



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



Název projektu	Rozvoj vzdělávání na Slezské univerzitě v Opavě
Registrační číslo projektu	CZ.02.2.69/0.0./0.0/16_015/0002400

Polský jazyk pro speciální pedagogy

Distanční studijní text

Beata Maria Nowak, Martin Kaleja

Opava 2019



**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ

- Obor:** Specjalni pedagoga
- Klíčová slova:** Pomoc, opieka. edukacja, rehabilitacja, rewalidacja, resocjalizacja, inkluzja społeczna, niewidomi i niedowidzący, głusi i niesłyszący, głuchoniewidomi, upośledzeni umysłowo, przewlekle chorzy, osoby z uszkodzeniem narządu ruchu, osoby z trudnościami uczenia się na skutek dysharmonii rozwoju, społecznie niedostosowani, Cel humanitarny, cel funkcjonalny, cel społeczny, etiologia upośledzenia, ogólne wzorce zachowania, badanie struktur i funkcjonowania służb, Pedagogika osób wybitnie zdolnych i uzdolnionych, gerontologiczna pedagogika specjalna, andragogika specjalna, pedagogika osób odmiennych somatycznie, pedagogika osób z wieloraką niepełnosprawnością, pedagogika osób ze spektrum autyzmu i z zaburzeniami psychozopodobnymi, typ segregacyjny, typ asymilacyjny, typ wspólnego nurtu, typ inkluzyjny, Klasy terapeutyczne, Zajęcia logopedyczne, Zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno-społeczne, Inne zajęcia o charakterze terapeutycznym, Indywidualizowana ścieżka kształcenia, Kwalifikacje do zajmowania stanowiska nauczyciela pedagoga, Kwalifikacje do zajmowania stanowiska nauczyciela psychologa, Kwalifikacje do zajmowania stanowiska nauczyciela terapeuty pedagogicznego, Kwalifikacje do zajmowania stanowiska nauczyciela logopedy, Kwalifikacje wymagane od osób prowadzących zajęcia wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, Metoda ośrodków pracy M. Grzegorzewskiej, Metoda P. Dennisona - Kinezylogia edukacyjna, Metoda N. C. Kepharta, Metoda Blissa, Metoda Werbo-Tonalna Guberina, Trening Zastępowania Agresji (ART lub TZA), Trening Biofeedback, Metoda integracji sensorycznej (SI), Metoda Felicji Affolter, Metoda Petö (nauczanie kierowane)
- Anotace:** Książka stanowi kompendium wiedzy obejmującej dorobek polskiej pedagogiki specjalnej. Jest napisana w języku polskim i adresowana do czeskich studentów, kształcących się w zakresie pedagogiki specjalnej. Składa się ona z dziewięciu rozdziałów, które zostały opracowane według następującej struktury: tytuł rozdziału; zakres wiedzy, którą powinien posiadać student; treść właściwa; wykaz literatury obowiązkowej; wykaz literatury zalecanej; przydatne linki; problemy do dyskusji i zadania do wykonania; pytania kontrolne. Praca jest dobrze ustrukturowana i wartościowa poznawczo oraz użyteczna w kształceniu czeskich pedagogów specjalnych, zwłaszcza osób mieszkających, studiujących lub/i pracujących na terenach graniczących z Polską. Treści zawarte w opracowaniu niewątpliwie wzbogacą wiedzę studentów oraz zachęcą ich do poszukiwania innowacyjnych metod i form pracy rewalidacyjnej i rehabilitacyjnej.
- Autor:** **prof. nadzw. dr. hab. Beata Maria Nowak**
doc. PhDr. et PhDr. Martin Kaleja, Ph.D.

Recenzovali:

prof. ndzw. dr hab. Irena Mudrecka

prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.

© prof. nadzw. dr. hab. Beata Maria Nowak, doc. PhDr. et PhDr. Martin Kaleja,
Ph.D., 2019

© Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě, 2019

ISBN 978-80-7510-345-1

Obsah

ÚVODEM.....	6
RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY.....	7
1 PEDAGOGIKA SPECJALNA - WYJAŚNIENIA TERMINOLOGICZNE	8
2 TYPOLOGIE I KLASYFIKACJE OSÓB ODCHYLONYCH OD NORMY	17
2.1 Kryteria i zakresy upośledzenia umysłowego.....	22
2.2 Kryteria i zakresy niepełnosprawności wzrokowej.....	27
2.3 Kryteria i zakresy niepełnosprawności słuchowej	31
2.4 Kryteria i zakresy niedostosowania społecznego.....	33
3 PRZEDSTAWICIELE POLSKIEJ PEDAGOGIKI SPECJALNEJ	41
3.1 Józefa Joteyko (1866 – 1928).....	41
3.2 Maria Grzegorzewska (1888 – 1967).....	43
3.3 Janina Doroszevska (1900 - 1979)	45
3.4 Kazimierz Kirejczyk (1910 – 1986).....	46
3.5 Stanisław Jedlewski (1906-1992)	47
3.6 Otton Lipkowski (1907 – 1982).....	49
3.7 Czesław Czapów (1925 – 1980).....	50
3.8 Aleksander Hulek (1916 – 1993)	52
3.9 Władysław Dykcik(1942 – 2013)	53
4 HISTORIA PEDAGOGIKI SPECJALNEJ W POLSCE	55
4.1 Pierwsza połowa xx wieku.....	55
4.2 Druga połowa xx wieku	59
5 POLSKA PEDAGOGIKA SPECJALNA – AKTUALIA GLÓWNE KIERUNKI ROZWOJU	63
6 POLSKIE SZKOLNICTWO SPECJALNE	68
7 POMOC PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA DLA UCZNIÓW ZE SPECJALNAMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI W PRZEDSKOLACH, SZKOLACH I PLACÓWKACH.....	78
7.1 Formy pomocy dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi	81
7.2 Zadania podmiotów udzielających pomocy psychologiczno-pedagogicznej w przedszkolach, szkołach i placówkach	84
8 KWALIFIKACJE ZAWODOWE I KOMPETENCJE PEDAGOGA SPECJALNEGO.....	88

8.1	Kwalifikacje zawodowe	89
8.2	Kompetencje pedagoga specjalnego oraz nauczyciela pracujacego z uczniami ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.....	93
9	WYBRANE, WSPOMAGAJACE I ALTERNATYWNE METODY PRACY REHABILITACYJNEJ.....	99
9.1	Metoda ośrodków pracy M. Grzegorzewskiej	101
9.2	Metoda P. Dennisona - Kinezyjologia edukacyjna	102
9.3	Metoda N. C. Kepharta	103
9.4	Metoda Blissa.....	105
9.5	Metoda Werbo-Tonalna Guberina	105
9.6	Trening Zastepowania Agresji (ART lub TZA).....	106
9.7	Trening Biofeedback	108
9.8	Metoda integracji sensorycznej (SI).....	108
9.9	Metoda Felicji Affolter.....	109
9.10	Metoda Petö (nauczanie kierowane).....	109
	LITERATURA	113
	SHRNUTÍ STUDIJNÍ OPORY	118
	PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON.....	119

ÚVODEM

Prezentowane w wersji elektronicznej opracowanie jest wsparciem dla studentów studiów stacjonarnych i niestacjonarnych, którzy uczęszczają na kursów poświęconych głównym tematem pedagogiki specjalnej, diagnostyki różnych rodzajów niepełnosprawności, zaburzeń itp. Jest wynikiem zrealizowanego projektu ***Rozwój edukacji na Uniwersytecie Śląskim w Opawie, ze znakiem rejestracyjnym CZ.02.2.69 / 0.0. / 0.0 / 16_015 / 0002400, który został zrealizowany na Uniwersytecie Śląskim w Opawie.***

Poszczególne rozdziały opracowania zawierają podstawowe informacje na temat struktury pedagogiki specjalnej, typologii i klasyfikacji osób odchylonych od normy, głównych kierunków rozwoju pedagogiki specjalnej w Polsce oraz jej wybitnych przedstawicieli. Omówione zostały także zagadnienia dotyczące polskiego szkolnictwa specjalnego, pomocy psychologiczno – pedagogicznej dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi oraz kwalifikacje zawodowe i kompetencje pedagoga specjalnego. Pracę wieńczy prezentacja wybranych, wspomagających i alternatywnych metod pracy rehabilitacyjnej. Należy stwierdzić, że tekst nie jest w pełni nasycony z punktu widzenia rozwiązanych tematów. Tworzą więc ramy tego, czego studenci uczą się na kursie. Kluczowe tematy i pytania rozwiązane tematycznie muszą być wystarczająco nasycone badaniem literatury fachowej, dokumentów legislacyjnych i ewentualnie innych.

Wsparcie naukowe może również służyć studentom nie tylko w programach edukacyjnych. Może również służyć nauczycielom w ramach systemu ustawicznego kształcenia nauczycieli lub innych form uczenia się przez całe życie.

RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY

W rozdziale I zaprezentowana została podstawowa terminologia, przedmiot zainteresowań pedagogiki specjalnej oraz klasyfikacja osób niepełnosprawnych. Rozdział II to przegląd uznanych i powszechnie stosowanych klasyfikacji zaburzeń psychicznych (DSM – IV i DSM - V) i adaptacyjnych (AAMR, APA i ICD), jak też kryteriów i zakresów niepełnosprawności intelektualnej, wzrokowej, słuchowej oraz niedostosowania społecznego. Rozdział III został poświęcony przedstawicielom polskiej pedagogiki specjalnej. Przedstawiono w nim krótkie biogramy czołowych polskich pedagogów, ich dorobek naukowy, poglądy i dokonania w środowisku życia i pracy oraz wkład w rozwój pedagogiki specjalnej. Kolejny rozdział (IV) to opis historycznego uwarunkowania rozwoju polskiej pedagogiki specjalnej oraz etapów jej rozwoju. W Rozdziale V przedstawiono z kolei najnowsze nurty w polskiej pedagogice specjalnej oraz perspektywy rozwojowe tej subdyscypliny pedagogicznej. W Rozdziale VI zaprezentowany został rozwój polskiego szkolnictwa specjalnego. Omówiono w nim typy i nurty we współczesnym kształceniu specjalnym oraz obowiązujące aktualnie warunki organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej, niedostosowanej społecznie i zagrożonej niedostosowaniem społecznym. Kolejny, VII rozdział to przegląd obecnie obowiązujących w Polsce aktów prawnych odnoszących się do uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi oraz warunki i zasady organizacji udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach oraz zadania podmiotów i formy pomocy udzielanej uczniom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. W Rozdziale VIII, stanowiącym niejako kontynuację poprzedniego, dokonano przeglądu aktualnych wymagań kwalifikacyjnych dotyczących pracy w szkołach i placówkach dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej, niedostosowanej lub zagrożonej niedostosowaniem społecznym oraz omówiono zakres kompetencji zawodowych pedagoga specjalnego i nauczyciela pracującego z uczniami ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (SPE). Pracę wieńczy rozdział IX, w którym zaprezentowano wspomagające i alternatywne metody i techniki pracy rehabilitacyjnej (z odwołaniem do bardziej wnikliwych opisów) oraz możliwości zastosowania alternatywnych metod rehabilitacyjnych w pracy z uczniami o specjalnych potrzebach edukacyjnych (SPE).

