakcie z nimi jako „wysoki” i „bardzo wysoki”. Jest to bardzo ważna zmiana w zachowaniu dziecka zgłoszona przez rodziców w ankiecie. Oczekuje się, że dziecko, mając wiele pozytywnych, nasyconych dobrymi emocjami doświadczeń w relacjach ze swoimi rodzicami, wypracuje mechanizmy pozwalające zachowywać, a w razie potrzeby odzyskiwać wewnętrzną równowagę, dzięki czemu będzie bardziej radosne.

Na podstawie uzyskanych danych przytoczonych powyżej można wnioskować, że hipoteza H2 dotycząca oceniania przez rodziców wpływu Wideotreningu Komunikacji na rozwój dziecka i własne kompetencje rodzicielskie potwierdziła się:

Rodzice pozytywnie ocenili wpływ Wideotreningu Komunikacji na rozwój dzieci i własne kompetencje rodzicielskie.

5.3. Dyskusja wyników badań

W poprzednich podrozdziałach przedstawiono wyniki badań dotyczące zastosowania metody Wideotreningu Komunikacji w usprawnianiu porozumiewania się rodziców z dziećmi o zaburzonym rozwoju. Wyniki te stanowią odpowiedź na pytania badawcze zawarte w rozdziale czwartym. W podrozdziale 5.1 zamieszczono analizy statystyczne dotyczące pierwszego głównego problemu badawczego dotyczącego zmian w porozumiewaniu się rodziców z dziećmi w następstwie zastosowania Wideotreningu Komunikacji. W podrozdziale 5.2 znalazły się analizy wyników będących odpowiedzią na drugi główny problem badawczy: jak rodzice oceniają wpływ Wideotreningu Komunikacji na rozwój dzieci i własne kompetencje rodzicielskie. Wyniki dotyczące problemu trzeciego: jak trenerzy oceniają wpływ Wideotreningu Komunikacji na zachowanie i zdolności komunikacyjne dzieci, zostały przeanalizowane w podrozdziale 5.1.3. Mówiąc ściślej, analizowano zmiany w komunikowaniu się rodziców z dziećmi w ramach poszczególnych systemów interakcyjnych. Wnioski dotyczące usprawniania porozumiewania się rodziców z dziećmi o zaburzonym rozwoju z przeprowadzonych badań zostały umieszczone w podrozdziale 5.5.

Drobiazgowa scheduła obserwacyjna wielu aspektów interakcji komunikacyjnych oraz zastosowanie metody niezależnych sędziów kompetentnych do oceny wskaźników interakcji pozwalają na sformułowanie wniosków odnośnie pierwszego głównego problemu

badawczego oraz dotyczącej go hipotezy. Zbiorcza analiza ocen wszystkich średnich wskaźników interakcji wystawionych przez każdego z niezależnych sędziów kompetentnych potwierdziła słuszność podstawowego przewidywania badawczego, a mianowicie, że Wideotrening Komunikacji prowadzi do pozytywnych zmian w porozumiewaniu się rodziców z dziećmi o zaburzonym rozwoju poprzez zwiększenie się wartości wskaźników interakcyjnych w ostatnim nagraniu w porównaniu z pierwszym. Wszystkie średnie wskaźniki interakcji oceniane przez każdego z niezależnych sędziów kompetentnych były wyższe w ostatnim nagraniu niż w nagraniu pierwszym dla wszystkich zmiennych za wyjątkiem zmiennej „obecność wokalizacji / rozmowy”. Jednak we wcześniej prowadzonych analizach wskazywałam, że obniżenie się wartości tego wskaźnika można tłumaczyć pozytywnie – jako wyraz zmniejszenia się poziomu dyrektywności oraz intruzywności rodzica wyrażających się w rzadszym kierowaniu zachowaniami dziecka w niedostrojony sposób. Wymienione wyniki pozwalają uznać, że potwierdzona została hipoteza pierwsza, czyli, że wskaźniki interakcji komunikacyjnych rodzica z dzieckiem o zaburzonym rozwoju zarejestrowane w ostatnim nagraniu Wideotreningu Komunikacji będą wyższe od wskaźników interakcji komunikacyjnych rodzica z dzieckiem o zaburzonym rozwoju zarejestrowanych w nagraniu pierwszym Wideotreningu Komunikacji. Ponadto istotne statystycznie różnice między pierwszym a ostatnim nagraniem wystąpiły dla pięciu zmiennych: „kontakt wzrokowy” ($p=0,0284$), „podążanie za wzrokiem dziecka” ($p=0,0010$), „przyłączanie się do działań dziecka” ($p=0,0039$), „dopasowanie tempa ruchów do ruchów dziecka” ($p=0,0045$) oraz zmiennej dodatkowej „trafność reakcji rodzica” ($p=0,0071$). To, według mnie, oznacza, że Wideotrening Komunikacji jest metodą rzetelną, czyli faktycznie uczącą tego, do czego został zaprojektowany. Jak wykazano w podrozdziale 5.1.1 w drugiej grupie zmiennych „dostrajanie się do zachowania dziecka” istotnie statystycznie wyższe są te wskaźniki, które wymagają od rodzica ważnych zmian w posiadanych kompetencjach rodzicielskich oraz postawach względem dziecka. Co więcej, są to wskaźniki złożone, trudne do kontrolowania, które najlepiej wyrażają bliski, pozytywny kontakt z dzieckiem sprzyjający rozwojowi bezpiecznego przywiązania. Wśród tych wskaźników wydaje się brakować jedynie „kontaktu twarzą w twarz”, ale ta kwestia była dyskutowana we wcześniejszych podrozdziałach. Z kolei istotnie statystycznie wyższa wartość „kontaktu wzrokowego” w pierwszej grupie zmiennych „obdarzenie dziecka uwagą” może świadczyć o utrwaleniu się pożądaných zmian interakcyjnych, w wyniku czego nastąpiła pozytywna zmiana w relacji rodzice–dziecko, a także w samym dziecku.

Odnosząc się do drugiej hipotezy badawczej, przewidującej, że rodzice dzieci o zaburzonym rozwoju pozytywnie ocenią zastosowanie Wideotreningu Komunikacji w swoich rodzinach, należy stwierdzić, że w zdecydowanej większości badani rodzice ocenili, że Wideotrening Komunikacji miał znaczący, pozytywny wpływ zarówno na rozwój dziecka, jak i na wzrost kompetencji rodzicielskich.

W trakcie prowadzenia badań korzystałam z różnych metod i technik badawczych: obserwacji standaryzowanej, procedury ocen sędziów kompetentnych, ankiet zawierających zarówno pytania zamknięte, jak i otwarte. Uzyskane wyniki badań można rozpatrywać z perspektywy subiektywności *versus* obiektywności zastosowanej metody. W podrozdziale 5.1 przede wszystkim przedstawiono wyniki zobiektywizowanej oceny skuteczności wideotreningu przeprowadzonej przez sędziów kompetentnych. W podrozdziale 5.2 przedstawiono subiektywną ocenę zastosowania Wideotreningu Komunikacji dokonaną przez rodziców. Dodatkowo w podrozdziale 5.1.3 została uwzględniona trzecia perspektywa – trenerek przeprowadzających treningi badanych rodziców. Tę perspektywę należy również skategoryzować jako subiektywną, ale wprowadzającą wartość dodaną do całości analiz, ponieważ trenerzy wypowiadali się o zmianach, jakie zaszły w zachowaniach dzieci, natomiast sędziowie kompetentni oceniali zmiany w zachowaniu rodziców.

Wyniki przeprowadzonych badań potwierdziły hipotezy sformułowane przed ich rozpoczęciem. Zatem uzasadniony jest wniosek, że zastosowanie metody Wideotreningu Komunikacji usprawnia porozumiewanie się rodziców z dziećmi o zaburzonym rozwoju. Poziom i zakres tego usprawniania ujawnia się w różny sposób w uzyskanych wynikach. Najbardziej uwidacznia się w analizie ocen pierwszych i ostatnich nagrań treningowych dla każdego wskaźnika wszystkich systemów dokonanych przez 3 sędziów kompetentnych. Analiza ta została zaprezentowana w podrozdziale 5.1.2 w tabeli 20 i na rysunkach 30 i 31. Każdy średni wskaźnik interakcji oceniany przez wszystkich sędziów kompetentnych był wyższy w ostatnim nagraniu w porównaniu z nagraniem pierwszym, oprócz zmiennej „obecność naprzemiennej wokalizacji / rozmowy”. Tylko dla tej zmiennej średni wskaźnik interakcji był wyższy w pierwszym niż w ostatnim nagraniu. Jednym z możliwych wyjaśnień takiego stanu rzeczy jest zmniejszanie się dyrektywności oraz intruzywności rodziców w toku treningu. Dyrektywność przejawia się w mówieniu dziecku, co ma zrobić, na co spojrzeć, a nawet może wyrażać się w mówieniu dziecku, co aktualnie czuje. Intruzywność jest związana z przerywaniem i przeszkadzaniem dziecku w jego aktywności poprzez komunikaty słowne mające na celu odwrócenie uwagi, zmianę tematu rozmowy, nakazanie podjęcia nowej aktywności, a także poprzez działania zmieniające kierunek współpracy lub przeszkadzające dziecku w samodzielnej aktywności. W trakcie kolejnych sesji nagrań i omówień rodzice mogą nauczyć się życzliwego podtrzymywania uwagi dziecka, spokojnego wyczekiwania na reakcję dziecka i stwarzania mu możliwości podejmowania działań we wspólnie podzielanym polu uwagi. Dziecko z zaburzeniami rozwoju może wówczas wystąpić w roli równorzędnego podmiotu interakcji. Za taką interpretacją przemawia fakt, że jakości interakcyjne wyrażane w zmiennych: „przyłączanie się do działania dziecka”, „dopasowywanie tempa ruchów do dziecka” oraz „trafność reakcji rodzica”, a także „podążanie za wzrokiem dziecka” są zróżnicowane na poziomie istotnym statystycznie i są znacząco wyżej ocenione przez sędziów w nagraniu ostatnim. „Kontakt wzrokowy” to kolejna zmienna zbiorczo zróżnicowana *in plus* na poziomie istotnym

statystycznie w ostatnim nagraniu względem pierwszego. Nawiązywanie kontaktu wzrokowego w interakcjach i relacjach jest związane z poczuciem bezpieczeństwa, zaufaniem, radością ze wspólnego przebywania i współpracy (Schore, 1994; Schore, 2001). Wzrost tego wskaźnika jest tym bardziej ważny, ponieważ znaczny odsetek dzieci z zaburzeniami rozwoju w próbie badawczej, to dzieci z ASD. Zmniejszenie się dyrektywności rodziców po zastosowaniu Wideotreningu Komunikacji jest zgodne z wcześniejszymi badaniami nad tą metodą (Elicker, Georgescu, Bartsch, 2008; IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, Juffer, 2008). Uzyskane wyniki zbiorcze zmiennych wskaźników interakcyjnych, w których zaobserwowano istotną statystycznie różnicę pomiędzy pierwszym a ostatnim nagraniem treningowym, współbrzmia także z klasycznym już badaniem metaanalizycznym Bakermans, Juffer, van IJzendoorn (1998). Pokazało ono, że treningi rodzicielskie oparte na *video feedbacku* znacząco zwiększają wrażliwość macierzyńską, szczególnie, jeśli są strategią krótkoterminową.

Analizy pojedynczych systemów interakcyjnych pokazują indywidualne ścieżki zastosowania Wideotreningu Komunikacji w rodzinach. W każdym systemie interakcyjnym porównanie pomiędzy pierwszym a ostatnim nagraniem w ocenie sędziów kompetentnych uwidocznilo znaczne różnice pomiędzy systemami. Dla niektórych rodziców zastosowany wideotrening oznaczał przede wszystkim zmianę w drugiej podgrupie zmiennych: „dostrajanie się do zachowania dziecka” (system 1, 6 oraz 8), dla innych zaś zmianę w podgrupie „obdarzenie dziecka uwagą” (system 3 oraz 5). W jeszcze innych systemach interakcyjnych zmiana w zachowaniach rodzicielskich została uwidoczniiona na poziomie kilku zmiennych, a nie na poziomie całych podgrup zmiennych. I tak w systemie interakcyjnym nr 2 największa różnica uwidoczniła się w ostatnim nagraniu dla wskaźników. W systemie interakcyjnym nr 4 były to: „miły wyraz twarzy”, „miły ton głosu” oraz „nazywanie”, zaś dla systemu nr 7 „spoglądanie w kierunku dziecka” oraz „obecność naprzemiennej wokalizacji / rozmowy”. W ostatnim analizowanym systemie interakcyjnym, czyli systemie nr 9, znaczące zmiany uwidoczniły się tak w pierwszej, jak i w drugiej podgrupie zmiennych. Bardzo ciekawym przyszłym kierunkiem badań z pewnością byłoby zastosowanie pogłębionego wywiadu wraz z analizą jakościową uzyskanych danych. Pozwoliłoby to na lepsze zrozumienie trajektorii rozwoju procesów uczenia się oraz procesów komunikacyjnych w trakcie przebiegu Wideotreningu Komunikacji w rodzinach z dzieckiem o zaburzonym rozwoju.