1 PEDAGOGIKA SPECJALNA - WYJAŚNIENIA TERMINOLOGICZNE



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Pedagogika specjalna jest wyspecjalizowanym działem pedagogiki ogólnej (nauką szczegółową) i z racji tego usytuowania jest częścią nauk społecznych. Jej przedmiotem jest opieka, terapia, kształcenie i wychowanie osób z odchyleniami od normy psychicznej lub fizycznej (niepełnosprawnych lub mniej sprawnych), bez względu na rodzaj, stopień i złożoność objawów, przyczyn i skutków dysfunkcji, zaburzeń, trudności czy ograniczeń. Teoria i praktyka pedagogiki specjalnej ukierunkowana jest na pomoc i wsparcie osób w wieku niemowlęcym, przedszkolnym, szkolnym, dojrzałym i senioralnym. Pedagogika specjalna zajmuje się:

- poszukiwaniem przyczyn (źródeł) zaburzeń sprawności psychofizycznej (etiologia);
- identyfikowaniem symptomów upośledzenia fizycznego lub umysłowego (fenomenologia);
- poszukiwaniem metod i sposobów zapobiegania pojawianiu się lub pogłębianiu rozpoznanych zaburzeń;
- podejmowaniem działań rewalidacyjnych, korygujących, usprawniających, leczniczych oraz edukacyjnych i reedukacyjnych.



CÍLE KAPITOLY

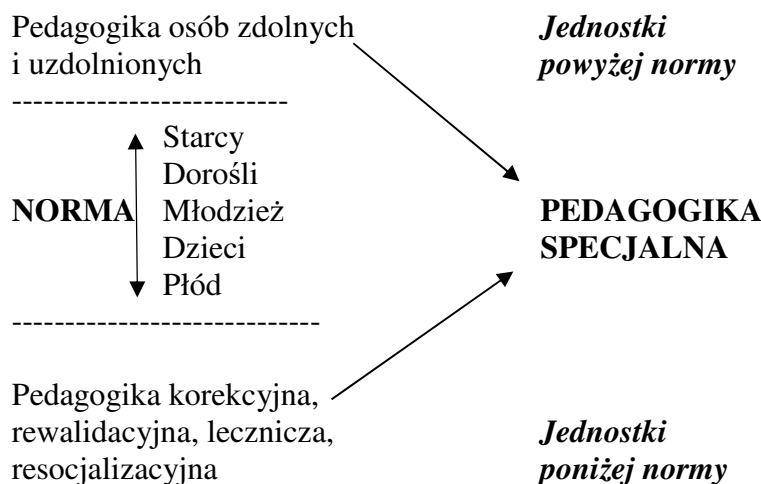
- umiejscowienia pedagogiki specjalnej w dziedzinie pedagogika;
- struktury pedagogiki specjalnej opartej o klasyfikację osób niepełnosprawnych;
- terminologii używanej w pedagogice specjalnej



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Pomoc, opieka, edukacja, rehabilitacja, rewalidacja, resocjalizacja, inkluzja społeczna

Podmiotem zainteresowania pedagogiki specjalnej są zarówno osoby niepełnosprawne (poniżej normy) na każdym etapie rozwojowym, jak również osoby zdolne i uzdolnione (powyżej normy). Poniższy schemat przedstawia **przedmiot pedagogiki specjalnej, jej działy i dziedziny**.



W powyższe wyróżnienia wpisuje się pojęcie dewiacji (łac. *devio* – zbaczać), odnoszone zazwyczaj do sfer pedagogicznego działania związanego z resocjalizacją. W obszarze poniżej normy znajdują się osoby przejawiające zachowania jaskrawo odbiegające od aprobowanych społecznie, które są określane mianem **dewiantów negatywnych**. Powyżej normy sytuowane są natomiast osoby wybitne, kreatywne, będące nośnikami postępu społecznego i rozwoju cywilizacyjnego, obdarzane etykietą **dewiantów pozytywnych**, czyli tych, którzy przekroczyli granice typowego myślenia czy działania. Jest to kategoria zachowań posiadająca określone właściwości. Lokujące się w niej osoby¹:

- łamią „górną” granicę oczekiwań społecznych;
- samorzutnie buntują się w stosunku do standardów przyjętych w danym środowisku czy jakiejś sferze działalności - w przypadku dewiacji pozytywnej bunt wiąże się zawsze z respektem dla jakiegoś innego porządku lub z respektem dla porządku aktualnego, który dewiant pozytywny chce tylko w istotny sposób zmodyfikować;
- posiadają nieegoistyczny charakter motywacji czy decyzji skłaniającej ich do dewiacji wobec istniejącego porządku;
- wywołują obiektywnie pozytywną dezorganizację społeczną.

¹ Szerzej w: http://www.ipsir.uw.edu.pl/UserFiles/File/Katedra_Socjologii_Norm/PRA-CEIPSIR/Tom_19/czy_istnieje_dewiacja_spoleczna.pdf

Tą kategorią osób zajmuje się pedagogika osób zdolnych i uzdolnionych. W Polsce istnieje wiele terminów odnoszących się do omawianej problematyki. Między innymi są to:

- zdolności, zdolności twórcze, wybitne zdolności;
- uzdolnienia;
- zdolności rzeczywiste;
- zdolności specyficzne;
- talent lub geniusz.

W literaturze przedmiotu najczęściej spotykane są określenia: zdolność i uzdolnienie. Z punktu widzenia pedagogiki **zdolną jest osoba** przejawiająca wysoki poziom zdolności ogólnych (inteligencji) lub posiadająca określoną zdolność specjalną w sferze działalności umysłowej (np. uzdolnienia muzyczne, techniczne, aktorskie czy kulinarne). Psycholodzy pojęcie zdolności rozpatrują natomiast w powiązaniu z całokształtem życia psychicznego, z motywacją osobowościową, z procesami poznawczymi i inteligencją oraz z działaniem. Zdolną jest zatem ta osoba, której stopień sprawności wykonywania działania jest wyższy od średniego. Najczęściej jednak zdolności określane są jako ogólna sprawność intelektualna powiązana ze zdolnościami ogólnymi, inteligencją, zdolnościami szkolnymi lub akademickimi (Chruszczewski, 2009).

Z kolei **uzdolnienie** rozumiane jest jako specyficzna konfiguracja zdolności ogólnych i specjalnych, która umożliwi bardzo dobre wykonanie określonego, ukierunkowanego treściowo działania. Uzdolnienia są bezpośrednio powiązane z dziedziną, w której się ujawniają. Stąd też dość często używany jest termin **uzdolnienia specjalne** (zdolności kierunkowe, talent), umożliwiające osiągnięcie mistrzostwa w określonych dziedzinach aktywności (Limont, 2010). Osoby wybitnie uzdolnione posiadają charakterystyczne cechy (za E. Nęcka, 2003):

- ogólne zdolności poznawcze;
- specjalne talenty/talent;
- aktywność twórcza;
- sprawności przywódcze.

Podmiotem pedagogiki specjalnej są jednak przede wszystkim osoby, których rozwój jest utrudniony w takim stopniu, iż one same, za pomocą własnych mechanizmów regulacji psychicznej ani też rutynowych metod oddziaływań pedagogicznych nie są w stanie tych utrudnień wyeliminować.

Podstawowym pojęciem w pedagogice specjalnej jest zatem norma. Termin ten wiązany jest współcześnie ze stanem zdrowia. Według statutu Światowej Organizacji Zdrowia

zdrowie jest to stan zupełnej pomyslności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie tylko brakiem choroby lub ułomności. Jest to jedno z podstawowych praw człowieka, bez względu na warunki ekonomiczne lub społeczne, rasę, wyznanie czy przekonania polityczne. Zasadą podstawową jest odpowiedzialność każdego państwa za zdrowie swoich obywateli poprzez zabezpieczenie i umożliwienie im wszystkim dostępności do odpowiednich środków zdrowotnych i społecznych. Poprzez podpisanie Konstytucji WHO, Polska, podobnie jak i inne państwa będące członkami Organizacji Narodów Zjednoczonych, stała się jej członkiem, a poprzez to zobowiązana jest przestrzegać zasad przez nią przyjętych. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, jest to porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia wraz z Protokołem dotyczącym Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r.

Pojęcie normalności odnosi się przede wszystkim do stanu zdrowia psychicznego i fizycznego oraz dobrostanu społecznego, ale też oznacza życie toczące się ustalonych, znanych praw i zwyczajów². Normalność to zatem stan typowy, taki, jaki powinien być. Jego przeciwieństwem jest nienormalność (anormalność), czyli nieprawidłowość – coś, co odbiega od normy. Pedagogika specjalna zajmuje się osobami nie spełniającymi tzw. kryteriów normalności w przynajmniej jednej z wymienionych poniżej sfer:

- rozwojowej (*norma rozwojowa – psychologiczny obraz osoby na danym etapie życia*);
- zdrowotnej (*norma zdrowotna – stan pełnego funkcjonowania fizycznego, psychicznego, umysłowego i społecznego*);
- społecznej (*norma społeczna – przyjęte wzory, reguły i oczekiwania społeczne*).

Kolejnym terminem konstytuującym pedagogikę specjalną jest upośledzenie, czyli efekt uszkodzenia, przejawiającym się w ograniczeniu lub uniemożliwieniu funkcjonowania jakiegoś narządu, organu lub stanu niedostatecznej sprawności intelektualnej. Osoba upośledzona zmaga się z trudnościami w rozwoju, poznawaniu świata i przystosowaniu się do środowiska społecznego, stąd też pedagogika specjalna odnosi się do zagadnień związanych z:

- przyczynami zaburzeń sprawności psychofizycznej;

² <https://sjp.pwn.pl/slowniki/normalno%C5%9B%C4%87.html>

- symptomatologią szczegółową - symptomami występującymi w poszczególnych schorzeniach oraz zjawiskami towarzyszącymi upośledzeniu fizycznemu lub psychicznemu;
- zapobieganiem występowania lub progresji istniejących zaburzeń i schorzeń;
- działaniami leczniczymi, korygującymi czy usprawniającymi.

Kryteria definiujące osoby niepełnosprawne są różne. Brany jest pod uwagę między innymi rodzaj, czas wystąpienia, okres trwania czy stopień niepełnosprawności. W szerokim aspekcie niepełnosprawność odnoszona jest do osoby, której stan ogólny, wywołany urazami, chorobami, wadami wrodzonymi, zaburza jej funkcjonowanie we wszystkich sferach życia i na wszystkich etapach rozwojowych. Z kolei w aspekcie potrzeb i związanych z nimi celów niepełnosprawną jest osoba, której uszkodzony i obniżony stan sprawności organizmu powoduje czasowe lub trwałe utrudnienie, ograniczenie lub uniemożliwienie wykonywania zadań życiowych i zawodowych oraz pełnienie ról społecznych, z uwzględnieniem płci, wieku oraz czynników środowiskowych i społeczno – kulturowych.

W Polsce obowiązuje konkretna definicja osoby niepełnosprawnej. W świetle zapisów Ustawy z 26 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osoby niepełnosprawnej (Dz. U., nr 123, poz. 776), niepełnosprawną jest osoba, której stan fizyczny lub/i psychiczny trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie zadań życiowych i ról społecznych zgodnie z normami prawnymi i społecznymi.

Utrudnienia ograniczające potencjał rozwojowy osoby niepełnosprawnej mogą obejmować sfery:

- *funkcjonowania fizycznego* (niesprawność motoryczna i somatyczna - choroby przewlekłe i kalectwo);
- *funkcjonowania psychicznego* (niesprawność sensoryczna i umysłowa - wady wzroku lub słuchu, upośledzenie umysłowe);
- *funkcjonowania społecznego* (niesprawność w zakresie realizacji zachowań zgodnych z normami współżycia społecznego - niedostosowanie społeczne).