Uzyskane wyniki wydają się być interesujące również z tego powodu, że większość dzieci w rodzinach, które uczestniczyły w badaniach, miało diagnozę zaburzeń autystycznych lub mózgowego porażenia dziecięcego (dwie trzecie dzieci objętych badaniem ankietowym oraz 6, których dotyczyła analiza materiału filmowego). Są to zaburzenia uchodzące w powszechnej opinii za niepoddające się łatwo korekcie i wymagające przede wszystkim zastosowania metod behawioralnych. Badania nad metodami pozytywnymi i relacyjnymi przeczą temu przekonaniu (Forsyth, Sked, 2011).

W odpowiedziach rodziców i terapeutek na pytania otwarte jest pełna zgodność, a mianowicie, że przeprowadzony w rodzinie trening przyniósł korzyści tak rodzicowi, jak i dziecku. Wszystkie trenerki wypowiedziały się w sposób pozytywny o zmianach zachodzących w zachowaniu dziecka tak w jednym, jak i drugim obszarze uwzględnianym w analizie nagrań video. Terapeutki zwracały uwagę, że dziecko jest „bardziej w kontakcie” w stosunku do rodzica, aktywnie poszukuje z nim interakcji, jest spokojniejsze, częściej komunikuje swoje potrzeby. Rodzice mówili, że mieli lepszy kontakt z dzieckiem, lepiej rozumieli jego komunikaty. Można wnioskować więc, że i w tym badaniu uwiadcza się rola Wideotreningu Komunikacji w promowaniu bezpiecznego przywiązania dzieci, szczególnie dzieci z zaburzeniami rozwoju (IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, Juffer, 2008).

W odpowiedziach rodziców na pytania zawarte w ankiecie dominuje opinia, że przeprowadzony w rodzinie Wideotrening Komunikacji był wysoce skuteczny, a oni byli zadowoleni ze spotkań z terapeutą. Większość rodziców oceniła, że Wideotrening Komunikacji przyczynił się do rozwoju ich dziecka z zaburzeniem rozwoju oraz poszerzył ich kompetencje rodzicielskie. W swych wypowiedziach rodzice zwracali uwagę, że zastosowany trening pozwolił im lepiej zrozumieć dziecko, czuć się pewniej w relacji z nim, lepiej odczytywać jego potrzeby. Rodzice zwracali także uwagę, że w trakcie spotkań z terapeutą, w celu omawiania nagrań, mogli spojrzeć na zachowania własne oraz zachowania dziecka „z boku”, poznać swoje zachowania w różnych sytuacjach i szukać wyjaśnień dla trudnych zachowań dziecka. Wielu rodziców w swoich opiniach podawało, że nauczyli się bawić ze swoim dzieckiem i nawiązywać z nim pozytywną relację.

Wyjątkiem od tego typu opinii były przytoczone w podrozdziale 5.2 oceny jednej osoby: matki dziecka, 6-letniego chłopca z autyzmem. Jako jedyna oceniła zastosowanie treningu w rodzinie jako „skuteczny” oraz uznała, że Wideotrening Komunikacji w wielu obszarach nie przyczynił się do rozwoju jej dziecka. Niestety, nie uzyskano więcej informacji na temat sytuacji tej matki oraz uwarunkowań tej sytuacji. Na pewno pogłębiony wywiad wraz z analizą już zebranych danych pozwoliłby na uzyskanie pełniejszego obrazu sytuacji tego systemu interakcyjnego.

Natomiast należy odrzucić rozważanie hipotezy, która nasuwa się w pierwszej kolejności: że być może interwencja proponowana w omawianej metodzie jest „zbyt słaba” w stosunku do niżej funkcjonujących dzieci z autyzmem. W badaniu ankietowym wzięły udział także inne rodziny z dziećmi z autyzmem i one wypowiadały się o treningu i trenerach odmiennie. Jedna z tych rodzin uczestniczyła w badaniu materiału filmowego (2. system interakcyjny). Był w niej 5-letni chłopiec z diagnozą autyzmu, który, jak wynika z udzielonych przez matkę informacji, borykał się ze znacznym opóźnieniem rozwoju. Przytoczę raz jeszcze całą wypowiedź matki o pozytywnych zmianach, jakie zaszły w zachowaniu dziecka po odbytym treningu:

Była to nauka dla syna i dla nas. Zabawa z synem stała się radością i dla nas, i dla syna. Zaczął dostrzegać, kto jest z nim, kto się z nim bawi, kto z nim idzie. Coraz częściej i na dłużej nawiązuje kontakt wzrokowy. Po VIT pojawiło się naśladownictwo, którego wcześniej było bardzo mało (por. str. 152).

Opisy rodziców uzyskane w omawianym badaniu są spójne z badaniami Maxwell i Ress⁴⁴ (Miś, 2019) przeprowadzonymi również na małej grupie (13 rodzin):

Okazało się, że najistotniejsze było pojawienie się relacji współpracy między rodzicami a trenerami, a następnie uzyskanie świadomości tego, co należy zmienić w ich relacjach z dziećmi. „Fakt, że rodzice zobaczyli się w interakcji z dziećmi, był poruszający, a wizualny obraz pozostał z nimi, ponieważ, jak stwierdził jeden z uczestników, *faktycznie widzisz to, co robisz*” [tłum. L.M.] (Maxwell, Reese, 2019, s. 1426; za: Miś, 2019, s. 288).

Bardzo ciekawym kierunkiem badań w Polsce byłoby zbadanie omówień nagrań i ustalenie, w jakim stopniu były to omówienia dostrojone i „podzielane” (*shared review*; Jarvis, Polderman, 2011). Temat ten nie został dotychczas zbadany, a w sytuacji wciąż ugruntowującej się demokracji w naszym kraju, wydaje się kluczowy. Dobrze zrealizowana sesja omówienia wymaga bowiem w pełni demokratycznego partnerskiego uczestnictwa rodziców i specjalistów. Trener, który jest w pełni obecny i skupiony na rodzicach, nie odbierając im jednocześnie ich podmiotowości, może dać im niezwykle leczące doświadczenie wbrew dominacji w naszym polskim społeczeństwie krytycznych i nakazujących narracji na temat usprawniania, opieki i wychowywania dzieci z zaburzeniami rozwoju.

5.4. Ograniczenia przeprowadzonych badań

Za najpoważniejsze ograniczenie zrealizowanego programu badawczego uważam zmniejszanie się liczby osób w grupie badanej. Badania zostały zaprojektowane dla znacznie liczniejszej grupy, lecz w miarę realizacji badań coraz więcej rodziców wycofywało się z udziału w nich. Jest to naturalny i zrozumiały proces w każdym zaprojektowanym badaniu, natomiast w przypadku moich badań różnica między zgodami na badanie uzyskanymi na początku, a ostateczną liczbą rodzin, które weszły do badania materiałów filmowych, jest bardzo wysoka. Jednej z przyczyn takiego stanu rzeczy z pewnością należy upatrywać w samym materiale badawczym, który miał być zgromadzony. Osoby poproszone o udział w badaniu dość chętnie zgadzały się na badanie ankietowe, ale gdy dowiadywały się, że są proszone o udzielenie zgody na dostęp do nagrań z przeprowadzonego treningu albo w ogóle wycofywały się z badań, albo nie odsyłały wypełnionej ankiety, pomimo że podpisały zgodę na badania albo wypełniły ankietę, ale odmawiały

⁴⁴ N. Maxwell i A. Ress z Uniwersytetu Cardiff przeprowadzili badania w ośrodku pomocy społecznej dla dzieci (Children's Service). Wideo-trening został zaproponowany rodzinom ze znacznymi trudnościami wychowawczymi. Badania ankietowe zostały przeprowadzone na próbie 13 rodzin od razu po zakończonym treningu oraz po 6 miesiącach od jego zakończenia (Miś, 2019).

dostępu do nagrania. Obecnie, po pandemii COVID-19, obserwuje się znacznie bardziej pozytywne podejście rodziców do udostępniania nagrań z zajęć prowadzących z ich dzieckiem. W trakcie trwania pandemii nagrywanie spotkań on-line było bardzo częstą praktyką. Pandemia otworzyła też paradoksalnie drzwi w polskich domach dla wizyt domowych, co do których wcześniej panowała duża niechęć. Natomiast moje badania zostały przeprowadzone jeszcze przed rokiem 2019 i w moim odczuciu są naznaczone lekkowym nastawieniem rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju do udostępniania nagrań video. Badani przeze mnie rodzice postępowali zgodnie z następującą regułą: ankiety tak, nagrania nie. Ponadto, ponieważ nagrania były wykonywane jeszcze w większej części na kasetach VHS, to część tych nagrań nie nadawała się poprzez swoją niedoskonałą jakość do precyzyjnego analizowania.

Prawdopodobnie, gdyby grupa była większa, rozkład wyników byłby bardziej precyzyjny i mogłyby ujawnić się tendencje, których w tym badaniu nie można było odczytać. Dlatego przeprowadzenie badań na większej grupie jest pożądanym kierunkiem eksploracji tego obszaru problemowego. Większa grupa badawcza i jeszcze bardziej wystandardyzowany arkusz obserwacyjny mogłyby zapewnić uzyskanie danych zgodnych z rozkładem normalnym, a tym samym zwiększyć dostęp do innych narzędzi analizy statystycznej.

Kolejnym aspektem badania wymagającym rozważenia jest zgodność sędziów kompetentnych. Dla niektórych zmiennych ocena zgodności sędziów była niewystarczająca (poniżej 0,4): „spoglądnie w kierunku dziecka”, „dopasowanie tempa ruchów do dziecka”, „trafność reakcji rodzica”, „wyczekiwanie na reakcję dziecka”. Wskaźniki te są albo dość nieokreślone, na przykład trudno w materiale filmowym nagrywanym jedną kamerą rozsądzić, gdzie dokładnie patrzył rodzic, albo dokonać oceny złożonych wskaźników, na przykład „trafność reakcji rodzica”. To może skutkować większą dowolnością w interpretacjach poszczególnych sędziów kompetentnych. Należy jednak pamiętać, że w tego typu analizach, w pewnym stopniu, jest to proces nieunikniony. Bowiem interakcje społeczne należą do zjawisk najtrudniej poddających się obserwacji (Ainsworth, 1978; Bull, 2002; Cozolino, 2006).

Wreszcie należy poruszyć kwestię doboru osób do badań. Warunkiem rozpoczęcia badań była jednoczesna zgoda na badania obojga rodziców oraz terapeuty, który z daną rodziną pracował. Był więc to dobór do próby dobrowolny oraz celowy (kryterium wieku dzieci i ich niepełnosprawności). W obliczu powyższego można przypuszczać, że może to znaleźć swoje odzwierciedlenie w wynikach oraz doprowadzić do częściowej utraty istotnych danych o zjawisku i populacji (Brzeziński, 1996). Prawdopodobnym może być to, że tylko ci rodzice, którzy doświadczyli pozytywnej zmiany w wyniku pracy Wideo-treningiem Komunikacji oraz byli zadowoleni ze współpracy z terapeutą, zgodzili się na pełne badania.

5.5. Wnioski do praktyki pedagogicznej

Przeprowadzona praca badawcza oraz poprzedzające ją analizy literatury przedmiotu utwierdzają mnie w przekonaniu, że ważne jest proponowanie rodzinom metod terapeutycznych opartych na: umacnianiu ich zasobów, szacunku do wszystkich członków rodziny, szczególnie rodziców, oraz pozytywnych sposobach komunikowania się specjalistów z rodzicami. Wyniki badań pokazują, że metody oparte na relacjach, skupione wokół interakcji i codziennego życia rodziny, mogą przynieść wiele pożądanego dla rozwoju dziecka zmian (Twardowski, 2022). Jeśli specjaliści będą skupiać się tylko na wypracowaniu pewnych zmian w zaciszu gabinetów, usprawnieniu samego dziecka, a nie będą dążyli do realnego podniesienia jakości życia rodziny, to nie osiągną pozytywnych i trwałych zmian w procesie rozwoju dziecka.

Uzyskane wyniki badań dowodzą, że pozytywne umacniające podejście do współpracy z rodzicami w ramach treningu rodzicielskiego jest skuteczne i przynosi wymierne korzyści. Zatem można uzyskać pożądaną zmianę w relacji rodzice–dzieci, nie krytykując rodziców, ani nie wspominając o ich błędach. Ważniejsze jest osobiste przewodnictwo terapeuty i organizowanie pozytywnego, jednocześnie regulującego i modelującego, doświadczenia dla rodziców w trakcie spotkań z nimi. Specjalisto, traktuj rodzica tak, jakbyś chciał, żeby on traktował swoje dziecko! – to moim zdaniem „złota zasada” w kontaktach pomiędzy specjalistami a rodzicami. Bardzo ważne jest wzmocnienie przekazu kierowanego do rodziców: nie osądzanie, nie krytykowanie, nie wskazywanie zaleceń niewypracowanych wspólnie z rodzicami. Wtedy Wideotrening Komunikacji będzie mógł stać się także okazją do propagowania „demokracji dialogicznej” (Barrow, Todd, 2011). Naszym celem nie powinno być zmienianie rodziców, ale towarzyszenie zapewniające im łagodną regulację na drodze do zmiany (Levine, 2022). W literaturze przedmiotu coraz bardziej obecny jest koncept „bycia w pełni obecnym” dla rodziców (*being fully present*; Vermeulen, 2011), podobnie jak chcielibyśmy, aby oni byli w pełni obecni dla swoich dzieci w interakcjach z nimi. To z kolei oznacza, że specjaliści pracujący z rodzinami będą na bieżąco podnosić swoje kwalifikacje nie tylko diagnostyczne, ale i terapeutyczne. Przede wszystkim jednak, że będą dbać o swój rozwój osobowościowy i codzienny dobrostan, ponieważ nikt nie może podzielić się z innymi ludźmi tym, czego sam nie ma.

Kolejnym wnioskiem do praktyki pedagogicznej, wynikającym z przeprowadzonych badań, jest ten, że Wideotrening Komunikacji to bardzo skuteczna metoda i można ją rekomendować do zastosowania we wczesnym wspomaganie rozwoju dziecka z niepełnosprawnościami. Postulat upowszechnienia samej metody Wideotreningu Komunikacji wydaje się bardzo kuszący, natomiast dotychczasowa już 25-letnia historia metody pokazuje, że nie jest to sprawa łatwa. Kiedyś, jak zwraca uwagę L. Miś (2019), uwarunkowania techniczne wydawały się główną przeszkodą w upowszechnieniu się metody. Dziś jednak widać, że upowszechnianie metody napotyka barierę mentalną i to dwojakiego

rodzaju: pierwszą jest samo pozytywne umacniające nastawienie do rodziców jako najlepszych specjalistów „od swoich dzieci”, które paradoksalnie napotyka wciąż na dużą nieufność w środowisku terapeutów pracujących z dziećmi; drugą sama nieokreśloność metody – brakuje jasnego protokołu działania, także w myśl pozytywnego umacniającego postrzegania specjalisty i jego uważności na dziejący się proces (np. do metody VIPP oraz VIPP – SD przypisany jest już podręcznik). Dlatego ważniejszą kwestią wydaje się sama dywersyfikacja usług terapeutycznych dla rodziców z dziećmi o zaburzonem rozwoju. Nie warto tracić czasu na „walkę z wiatrakami”, czyli z barierami mentalnymi. Lepiej aktywnie angażować się w tworzenie przestrzeni i wspólnot specjalistów rozwijających terapie, które są nastawione na podniesienie jakości rodzicielstwa, a nie „usprawnianie” samego dziecka. Obecnie powstaje coraz więcej metod, z bardzo dobrą podbudową teoretyczną z zakresu neuronauki, które podobnie jak Wideotrening Komunikacji mają w centrum swoich zainteresowań dostrojone, pełne szacunku relacje. Tym bardziej, że jeśli dołożymy do uważności na relacje, uważność na ciało – do wskaźników interakcyjnych wskaźniki somatyczne, jak proponuje teoria poliwagalna Porges’a oraz wyrosła z niej modalność terapeutyczna Somatic Experiencing, to wtedy pełne szacunku, dostrojenia i radości spotkania terapeutyczne czy to w gabinetach, czy w ramach wizyt domowych będą mogły być w Polsce o wiele powszechniejsze niż obecnie.

Zakończenie

Treść przedstawionej pracy dotyczy możliwości zastosowania Wideotreningu Komunikacji w usprawnianiu porozumiewania się rodziców z dziećmi o zaburzonym rozwoju. Celem teoretycznym było ukazanie genezy, założeń i istoty metody. Celem empirycznym było ustalenie, jakie zmiany w interakcjach komunikacyjnych rodziców z dzieckiem wystąpiły po przeprowadzeniu Wideotreningu Komunikacji oraz jak rodzice oceniają wpływ Wideotreningu Komunikacji na swoje porozumiewanie się z dziećmi o zaburzonym rozwoju. Zasadniczy wysiłek badawczy koncentrował się na przeprowadzeniu mikroanalizy interakcji pomiędzy rodzicami a dziećmi o zaburzonym rozwoju zarejestrowanych w trakcie treningu video. W pracy uwzględniono również cel praktyczny, którym było sformułowanie, na podstawie przeprowadzonych badań, wniosków praktycznych dla specjalistów i rodziców.

Badania empiryczne zostały wykonane w paradygmacie interakcyjnym, to znaczy, że najważniejszym źródłem uzyskiwanych informacji były nagrania interakcji rodzic–dziecko oraz mikroanaliza tych interakcji. Drobiazgowa scheduła obserwacyjna wszystkich uwzględnionych aspektów interakcji komunikacyjnych oraz zaangażowanie niezależnych sędziów kompetentnych do oceny wskaźników interakcji pozwoliły na rozstrzygnięcie sformułowanych problemów badawczych.

Otrzymane wyniki dotyczące zbiorczej analizy wszystkich średnich wskaźników interakcji dla każdego z niezależnych sędziów kompetentnych potwierdziły trafność sformułowanej hipotezy, że Wideotrening Komunikacji prowadzi do pozytywnych zmian w porozumiewaniu się rodziców z dziećmi o zaburzonym rozwoju. Średnie wskaźniki interakcji oceniane przez każdego z niezależnych sędziów kompetentnych były wyższe w ostatnim nagraniu w porównaniu z pierwszym dla wszystkich zmiennych zależnych szczegółowych, oprócz jednej określonej jako „Obecność wokalizacji / rozmowy”. Jednakże bliższa analiza wyników dotyczących wymienionej zmiennej wykazała, że obniżenie się jej wartości można paradoksalnie tłumaczyć pozytywnie, jako zmniejszenie się poziomu dyrektywności oraz intruzywności rodzica wyrażającego się rzadszym kierowaniem

zachowaniami dziecka w niedostrojony sposób. Tym samym, za potwierdzoną można uznać hipotezę pierwszą, zgodnie z którą wskaźniki interakcji komunikacyjnych rodzica w stosunku do dziecka o zaburzonym rozwoju zarejestrowane w ostatnim nagraniu Wideotreningu Komunikacji będą wyższe od wskaźników interakcji komunikacyjnych rodzica w stosunku do dziecka o zaburzonym rozwoju zarejestrowanych w pierwszym nagraniu Wideotreningu Komunikacji. Przeprowadzone badania jednoznacznie potwierdziły hipotezę, że rodzice dzieci o zaburzonym rozwoju pozytywnie oceniają zastosowanie Wideotreningu Komunikacji. Okazało się bowiem, że w ocenie badanych rodziców Wideotrening Komunikacji miał korzystny wpływ zarówno na rozwój dziecka, jak i ich kompetencje rodzicielskie.

W świetle uzyskanych wyników za najważniejsze wskazanie praktyczne należy uznać to, które mówi o konieczności objęcia wczesnym wspomaganie rozwoju nie tylko dziecka z niepełnosprawnością, ale także jego rodziców w ramach współpracy opartej na zasadzie partnerstwa. Małe dziecko zawsze funkcjonuje w diadzie ze swoim opiekunem i dlatego to właśnie diada rodzic–dziecko powinna być centralnym podmiotem oddziaływań pomocowych. Wspieranie rodziców poprzez dostrzeżenie ich zasobów, próby zrozumienia trudnych emocji, jakie przeżywają, oraz pełna szacunku postawa wobec ich ograniczeń i mechanizmów obronnych będzie prowadzić do akceptacji i afirmacji dziecka przez rodziców.

Praca nad dysertacją zaowocowała nie tylko wieloma interesującymi dla mnie odkryciami, ale także wiązała się z koniecznością pokonywania licznych trudności, które traktuję jako wartość dodaną – kolejną lekcję podarowaną przez życie, za którą jestem wdzięczna.

Bibliografia

- Ainsworth, M. D. S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Ainsworth, M. D. S. (1982). Attachment: Retrospect and prospect. W: C. M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (eds.). *The place of attachment in human behavior*, New York: Basic Books. S. 3–30.
- Allen, J. G., Fonagy, P., Bateman, A. W. (2013). *Mentalizowanie w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Argyle, M. (1999). *Psychologia stosunków międzyludzkich*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Aronson, E. (2004). *Człowiek – istota społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Babska, Z., Shugar, G. W. (1986). *Idea dwu-podmiotowości interakcji dorosły–dziecko w procesie wychowania w pierwszych latach życia*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Baharav, E., Darling, R. (2007). Case report: using an auditory trainer with caregiver video modeling to enhance communication and socialization behaviors in autism. *Journal of Autism. Development and Disorders* 38:771-775.
- Bakermans, M., Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (1998). Interventions with video feedback and attachment discussions: Does type of maternal insecurity make a difference? *Infant Mental Health Journal* 19(2): 202–219.
- Bakker, T., Zevenhuijzen, A. (2005). *Teoria przywiązania w pracy terapeutycznej z dziećmi z rodzin adopcyjnych i zastępczych – doświadczenia holenderskie*. Maszynopis niepublikowany szkolenia dla specjalistów. Sierczynek: Stowarzyszenie Zastępczego Rodzicielstwa.
- Ballidin S., Fisher P. A., Wirtberg I. (2018). Video Feedback Intervention with Children: A Systematic Review. *Research on Social Work Practice* 28(6): 682–695.
- Bandura, A. (2007). *Teoria społecznego uczenia się*. Warszawa: PWN.
- Baraniewicz, D. (2001). Video Home Training – domowy trening komunikacji. W: E. Minczakiewicz (red.). *Komunikacja – mowa – język w diagnozie i terapii zaburzeń rozwoju u dzieci i młodzieży niepełnosprawnej*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej. S. 149–152.
- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: an essay on autism and theory of mind*. Boston: MIT Press/Bradford Books.
- Barrow, W., Todd, L. (2011). Beyond therapy. Supporting a culture of relational democracy. W: H. Kennedy, M. Landor, L. Todd (eds.). *Video Interaction Guidance. A relationship – based intervention to promote attunement, empathy and wellbeing*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. S. 278–289.

- Bauer, J. (2008). *Empatia. Co potrafią lustrzane neurony*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bauman, Z. (2000). *Ponowoczesność jako źródło cierpień*. Warszawa: Wydawnictwo Sic!
- Bee, H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Beebe, B., Knoblauch, S., Rustin, J., Sorter, D. (2003). A comparison of Meltzoff, Trevarthen, and Stern. *Psychoanalytic Dialogues* 13(6): 809–836.
- Berg, P. M. van den (1994). *Video Home Training. Center for Special Education*, Leiden: Leiden University.
- Bokus, B., Shugar, G. W. (2007). Psychologia języka dziecka – stare pytania, nowe dane, nowe hipotezy. W: B. Bokus, G. W. Shugar (red.). *Psychologia języka dziecka. Osiągnięcia, nowe perspektywy*. Gdańsk: GWP. S. 9–32.
- Bornstein, M. H. (1995a). Międzykulturowe porównania w badaniach nad rozwojem: aktywność i interakcje japońskich i amerykańskich niemowląt oraz ich matek. Co wiemy, co chcemy wiedzieć i dlaczego chcemy wiedzieć. W: A. Brzezińska, G. Lutomski, B. Smykowski (red.). *Dziecko wśród rówieśników i dorosłych*. Poznań: Zysk i S-ka. S. 39–63.
- Bornstein, M. H. (1995b). Pomiędzy opiekunami a ich potomstwem: dwa rodzaje interakcji i ich konsekwencje dla rozwoju poznawczego. W: A. Brzezińska, G. Lutomski, B. Smykowski (red.). *Dziecko wśród rówieśników i dorosłych*. Poznań: Zysk i S-ka. S. 64–106.
- Bowlby, J. (1960). Grief and mourning in the infancy and early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child* 1960(VX): 3–39.
- Bowlby, J. (1980a). *Attachment and Loss, Volume II. Separation: Anxiety and Anger*. New York–London: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1980b). *Attachment and Loss, Volume III. Loss: Sadness and Depression*. New York–London: Penguin Books.
- Bowlby, J. (2007). *Przywiązanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Brandon, A. R., Pits, S., Denton, W. H., Stringer, A., Evans, H. M. (2009). A History of the Theory of Prenatal Attachment. *The Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health* 4(23): 201–222.
- Brazelton, T. B., Sparrow, J. (2013). *Rozwój dziecka. Od 0 do 3 lat*. Sopot: GWP.
- Bruner, J. S. (1977). Early social interaction and language acquisition. W: H. R. Schaffer (ed.). *Studies in mother – infant interaction*. London, New York, San Francisco: Academic Press. S. 271–290.
- Bryce, H., Drielsma, P. (2002). Early intervention home visiting: evaluated and revisited. Evaluation of a preventative model to strengthen isolated families. *Children Australia* 27: 20–27.
- Brzezińska, A. (2004). *Spoleczna psychologia rozwoju*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Brzeziński, J. (2007). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bull, P. (2002). *Communication under the microscope: theory and practice of microanalysis*. New York: Routledge.
- Campito, J. S. (2007). *Supportive parenting. Becoming an advocate for your child with special needs*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Charlton, J. I. (2000). *Nothing us without us. Disability oppression and empowerment*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Chrzanowska, I. (2009). *Zaniedbane obszary edukacji – pomiędzy pedagogiką a pedagogiką specjalną. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Chrzanowska, I. (2010). *Problemy edukacji dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością. Regionalna specyfika czy ogólnopolska tendencja*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