Pedagogika specjalna jako nauka ma charakter interdyscyplinarny, przejawiający się w aparacie pojęciowym, treściach oraz związkach strukturalnych i funkcjonalnych z zakresu wielu nauk - psychologii, pedagogiki, medycyny, socjologii czy prawa. Jednakże odrębność pedagogiki specjalnej wyznaczana jest swoistością metod postępowania wychowawczego oraz treściami i warunkami organizacyjnymi rewalidacji. Podstawowe terminy stosowane w praktyce i teorii pedagogiki specjalnej, to:

- **pomoc** - współdziałanie z podmiotem sytuacji trudnej w celu przywrócenia normalności tej sytuacji, zapobieganie jej powstawania lub ułatwianie sytuacji będących w granicach normy;
- **opieka** - zaspokajanie tych potrzeb podopiecznego, których nie jest on w stanie sam regulować lub zaspokoić;
- **edukacja** - ogół przebytych doświadczeń, ważnych dla kształtowania się kompetencji i tożsamości człowieka;
- **rehabilitacja** - łączne, skoordynowane oddziaływanie lecznicze, psychologiczne, pedagogiczne, społeczno - zawodowe, zmierzające do przywrócenia u osoby trwale poszkodowanej na zdrowiu zdolności, sprawności i możliwości samodzielnego życia w społeczeństwie; pierwotnie termin ten odnoszono do ludzi dorosłych przejawiających zaburzenia o charakterze fizycznym i przewlekłym;
- **rewalidacja** - długotrwała działalność terapeutyczno - wychowawcza (stymulacja, opieka, nauczanie, i wychowanie osób upośledzonych umysłowo, niewidomych i niesłyszących);
- **resocjalizacja** - proces wychowania jednostek wykazujących trudności w dostosowaniu się do norm społecznych, moralnych i prawnych;
- **inkluzja społeczna** – jest to proces „włączania” osób marginalizowanych w nurt życia przez pełne uczestnictwo w życiu społecznym (często stosowane jest zamiennie z terminem integracja społeczna).

Podstawą oddziaływań prowadzonych w ramach pedagogiki specjalnej jest diagnoza, która - niezależnie od koncepcji diagnozy przypisanej do poszczególnych pedagogik szczegółowych – jest procesem pełnej, wieloaspektowej identyfikacji symptomów, genezy, skutków oraz faz rozwoju i prognozy.

Diagnostyka odchyłeń od normy (diagnostyka specjalna) stanowi dział pedagogiki specjalnej, czyli pedagogiki jednostek upośledzonych, odchylonych od normy w różnych zakresach i sferach. Jest dziedziną naukową, której przedmiotem zainteresowania są sposoby identyfikacji cech i symptomów zaburzeń, stanów chorobowych, niepełnosprawności oraz ich tendencji rozwojowych (Wysocka, 2013). Podmiotem diagnostyki specjalnej są natomiast osoby o różnych dysfunkcjach, wymagające specjalnej pomocy w przezwyciężaniu trudności rozwojowych i skutków niepełnosprawności, zarówno w sferze funkcjonowania indywidualnego, jak i społecznego, zwłaszcza związanego z pełnieniem ról społecznych w różnych kontekstach życiowych (np. szkolnym, zawodowym,

rówieśniczym). Ogólnie rzecz ujmując, w pedagogice specjalnej diagnoza ma zwykle charakter praktyczny, decyzyjno- interwencyjny i ukierunkowana jest na rozpoznanie u jednostek z odchyleniami od normy, możliwości rozwoju, doboru środków i metod wspierających oraz skuteczności dotychczas stosowanych metod rewalidacyjnych w zależności od rodzaju upośledzenia.

Rewalidacja (łac. validus: silny, sprawny, re – powtórny) jest podstawowym celem pedagogiki specjalnej. Twórczynią tego pojęcia była Maria Grzegorzewska (1964), prekursorka polskiej pedagogiki specjalnej. Pierwotnie termin ten odnosił się do oddziaływań pedagogicznych podejmowanych wobec dzieci niepełnosprawnych oraz dzieci przejawiających zaburzenia receptoryczne i intelektualne. Aktualnie rewalidacja rozumiana jest jako oddziaływania podejmowane wobec osób niepełnosprawnych fizycznie lub/i intelektualnie w celu przywrócenia im sprawności w stopniu umożliwiającym optymalne funkcjonowanie indywidualne i społeczne. Oddziaływania terapeutyczne i wychowawcze ukierunkowane są na wypracowanie umiejętności radzenia sobie w życiu na jak najwyższym poziomie. Są one realizowane za pomocą różnorodnych metod stosowanych w pedagogice, psychologii (psychoterapia, psychoedukacja) i socjologii (socjoterapia), umożliwiających usprawnienie zaburzonych lub zahamowanych procesów poznawczych. Rewalidacja może być prowadzona indywidualnie lub grupowo. W jej trakcie, poprzez zastosowanie metod adekwatnych do zdiagnozowanych potrzeb, usprawniane są zaburzone funkcje. Kompensacja deficytów następuje przy wykorzystaniu mocnych stron osoby niepełnosprawnej, czyli zastępowaniu zaburzonych funkcji, prawidłowo rozwiniętymi.

Rewalidacja społeczna jest to przywrócenie optymalnej sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej osobom upośledzonym fizycznie i/lub intelektualnie, niedostosowanym społecznie lub chorym przewlekle, przygotowywanie ich do samodzielnego uczestnictwa w życiu społecznym oraz zapewnienie im odpowiednich warunków do codziennego funkcjonowania (Maciarz, 1984).

W procesie wychowania i nauczania specjalnego realizowane są następujące cele:

- zapewnienie osobom niepełnosprawnym praw do pomocy ukierunkowanej na ich maksymalne usprawnienie i reintegrację społeczną;
- umożliwienie osobom niepełnosprawnym dostępu do wszechstronnego kształcenia i wychowania przygotowującego ich do pełnienia różnorodnych ról społecznych;

- przygotowanie osób niepełnosprawnych do wykonywania pracy adekwatnej do ich możliwości, a tym samym stworzenie im warunków do uniezależnienia się od pomocy społecznej i samodzielnego funkcjonowania.

Praca rewalidacyjna (dostosowana do potrzeb i możliwości osoby upośledzonej), ukierunkowana jest przede wszystkim na działania w zakresie korektury zaburzonych sfer i funkcji; kompensacji lub zastępowania deficytów fizycznych i psychicznych; usprawniania tych funkcji, które mogą być potencjalnie sprawne lub są najmniej zaburzone; pobudzania wtórnych mechanizmów motywacyjnych (dynamizowanie). Działania rewalidacyjne powinny być prowadzone metodycznie, w oparciu o zasady ogólne: wczesnego wykrywania i usuwania zaburzeń; integracji ze środowiskiem oraz ciągłości postępowania rewalidacyjnego. Niemniej istotne są zasady szczegółowe: akceptacji, pomocy, indywidualizacji, terapii pedagogicznej i współpracy z rodziną osoby niepełnosprawnej.

KONTROLNÍ OTÁZKY



1. Kim była M. Grzegorzewska?
 2. Czym się zajmuje pedagogika specjalna?
 3. W oparciu o jakie akty prawne funkcjonuje w Polsce definicja osoby niepełnosprawnej?
 4. Jakie główne cele realizowane są w pedagogice specjalnej?
 5. Co jest podstawą oddziaływań prowadzonych w ramach pedagogiki specjalnej?
 6. W czym przejawia się interdyscyplinarny charakter pedagogiki specjalnej?
-



KORESPONDENČNÍ ÚKOL

1. Jakie są różnice pomiędzy rewalidacją a rehabilitacją osób niepełnosprawnych?
2. W oparciu o akty prawne porównaj rozwiązania systemowe Polski i Czech w zakresie integracji/inkluzji społecznej osób niepełnosprawnych:

Polska	Czechy
1.	1.
2.	2.
3.	3.



DALŠÍ ZDROJE

<https://pedagogika-specjalna.edu.pl/warsztat-pracy/diagnoza-pedagogiczna-w-pigulce/>
https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/13411/1/SE_32_2014_Iwona_Chrzanoska.pdf
<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19480610477>

2 TYPOLOGIE I KLASYFIKACJE OSÓB ODCHYLONYCH OD NORMY

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Pierwsza klasyfikacja osób niepełnosprawnych pojawiła się w 1959 roku w Deklaracji Praw Dziecka. Znalazły się w niej trzy podstawowe kategorie niepełnosprawności: fizyczna, umysłowa i społeczna. Była to zatem klasyfikacja bardzo uproszczona, zaś kolejne były uzupełniane o np. miejsce uszkodzenia czy rodzaj i stopień upośledzenia.

CÍLE KAPITOLY



- światowych systemów klasyfikacyjnych i ich rewizji;
 - uznanych i powszechnie stosowanych typologii osób niepełnosprawnych;
 - zakresów najczęściej występujących niepełnosprawności i ich orzecznictwa.
-

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Niewidomi i niedowidzący, głusi i niesłyszący, głuchoniewidomi, upośledzeni umysłowo, przewlekłe chorzy, osoby z uszkodzeniem narządu ruchu, osoby z trudnościami uczenia się na skutek dysharmonii rozwoju, społecznie niedostosowani.

Współczesne klasyfikacje tworzone są w oparciu o poszerzone kryteria, m.in. **etiologiczne** (zaburzenia wrodzone i nabyte), **pedagogiczne/etapowych osiągnięć szkolnych** (stopnie możliwych osiągnięć edukacyjnych), **społeczne** (potrzeby osób niepełnosprawnych i rodzaj opieki nad nimi); **medyczne** (stopień ciężkości jednostek, zespołów i syndromów patologicznych), **psychologiczne** (wpływ zaburzeń na osobowość osoby niepełnosprawnej) oraz **czasu trwania** (zaburzenia czasowe i trwałe).

Na gruncie polskim przyjęła się, oparta na kryterium rodzaju i stopnia upośledzenia, klasyfikacja autorstwa Z. Sękowskiej (1998, s. 27):

- **niewidomi i niedowidzący** od urodzenia lub przed 5 rokiem życia: ociemniiali; niewidomi i ociemniiali z dodatkowymi kalectwami; niewidomi i ociemniiali z upośledzeniem umysłowym; niedowidzący; słabo widzący w wysokim stopniu;
- **głusi i niesłyszący**: głusi od urodzenia; ogłuchli mówiący; głusi z upośledzeniem umysłowym; głusi z dodatkowymi kalectwami; głusi z resztkami słuchu; niedosłyszący;
- **głuchoniewidomi**;
- **upośledzeni umysłowo**: w stopniu lekkim, umiarkowanym, znacznym i głębokim;
- **przewlekle chorzy**: grupy osób ze względu na rodzaj schorzenia lub rodzaj leczenia;
- **osoby z uszkodzeniem narządu ruchu**: amputacje, braki, transformacje; uszkodzenia kręgosłupa i narządu ruchu; dysfunkcje kończyn; porażenia;
- **osoby z trudnościami uczenia się na skutek dysharmonii rozwoju**;
- **społecznie niedostosowani** wskutek: zaniedbań i błędów wychowawczych oraz konfliktów z normami społeczno – moralnymi; zaburzeń wyższych czynności nerwowych; tła psychopatycznego, charakteropatycznego, nerwicowego prowadzącego do konfliktów z prawem.

W oparciu o klasyfikacje osób niepełnosprawnych wyróżniono subdyscypliny pedagogiki specjalnej, które można pogrupować w odniesieniu do podejmowanych działań rewalidacyjnych i pomocowo-wspierających (Zawiślak, 2009):

Kompensacja:

- pedagogika osób z upośledzeniem umysłowym (oligofrenopedagogika);
- pedagogika osób z niesłyszących i słabosłyszących (surdopedagogika);
- pedagogika osób niewidomych i słabowidzących (tyflop pedagogika);
- pedagogika osób ze sprzężonymi upośledzeniami.

Leczenie:

- pedagogika osób przewlekle chorych;
- pedagogika osób niesprawnych ruchowo;
- pedagogika osób z autyzmem i zespołami psychozopodobnymi.

Korekcja:

- pedagogika osób z trudnościami w uczeniu się;
- pedagogika osób z zaburzeniami mowy – logopedia.