- Chrzanowska, I. (2011). Wstęp. W: I. Chrzanowska, B. Jachimczak, D. Podgórska-Jachnik (red.). *Miejsce innego we współczesnych naukach o wychowaniu. Inny wobec wyzwań współczesnego świata*. Łódź: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Łodzi. S. 13–14.
- Cohen, L. J. (2012). *Rodzicielstwo przez zabawę*. Warszawa: Mamania.
- Cozolino, L. J. (2006). *The neuroscience of human relationships. Attachments and developing of social brain*. London: W. W. Norton & Company.
- Cozolino, L. J. (2012). *Neuronauka i psychoterapia. Budowa i przebudowa ludzkiego mózgu*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Crittenden, M. P. (1992). Quality of Attachment in the Preschool Years. *Development and Psychopathology* 4: 209–241.
- Crittenden, M. P. (2005a). *Attachment and Early Intervention*. Hamburg, Germany: Keynote address, at the German Association of Infant Mental Health (GAIMH).
- Crittenden, M. P. (2005b). Using the CARE-Index for Screening, Intervention, and Research. *Special issue: Bindungsorientierte Ansätze in der Praxis der Frühförderung* 24: 99–106.
- Cross, J., Kennedy, H. (2011). How and why does VIG work? W: H. Kennedy, M. Landor, L. Todd (eds.). *Video Interaction Guidance. A relationship – based intervention to promote attunement, empathy and wellbeing*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. S. 58–81.
- Cytowska, B. (2006). Idea wczesnej interwencji i wspomaganie rozwoju małego dziecka. W: B. Cytowska, B. Winczura (red.). *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”. S. 15–26.
- Czub, M. (2005). Wiek niemowlęcy. Jak rozpoznać potencjał dziecka? W: A. Brzezińska. *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*. Gdańsk: GWP. S. 41–66.
- Czub, T. (2003). Znaczenie wstydu w procesie socjalizacji. W: A. Brzezińska, S. Jabłoński, M. Marchow (red.). *Ukryte źródła: szanse rozwoju w okresie dzieciństwa*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora. S. 71–83.
- Czub, T. (2014). Znaczenie wstydu w procesie wychowania. *Edukacja* 1(126): 25–33.
- Davies, C. E., Zeedyk, M. S., Walls, S., Betts, N., Parry, S. (2008). Using imitation to establish channels of communication with institutionalised children in Romania: bridging the gap. W: M. S. Zeedyk (ed.). *Promoting social interaction for individuals with communicative impairments*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. S. 84–101.
- Does, J. M. C. van (2001). Video Interaction Training. Symptom of a revolution in thinking about psychiatry, psychology and neurology for the third millennium. W: E. Reczek, L. Miś (red.). *Z teoretycznych i metodologicznych zagadnień Wideotreningu Komunikacji*. Kraków: Instytut Socjologii UJ, Fundacja na Rzecz Dzieci ze Środowisk Zagrożonych PLUS. S. 16–25.
- Doesum, K. T. M. van, Hosman, C. M. H., & Riksen-Walraven, J. M. (2005). A model-based intervention for depressed mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal* 26(2): 157–176.
- Doria, M., Strathie, C., Strathie, S. (2011). Supporting vulnerable families to change through VIG. W: H. Kennedy, M. Landor, L. Todd (eds.). *Video Interaction Guidance. A relationship – based intervention to promote attunement, empathy and wellbeing*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. S. 121–133.
- Drażyłowska, G. (2011). Inny w integracji edukacyjnej – zadowolenie z życia jako wskaźnik efektywności integracji edukacyjnej dla społecznej integracji młodzieży z uszkodzonym słuchem. W: I. Chrzanowska, B. Jachimczak, D. Podgórska-Jachnik (red.). *Miejsce innego we współczesnych naukach o wychowaniu. Inny wobec wyzwań współczesnego świata*. Łódź: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Łodzi. S. 501–509.

- Dykcik, W. (2005). Formy postępowania terapeutyczno-wychowawczego. W: W. Dykcik (red.). *Pedagogika specjalna*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM. S. 80–93.
- Dylak, S. (1996). Nauczycielska samoobserwacja dla rozumienia siebie. *Neodidagmata* XXII: 73–85.
- Elicker, J., Georgescu, O., Bartsch, E. (2008). Increasing the sensitivity of childcare providers. Applying the video-feedback intervention in the group care settings. W: F. Juffer, M. J. Bakermans-Kranenburg, M. van IJzendoorn (eds.). *Promoting positive parenting. An attachment – Based Intervention*. New York–London: Psychology Press. S. 155–170.
- Eliens, M. (2010). *Babies in the picture. Video home training and video interaction guidance with vulnerable babies*. Amsterdam: SWP.
- Eliot, L. (2003). *Co tam się dzieje?: jak rozwija się mózg i umysł w pierwszych pięciu latach życia*. Poznań: Media Rodzina.
- Erikson, E. H. (2000). *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Europejska Agencja Rozwoju Edukacji Uczniów ze Specjalnymi Potrzebami Edukacyjnymi (2005). *Wczesna interwencja – wspomaganie rozwoju małego dziecka. Analiza sytuacji w Europie. Kluczowe zagadnienia i rekomendacje. Raport Końcowy*. Odense–Bruksela: UE.
- Europejska Agencja Rozwoju Edukacji Uczniów ze Specjalnymi Potrzebami Edukacyjnymi (2010). *Wczesna interwencja: postępy i rozwój w dziedzinie 2005–2010*. Bruksela: UE.
- Ferguson, G. A., Takane, Y. (2004). *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Field, T., & Ignatoff, E. (1981). Videotaping effects on the behaviors of low income mothers and their infants during floor–play interactions. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 2: 227–235.
- Fonagy, P. (1996). The significance of the development of metacognitive control over mental representations in parenting and infant development. *Journal of Clinical Psychoanalysis* 5(1): 67–86.
- Forsyth, P., Sked, H. (2011). VIG when working with children and adults on the autistic continuum. W: H. Kennedy, M. Landor, L. Todd (eds.). *Video Interaction Guidance. A relationship – based intervention to promote attunement, empathy and wellbeing*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. S. 144–156.
- Fraley, R. C., Shaver, P. R. (2000). Adult Romantic Attachment: Theoretical Developments, Emerging Controversies and Unanswered Questions. *Review of General Psychology* 4(2): 132–154.
- Fukkink, R. G. (2008). Video feedback in widescreen: a meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review* 28: 904–916.
- Fukkink, R. G., Kennedy, H., Todd, L. (2011). What is evidence that VIG is effective? W: H. Kennedy, M. Landor, L. Todd (red.). *Video Interaction Guidance. A relationship – based intervention to promote attunement, empathy and wellbeing*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. S. 82–104.
- Fukkink, R. G., Lont, A. (2007). Does training matter? A meta – analysis and review of caregiver training studies. *Early Childhood Research Quarterly* 22: 294–311.
- Fukkink, R. G., Tavecchio, L. W. C. (2007). Effects of video interaction analysis in a childcare context. *Pedagogische Studiën* 84(1): 55–70.
- Fukkink, R. G., Tavecchio, L. W. C. (2010). Effects of Video Interaction Guidance on early childhood teachers. *Teaching and Teacher Education* 26: 1652–1659.
- Gerhardt, S. (2010). *Znaczenie miłości. Jak uczucia wpływają na rozwój mózgu*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gilligan, J. (2001). *Wstyd i przemoc. Refleksje nad śmiertelną epidemią*. Poznań: Media Rodzina.

- Goleman, D. (1995). *Inteligencja emocjonalna*. Poznań: Media Rodzina.
- Gorajewska, D. (2006). Program terapii indywidualnej usprawniającej komunikację dziecka ze sprzężoną niepełnosprawnością. *Szkoła Specjalna*, 2: 139–150.
- Gray, D. D. (2010). *Adopcja i przywiązanie. Praktyczny podręcznik dla rodziców*. Sopot: GWP.
- Greenspan, S. I., Benderly, B. L. (2000). *Rozwój umysłu. Emocjonalne podstawy inteligencji*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Greenspan, S. I., Wieder, S. (2014). *Dotrzeć do dziecka z autyzmem. Jak pomóc dzieciom nawiązywać relacje, komunikować się i myśleć. Metoda floortime*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gruszczyk-Kolczyńska, E. (2003). Co to znaczy wspomagać rozwój umysłowy dzieci niepełnosprawnych? W: M. Kościelska, B. Auoil (red.). *Człowiek niepełnosprawny. Sprawność w niepełnosprawności*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.
- Gruszczyk-Kolczyńska, E. (2007). *Dzieci ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się matematyki. Przyczyny, diagnoza, zajęcia korekcyjno-wyrównawcze*. Warszawa: WSiP.
- Gruszczyk-Kolczyńska, E. (2009). Rytmy. Wdrażanie dzieci do wychwywania prawidłowości i korzystania z nich w nabywaniu umiejętności matematycznych. W: E. Gruszczyk-Kolczyńskiej (red.). *Wspomaganie rozwoju umysłowego oraz edukacja matematyczna dzieci w ostatnim roku wychowania przedszkolnego i pierwszym roku edukacji szkolnej*. Warszawa: Edukacja Polska. S. 92–103.
- Gruszczyk-Kolczyńska, E. (2016). O kryzysie edukacji matematycznej dzieci. Rozpaczliwe wołanie o działania naprawcze. *Matematyczna Edukacja Dzieci. Czasopismo dla nauczycieli i rodziców* 1(2016): 5- 40.
- Gruszczyk-Kolczyńska, E. (2017). Tabletowe dzieci. Ile zła wyrządza małym dzieciom tablet reklamowany jako najlepsza zabawka dla twojego dziecka. Ku rozwadze dorosłym, którzy temu ulegają. *Szkoła Specjalna* 5(2017): 325–334.
- Gruszczyk-Kolczyńska, E., Zielińska, E. (2000). *Wspomaganie rozwoju umysłowego trzylatków i dzieci starszych wolniej rozwijających się*. Warszawa: WSiP.
- Gruszczyk-Kolczyńska, E., Zielińska, E. (2004). *Wspomaganie rozwoju umysłowego czterolatek i pięciolatek. Książka dla rodziców, terapeutów i nauczycieli przedszkola*. Warszawa: WSiP.
- Gutstein, S. E. (2013). *Księga RDI. Wytężanie nowych ścieżek w autyzmie, zespole Aspergera i PDD z Programem Rozwoju Relacji*. Warszawa: Fundacja Rozwiązać Autyzm.
- Habermas, J. (1999). *Teoria działania komunikacyjnego*. Tom 1. Warszawa: PWN.
- Harlow, H. F. (1978). Uczuciowość. W: D. Anzieu. *Przywiązanie: ujęcie interdyscyplinarne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. S. 67–83.
- Hart, S., Hodson, K. (2012). *Szanujący rodzice. Szanujące dzieci. Jak zmienić rodzinne konflikty we współdziałanie?* Warszawa: Wydawnictwo MiND.
- Hazan, C., Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualization as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology* 52(3): 511–524.
- Heller, L., LaPierre, A. (2010). *Leczenie traumy rozwojowej. Wpływ wczesnej traumy na samoregulację, obraz samego siebie i zdolność tworzenia związków*. Wrocław: Wydawnictwo Instytutu Terapii Psychosomatycznej.
- Hellinger, B. (2004). *Mitość szczęśliwa. Terapia par*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Hiro-Szyba, A. (2013). Nowa forma terapii – metoda „3i”. Kto nam to wytłumaczy? *Krzyż Maltański* 02/2013: 15–18.

- Hoffenkamp, H. N., Tooten, A., Hall, R. A. S., Braekan, J., Eliens, M. P. J. (2015). Effectiveness of hospital-based video interaction guidance on parental interactive behavior, bonding, and stress after preterm birth: A randomized controlled trial. *J Consult Clin. Psychol* 2015 Apr / 83(2): 416–429.
- Holinger, P. C. (2006). *Co mówią dzieci zanim nauczą się mówić. Dziewięć sygnałów używanych przez dzieci do wyrażania uczuć*. Poznań: Media Rodzina.
- Holmes, J. (2004). *John Bowlby & Attachment Theory*. Hove and New York: Brunner–Routledge, Taylor & Francis Group.
- Honore, C. (2011). *Pod presją. Dajmy dzieciom święty spokój!* Warszawa: Drzewo Babel.
- IJzendoorn van, M., Bakermans-Kranenburg, M. J. (1995). Międzypokoleniowa transmisja przywiązania. Zarys ujęcia kontekstowego. *Kwartalnik Polskiej Psychologii Rozwojowej* 3(4): 9–29.
- IJzendoorn van, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F. (2007). Why less is more: from the dodo bird verdict to evidence – based interventions on sensitivity and early attachments. W: L. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, M. T. Greenberg (eds.). *Enhancing Early Attachments. Theory, Research, Intervention, and Policy*. New York–London: The Guilford Press. S. 297–312.
- IJzendoorn van, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F. (2008). Video-feedback intervention to promote positive parenting: Evidence – based intervention for enhancing sensitivity and security. W: F. Juffer, M. J. Bakermans-Kranenburg, M. van IJzendoorn (eds.). *Promoting positive parenting. An attachment – Based Intervention*. New York–London: Psychology Press. S. 193–202.
- Jaklewicz, H. (1993). *Autyzm wczesnodziecięcy. Diagnostyka, przebieg, leczenie*. Gdańsk: GWP.
- Jakoniuk-Diallo, A. (2012). *Percepcja słuchowa dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*. Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Janiszewska-Nieścioruk, Z. (2007). Perspektywy i zagrożenia społecznej integracji osób z niepełnosprawnością. W: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.). *Problemy edukacji integracyjnej dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”. S. 195–210.
- Janiszewska-Nieścioruk, Z. (2010). Dotkliwa „obecność” społeczno-kulturowych barier w proinTEGRACYJNEJ edukacji osób z niepełnosprawnością. W: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.). *Uczeń o specjalnych potrzebach w przestrzeni współczesnego systemu edukacji*. Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego. S. 31–47.
- Janiszewska-Nieścioruk, Z. (2016). Rola szkoły w procesie całościowej edukacji osób z niepełnosprawnością intelektualną. *Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej* 23/2016 ; 103-115.
- Jansen, R. J. A. H., & Wels, P. M. A. (1998). The effects of video home training in families with a hyperactive child. Association for child psychology and psychiatry. *Occasional papers* 15: 63–73.
- Janssens, J. M. A. M., & Kemper, A. A. M. (1996). Effects of video hometraining on parental communication and a child's behavioral problems. *International Journal* 2: 137–148.
- Jarosz, E. (2007). Wizyty domowe jako forma pracy z rodziną. *Pedagogika społeczna* 3/2007: 31-42.
- Jarvis, J., Polderman, N. (2011). VIG and attachment, theory, practice and research. W: H. Kennedy, M. Landor, L. Todd (red.). *Video Interaction Guidance. A relationship – based intervention to promote attunement, empathy and wellbeing*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. S. 213–227.
- Jennings, S. (2011). *Healthy attachments and Neuro-Dramatic-Play*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Juffer, F., IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg van, M. (1997). Intervention in transmission of insecure attachment: A case study. *Psychological Reports* 80: 531–543.

- Juffer, F., IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg van, M. (2008). Supporting adoptive families with video – feedback intervention. W: F. Juffer, M. J. Bakermans-Kranenburg, M. van IJzendoorn (eds.). *Promoting positive parenting. An attachment – Based Intervention*. New York–London: Psychology Press. S. 139–154.
- Jurkiewicz, P. (2017). Rodzeństwo osób z niepełnosprawnością intelektualną w drodze od osamotnienia do zaradności, zrozumiałości i sensowności. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Juul, J. (2011). *Twoja kompetentna rodzina. Nowe drogi wychowania*. Warszawa: MiND.
- Kaczmarek-Maderak, A. (2007). Teoretyczne podstawy Wideotreningu Komunikacji. W: E. Reczek, U. Szrednicka, A. Kaczmarek-Maderak (red.). *Zobaczyć, zrozumieć, zmienić. Wideotrening Komunikacji*. Kraków: Wydawnictwo PLUS. S. 24–47.
- Kennedy, H. (2011). What is Video Interaction Guidance (VIG)? W: H. Kennedy, M. Landor, L. Todd (eds.). *Video Interaction Guidance. A relationship – based intervention to promote attunement, empathy and wellbeing*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. S. 20–42.
- Kennedy, H., Sked, H. (2008). Video Interaction Guidance: A bridge to better interactions for individuals with communication impairments. W: M. S. Zeedyk (ed.). *Promoting social interaction for individuals with communicative impairments*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. S. 139–154.
- Kielin, J. (2001). *Jak pracować z rodzicami dziecka upośledzonego*. Gdańsk: GWP.
- Klasyfikacja diagnostyczna DC 0–3 R. Klasyfikacja diagnostyczna zaburzeń psychicznych i rozwojowych w okresie niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa*. (2007). Warszawa: Oficyna Wydawnicza Fundament.
- Klasyfikacja diagnostyczna DC 0–3. Opisy dzieci oraz ich rodzin. Jak korzystać z „Klasyfikacji diagnostycznej zaburzeń psychicznych i rozwojowych w okresie niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa” w procesie diagnozy i planowania terapii*. (2013). Warszawa: Oficyna Wydawnicza Fundament.
- Kmita, G. (2003). Psychologiczna pomoc w traumie wcześniactwa. W: M. Kościńska, B. Aouil (red.). *Człowiek niepełnosprawny. Sprawność niepełnosprawności*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej. S. 90–100.
- Kmita, G. (2004). Wczesna interwencja psychologiczna wobec dzieci urodzonych przedwcześnie i ich rodzin w warunkach oddziału intensywnej opieki noworodkowej i patologii noworodka. W: G. Kmita, T. Kaczmarek (red.). *Wczesna interwencja. Miejsce psychologa w opiece nad małym dzieckiem i jego rodziną*. Warszawa: Wydawnictwo EMU, Polskie Towarzystwo Psychologiczne. S. 45–64.
- Kmita, G. (2005). Od obrazu do znaczenia. Wykorzystanie analizy interakcji w terapii małych dzieci i ich rodzin. W: M. Świącicka, M. Zalewska (red.). *Problematyka kontaktu w diagnozie terapii dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo EMU, Polskie Towarzystwo Psychologiczne. S. 59–72.
- Kmita, G. (2007). Przedwczesne narodziny. O odkrywaniu radości z bycia razem i rozwoju regulacyjnych funkcji self. W: G. Kmita (red.). *Małe dziecko i jego rodzina. Z teorii i praktyki wczesnej interwencji psychologicznej*. Warszawa: Wydawnictwo EMU, Polskie Towarzystwo Psychologiczne. S. 75–84.
- Kmita, G. (2011a). Psychoterapia i niemowlęta. W: L. Grzesiuk, H. Suszek (red.). *Psychoterapia. Problemy pacjentów. Podręcznik akademicki*. Warszawa: ENETEIA, Wydawnictwo Psychologii i Kultury. S. 339–360.
- Kmita, G. (2011b). Obserwacja interakcji niemowlę–rodzice. Rola mikroanalizy zachowania. W: M. Świącicka (red.). *Metody diagnozy w psychologii klinicznej dziecka i rodziny* Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat. S. 43–56.

- Kmita, G. (2013). *Od zaciekawienia do zaangażowania. O rozwoju samoregulacji w interakcjach z rodzicami niemowląt urodzonych skrajnie wcześnie, przedwcześnie i o czasie*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Kolk van der, B. (2018). *Strach ucielesniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*. Warszawa: Czarna Owca.
- Kopeć, D. (2004). Diagnostyka w procesie rehabilitacji osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną. W: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.). *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną. Wybrane problemy społecznego funkcjonowania oraz rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”. S. 137–145.
- Kopeć, D. (2007). Osoba z głęboką niepełnosprawnością intelektualną w systemie edukacji. W: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.). *Problemy edukacji integracyjnej dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”. S. 19–210.
- Kopeć, D. (2011). Rozwój psychospołeczny osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną w kontekście jej wczesnych doświadczeń społecznych. W: A. Cybal-Michalska, D. Kopeć, W. Segiet (red.). *Studia z pedagogiki i nauk pogranicza* Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM. S. 207–232.
- Kopeć, D. (2013). *Rzeczywistość (nie)edukacyjna osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną. Zbiórowe instrumentalne studium przypadku*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Kopeć, D. (2019). Rozważania wstępne o paradygmacie relacyjnym w edukacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną. *Studia Edukacyjne* 54/2019:55-70.
- Kopeć, D., Kubiak, H. (2018). Metoda Video Feddback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD) w pracy terapeutycznej z rodzicami dzieci z grupy ryzyka rozwojowego. *Studia Edukacyjne* 49/2018: 315-333.
- Korczak, J. (1984). *Pisma wybrane*. Warszawa: Nasza Księgarnia.
- Kornas-Biela, D. (2013). Okres prenatalny. W: J. Trempała (red.). *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. S. 147–171.
- Kowalik, S. (1989). *Upośledzenie umysłowe: teoria i praktyka rehabilitacji*. Warszawa–Poznań: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Kowalik, S. (2007). *Psychologia rehabilitacji*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Kubiak, H. (2011). *Samodzielność dzieci z porażeniem mózgowym*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Kubiak, H. (2012). *Optymizm jako czynnik wspomagający radzenie sobie ze stresem przez matki dzieci z mózgowym porażeniem*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Kubiak, H. (2017). Emocje, temperament i przywiązanie a procesy rozwoju zaburzeń psychicznych u dzieci. W: B. Winczura (red.). *Emocje dzieci i młodzieży z trudnościami w rozwoju i zachowaniu*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”. S. 15–28.
- Kuczyńska-Kwapisz, J. (2007). W jaki sposób wspierać dziecko z niepełnosprawnością na różnych etapach życia? *Szkoła Specjalna* 1: 10–20.
- Kurcz, I. (2005). *Psychologia języka i komunikacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- LaVigne, M. (2023). *Play therapy. 101 zabaw terapeutycznych wspierających rozwiązywanie problemów z zachowaniem i wzmacniających relację*. Warszawa: Mamaniana.
- Levine, P. (2022). *Głos wnętrza. Jak ciało uwalnia się od traumy i odzyskuje zdrowie*. Warszawa: Czarna Owca.
- Lim, M., Stormshak, A., Dishion, T. (2005). A one – session intervention for parents of young adolescents: videotape modeling and motivational group discussion. *Journal of emotional and behavioral disorders* 13 :194-199.

- Lubiewska, K. (2019). *Przywiązanie. W kontekście wrażliwości rodzicielskiej, socjalizacji oraz wpływów kulturowych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Łobocki, M. (2006). *Metody i techniki badań pedagogicznych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- MacDonald, J. D. (2004). *Communicating partners. 30 years of building responsive relationships with late – talking children including autism, Asperger’s syndrome (ASD), Down syndrome and typical development. Developmental guides for professionals and parents*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Madsen, W. C. (2007). *Collaborative Therapy with Multi-Stressed Families*. New York–London: The Guilford Press.
- Main, M., Solmon, J. (1990). Procedures for Identifying Infants as Disorganized / Disoriented during the Ainsworth Strange Situation. W: M. T. Greenberg, D. Cicchetti, M. Cummings (eds.). *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago: University of Chicago Press. S. 21–161.
- Maurer, A. (1992). Interakcje matek z dziećmi upośledzonymi umysłowo jako przedmiot oddziaływań rewalidacyjnych. *Rocznik Naukowo-Dydaktyczny 1992, Z141. Prace Psychologiczne 3: 93–113.*
- Maxwell, N., Rees, A. (2019). Video Interaction Guidance: A Return to Traditional Values and Relationship-Based Practice? *British Journal of Social Work 49: 1415–1433.*
- McLuhan, M. (2001). *Wybór tekstów: Marshall McLuhan*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Mead, M. (2000). *Kultura i tożsamość. Studium dyskursu międzypokoleniowego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Melosik, Z., Szkudlarek, T. (2010). *Kultura, tożsamość i edukacja. Migotanie znaczeń*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Milewski, R. (2005). Gdzie ja jestem? Natura kontaktu rodziców z dzieckiem z prostym opóźnieniem rozwoju mowy. W: M. Święcicka, M. Zalewska (red.). *Problematyka kontaktu w diagnozie i terapii dzieci*. Zeszyty Psychologii Klinicznej Dziecka. Tom 3. Warszawa: Wydawnictwo Emu.
- Miś, L. (2019). Wideotrening komunikacji ćwierć wieku później. Rozwój Video Home Training / Video Interaction Guidance w pracy socjalnej, psychologii, pedagogice i medycynie. *Zeszyty Pracy Socjalnej 2019(24), z. 4: 283–296.*
- Morrison, E. F., Rimm-Kauffman, S., & Pianta, R. C. (2003). A longitudinal study of mother-child interactions at school entry and social and academic outcomes in middle school. *Journal of School Psychology 41(3): 185–200.*
- Mrugalska, K. (1999). Rodzice i dzieci. W: H. Olechnowicz (red.). *U źródeł rozwoju dziecka. O wspomaganiu rozwoju dziecka prawidłowego i zakłóconego*. Warszawa: WSiPA. S. 11–37.
- Namysłowska, I. (2000). *Terapia rodzin*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Neufeld, G., Mate, G. (2013). *Więź. Dlaczego rodzice powinni być ważniejsi od kolegów*. Łódź: Wydawnictwo Galaktyka.
- Obuchowska, I. (1983). *Dynamika nerwic. Psychologiczne aspekty zaburzeń nerwicowych u dzieci i młodzieży*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Olechnowicz, H. (1957), Choroba szpitalna (hospitalizm) u małego dziecka wychowywanego poza rodziną. *Pediatrics Polska 7;* 837-849.
- Organizacja Narodów Zjednoczonych (1993). *Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych*. Nowy York: UN.