Resocjalizacja:

- pedagogika osób niedostosowanych społecznie.

Wzmóžený rozwój:

- pedagogika zdolnych i uzdolnionych.

W kontekście edukacyjnym stosowana jest w Polsce, dualna klasyfikacja dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych: ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi (SPR) i ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (SPE). Dotyczy ona dzieci ze spektrum objawów wpływających na jakość życia i pełnienie ról społecznych obecnie i/lub w przyszłości, utrudniających lub uniemożliwiających funkcjonowanie: ruchowe, sensoryczne, poznawcze, w zakresie komunikacji, emocjonalno-społeczne i/lub psychiczne. Zespół Ekspertów UE przyjął w 2008 roku, że specjalne potrzeby rozwojowe i edukacyjne posiadają te dzieci i ta młodzież, u których stwierdzono zagrożenie niepełnosprawnością, wszelkie dysfunkcje, dysharmonie lub niesprawności mogące mieć negatywny wpływ na ich dalszy rozwój. Biorąc pod uwagę kryterium wieku wyodrębniono grupę dzieci ze **specjalnymi potrzebami rozwojowymi (SPR)** od urodzenia do 3. roku życia oraz grupę **dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (SPE)**, dzieci od 3. roku życia i młodzież do ukończenia nauki w szkole. To kryterium i definicje obowiązują obecnie również w wielu innych krajach Unii Europejskiej.

Należy podkreślić, że pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana uczniom w przedszkolu, szkole i placówce polega na rozpoznaniu i zaspokajaniu ich indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz rozpoznaniu indywidualnych możliwości psychofizycznych, wynikających w szczególności z³:

- niepełnosprawności;
- niedostosowania społecznego;
- zagrożenia niedostosowaniem społecznym;
- szczególnych uzdolnień;
- specyficznych trudności w uczeniu się (ryzyko dysleksji i dysleksja rozwojowa);
- zaburzeń komunikacji językowej;

³ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2017, poz. 1591), § 2, pkt. 2.

- choroby przewlekłej;
- sytuacji kryzysowych lub traumatycznych;
- niepowodzeń edukacyjnych;
- zaniedbań środowiskowych związanych z sytuacją bytową ucznia i jego rodziny, sposobem
- spędzania czasu wolnego i kontaktami środowiskowymi;
- trudności adaptacyjnych związanych z różnicami kulturowymi, ze zmianą środowiska edukacyjnego, w tym związanych z wcześniejszym kształceniem za granicą.

Z kolei uznane i powszechnie stosowane klasyfikacje zaburzeń psychicznych i adaptacyjnych są stale uściślane i korygowane. Wśród obecnie stosowanych systemów klasyfikacyjnych znajdują się trzy najbardziej znaczące:

- system opracowywany przez AAMR - *American Association on Mental Retardation* (Amerykańskie Towarzystwo do Badań nad Upośledzeniem Umysłowym);
- system APA, opracowywany przez *American Psychiatric Association* (Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne) – jego klasyfikacje są publikowane w Podręczniku Diagnostycznym i Statystycznym Zaburzeń Psychicznych (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM);
- system ICD - *International Classification of Diseases* (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów), który jest opracowywany przez *World Health Organization* (WHO).

Systemy klasyfikacyjne AAMR, APA i ICD w dużej mierze są zbieżne, gdyż przyjmują tę samą definicję upośledzenia i te same kryteria podziału. Należy przy tym podkreślić, że AAMR ma podstawy statystyczne, APA – psychiatryczne, zaś ICD – medyczne.

Najnowszą wersją podręcznika zaburzeń psychicznych, opracowanego przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne jest DSM – V, opublikowana 18 maja 2013 roku. Zawiera ona model klasyfikacji prostszy od proponowanego w DSM - IV i ICD – 10, w którym wzięto pod uwagę 11 zaburzeń, a nie jak dotychczas 16.

Tab. nr 1 Klasyfikacja DSM – IV i ICD – 10⁴

DSM - IV	Rozdziały IDC - 10
<ol style="list-style-type: none"> 1. Zaburzenia przeważnie rozpoznawane po raz pierwszy w okresie niemowlęcym, dzieciństwie lub w okresie dojrzewania. 2. Zaburzenia świadomości (majaczenia), otępienie, zespoły amnestyczne i inne zaburzenia funkcji poznawczych. 3. Zaburzenia psychiczne spowodowane schorzeniami somatycznymi i niesprecyzowane nigdzie indziej. 4. Zaburzenia związane ze stosowaniem substancji psychoaktywnych. 5. Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne. 6. Zaburzenia nastroju. 7. Zaburzenia lękowe. 8. Zaburzenia pod postacią somatyczną. 9. Zaburzenia symulowane. 10. Zaburzenia dysocjacyjne. 11. Zaburzenia seksualne i zaburzenia identyfikacji płciowej. 12. Zaburzenia odżywiania. 13. Zaburzenia snu. 14. Zaburzenia kontroli impulsów niesklasyfikowane nigdzie indziej. 15. Zaburzenia adaptacyjne. 16. Zaburzenia osobowości. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zaburzenia psychiczne na podłożu organicznym, w tym objawowe. 2. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane ze stosowaniem substancji psychoaktywnych. 3. Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i zaburzenia urojeniowe. 4. Zaburzenia nastroju (afektywne). 5. Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną. 6. Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi. 7. Zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych. 8. Upośledzenie umysłowe. 9. Zaburzenia rozwojowe. 10. Zaburzenia zachowania i emocji o początku w dzieciństwie i okresie dojrzewania.

W klasyfikacji DSM – V i ICD – 11 zrezygnowano z diagnostyki wieloosiowej. Na nowo został zdefiniowany autyzm. W DSM – V definicja autyzmu jest znacznie węższa niż wskazują na to kryteria wymienione w DSM-IV. Wyłączono z niej dwie podkategorie (zespół Aspergera oraz PDD-NOS) i wprowadzono określenie **spektrum zaburzeń autystycznych**. Zaproponowano także **trzy kryteria diagnozowania autyzmu**:

- wystąpienie ciągłych nieprawidłowości w zakresie komunikacji społecznej oraz interakcji;
- ograniczone i powtarzające się modele zachowań, zainteresowań oraz aktywności;
- objawy powyższe muszą być widoczne już w okresie wczesnego dzieciństwa.

W DSM – V zrezygnowano między innymi z podziału schizofrenii na podtypy i zastąpiono je podejściem wymiarowym opartym na ocenach objawów. Rozdzielono rozpoznanie

⁴https://www.researchgate.net/publication/262182605_Zaburzenia_osobowosci_w_modelach_medycznych_i_w_psychologii_roznic_indywidualnych [dostęp: 11.10. 2018].

agorafobii oraz zespołu lęku panicznego. W rozdziale zaburzeń związanych z substancjami psychoaktywnymi oraz uzależnieniami wyłączono kategorię nadużywania, którą zastąpiono kategorią *zaburzenia używania substancji* oraz dodano kryteria dla zespołu odstawienia marihuany oraz kofeiny. Nazwę opóźnienia umysłowego zastąpiono terminem *niepełnosprawności intelektualnej*. *Zaburzenie z napadami objadania się* zostało uznane za odrębną jednostkę chorobową. Zmieniono także kryteria *anoreksji* (zrezygnowano z kryterium braku miesiączki). Zamiast otępienia wprowadzono *łagodne albo duże zaburzenie neuropoznawcze* oraz zmieniono kryteria dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości. W miejsce zaburzeń tożsamości płciowej wprowadzono termin *dysforia płciowa* oraz zamiast *otępienia* zastosowano określenie *dużego zaburzenia neuropoznawczego*.

W DSM IV większą uwagę poświęcono objawom takim, jak: dysregulacja emocjonalna, trudności w kontroli popędów czy zaburzenia poznawcze, natomiast podział zamieszczony w DSM – V umożliwia stosowanie podejścia dymensjonalnego i diagnozowania stylu osobowości. Ocena przejawów zaburzeń funkcjonowania odbywa się według trzypunktowej skali – nie dotyczy (0 punktów), w pewnym stopniu dotyczy (1 punkt), wyraźnie dotyczy (2 punkty) oraz w najwyższym stopniu dotyczy (3 punkty).

Obecne w ICD 10 zaburzenia aktywności i uwagi zmieniono na *zaburzenie nadpobudliwości psychoruchowej* (ICD – 11) oraz hiperkinetyczne zaburzenia zachowania na *zaburzenie nadpobudliwości psychoruchowej z dominującą nadruchliwością i impulsywnością*. Zapewniono transsektorowe kryterium diagnostyczne dla zaburzeń schizoafektywnych i zreorganizowano ostre i przejściowe zaburzenia psychotyczne i urojeniowe.

2.1 Kryteria i zakresy upośledzenia umysłowego

Upośledzenie umysłowe jest postrzegane jako nieodwracalne zaburzenie psychiczne, powstające w efekcie trwałego uszkodzenia lub dysfunkcji mózgu. Przejawia się zaburzeniami w sferze funkcjonowania poznawczego i brakiem zdolności w codziennym radzeniu sobie (Cierpiałkowska, 2011). W Polsce, do grudnia 1967 roku obowiązywała trzystopniowa klasyfikacja upośledzenia umysłowego, w której wyróżniano: debilizm, imbecylizm, idiotyzm. Każdy z tych stopni obejmował również trzystopniowe nasilenie objawów: słabe, średnie i głębokie (Grzegorzewska, 1959). Sytuacja zmieniła się, gdy w 1959 roku Amerykańskie Towarzystwo d/s Upośledzenia Umysłowego zaproponowało, a

WHO wprowadziło, czterostopniową klasyfikację upośledzenia umysłowego, której podstawą jest poziom rozwoju umysłowego wyrażony ilorazem inteligencji. Od tego czasu klasyfikacje upośledzenia umysłowego dokonywane są w oparciu o wskaźnik inteligencji (wyrażony liczbą odchyłeń standardowych od wartości średniej ilorazu inteligencji i określany przy użyciu np. Skali Inteligencji Wechslera) oraz o stopień upośledzenia zdolności adaptacyjnych, określany poprzez porównanie ze standardami oczekiwanymi od osób w podobnym wieku, funkcjonujących w danych warunkach społeczno – kulturowych.

Definicję upośledzenia umysłowego opublikowano w 1992 roku przez AAMR. Została ona przyjęta przez WHO w 1992 roku (ICD – 10), zaś przez APA w 1994 roku (DSM – IV). Zgodnie z tą definicją, upośledzenie umysłowe traktowane jest jako istotne ograniczenie w aktualnym funkcjonowaniu, charakteryzujące się znaczącym obniżeniem funkcjonowania intelektualnego i współwystępującym z nim ograniczeniem zachowania adaptacyjnego w co najmniej dwóch z niżej wymienionych obszarach codziennego funkcjonowania:

- samodzielność w wykonywaniu czynności samoobsługowych;
- umiejętność komunikowania się, nawiązywania i utrzymywania relacji społecznych;
- wykonywanie praktycznych umiejętności edukacyjnych;
- zdolność do korzystania ze społecznych służb pomocy i wsparcia;
- zdolność do wykonywania pracy;
- dbałość o własną kondycję zdrowotną, wypoczynek i rekreację;
- zdolność do samodzielnego poruszania się na określonym terenie i dbałość o własne bezpieczeństwo.

Niepełnosprawność intelektualna wiąże się z obniżeniem poziomu rozwoju wielu procesów i funkcji poznawczych, co z jednej strony przekłada się na poziom inteligencji, z drugiej na poziom zdolności adaptacyjnych jednostki do warunków społeczno – kulturowych, przy czym podkreślane jest wystąpienie obniżenia poziomu intelektualnego i adaptacyjnego przed 18 rokiem życia.