- Organizacja Narodów Zjednoczonych (2006). *Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych*. Nowy Jork: UN.
- Papousek, H., Papousek, M. (1977). Mothering and the cognitive head – start: psychobiological considerations. W: H. R. Schaffer (ed.). *Studies in mother – infant interaction*. London, New York, San Francisco: Academic Press. S. 63–85.
- Park, N., Peterson, C. (2003). Early Intervention from the Perspective of Positive Psychology. *Prevention and Treatment* 6.: 2-8.
- Piełuć, M., Flundra, M. (2010). Wideotrening Komunikacji jako metoda wspierająca rozwój emocjonalno-społeczny dziecka z trudnościami w komunikowaniu się werbalnym. *Psychologia rozwojowa* 15(1): 89–97.
- Pilch, T. (2001). *Zasady badań pedagogicznych: Strategie ilościowe i jakościowe*. Warszawa: Wydawnictwo Żak.
- Pisula, E. (1998). *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Pisula, E. (2003). *Autyzm i przywiązanie*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Pisula, E. (2004). Potrzeby rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju. W: W. Dykcik, A. Twardowski (red.). *Wspomaganie rozwoju i rehabilitacja dzieci z genetycznie uwarunkowanymi zespołami zaburzeń*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego. S. 43–54.
- Pisula, E. (2005). *Małe dziecko z autyzmem*. Gdańsk: GWP.
- Pisula, E. (2007). *Rodzice i rodzeństwo dzieci z zaburzeniami rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Pisula, E. (2012). *Autyzm. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej*. Sopot: GWP.
- Popek, L. (2009). Współczesne tendencje w psychoterapii niemowląt i małych dzieci. *Psychoterapia* 4 (151): 29–35.
- Porges, S. (2020). *Teoria poliwalgalna. Przewodnik*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Porges, S. (2021). *Neurofizjologiczne podstawy emocji i przywiązania w teorii poliwalgalnej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., Marvin, B. (2015). *Krąg ufności. Interwencja wzmacniająca przywiązanie we wczesnych relacjach rodzic–dziecko*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Prędkiewicz, D. (2021). Fenomen wczesnej imitacji. Badania reakcji odzwierciedlania u noworodków jako kryterium diagnostyczne do identyfikacji dzieci zagrożonych autyzmem. *Pielęgniarstwo polskie* 3(81):109-114.
- Ramey, C. T., Landesman-Ramey, S. (1998). Early Intervention and Early Experience, *American Psychologist* 53:109-120.
- Randall, P., Parker, J. (2010). *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*. Sopot: GWP.
- Reczek, E. (2001). Spojrzenie na Wideotrening Komunikacji w Polsce. W: E. Reczek, L. Miś (red.). *Z teoretycznych i metodologicznych zagadnień Wideotreningu Komunikacji*. Kraków: Instytut Socjologii UJ, Fundacja na Rzecz Dzieci ze Środowisk Zagrożonych PLUS. S. 11–15.
- Reczek, E. (2007a). Komunikacja podstawowa. W: E. Reczek, U. Szrednicka, A. Kaczmarek-Maderak (red.). *Zobaczyć, zrozumieć, zmienić. Wideotrening komunikacji*. Kraków: Wydawnictwo PLUS. S. 48–83.

- Reczek, E. (2007b). Plan pomocy rodzinie. W: E. Reczek, U. Szrednicka, A. Kaczmarska-Maderak (red.). *Zobaczyć, zrozumieć, zmienić. Wideotrening komunikacji*. Kraków: Wydawnictwo PLUS. S. 84–95.
- Reczek, E. (2007c). Pomagać rodzicom w domu za pomocą nagrań video. W: E. Reczek, U. Szrednicka, A. Kaczmarska-Maderak (red.). *Zobaczyć, zrozumieć, zmienić. Wideotrening komunikacji*. Kraków: Wydawnictwo PLUS. S. 16–23.
- Rice, M. (2007). Poznawcze aspekty rozwoju komunikacyjnego. W: B. Bokus, G. W. Shugar (red.). *Psychologia języka dziecka. Osiągnięcia, nowe perspektywy*. Gdańsk: GWP. S. 227–267.
- Rosenberg, B. R. (2009). *Porozumienie bez przemocy. O języku serca*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Sadowska, S., Janiszewska-Nieścioruk, Z. (2018). O diagnozie z wykorzystaniem ICF jako podstawie organizowania pomocy osobom z niepełnosprawnością – między polityką, wiedzą naukową a praktyką. *Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej* 29/2018. S. 100- 114.
- Sapolsky, R. M. (2010). *Dlaczego zebry nie mają wrzodów. Psychofizjologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Satir, V. (2002). *Rodzina. Tu powstaje człowiek*. Gdańsk: GWP.
- Schaffer, H. R. (1981). *Początki uspołecznienia dziecka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Schaffer, H. R. (2005). *Psychologia dziecka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Schaffer, H. R. (2006). *Rozwój społeczny. Dzieciństwo i młodość*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Schier, K. (2014). Dorosłe dzieci. Psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self. The neurobiology of emotional development*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* 22(1–2): 7–66.
- Senator, D. (2006). *Wzorce więzi w triadzie matka-ojciec-3-miesięczne niemowlę*. Niepublikowany maszynopis rozprawy doktorskiej. Warszawa: Wydział Psychologii UW.
- Sęk, H. (2001). *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe: SCHOLAR.
- Shanker, S. (2016). *Self Reg. Jak pomóc dziecku (i sobie) nie dać się stresowi i żyć pełnią możliwości*. Warszawa: Mamania.
- Shanley, J., Niec, L. (2010). Coaching parents to change: the impact of in vivo feedback on parents' acquisition of skills. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 39:282-287.
- Shugar, G. W. (1995). *Dyskurs dziecięcy. Rozwój w ramach struktur społecznych*. Warszawa: Wydawnictwo ENERGEIA.
- Siegel, D. (2009). *Rozwój umysłu. Jak stajemy się tym, kim jesteśmy*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Siegel, D. (2011). *Psychowzroczność: przekształć własny umysł zgodnie z regułami nowej wiedzy o empatii*. Poznań: Media Rodzina.
- Silhanova, K. (2011). VIG and supervision proces. W: H. Kennedy, M. Landor, L. Todd (ede.). *Video Interaction Guidance. A relationship – based intervention to promote attunement, empathy and wellbeing*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. S. 43–57.

- Sirova, E., Hoscovcova, S., Bakić-Tomić, L. (2007). *Schools' Transformation, Teachers' Social Skills and Their Development by Video Interaction Guidance*. Prague: Department of Psychology.
- Spitz, R. A. (1945). Hospitalism: an enquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child* 1: 53–74.
- Sroufe, L. A. (1995). *Emotional development. The organization of emotional life in the early years*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Szrednicka, U. (2007). VIT w edukacji. W: E. Reczek, U. Szrednicka, A. Kaczmarek-Maderak (red.). *Zobaczyć, zrozumieć, zmienić. Wiedotrening komunikacji*. Kraków: Wydawnictwo PLUS. S. 96–143.
- Stasiakiewicz, M. P. (2001). Sytuacje trudne w życiu dziecka. W: I. Obuchowska: *Jak sobie radzić z niechcianymi uczuciami*. Poznań: Media Rodzina. S. 36–68.
- Stec, M. M. (2007). *Przywiązanie a tożsamość psychospołeczna u młodych dorosłych*. Niepublikowany maszynopis pracy magisterskiej. Poznań: Instytut Psychologii UAM.
- Stec, M. M. (2008). Przyjazne powitanie. *Remedium* 1(179)2008: 10–11.
- Stec, M. M. (2011). Wiek niemowlęcy – pomiędzy brakiem więzi a zaufaniem do ludzi. W: A. Jakoniuk-Diallo, H. Kubiak (red.). *Człowiek niepełnosprawny w otoczeniu społecznym*. Warszawa: Wydawnictwo Diffin. S. 11–30.
- Stengel-Rutkowski, S., Anderlink, L. (2004). Możliwości oraz potrzeby dzieci z zespołami uwarunkowanymi genetycznie. W: W. Dykciak, A. Twardowski (red.). *Wspomaganie rozwoju i rehabilitacja dzieci z genetycznie uwarunkowanymi zespołami zaburzeń*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego. S. 55–65.
- Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal World of The Infant*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation. A unified view of parent – infant psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N., Beebe, B., Jaffe, J., Bennett, S. L. (1977). The infant's stimulus world during social interaction: a study of caregiver behaviours with particular reference to reception and timing. W: H. R. Schaffer (ed.). *Studies in mother – infant interaction*. London, New York, San Francisco: Academic Press. S. 177–202.
- Stiffelman, S. (2017). *Uważne rodzicielstwo. Wychowaj dziecko na świadomego, pewnego siebie i czulego człowieka*. Łódź: Galaktyka.
- Szlendak, T. (2012). *Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, zróżnicowanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Śliwierski, B. (2003). Cztery orientacje badawcze w teoriach wychowania. W: Z. Kwieciński, B. Śliwierski (red.). *Pedagogika. Podręcznik akademicki*. Tom II. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. S. 28–50.
- Światowa Organizacja Zdrowia (2009). *ICF. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*. Genewa: WHO. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.
- Światowa Organizacja Zdrowia (2010). *Community-based rehabilitation. CBR Guidelines*. Genewa: WHO.
- Światowa Organizacja Zdrowia (2011). *World report on disability*. Genewa: WHO.
- Tooten, A., Hoffenkamp, H. N., Hall, R., Winkel, F. W., Eliens, M., Vingerhoets, J. J. M., Bakel van, H. J. A. (2012). The effectiveness of video interaction guidance in parents of premature infants: A multicentre randomised controlled trial. *BMC Pediatrics* 12/76: 2-9.

- Trevarthen, C. (1977). Descriptive analyses of infant communicative behavior. W: H. R. Schaffer (ed.). *Studies in mother – infant interaction*. London, New York, San Francisco: Academic Press. S. 227–270.
- Trevarthen, C. (1998). Explaining emotions in attachment. *Social Development* 7: 269–272.
- Trevarthen, C. (2002). Autism, sympathy of motives and music therapy. *Enfance* 54: 86–99.
- Trevarthen, C. (2007a). Podstawy intersubiektywności. Rozwój rozumienia innych ludzi i rozumienia kooperacyjnego u małych dzieci. W: B. Bokus, G. W. Shugar (red.). *Psychologia języka dziecka. Osiągnięcia, nowe perspektywy*. Gdańsk: GWP. S. 101–123.
- Trevarthen, C. (2007b). Podstawy intersubiektywności niemowląt. W: G. Kmita (red.). *Mate dziecko i jego rodzina. Z teorii i praktyki wczesnej interwencji psychologicznej*. Warszawa: Wydawnictwo EMU, Polskie Towarzystwo Psychologiczne. S. 2–48.
- Trevarthen, C. (2008). Intuition for human communication. W: M. S. Zeedyk (ed.). *Promoting social interaction for individuals with communicative impairments*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. S. 23–38.
- Trevarthen, C., Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity: research, theory and clinical applications. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & allied Disciplines* 42(1): 3–48.
- Trevarthen, C., Aitken, K. J. (2003). Regulation of brain development and age-related changes in infants' motives: The developmental function of regressive periods. W: M. Heimann (eds.), *Regression Periods In Human Infancy*. New York: Erlbaum. S. 107–184.
- Trevarthen, C., Reddy, V. (2006). Consciousness in infants. W: M. Velman, S. Schneider (eds.). *A Companion to Consciousness*, Oxford: Blackwells.
- Twardowski, A. (2002). *Kształcenie dialogowej kompetencji komunikacyjnej u uczniów niepełnosprawnych intelektualnie*. Kalisz–Poznań: Wydawnictwo IP-A UAM.
- Twardowski, A. (2003). Wczesne wspomaganie rodzin wychowujących dzieci niepełnosprawne intelektualnie. W: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.). *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną. Wybrane problemy osobowości, rodzin i edukacji osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”. S. 101–111.
- Twardowski, A. (2004). Rola pełnosprawnych rówieśników w procesie wspomagania rozwoju dzieci niepełnosprawnych. W: W. Dykcik, A. Twardowski (red.). *Wspomaganie rozwoju i rehabilitacja dzieci z genetycznie uwarunkowanymi zespołami zaburzeń*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego. S. 83–93.
- Twardowski, A. (2005a). Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych. W: I. Obuchowska (red.). *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa: WSiP. S. 18–54.
- Twardowski, A. (2005b). Udział rodziców we wczesnym wspomaganiu rozwoju dzieci niepełnosprawnych. W: A. Twardowski (red.). *Wspomaganie rozwoju dzieci ze złożonymi zespołami zaburzeń*. Poznań: Wydawnictwo PTP. S. 35–45.
- Twardowski, A. (2005c). Współpraca nauczycieli i rodziców w procesie wspomagania rozwoju dzieci niepełnosprawnych intelektualnie. W: M. Nyczaj-Drag, M. Głazewski (red.). *Współprzeźnienie edukacji. Szkoła–Rodzina–Społeczeństwo–Kultura*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”. S. 87–96.
- Twardowski, A. (2009). Psychologiczne problemy ojców dzieci z niepełnosprawnościami. *Szkoła specjalna* 1: 4–17.
- Twardowski, A. (2014). Nowa koncepcja wczesnego wspomagania rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami. *Forum Pedagogiczne* 2014/1: 15-33.
- Twardowski, A. (2018). Społeczny model niepełnosprawności – analiza krytyczna. *Studia Edukacyjne* 48/2018.: 97-114.