Myślenie osób niepełnosprawnych intelektualnie znajduje się na najniższym ewolucyjnie poziomie rozwoju i ma charakter myślenia konkretno – obrazowego. Kryteria diagnostyczne obejmują etiologię zaburzeń, stąd też w określaniu stopnia i rodzaju niepełnosprawności intelektualnej brane są pod uwagę następujące komponenty:

- **organiczny** – dotyczy on zaburzeń i uszkodzeń w budowie i fizjologii układu nerwowego;
- **psychologiczny** – dotyczy obniżenia sprawności intelektualnej i jego różnych konsekwencji dla psychicznego funkcjonowania jednostki;
- **społeczny** – obejmuje szczególne uwarunkowania roli społecznej osoby upośledzonej.

W nielicznych rodzajach niepełnosprawności intelektualnej (np. w Zespole Downa) da się zaobserwować wszystkie te trzy komponenty jednocześnie. W innych przypadkach nie występują one w formie sprzężonej.

Niepełnosprawność intelektualna diagnozowana jest na podstawie badania psychologicznego określającego poziom inteligencji mierzonej za pomocą specjalnych testów. Przez istotnie niższy od przeciętnego ogólny poziom funkcjonowania intelektualnego rozumiany jest poziom niższy od średniej o co najmniej jedno odchylenie standardowe od normy.

Stopnie niepełnosprawności intelektualnej są przyporządkowane do liczby odchyłeń standardowych od średniej I.I. 100:

- 1) poziom umysłowy między drugim a trzecim odchyleniem standardowym – **lekki stopień upośledzenia**;
- 2) poziom umysłowy między trzecim a czwartym odchyleniem standardowym – **umiarkowany stopień upośledzenia**;
- 3) poziom umysłowy między czwartym a piątym odchyleniem standardowym – **znaczny stopień upośledzenia**;
- 4) poziom umysłowy poniżej pięciu odchyłeń standardowych – **głęboki stopień upośledzenia**.

Niepełnosprawność intelektualna dotyczy najliczniejszej grupy dzieci i młodzieży (w Polsce jest nią dotkniętych 60% - 70% ogółu osób niepełnosprawnych). Wśród nich najwięcej młodych ludzi wykazuje niepełnosprawność intelektualną w stopniu lekkim. Niedorozwojowi umysłowemu podlegają głównie czynności poznawcze takie jak: spostrzeganie, wyobraźnia, pamięć, uwaga, myślenie i orientacja społeczna. Dzieci i młodzież niepełnosprawne intelektualnie w stopniu lekkim spostrzegają wolniej, mniej dokładnie i w węższym zakresie. Wyobrażenia ich są ubogie, a pamięć słaba. Mają też trudności w wyrażaniu swoich myśli i rozumieniu wypowiedzi innych osób. Z reguły nie podejmują działań z własnej inicjatywy ale starają się naśladować innych. W działaniu brak

jest im planowości i inwencji. Znacznie częściej występują u nich wady wzroku, słuchu, upośledzenie narządu ruchu, zaburzenie mowy i niektóre specyficzne choroby, takie jak np. padaczka. Podkreślany jest u nich niedorozwój uczuć wyższych, mniejsza wrażliwość i powinność moralna. Są niestałe emocjonalnie, impulsywne, agresywne, wykazujące stały niepokój i niedomogi w zakresie samokontroli. Efektywność rewalidacji dziecka niepełnosprawnego intelektualnie zależna jest od stopnia zintegrowania oddziaływań korekcyjno – wyrównawczych w dwu podstawowych środowiskach społeczno wychowawczych: rodziny i szkoły. Kluczowe jest tu zaspokajanie potrzeb psychicznych dziecka (rodzina) oraz rehabilitacja i stymulacja obejmująca sferę ruchową, intelektualną i społeczną (szkoła). Czynniki utrudniającymi rewalidację są: opóźniony czas rozpoczęcia pracy korekcyjnej i wyrównawczej oraz pogłębiające się zaniedbania rodzinno - środowiskowe.

Biorąc pod uwagę wnioski z licznych obserwacji klinicznych oraz analiz teoretycznych, Komitet Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, dokonał w 1998 roku korekty wartości granicznych ilorazów inteligencji poszczególnych stopni upośledzenia. Najgłębsza korekta odnosiła się do znacznego rozszerzenia granic lekkiego upośledzenia umysłowego, podnosząc górną granicę ilorazu inteligencji z 55 na 70 (Tucholska, 1998).

Tab. nr 2 Klasyfikacja upośledzenia umysłowego wg ICD – 10 i DSM – IV (1998)

Stopień upośledzenia umysłowego	Zakres IQ wg ICD – 10	Zakres IQ wg DSM - IV	Wiek umysłowy (w latach)	% osób w populacji upośledzonych
łagodny – lekki (DSM - IV)	50 - 69	50 – 55 do ok.70	9 do poniżej 12	85
umiarkowany	35 – 49	35 – 40 do 50 – 55	6 do poniżej 9	10
znaczný - głęboki	20 - 34	20 – 25 do 35 – 40	3 do poniżej 6	4
głęboki	< 20	poniżej 20 lub 25	poniżej 20 lub 25	około 1

W naukowych gremiach zajmujących się niepełnosprawnością intelektualną coraz częściej pojawiają się jednak stanowiska optujące za odejściem od czterostopniowej klasyfikacji opracowanej na fundamencie psychometrycznie ustalonego poziomu umysłowego. Co więcej, w podręczniku AAMR (1992, s. 26) wskazuje się na konieczność uwzględniania w diagnozie upośledzenia ilości wsparcia niezbędnego danej osobie do przezwyciężenia trudności życiowych i podjęcia względnie samodzielnego życia. Idąc tym tropem myślenia,

określono **cztery poziomy wsparcia: sporadyczne** (w przypadku wystąpienia kryzysów epizodycznych); **ograniczone** (wielokrotne, ale nie ciągłe); **wielorakie** (w wielu aspektach życia codziennego); **stałe** (intensywne w każdych warunkach i przez całe życie). Stąd też pojawiła się propozycja odejścia od znanej terminologii (upośledzenie lekkie, umiarkowane, znaczne głębokie) i zastąpienia jej określeniami: *osoba upośledzona potrzebująca sporadycznego (ograniczonego, wielorakiego lub stałego) wsparcia społecznego w zdiagnozowanym zakresie*. Te postulaty nie zostały jednak zaaprobowane w pozostałych systemach (DSM - IV i ICD – 10), które podtrzymują dotychczas stosowaną, czterostopniową wersję upośledzenia umysłowego.

Aktualnie obowiązująca jest definicja niepełnosprawności intelektualnej sporządzona przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (2013r. – podręcznik DSM-V), według której niepełnosprawność intelektualna jest zaburzeniem, które zaczyna się w okresie rozwojowym i obejmuje deficyty w intelektualnym i adaptacyjnym funkcjonowaniu w obszarze koncepcyjnym, społecznym i praktycznym. **Kryteria diagnostyczne niepełnosprawności intelektualnej** obejmują deficyty w zakresie funkcji intelektualnych i adaptacyjnych:

- **zaburzenie rozwoju intelektualnego** (potwierdzone zarówno na podstawie oceny klinicznej, jak i testów inteligencji - wynik diagnostyczny co najmniej 2 SD poniżej normy) obejmuje deficyty w zakresie ogólnych sprawności umysłowych, takich jak: wnioskowanie, rozumowanie, rozwiązywanie problemów, planowanie, myślenie abstrakcyjne, ocenianie, uczenie się szkolne, uczenie się na podstawie doświadczeń;
- **upośledzenie funkcji przystosowawczych** dotyczy trudności w realizacji rozwojowych i socjokulturowych standardów w zakresie osobistej niezależności i społecznych obowiązków - tego rodzaju deficyty ograniczają funkcjonowanie jednostki w wielu obszarach aktywności samodzielnego życia w różnych środowiskach (np. w domu czy w szkole), a szczególnie w zakresie samodzielności osobistej, uczenia się, wykonywania pracy, komunikowania się (neurorozwojowe zaburzenia: językowe, tworzenia dźwięków mowy, zaburzenia w komunikacji społecznej, jąkanie się) i społecznego uczestnictwa.

Zaburzenia neurorozwojowe są to stany przejawiające się zazwyczaj we wczesnych etapach rozwoju (często w wieku przedszkolnym), które charakteryzują się rozwojem deficytów prowadzących do ograniczeń w zakresie uczenia się i kontroli czynności

wykonawczych, upośledzenia umiejętności społecznych lub inteligencji. Szczególnym zaburzeniem jest spektrum zaburzenia autystycznego, które charakteryzuje się utrwalonymi deficytami komunikacji społecznej i interakcji społecznych, uwidaczniających się w rozmaitych sytuacjach.

Diagnoza spektrum zaburzenia autystycznego obejmuje indywidualne cechy charakterystyczne (za pomocą uszczegółowień) związane z:

- z towarzyszącą niepełnosprawnością intelektualną lub bez niej;
- z towarzyszącym strukturalnym upośledzeniem językowym lub bez niego;
- ze znanym stanem medycznym; czynnikiem genetycznym, środowiskowym lub ze stanem nabytym;
- z innym zaburzeniem neurorozwojowym, psychicznym lub z zachowania.

Zaburzenia neurorozwojowe często współwystępują - na przykład spektrum zaburzenia autystycznego z niepełnosprawnością intelektualną czy ADHD (zaburzenia z deficytem uwagi i nadaktywnością) lub ze specyficznymi zaburzeniami uczenia się.

2.2 Kryteria i zakresy niepełnosprawności wzrokowej

Światowe dane wskazują, że poważne zaburzenia widzenia występują u 1% populacji. Na choroby narządu wzroku cierpi na całym świecie ok. 260 mln ludzi, z czego 14% to osoby niewidome, zaś pozostały odsetek (86%) stanowią osoby cierpiące z powodu upośledzenia wzroku. Współcześnie odnotowywana jest stała tendencja do wzrostu całkowitej liczby osób niewidomych i słabowidzących (za: Partyka, Wysocki, 2015). W Polsce żyje ponad 1 mln 800 tysięcy *osób* z dysfunkcją *wzroku*⁵, a liczba osób z uszkodzeniem wzroku przekracza 500 tysięcy⁶. Co drugi dorosły Polak nosi okulary lub szkła kontaktowe, a co czwarta osoba dorosła ma problem z przeczytaniem drobnego druku.

Najczęściej spotykaną wadą wzroku są zaburzenia refrakcji oka (ok. 80% ogółu występujących przypadków). Z reguły są to: krótkowzroczność, nadwzroczność oraz starczowzroczność (proces fizjologiczny związany ze starzeniem się organizmu, polegający na zmniejszonej zdolności akomodacji oka). Wśród dzieci do 15 r.ż. odnotowuje się

⁵ bon.uw.edu.pl/pl/osoba-z-dysfunkcja-wzroku/ (dostęp: 14.10.2018)

⁶ www.rynekzdrowia.pl/.../W-Polsce-zyje-az-1-8-mln-niewidomych-lub-slabowidzacyc... (dostęp: 14.10.2018)

większy współczynnik zaburzeń wzroku u dziewczynek (694 na 1000 osób) niż u chłopców (514 osób). Z kolei wśród osób powyżej 60 r.ż. dominują problemy z widzeniem z bliska (presbiopia). Odsetek osób dotkniętych tą przypadłością wzrasta wraz z wiekiem i w kategorii osób po 80. roku życia wynosi ok. 70%. Problemy z widzeniem z dalszej odległości posiada co szósta osoba dorosła, zaś uszkodzenia i choroby narządu wzroku stanowią czwartą grupę schorzeń (ponad 27%) odnotowywanych w obszarze niepełnosprawności (Partyka, Wysocki, 2015).

Definicje słabowzroczności są powiązane z kryteriami medycznymi (klasyfikacja WHO) lub z funkcjonalnymi. Kryterium medyczne opiera się na ostrości wzroku oraz polu widzenia. Wśród osób, u których występują znaczące problemy w widzeniu (dysfunkcje wzrokowe) znajdują się osoby niewidome, słabowidzące i ociemniałe.

Osobą całkowicie niewidomą jest ta, która urodziła się niewidoma lub straciła wzrok prze 5 rokiem życia, i która pozbawiona jest informacji optycznych płynących ze świata zewnętrznego (brak poczucia światła). Maksymalna ostrość wzroku osoby niewidomej nie przekracza 0,1 (przy maksymalnej korekcji okularowej), a pole widzenia jest zawężone do maksymalnie 20 stopni. Należy przy tym pamiętać, że osoba prawidłowo widząca posiada pole widzenia około 180 stopni w poziomie i 160 stopni w pionie. W Polsce obowiązuje definicja informująca, że osobę niewidomą charakteryzuje pole widzenia maksymalnie do 30 stopni oraz ostrość wzroku w granicach od 0 do maksymalnie 0,1 (pełna ostrość wzroku wynosi 1,0). Poznawanie rzeczywistości u osób niewidomych ma głównie charakter dotykowo-słuchowy, gdyż ich analizator wzroku nie funkcjonuje lub jest tak zaburzony, że nie odgrywa żadnej roli w poznawaniu świata i orientacji przestrzennej. W tej grupie lokują się także osoby niewidome z poczuciem światła, czyli takie, które mają zdolność do rozróżniania wyłącznie dnia od nocy lub poczucie światła sztucznego w pomieszczeniu.

Osoba ociemniała z kolei to ta, która utraciła wzrok najwcześniej po 5 roku życia i posiada pamięć obrazów wzrokowych. Utrata wzroku może wiązać się z wypadkiem, rozległością urazu lub z przebyłą chorobą i jej postępem.

Największą grupę osób z problemami widzenia stanowią **osoby słabowidzące**. Jest to populacja pośrednia pomiędzy widomymi a niewidomymi. Zaliczane są do nich zarówno osoby mające jedynie poczucie światła, jak i te, które w swoim funkcjonowaniu posługują się resztkami widzenia, mają trudności w rozpoznawaniu barw czy też te, u których występuje oczopląs. Są to osoby, które tracą wzrok w przebiegu różnych schorzeń. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje osobę słabowidzącą jako posiadającą ostrość wzroku

równą lub większą niż 3/60 (0,05) a mniejszą niż 6/18 (0,03) (pełna ostrość wzroku odpowiada wartości 1,0) lub o polu widzenia ograniczonym do obszaru 20 stopni. W ujęciu funkcjonalnym osoba słabowidząca posiada ograniczone możliwości wykonywania czynności wzrokowych pomimo zastosowania okularów korekcyjnych. Jej poziom widzenia uniemożliwia jednak wykonywanie codziennych czynności nawet przy maksymalnie dostępnej korekcji soczewkowej.

Poza ostrością wzroku, w orzecznictwie niepełnosprawności uwzględnia się pole widzenia i w tym zakresie wyróżnia się:

- **niepełnosprawność w stopniu znacznym** (dawna I grupa inwalidzka) - ostrość wzroku po korekcie w oku lepszym nie przekracza 0,05 albo występuje zawężenie pola widzenia do 20 stopni;
- **niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym** (dawna II grupa inwalidzka) - ostrość wzroku (po korekcie) w oku lepszym mieści się w granicach 0,05 – 0,1 albo zawężenie pola widzenia jest mniejsze niż 30 stopni;
- **niepełnosprawność w stopniu lekkim** (dawna III grupa inwalidzka) - ostrość wzroku mieści się w granicach od 0,1 do 0,30, natomiast pole widzenia jest tu bez znaczenia.

Tab. nr 3 Kategorie zaburzenia widzenia według Międzynarodowego Rejestru Chorób wykorzystywane w polskim orzecznictwie medycznym i ZUS:

Wzrok	Kategoria	Ostrość wzroku przy możliwie najlepszej korekcji	
		Maksimum	Minimum
Słabe widzenie	1	16/18 20/70 3/10 (0,3)	6/60 20/200 1/10 (0,1)
	2	6/60 20/200 5/50 1/10 (0,1)	3/60 (liczy palce z odległości 3 m) 20/400 1/20 (0,05)
	3	3/60 (liczy palce z odległości 3m) 20/400 1/20 (0,05)	1 /60 (liczy palce z odległości 1 m) 5/300 (20/1200) 1/50 (0,02)
ślepotą	4	1 /60 (liczy palce z odległości 3m) 5/300 (20/1200) 1/50 (0,02)	Poczucie światła
	5	Brak poczucia światła	

Najczęstszymi schorzeniami układu wzrokowego wpływającymi na percepcję wzrokową są:

- **zaćma** – jest to główna przyczyna ślepoty na świecie, na którą w Polsce choruje ok. 2,4% populacji ogółem (najczęściej są to osoby po 60. roku życia). Zaćma przejawia się w częściowym lub całkowitym zmętnieniu soczewki, powodującym obniżenie ostrości wzroku. Nie leczona zaćma może doprowadzić do ślepoty. Częściej zapadają na nią kobiety niż mężczyźni;
- **jaskra** – schorzenie to występuje w konsekwencji uszkodzenia nerwu wzrokowego i przejawia się w postaci sukcesywnie postępujących mroczków, a finalnie prowadzi do koncentrycznego zawężenia pola widzenia. Nie leczone prowadzi do całkowitej ślepoty. Jaskra ma wiele typów w zależności od przyjętego kryterium. Może to być jaskra: wrodzona, dziecięca, młodzieńcza; pierwotna otwartego kąta z ciśnieniem normalnym lub podwyższonym; pierwotna zamkniętego kąta; z blokiem rzęskowym. Jaskra jest drugą w kolejności przyczyną ślepoty na świecie, na którą choruje obecnie ok. 400 Polaków;
- **wysoka krótkowzroczność** – charakteryzuje się występowaniem dużej wady wzroku (powyżej $-6,0$ D) powodującej gorsze widzenie w dali i bliży;
- **zanik nerwu wzrokowego** – objawem jest tu brak lub uszkodzenie włókien nerwowych. Na niedorozwój nerwu wzrokowego wskazuje mała, biała lub szara tarcza z obszarem zaniku siatkówki i naczyńiówki. W konsekwencji może wystąpić brak poczucia światła, ubytki w polu widzenia, oczopląs, zez i inne następstwa funkcjonalne;
- **retinopatia wcześniacza (ROP)** – są to zaburzenia w rozwoju naczyń siatkówki, rozwijające się jedynie u wcześniaków z niską masą urodzeniową (znaczny wzrost ryzyka u dzieci, które przyszły na świat poniżej 32 tygodnia ciąży i ważyły mniej niż 1500 gram) oraz w przypadku dzieci dotkniętych wewnątrzmacicznym zahamowaniem wzrostu płodu. Z retinopatią wcześniaczą współwystępować mogą: krótkowzroczność, zez, astygmatyzm, jaskra lub niedowidzenie.

Schorzenia układu wzrokowego powodują problemy osób słabowidzących w codziennym funkcjonowaniu. Konsekwencją ich występowania jest między innymi:

- obniżenie ostrości wzroku, które powoduje ograniczenie zdolności spostrzegania szczegółów oraz dostrzegania i rozpoznawania obiektów;
- zaburzenie wrażliwości na światło (światłowstręt lub światłolubność);
- ubytki w polu widzenia, prowadzące do widzenia lunetowego lub połowicznego;
- obniżenie wrażliwości na kontrast oraz spostrzegania głębi;

- ślepotą zmierzchową; zaburzenie widzenia barw; zniekształcenie obrazu;
- zaburzenie adaptacji do światła lub ciemności (zaburzenie widzenia do zmiennych warunków oświetlenia);
- oczopląs, łzawienie lub męczliwość.

2.3 Kryteria i zakresy niepełnosprawności słuchowej

Słuch jest jednym ze zmysłów współuczestniczących w kształtowaniu postaw i zachowań oraz osobowości dziecka. W dorosłości natomiast odgrywa znaczącą rolę w radzeniu sobie i uczestnictwie w kulturze i życiu społecznym.

Uszkodzenie słuchu (szczególnie to wczesne i głębokie) sprawia, iż osoby dotknięte tym rodzajem upośledzenia odczuwają trudności w zakresie komunikacji interpersonalnej. Nie słyszą mowy własnej oraz innych ludzi i nie reagują na głosy czy dźwięki płynące z otoczenia. W ten sposób tracą zdolność do identyfikacji dźwięków i ich powtarzania, które kolei jest bazą w opanowywaniu mowy. **Zaniedbania w zakresie rehabilitacji** powodują, iż dziecko głuche jest także nieme. Dlatego tak ważna jest rewalidacja – przy zastosowaniu odpowiednich metod dziecko niesłyszące może opanować język i porozumiewać się z ludźmi za pomocą mowy.

Niepełnosprawność narządu słuchu klasyfikowana jest w oparciu o różne kryteria. I tak, ze względu na **lokalizację** (miejsce uszkodzenia) możemy wyróżnić **cztery typy ubytku słuchu**⁷:

- **zmysłowo-nerwowy (odbiorczy)**, powstający wskutek zniszczenia lub uszkodzenia komórek czuciowych (rzęsek słuchowych) w ślimaku, co powoduje problemy z przekształceniem drgań na impulsy nerwowe – tego typu ubytek może być wrodzony lub nabyty;
- **przewodzeniowy** – związany z występowaniem problemu w obrębie ucha zewnętrznego lub środkowego (wskutek zniekształcenia lub wystąpienia zaburzeń w funkcjonowaniu), który dotyczy utrudnienia lub uniemożliwienia prawidłowego skierowania dźwięku do ucha wewnętrznego;

⁷ <https://fonetika.pl/wszystko-o-sluchu/rodzaje-i-stopnie-ubytkow-sluchu/> (dostęp: 20.10.2018)

- **mieszany** – będący kombinacją ubytku zmysłowo-nerwowego i przewodzeniowego (uszkodzenie jest związane z jednoczesną lokalizacją problemu w uchu środkowym i wewnętrznym);
- **centralny** - związany z utratą zdolności nerwu słuchowego do przewodzenia sygnałów do mózgu.

Tab. nr 4 Stopnie ubytku słuchu według Międzynarodowego Biura Audiofonologii (BIAP)⁸

Stopień ubytku słuchu	Decybele (dB)
norma	0-20
lekki ubytek – szept i mowa cicha nie jest słyszalna	21 - 40
umiarkowany ubytek - umiarkowanie głośna mowa nie jest słyszalna	41 - 70
znaczny ubytek - głośna mowa a nawet krzyk nie jest słyszalny	71 - 90
głęboki ubytek - bardzo głośny krzyk nie jest słyszalny	powyżej 90

Klasyfikacja upośledzenia słuchu w oparciu o kryterium sprawności funkcji odbiorczej dźwięków i mowy dźwiękowej:

- **osoby głuche i osoby głęboko niesłyszące** – są one zazwyczaj także nieme (głuchonieme), gdyż uszkodzenie narządu słuchu miało miejsce przed rozwojem mowy ustnej (są to dzieci, które urodziły się głuche lub straciły słuch w niemowlęctwie). Najczęstsze przyczyny głuchoty lub głębokiego niesłyszenia to: wady genetyczne lub okołoporodowe - konflikt serologiczny, choroba matki, leki lub używki stosowane przez matkę, wczesny poród. W trakcie rewalidacji można u osób głuchych i głęboko niesłyszących wykształcić jedynie mowę bardzo niewyraźną (odczytywanie mowy z ruchu ust i stosowanie języka migowego);
- **osoby ogłuchłe** – całkowicie głuche, z głębokim niedosłuchem i słabosłyszące, u których uszkodzenie narządu słuchu powstało już po opanowaniu mowy ustnej. Osoby te z trudnością utrzymują wyraźną mowę, która wraz z czasem ulega znacznej deformacji (np. ostre lub przewlekłe choroby ucha, choroby zakaźne, urazy chemiczne, mechaniczne i psychiczne).