- Twardowski, A. (2020). Stres doświadczany przez rodzeństwo dzieci z niepełnosprawnościami. W: M. Cywińska (red.). *Sytuacje stresowe w przestrzeniach życiowych dziecka*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM. S. 137–156.
- Twardowski, A. (2022). *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci w środowisku rodzinnym*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Velderman, M. K. (2011). VIG as a method to promote sensitive parent – child interaction in infancy. W: H. Kennedy, M. Landor, L. Todd (eds.). *Video Interaction Guidance. A relationship – based intervention to promote attunement, empathy and wellbeing*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. S. 106–120.
- Vermeulen, H., Bristow, J., Landor, M. (2011). Mindfulness, attunement and VIG: Being fully present while communicating. W: Kennedy, H., Landor, M., Todd, L. (eds.). *Video Interaction Guidance. A relationship-based intervention to promote attunement, empathy and wellbeing*. London: Jessica Kingsley.
- Verrier, N. N. (1993). *The primal wound. Understanding the adopted child*. Ontario: Gateway Press.
- Waldman, A. (2011). *Zła Matka. Kronika matczynych wykroczeń, drobnych katastrof i rzadkich momentów chwały*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Wallin, D. J. (2011). *Przywiązanie w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62(3): 583–593.
- Wels, P. (2002). *Helping with camera: The use of Video for Family Intervention*. Nijmegen: Nijmegen University Press.
- Witkowski, L. (2000). *Rozwój i tożsamość w cyklu życia. Studium koncepcji E. H. Eriksona*. Toruń: Wydawnictwo WIT-GRAF.
- Woolley, H., Hertzmann, L., Stein, A. (2008). Video – feedback intervention with mothers with postnatal hearing disorders and their infants. W: F. Juffer, M. J. Bakermans-Kranenburg, M. van IJzendoorn (red.). *Promoting positive parenting. An attachment – Based Intervention*. New York–London: Psychology Press. S. 111–138.
- Zeedyk, M. S. (2006). From intersubjectivity to subjectivity: The transformative roles of emotional intimacy and imitation. *Infant and Child Development* 15: 321–344.
- Zeedyk, M. S. (2008). Briding a spectrum of communicative impairments. W: M. S. Zeedyk (ed.). *Promoting social interaction for individuals with communicative impairments*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. S. 7–20.
- Zimbardo, P. G. (2004). *Psychologia i życie*. Warszawa: PWN.
- Ziv, Y. (2007). Attachment – Based Intervention Programs: Implications for Attachment Theory and Research. W: L. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, M. T. Greenberg (eds.). *Enhancing Early Attachments. Theory, Research, Intervention, and Policy*, New York–London: The Guilford Press. S. 61–78.
- Żyta, A. (2004). *Rodzeństwo osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Żyta, A. (2011). *Życie z zespołem Downa. Narracje biograficzne rodziców, rodzeństwa i dorosłych osób z zespołem Downa*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

Źródła elektroniczne

Bogucka, J. *Rola i kompetencje osób pracujących z rodzicami w ramach zespołu wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka*. <http://www.cmppp.edu.pl/node/8681> (dostęp z dnia 11.04.2014).

Lugton, J., Macdonald, J. (2006). *Helping parents to understand and communicate with their from birth: an evaluation of an antenatal VIG teaching session*. <http://www.dundee.ac.uk/eswce/news/2009/vigconference.html> (dostęp z dnia 16.09.2011).

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci Dz. U. 2017 poz. 1635. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170001635> (dostęp z dnia 20.10.2021).

Sprawozdanie przedstawione przez rząd Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z postanowieniami artykułu 35 konwencji o prawach osób niepełnosprawnych z działań podjętych w celu wprowadzenia w życie jej postanowień

<https://www.gov.pl/web/rodzina/wykonywanie-konwencji-o-prawach-osob-niepelnosprawnych-przez-polske> (dostęp z dnia 20 maja 2023).

Vermeulen, H. (2006). *Why does Video Interaction Guidance promote positive behaviour change when used as an intervention with troubled families and their children?* <http://www.cpdeducation.co.uk/veroc/download/conference/journal/Vermeulen> (dostęp z dnia 19.05.2010).

<http://www.spinlink.eu> (dostęp z dnia 20.04.2017).

Strony internetowe o metodzie / metody:

<http://www.spinlink.eu/>

<http://www.videointeractionguidance.net/>

www.centrummaltanskie.eu/

Spis rysunków

Rysunek 1. Piramida kolejności obszarów rozwoju	18
Rysunek 2. Budowanie dostrojonej relacji	20
Rysunek 3. Ogólny schemat pomiędzy przywiązaniem w dzieciństwie a psychopatologią w dorosłości.	25
Rysunek 4. Cykl przywiązania zapewniający dziecku bezpieczeństwo	26
Rysunek 5. Graficzne przedstawienie całościowego procesu konstrukcji tożsamości według C. Trevarthena	29
Rysunek 6. Cykl przywiązania dziecka z zaburzeniami rozwoju	52
Rysunek 7. .Zmodyfikowana piramida kolejności obszarów rozwoju osób z zaburzeniami rozwoju	57
Rysunek 8. CBR: graficzne ujęcie struktury pomocowej.	62
Rysunek 9. Diagram diagnostyczny ICF	63
Rysunek 10. Uproszczona piramida dostrajania się dorosłego do dziecka	89
Rysunek 11. Graficzne przedstawienie cyklu Wideotreningu Komunikacji.	100
Rysunek 12. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „kontakt wzrokowy” ocenianych przez 3 sędziów	132
Rysunek 13. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „spoglądanie w kierunku dziecka” ocenianych przez 3 sędziów	133
Rysunek 14. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „miły wyraz twarzy” ocenianych przez 3 sędziów	133
Rysunek 15. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „uśmiech” ocenianych przez 3 sędziów	134
Rysunek 16. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „miły ton głosu” ocenianych przez 3 sędziów	135
Rysunek 17. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „kontakt twarzą w twarz” ocenianych przez 3 sędziów	135

Rysunek 18. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „podążanie wzrokiem za wzrokiem dziecka” ocenianych przez 3 sędziów	136
Rysunek 19. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „mówienie tak” ocenianych przez 3 sędziów	137
Rysunek 20. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „nazywanie potwierdzające” ocenianych przez 3 sędziów	138
Rysunek 21. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „wyczekiwanie na reakcję dziecka” ocenianych przez 3 sędziów	139
Rysunek 22. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „przyłączanie się do działań dziecka” ocenianych przez 3 sędziów	139
Rysunek 23. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „dopasowanie tempa ruchów do tempa dziecka” ocenianych przez 3 sędziów	140
Rysunek 24. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „naprzemiennosc działania” ocenianych przez 3 sędziów	141
Rysunek 25. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „radość w kontakcie” ocenianych przez 3 sędziów	141
Rysunek 26. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „obecność naprzemiennej wokalizacji / rozmowy” ocenianych przez 3 sędziów.	142
Rysunek 27. Średnie wskaźników interakcji dla zmiennej „trafność reakcji rodzica” ocenianych przez 3 sędziów	143
Rysunek 28. Średnie wskaźników interakcji między pierwszym i ostatnim nagraniem w pierwszej podgrupie zmiennych „obdarzenie dziecka uwagą”	146
Rysunek 29. Średnie wskaźników interakcji między pierwszym i ostatnim nagraniem w drugiej podgrupie zmiennych „dostrajanie się do zachowania dziecka”	147
Rysunek 30. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 18 i nr 6 w pierwszej podgrupie zmiennych „obdarzanie uwagą dziecka”	151
Rysunek 31. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 18 i nr 6 w drugiej podgrupie zmiennych „dostrajanie się do zachowania dziecka”	151
Rysunek 32. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 5 i nr 11 w pierwszej podgrupie zmiennych „obdarzenie dziecka uwagą”	154
Rysunek 33. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 5 i nr 11 w drugiej podgrupie zmiennych „dostrajanie się do zachowania dziecka”	154
Rysunek 34. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 16 i nr 9 w pierwszej podgrupie zmiennych „obdarzenie dziecka uwagą”	157
Rysunek 35. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 16 i nr 9 w drugiej podgrupie zmiennych „dostrajanie się do zachowania dziecka”	157
Rysunek 36. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 14 i nr 21 dla matki w pierwszej podgrupie zmiennych „obdarzenie dziecka uwagą”	160
Rysunek 37. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 14 i nr 21 dla matki w drugiej podgrupie zmiennych „dostrajanie się do zachowania dziecka”	160
Rysunek 38. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 14 i nr 21 dla ojca w pierwszej podgrupie zmiennych „obdarzenie dziecka uwagą”	162

Rysunek 39. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 14 i nr 21 dla ojca w drugiej podgrupie zmiennych „dostrajanie się do zachowania dziecka”	162
Rysunek 40. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 22 i nr 19 w pierwszej podgrupie zmiennych „obdarzenie dziecka uwagą”	165
Rysunek 41. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 22 i nr 19 w drugiej podgrupie zmiennych „dostrajanie się do zachowania dziecka”	165
Rysunek 42. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 20 i nr 23 dla matki w pierwszej podgrupie zmiennych „obdarzenie dziecka uwagą”	168
Rysunek 43. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 20 i nr 23 dla matki w drugiej podgrupie zmiennych „dostrajanie się do zachowania dziecka”	168
Rysunek 44. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 20 i nr 23 dla ojca w pierwszej podgrupie zmiennych „obdarzenie dziecka uwagą”	170
Rysunek 45. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 20 i nr 23 dla ojca w drugiej podgrupie zmiennych „dostrajanie się do zachowania dziecka”	170
Rysunek 46. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 3 i nr 17 w pierwszej podgrupie zmiennych „obdarzenie dziecka uwagą”	173
Rysunek 47. Średnie wskaźników interakcji między nagraniami nr 3 i nr 17 w drugiej podgrupie zmiennych „dostrajanie się do zachowania dziecka”	173
Rysunek 48. Oceny rodziców dotyczące skuteczności przeprowadzonego w ich rodzinie Wideotreningu Komunikacji	175
Rysunek 49. Oceny rodziców dotyczące stopnia zadowolenia ze spotkań z trenerem	176
Rysunek 50. Oceny rodziców dotyczące stopnia korzystnego wpływu Wideotreningu Komunikacji na rozwój dziecka	177
Rysunek 51. Oceny rodziców dotyczące stopnia korzystnego wpływu Wideotreningu Komunikacji na rozumienie swojego dziecka	178
Rysunek 52. Oceny rodziców dotyczące stopnia korzystnego wpływu Wideotreningu Komunikacji na wzrost częstości słuchania poprzez dziecko poleceń rodzica	178
Rysunek 53. Oceny rodziców dotyczące stopnia korzystnego wpływu Wideotreningu Komunikacji na wzrost odczuwania przyjemności z przebywania z dzieckiem	179
Rysunek 54. Oceny rodziców dotyczące stopnia korzystnego wpływu Wideotreningu Komunikacji na wzrost dążenia do poszukiwania przyczyn negatywnych zachowań dziecka	180
Rysunek 55. Oceny rodziców dotyczące stopnia korzystnego wpływu Wideotreningu Komunikacji na wzrost łatwości rozumienia prośb swojego dziecka	180
Rysunek 56. Oceny rodziców dotyczące stopnia korzystnego wpływu Wideotreningu Komunikacji na wzrost umiejętności uspokajania dziecka	181
Rysunek 57. Oceny rodziców dotyczące stopnia korzystnego wpływu Wideotreningu Komunikacji na spadek trudności w rozumieniu zachowań dziecka	182
Rysunek 58. Oceny rodziców dotyczące stopnia korzystnego wpływu Wideotreningu Komunikacji na wzrost pewności siebie w relacji z dzieckiem	183
Rysunek 59. Oceny rodziców dotyczące stopnia korzystnego wpływu Wideotreningu Komunikacji na wzrost odczuwania radości przez dziecko	183