W odniesieniu do czasu pojawienia się czynnika uszkadzającego wyróżniamy wady słuchu:

- **prelingwalną** - gdy uszkodzenie nastąpiło przed okresem nabycia mowy ustnej,

⁸ http://ptnzs.org.pl/audiofonologia/AUDIOFONOLOGIA_TOM_X_1997/art3.pdf (dostęp: 14.10.2018)

- **interlingwalną** - gdy dziecko zaczęło uczyć się mowy, ale nie opanowało jeszcze całego systemu symboli słownych i związków międzywyrazowych, tworzących strukturę gramatyczną języka,
- **postlingualną** - gdy uszkodzenie nastąpiło po opanowaniu mowy.

Tab. nr 5 Różnice między kształtowaniem się i rozwojem mowy u dzieci słyszących i dzieci z uszkodzonym słuchem

Dziecko słyszące	Dziecko z uszkodzonym słuchem
posiada dużą potrzebę komunikacji językowej	nie odczuwa potrzeby komunikacji językowej dopóki nie zacznie specjalnie uczyć się mowy – nie zdobywa wzorców do rozwoju mowy
percepcja słuchowa skierowana do dzieci z otoczenia	brak percepcji dźwięków z otoczenia (w początkowym okresie nauczania mowy tworzą się wzrokowe obrazy wzmocnione wrażeniami ruchowymi)
<u>nauka czytania</u> - jest odtworzeniem obrazu brzmienia wyrazu (działanie pochodzące od mowy ustnej dziecka)	<u>nauka czytania</u> - pierwszym etapem zaznajamiania się dziecka głuchego z językiem jest wzrokowe spostrzeganie wyrazów pisanych
- fonetyczny obraz wyrazu - podział na sylaby, morfemy, formy gramatyczne	- informacja o literowym składzie wyrazu - opóźniony proces stosowania form gramatycznych
sprzyjające warunki kształtowania się nawyków związanych z mówieniem	specyficzne, niesprzyjające warunki kształtowania się nawyków związanych z mówieniem
myślenie i mowa rozwijają się równocześnie	- wyprzedzone procesy myślenia - trudności z myśleniem abstrakcyjnym - wolniejsze przyswajanie wiadomości z zakresu szkoły podstawowej

Z uwagi na charakter czynnika, wady słuchu dzielimy na **wrodzone** (przyczyny genetyczne, choroba matki podczas ciąży i zażywane przez nią środki farmakologiczne, konflikt serologiczny, promieniowanie rentgenowskie) i **nabyte** (powstałe po urodzeniu wskutek chorób i zażywanych przez dziecko środków farmakologicznych, urazów mechanicznych w obrębie głowy czy urazów akustycznych).

2.4 Kryteria i zakresy niedostosowania społecznego

Na niedostosowanie społeczne jednostki wskazują te jej zachowania, które są nieadekwatnymi, powtarzającymi się uporczywie reakcjami na wymogi i nakazy zawarte

w przypisanych jej rolach społecznych. Są to wszelkie formy wadliwego stosunku do innych ludzi wpływające z różnego rodzaju zaburzeń emocjonalnych, schorzeń nerwicowych, chorób psychicznych oraz defektów w tym zakresie. Nieadekwatność reagowania przejawia się w lekceważeniu i łamaniu przez jednostkę norm społecznych (prawnych, moralnych, obyczajowych). Tak pojmowane niedostosowanie społeczne może być rozpatrywane na trzech płaszczyznach (Pytka, 2005):

- **behawioralnej (objawowej)** - jako charakterystyka występujących form zachowania,
- **psychologicznej** - jako charakter postaw i motywacji jednostki,
- **etiologicznej** - jako charakterystyka psychospołecznych uwarunkowań.

Najbardziej znane typologie niedostosowania społecznego tworzone były w oparciu o etiologię zaburzenia lub jego symptomatologię⁹. Na gruncie polskiej pedagogiki resocjalizacyjnej powstała typologia C. Czapówa (1978), który w oparciu o kryterium etiologiczne wyróżnił:

- **zwichniętą socjalizację** - niedostatki w zakresie socjalizacji dziecka (niewłaściwa opieka rodzicielska lub jej brak);
- **odtrącenie emocjonalne;**
- **zaniedbanie społeczne i ekonomiczne;**
- **demoralizację** - wpływ innej obyczajowości i kultury niż ta, w jakiej dziecko prawidłowo zsocjalizowane było wychowane;
- **socjalizację podkulturową** – dziecko prawidłowo socjalizowane (z punktu widzenia poprawności funkcjonowania mechanizmów psychologicznych) popada w konflikt z normami ogólnospołecznymi z powodu identyfikacji z grupą rówieśniczą, w której dominujące są normy podkulturowe, chuligańskie, złodziejskie czy przestępcze.

Z kolei jedną z najbardziej uznanych jest typologia D. H. Stotta w ujęciu Konopnickiego (1971), która obejmuje cztery typy zachowań:

- **zachowanie wrogie** - typ zachowania agresywnego ukształtowanego głównie pod wpływem niekorzystnych czynników środowiskowych, formujący się przez cały okres rozwojowy dziecka, zwłaszcza w okresie wczesnego dzieciństwa i początkowej fazie okresu dorastania. Wrogość rozumiana jest jako względnie stałe nastawienie i gotowość do negatywnego ustosunkowania się do osób i rzeczy, z

⁹ Szerzej w: <http://bazhum.muzhp.pl/media//files/Chowanna/Chowanna-r2006-t2/Chowanna-r2006-t2-s7-37/Chowanna-r2006-t2-s7-37.pdf> (dostęp: 16.10.2018)

jakimi dziecko spotyka się w różnych sytuacjach. Nastawienie wrogie aktywizuje się pod wpływem okoliczności wyzwalających i przejawia się w szkodliwych dla otoczenia zachowaniach, np. w bójkach czy niesubordynacji. Niekiedy zachowania tego typu są swoistą formą rekompensaty niezaspokojonych potrzeb dziecka - miłości, bezpieczeństwa lub sukcesu. Częstotliwość występowania jest podstawowym kryterium kwalifikującym jednostkę jako społecznie niedostosowaną;

- **zahamowanie** (występuje rzadziej i ma z reguły inne niż w przypadku wrogości podłoże etiologiczne) - kształtuje się w procesie działania czynników uszkadzających lub osłabiających centralny system nerwowy (m.in. prenatalne, działające w czasie porodu i postnatalne) i przejawia się uległością wobec innych osób i otoczenia. Dziecko zahamowane uczy się poniżej swoich możliwości, boi się nowych rzeczy i sytuacji, jest nieśmiałe, brak mu inicjatywy, jego reakcje są powolne, ale w sytuacjach trudnych może przejawiać gwałtowność i wybuchowość;
- **aspoleczność** - jest to rzadko spotykany typ niedostosowania, którego charakterystyczną cechą jest wyjątkowe dążenie do szkodenia innym, mściwość, często okrucieństwo oraz kompletne ignorowanie norm społeczno – moralnych. Klasyczna aspoleczność jest przejawem wrodzonych tendencji, ale w wielu przypadkach stanowi etap rozwoju zachowania wrogiego;
- **zachowanie niekonsekwentne** – wiąże się z etiologią organiczną i może wyrażać się w sferze poznawczej, werbalnej oraz w ustosunkowaniu się do otoczenia społecznego. Dziecko niekonsekwentne jest nadpobudliwe, reaguje na bodźce natychmiastowo, nie bierze pod rozwagę konsekwencji swoich zachowań, działa bez przemyślenia i w sposób niedostosowany do sytuacji, co powoduje naruszenie norm społecznych;
- **wrogość z tendencją do aspoleczności** - stanowi syndrom mieszany, powstały przez skrzyżowanie niektórych symptomów wrogości (agresywności) z symptomami aspoleczności.

Kolejną uznaną jest typologia T.M. Achenbacha (1978), w której wyróżniane są dwa typy zaburzeń:

- **zachowania internalizacyjne** – charakterystyczne jest tu rzutowanie problemów „do wewnątrz”, co skutkować może nadmierną kontrolą wewnętrzną, wycofaniem, dysforią i lękiem, biernością lub niekontrolowanymi wybuchami negatywnych

emocji w sytuacjach ekstremalnych (konsekwencje takich zachowań ponosi głównie jednostka);

- **zachowania eksternalizacyjne** – związane z rzutowaniem problemów „na zewnątrz”, czego skutkiem jest słaba kontrola wewnętrzna, agresja, przeciwstawianie się, opór wobec otoczenia, impulsywność, destruktywność, antyspołeczne cechy osobowości (konsekwencje odczuwa głównie otoczenie społeczne).

W DSM-IV TR (APA, 2000) wyodrębniono ogólne kryteria diagnostyczne zaburzeń osobowości. Stwierdzono, że utrwalony wzór (typ) wewnętrznego przeżywania i zachowań, znacząco odbiega od oczekiwań występujących w kulturze, w której żyje dana osoba i lokuje się w co najmniej dwóch obszarach:

- **poznania** (obejmującym sposób postrzegania i interpretowania siebie, innych ludzi i zdarzeń);
- **afektywnym** (dotyczącym siły, stopnia zmienności i adekwatności reakcji emocjonalnych do bodźców i zdarzeń);
- **funkcjonowaniu interpersonalnym** (odnoszonym do sposobu nawiązywania i utrzymywania relacji z osobami bliskimi oraz konfliktowania się z innymi);
- **kontroli impulsów** (np. agresywnych czy seksualnych).

Jest to wzór stabilny, długotrwały i sztywny, nie wywołany bezpośrednim działaniem substancji (np. narkotyków bądź lekarstw) lub stanem ogólnomedycznym. Formuje się on zazwyczaj w okresie adolescencji lub wczesnej dorosłości i występuje w wielu sytuacjach osobistych i społecznych. Prowadzi do klinicznie znaczącego cierpienia lub upośledzenia funkcjonowania osobistego, społecznego czy zawodowego, którego nie da się wyjaśnić manifestacją lub konsekwencją innego zaburzenia psychicznego.

W DSM – IV objawy zaburzeń osobowości pogrupowano w trzy kategorie:

- zaburzenia w funkcjonowaniu „Ja” i tożsamości;
- zaburzenia w funkcjonowaniu interpersonalnym, związane ze słabą orientacją w motywach postępowania innych ludzi i osłabioną empatią;
- patologiczne cechy osobowości charakterystyczne dla każdego z typów zaburzeń osobowości.

Z kolei w najnowszym, hybrydowym systemie diagnozy zaburzeń osobowości DSM-V, utrzymano wprawdzie listę zaburzeń osobowości z DSM-IV, ale osobowość dyssocjalną zakwalifikowano do dwu rozdziałów: „Zaburzenia osobowości” oraz „Zaburzenia

niszczycielskie, kontroli impulsów i zachowania” oraz wyłoniono dwa kluczowe **kryteria rozpoznania zaburzenia osobowości**¹⁰:

1) Kryterium A dotyczy nieprawidłowości funkcjonowania osobowości w intrapsychicznej sferze Ja, obejmującej tożsamość i kierowanie sobą oraz w sferze interpersonalnej obejmującej empatię i bliskość. Funkcjonowanie osobowości opisano za pomocą opisowej Skali Poziomu Funkcjonowania Osobowości jako kontinuum - nasilenie zaburzenia oceniane jest na 5 - punktowej skali, od 0 (nieznaczne lub brak nieprawidłowości) do 4 (skrajne nieprawidłowości). W diagnozie zaburzenia osobowości wymagane jest stwierdzenie umiarkowanego poziomu nieprawidłowości funkcjonowania osobowości (co najmniej poziom 2).