Spis tabel

Tabela 1.	Style przywiązania w niemowlęctwie i we wczesnym dzieciństwie na podstawie procedury Obcej Sytuacji	21
Tabela 2.	Fazy kształtowania się przywiązania w rozwoju normatywnym.	22
Tabela 3.	Główne elementy WMO dotyczące specyficznego wzorca bycia połączonym z innymi oraz jakości dostrajania się do innych w poszczególnych typach przywiązania.	23
Tabela 4.	Cechy interakcji rodzice–dziecko wspomagające rozwój dziecka.	75
Tabela 5.	Podstawowe funkcje komunikacji niewerbalnej	87
Tabela 6.	Cechy udanych interakcji w metodzie Wideotreningu Komunikacji	90
Tabela 7.	Zarys Planu Pomocy Rodzinie	101
Tabela 8.	Porównanie obszarów planu pomocy w Wideotreningu Komunikacji	102
Tabela 9.	Liczebność dzieci w badaniu ankietowym w poszczególnych kategoriach wiekowych.	123
Tabela 10.	Liczebność dzieci w badaniu ankietowym w poszczególnych kategoriach zaburzeń rozwojowych	123
Tabela 11.	Liczebność treningów według czasu trwania Wideotreningu Komunikacji w miesiącach w próbie ankietowej	123
Tabela 12.	Liczebność dzieci w ocenie nagrań w poszczególnych kategoriach wiekowych	124
Tabela 13.	Liczebność dzieci w ocenie nagrań w poszczególnych kategoriach zaburzeń rozwojowych	124
Tabela 14.	Liczebność treningów według czasu trwania Wideotreningu Komunikacji w miesiącach w próbie ocen systemów interakcyjnych	124
Tabela 15.	Możliwe odpowiedzi kwestionariuszowe i ich kodowanie.	125
Tabela 16.	Współczynnik zgodności W Kendalla wyznaczony dla poszczególnych wskaźników interakcji	127
Tabela 17.	Poziom zgodności współczynnika zgodności W Kendalla wyznaczony dla wskaźnika interakcji dla różnych wskaźników interakcyjnych.	128
Tabela 18.	Średnie wraz z odchyleniami standardowymi wskaźników interakcji dla różnych zmiennych ocenianych przez 3 sędziów oraz wyniki analizy ANOVA Friedmana oraz testu Dunna	130

Tabela 19. Średnie wraz z odchyleniami standardowymi wskaźników interakcji między pierwszym i ostatnim nagraniem dla każdej zmiennej oraz wyniki testu kolejności par Wilcoxon	144
Tabela 20. Średnie wraz z odchyleniami standardowymi wskaźników interakcji między nagraniami nr 18 i nr 6 w dwóch podgrupach zmiennych oraz wyniki testu znaków	150
Tabela 21. Średnie wraz z odchyleniami standardowymi wskaźników interakcji między nagraniami nr 5 i nr 11 w dwóch podgrupach zmiennych oraz wyniki testu znaków	153
Tabela 22. Średnie wraz z odchyleniami standardowymi wskaźników interakcji między nagraniami nr 16 i nr 9 w dwóch podgrupach zmiennych oraz wyniki testu znaków	156
Tabela 23. Średnie wraz z odchyleniami standardowymi wskaźników interakcji między nagraniami nr 14 i nr 21 dla matki w dwóch podgrupach zmiennych oraz wyniki testu znaków	159
Tabela 24. Średnie wraz z odchyleniami standardowymi wskaźników interakcji między nagraniami nr 14 i nr 21 dla ojca w dwóch podgrupach zmiennych oraz wyniki testu znaków	161
Tabela 25. Średnie wraz z odchyleniami standardowymi wskaźników interakcji między nagraniami nr 22 i nr 19 dla matki w dwóch podgrupach zmiennych oraz wyniki testu znaków	164
Tabela 25. Średnie wraz z odchyleniami standardowymi wskaźników interakcji między nagraniami nr 20 i nr 23 dla matki w dwóch podgrupach zmiennych oraz wyniki testu znaków	167
Tabela 26. Średnie wraz z odchyleniami standardowymi wskaźników interakcji między nagraniami nr 20 i nr 23 dla ojca w dwóch podgrupach zmiennych oraz wyniki testu znaków	169
Tabela 27. Średnie wraz z odchyleniami standardowymi wskaźników interakcji między nagraniami nr 3 i nr 17 w dwóch podgrupach zmiennych oraz wyniki testu znaków	172

1. Prośba o zgodę na badania



(Data i miejsce)

Szanowni Państwo

.....

Zwracam się z prośbą o zgodę na przeprowadzenie badań naukowych w oparciu o Państwa uczestnictwo w Wideotreningu Komunikacji.

Jestem doktorantką w Zakładzie Psychopatologii Dziecka Wydziału Studiów Edukacyjnych UAM w Poznaniu i pod kierunkiem prof. dra hab. A. Twardowskiego przygotowuję rozprawę doktorską pt. „Zastosowanie metody Wideotreningu Komunikacji w usprawnianiu porozumiewania się rodziców z dziećmi o zaburzonym rozwoju”. Odbywam także szkolenie trenerskie w metodzie Wideotreningu Komunikacji, a moim superwizorem jest Katarzyna Ślęczek, pracowniczka Maltańskiego Centrum Pomocy.

Proszę o udostępnienie nagrań video z sesji nagranych Wideotreningu Komunikacji oraz o wypełnienie dostarczonej przeze mnie ankiety (każdy rodzic osobno), która będzie zawierała informacje dotyczące sytuacji dziecka i Waszej rodziny oraz Wideotreningu Komunikacji.

Moje badania są zaprojektowane tak, aby sprawdzić skuteczność metody Wideotreningu Komunikacji w warunkach polskich. Najpierw zostaną przeanalizowane nagrania video, a następnie poddam analizom jakościowym i ilościowym wypełnione przez Państwa ankiety.

Uzyskane informacje będą wykorzystywane wyłącznie w celach naukowych i **pozostaną całkowicie anonimowe.**

Jedynie miejsca, gdzie figurują Państwa dane osobowe to dokumenty: „Prośba o zgodę na badania” oraz „Oświadczenie. Zgoda na badania”, które **nie** zostaną włączone do publicznej dokumentacji pracy doktorskiej. Pozostaną w archiwum badacza.

Wyniki badań zostaną przedstawione w postaci liczbowej i graficznej. Materiał video nie będzie upubliczniany i także zostanie przedstawiony w formie liczbowej i graficznej. W opracowaniu mogą pojawić się poszczególne informacje z zebranego materiału badawczego, natomiast dane osobowe i inne dane, pozwalające na identyfikację osób i zdarzeń, zostaną pominięte.

Maltańskie Centrum Pomocy otrzyma egzemplarz obronionej dysertacji doktorskiej. Będzie on dostępny do Państwa wglądu.

W razie pytań proszę kontaktować się ze mną drogą mailową: stecmm@amu.edu.pl

Z poważaniem,

.....

mgr Maria Stec

Maltańskie Centrum Pomocy Niepełnosprawnym Dzieciom i ich Rodzinom

Al. Kasztanowa 4a, 30-227 Kraków tel. 12424 14 40; 12424 14 52, fax 12424 14 59

maltanskiecentrum@interia.pl, www.centrummaltanskie.eu

Zakład Psychopatologii Dziecka WSE, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
ul. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań; +48 61829 20 65

stecmm@amu.edu.pl; www.wse.edu.edu.pl

2. Zgoda rodziców na udział w badaniu



.....(Data i miejsce)

OŚWIADCZENIE: ZGODA NA BADANIA NAUKOWE

Ja, niżej podpisana / y wyrażam zgodę na udział w badaniach naukowych na temat Wideotreningu Komunikacji przeprowadzanych w Centrum Maltańskim w Krakowie.

Zostałam / em zapewniona / y o całkowitej anonimowości badań oraz że uzyskane dane zostaną wykorzystane wyłącznie w celach naukowych.

Ponadto poinformowano mnie, że w każdym momencie badania można się z niego wycofać, zgłaszając swoją wolę koordynatorowi w Centrum Maltańskim.

Podpisy osób wyrażających zgodę:

.....
.....

4. Ankieta dla rodziców dotycząca WIDEOTRENINGU KOMUNIKACJI

Kod ankiety

Ankieta składa się z pytań otwartych i zamkniętych.

Przy pytaniach zamkniętych są wyjaśnienia, w jaki sposób na nie odpowiedzieć.

W przypadku odpowiedzi na pytania otwarte proszę o krótkie opisanie danych faktów. Pisanie całymi zdaniami nie jest konieczne. Tam, gdzie są pytania wymagające przypominania sobie konkretnych faktów, a czasami jest to trudne, proszę o informacje, takie jak je Pani / Pan pamięta.

Uzyskane informacje będą wykorzystywane tylko w celach naukowych i są całkowicie anonimowe.

Proszę, aby po wypełnieniu ankiety przejrzała Pani / Pan jeszcze raz wszystkie jej strony i sprawdziła, czy wypełnione zostały wszystkie pozycje.

LP.	PYTANIA	ODPOWIEDZI	
1.	Płeć rodzica (wstaw krzyżyk przy odpowiedniej)	<i>Kobieta</i>	<i>Mężczyzna</i>
2.	Wiek rodzica (wpisz liczbę)	.....	.....
3.	Wykształcenie rodzica (wstaw krzyżyk przy odpowiednim określeniu)	<i>Wyższe</i>	<i>Średnie</i>
4.	Czy uczestniczył / -a Pan / Pani we wszystkich nagraaniach? (wstaw krzyżyk przy odpowiednim określeniu)	<i>Tak</i>	<i>Nie</i>
5.	Czy uczestniczył / -a Pan / Pani we wszystkich omówieniach z trenerem? (wstaw krzyżyk przy odpowiednim określeniu)	<i>Tak</i>	<i>Nie</i>
6.	Dlaczego zdecydował / -a się Pan / Pani na Wideotrening Komunikacji (VIT)? (wypisz obok)	.....

PYTANIA		ODPOWIEDZI			
LP.		Wysoce skuteczny	Skuteczny	Nieskuteczny	
7.	Jak Pani / Pan ocenia skuteczność przeprowadzonego w Waszej rodzinie Wideotreningu Komunikacji? (wstaw krzyżyk przy odpowiednim określeniu)	Wysoce skuteczny	Skuteczny	Nieskuteczny	
8.	Jak Pani / Pan ocenia stopień swojego zadowolenia ze spotkań z trenerem? (wstaw krzyżyk przy odpowiednim określeniu)	Brak zadowolenia	Niski stopień zadowolenia	Średni stopień zadowolenia	Bardzo wysoki stopień zadowolenia
9.	W jakim stopniu w Pani / Pana ocenie Wideotrening Komunikacji korzystnie wpłynął na rozwój dziecka? (wstaw krzyżyk przy odpowiednim określeniu)	Brak wpływu	Niski stopień wpływu	Średni stopień wpływu	Bardzo wysoki stopień wpływu
10.	Proszę opisać, w jaki sposób Wideotrening Komunikacji korzystnie wpłynął na rozwój Pani / Pana dziecka (wypisz obok)				
11.	W jakim stopniu Wideotrening Komunikacji korzystnie wpłynął na rozumienie przez Panią / Pana swojego dziecka? (jak wyżej)	Brak wpływu	Niski stopień wpływu	Średni stopień wpływu	Bardzo wysoki stopień wpływu
12.	W jakim stopniu Wideotrening Komunikacji korzystnie wpłynął na wzrost częstotliwości słuchania przez dziecko Pani / Pana poleceń? (jak wyżej)	Brak wpływu	Niski stopień wpływu	Średni stopień wpływu	Bardzo wysoki stopień wpływu
13.	W jakim stopniu Wideotrening Komunikacji korzystnie wpłynął na wzrost Pani / Pana przyjemności z przebywania z dzieckiem? (jak wyżej)	Brak wpływu	Niski stopień wpływu	Średni stopień wpływu	Bardzo wysoki stopień wpływu

		ODPOWIEDZI					
LP.	PYTANIA	Brak wpływu	Bardzo niski stopień wpływu	Niski stopień wpływu	Sredni stopień wpływu	Wysoki stopień wpływu	Bardzo wysoki stopień wpływu
14.	W jakim stopniu Wideo trening Komunikacji korzystnie wpłynął na wzrost Pani / Pana dążenia do poszukiwania przyczyn negatywnych zachowań dziecka? (jak wyżej)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
15.	W jakim stopniu Wideo trening Komunikacji korzystnie wpłynął na wzrost łatwości rozumienia przez Panią / Pana próśb swojego dziecka? (jak wyżej)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
16.	W jakim stopniu Wideo trening Komunikacji korzystnie wpłynął na wzrost Pani / Pana umiejętności uspokajania swojego dziecka? (jak wyżej)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
17.	W jakim stopniu Wideo trening Komunikacji korzystnie wpłynął na spadek Pani / Pana trudności w rozumieniu zachowań swojego dziecka? (jak wyżej)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
18.	W jakim stopniu Wideo trening Komunikacji korzystnie wpłynął na wzrost Pani / Pana pewności siebie w relacji z dzieckiem? (jak wyżej)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
19.	W jakim stopniu Wideo trening Komunikacji korzystnie wpłynął na wzrost odczuwania przez dziecko radości w kontakcie z Panią / Panem? (jak wyżej)	.....	.....	.....	.....	.....	.....

5. Ankieta dla terapeutów dotycząca WIDEOTRENINGU KOMUNIKACJI

M1. Płeć*	
Kobieta	
mężczyzna	
M2. Wiek	
M3. Staż pracy zawodowej	
M4. Wykształcenie	
wyższe magisterskie	
wyższe licencjackie	
średnie + szkoła policealna (kolegium zawodowe)	
średnie	

Dotyczy systemu nr

.....

1.	Czy po treningu VIT zauważyłaś jakieś zmiany w zachowaniu dziecka?
TAK	X
NIE	

Jeśli tak, to jakie zmiany w zachowaniu dziecka po treningu zauważyłaś?

.....

2.	Czy po treningu VIT zauważyłaś jakieś zmiany w zdolnościach komunikacyjnych dziecka?
TAK	X
NIE	

Jeśli tak, to jakie zmiany w zdolnościach komunikacyjnych dziecka po treningu zauważyłaś?

.....