2) Kryterium B oparte jest na nowym modelu patologicznych cech osobowości pt.: „Patologiczna Wielka Piątka”. Diagnozowane jest w odniesieniu do wystąpienia jednej lub wielu patologicznych cech ujętych w katalogu ujemnych biegunów pięciu cech – domen: Negatywny afekt, Izolacja, Antagonizm, Rozhamowanie, Psychotyzm. Każda z patologicznych domen zawiera od trzech (Psychotyzm) do dziewięciu aspektów (Negatywny afekt). Nowością jest katalog 25 cech-aspektów wchodzących w skład wymienionych domen, tworzący całościowy, hierarchiczny model patologicznych cech osobowości. Wyłącznie do jednej domeny przynależy 21 cech, zaś pozostałe 4 (depresyjność, podejrzliwość, ograniczona emocjonalność i wrogość) należą jednocześnie do dwóch domen. Ponadto aspekty *sztynny perfekcjonizm* i *ograniczona emocjonalność* występują w określonych domenach z odwróconym biegunem.

Kategorie zaburzeń osobowości oraz patologiczne cechy będące ich wskaźnikami

(kryterium B) według propozycji DSM-5 w Sekcji III:

1) Antyspołeczne zaburzenie osobowości:

- wystąpienie przynajmniej 6 z następujących kryteriów rozpoznania: skłonność do manipulacji; niewrażliwość; skłonność do oszukiwania; wrogość; skłonność do nadmiernego ryzyka; impulsywność; nieodpowiedzialność;

- patologiczne cechy – domeny: Antagonizm; Rozhamowanie.

2) Unikowe zaburzenie osobowości:

- stwierdzenie niepokoju oraz przynajmniej dwu z trzech następujących objawów: wycofanie, anhedonia (brak lub utrata zdolności odczuwania radości i przyjemności

¹⁰ Szerzej w: http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/onlinefirst/Rowinski_PsychiatrPolOnline-FirstNr98.pdf (dostęp (10.10.2018)).

zarówno zmysłowej, cielesnej jak i emocjonalnej, intelektualnej czy duchowej), unikanie bliskości;

- patologiczne cechy – domeny: Negatywny Afekt; Izolacja.

3) Zaburzenie osobowości z pogranicza:

- wystąpienie łącznie 4 kryteriów rozpoznania, w tym przynajmniej 1 z 3: impulsywność, skłonność do nadmiernego ryzyka, wrogość oraz pozostały/pozostałe z 4: labilność emocjonalna, niepokój, lęk separacyjny, depresyjność.

4) Narcystyczne zaburzenie osobowości:

- wymagane jest wystąpienie 2 kryteriów: wielkościowość i poszukiwanie uwagi;
- patologiczna cecha – domena: Antagonizm

5) Obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości:

- wymagane kryterium rozpoznania: sztywny perfekcjonizm oraz przynajmniej 2 z 3: perseweracyjność (obstawanie przy czymś, uporczywa powrotność); unikanie bliskości, ograniczona emocjonalność;

- patologiczne cechy – domeny: Rozhamowanie (-) oraz Negatywny afekt, Izolacja.

6) Schizotypowe zaburzenie osobowości:

- wystąpienie przynajmniej 4 z 6 kryteriów rozpoznania: dysregulacja poznawcza i percepcyjna, nietypowe doświadczenia i przekonania, ekscentryczność, ograniczona emocjonalność, wycofanie, podejrzliwość;

- patologiczne cechy – domeny: Psychotyzm, Izolacja, Negatywny afekt.

Pozostałe kryteria od C do G są standardowymi kryteriami klinicznymi. W diagnozie zaburzeń osobowości stanowią one podstawę do wykluczenia czynników sytuacyjnych, środowiskowo-kulturowych, farmakologiczno-medycznych, rozwojowych oraz innych zaburzeń psychicznych.

W DSM IV większą uwagę poświęcono objawom takim, jak: dysregulacja emocjonalna, trudności w kontroli popędów czy zaburzenia poznawcze. Z kolei podział zamieszczony w DSM – V umożliwia stosowanie podejścia dymensjonalnego i diagnozowania stylu osobowości. Ocena przejawów zaburzeń funkcjonowania odbywa się według trzypunktowej skali¹¹:

- nie dotyczy (0 punktów);
- w pewnym stopniu dotyczy (1 punkt);

¹¹https://www.researchgate.net/publication/262182605_Zaburzenia_osobowosci_w_modelach_medycznych_i_w_psychologii_roznic_indywidualnych [dostęp: 13.10. 2018].

- wyraźnie dotyczy (2 punkty);
- w najwyższym stopniu dotyczy (3 punkty).

Reasumując, niedostosowanie społeczne obejmuje osobowościowe zaburzenia w sferze emocjonalnej, motywacyjnej i aksjonormatywnej, których zewnętrznymi wskaźnikami są zachowania naruszające normy społeczne. Należy przy tym pamiętać, że końcowym etapem rozwoju niedostosowania społecznego jest przestępczość, stąd też w Polsce akcentowana jest ogólna zasada postępowania z jednostkami niedostosowanymi społecznie. Mówi ona, że osoby zdecydowanie aspołeczne, zwłaszcza przejawiające agresywne formy zachowań wyrażające się w aktach przemocy, winny być poddawane zaostrozonym formom resocjalizacji, natomiast osoby w początkowych stadiach zaburzeń (nadpobudliwe, umiarkowanie agresywne, a zwłaszcza zahamowane) należy poddawać różnorodnym formom profilaktyki i terapii w środowiskach wolnościowych. W ostatnich latach na szerszą skalę wprowadzono formy terapii psychologicznej (treningi umiejętności społecznych) i zróżnicowane systemy profilaktyki i terapii realizowane w środowiskach lokalnych.

KONTROLNÍ OTÁZKY



1. Jakie subdyscypliny pedagogiki specjalnej wyróżniono (w Polsce) w oparciu o klasyfikacje osób niepełnosprawnych?
2. Jakie komponenty są brane pod uwagę przy określaniu stopnia i rodzaju niepełnosprawności intelektualnej i w jaki sposób stwierdza się istotnie niższy od przeciętnego ogólny poziom funkcjonowania intelektualnego?
3. Jakie funkcje i deficyty obejmują kryteria niepełnosprawności intelektualnej?
4. Jakie kategorie zaburzenia widzenia wykorzystywane są w polskim orzecznictwie medycznym i ZUS?
5. Jakie są najczęstsze schorzenia układu wzrokowego i w jaki sposób wpływają one na percepcję wzrokową?
6. Jakie są stopnie ubytku słuchu wyróżnione przez Międzynarodowe Biuro Audiofonologii?
7. Na jakich trzech płaszczyznach może być rozpatrywane niedostosowanie społeczne?

8. W oparciu o jakie kryteria tworzone są najbardziej znane i uznane typologie niedostosowania społecznego?
 9. Jakie kategorie zaburzeń osobowości oraz patologiczne cechy będące ich wskaźnikami wskazano w propozycji DSM – V?
 10. Który podział (DSM – IV czy DSM – V) umożliwia stosowanie podejścia dymensjonalnego i diagnozowania stylu osobowości?
-



KORESPONDENČNÍ ÚKOL

1. Czy występują (a jeżeli tak, to jakie?) różnice w stosowanych podejściach do niepełnosprawności w Polsce i w Czechach?
 2. Dokonaj przeglądu podstawowych, polskich i czeskich aktów prawnych, dotyczących orzecznictwa w dwu wybranych zakresach niepełnosprawności (porównaj je).
 3. Jakich zmian dokonano w Klasyfikacji DSM – V i ICD – 10 w porównaniu z DSM – IV i ICD – 10?
-



DALŠÍ ZDROJE

- <file:///C:/Users/Dell/Desktop/tyflopädagogika/poradnik7.pdf>
- https://www.pfron.org.pl/fileadmin/files/0/324_01-Anna_Wilmowska-Pietruszynska.pdf
- file:///C:/Users/Dell/Desktop/tyflopädagogika/128_adaszynska.pdf
- https://www.kul.pl/files/1024/.../1998/RPsych_1998_vol01_181-187_Tucholska.pdf
- www.zus.pl/...orzecznictwa...zus_ii.../35c8181e-c3f6-4e27-9855-3648217d2ce1
- file:///C:/Users/Dell/Desktop/tyflopädagogika/SM_13_223.pdf

3 PRZEDSTAWICIELE POLSKIEJ PEDAGOGIKI SPECJALNEJ

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Rozdział III został poświęcony przedstawicielom polskiej pedagogiki specjalnej. Przedstawiono w nim krótkie biografie czołowych polskich pedagogów, ich dorobek naukowy, poglądy i dokonania w środowisku życia i pracy oraz wkład w rozwój pedagogiki specjalnej.

CÍLE KAPITOLY



- sylwetek czołowych, polskich pedagogów specjalnych;
- ich dorobku naukowego i wkładu w rozwój pedagogiki specjalnej;
- ich poglądów i dokonań w środowisku życia i pracy.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Józefa Joteyko, Maria Grzegorzewska, Janina Doroszevska, Kazimier Kirejczyk, Stanisław Jedlewski, Otton Lipkowski, Czesław Czapów, Aleksandr Hulek, Stanisław Dykcik

3.1 Józefa Joteyko (1866 – 1928)



Józefa Joteyko (fizjolog, psycholog, pedagog) była litewską szlachcianką, urodzoną w Poczujkach (gubernia kijowska), gdzie spędziła dzieciństwo. W 1873 roku przeniosła się wraz z rodzicami do Warszawy. Wykształcenie podstawowe zdobywała na pensji Sierakowskiej oraz kompletach zorganizowanych prywatnie przez jej rodziców. W 1884 roku, po uzyskaniu wykształcenia średniego wyjechała na studia przyrodnicze do Genewy, które ukończyła dwa lata później. W 1889 roku wraz z rodziną wyjechała do Brukseli i rozpoczęła studia na Wydziale Lekarskim, które kontynuowała w Paryżu i ukończyła w 1889 roku z tytułem doktora. Była praktykującym lekarzem, wykładowcą psychologii doświadczalnej w Laboratorium Psychofizycznym w Instytucie

Fizjologicznym Solvaya przy Université Libre w Brukseli. W tym czasie powstały jej liczne prace naukowe z zakresu fizjologii, które prezentowała na zjazdach psychologicznych oraz kongresach lekarskich. W 1906 roku została wykładowcą psychologii pedagogicznej w belgijskich seminariach nauczycielskich w Mons i Charleroi, gdzie wprowadziła specjalne karty lekarsko-pedagogiczne dla uczniów oraz zorganizowała pracownie pedologiczne, a następnie międzynarodowe Seminarium Pedologiczne¹². Była także organizatorką i sekretarzem generalnym I Międzynarodowego Kongresu Pedologicznego w Brukseli (1911), gdzie aż do wybuchu pierwszej wojny światowej prowadziła autorski Międzynarodowy Fakultet Pedologiczny. W polskich ośrodkach naukowych (m.in. w Warszawie, Lwowie, Krakowie) Józefa Joteyko prowadziła cykle wykładów z pedologii oraz psychologii pedagogicznej. Jako pierwsza kobieta została przyjęta w 1916 roku do katedry w Collège de France. Wykładała także na Sorbonie, a w r. 1918 również na uniwersytecie w Lyonie. Wraz Marią Grzegorzewską utworzyła w 1918 roku Polską Ligę Nauczania, której celem było gromadzenie materiałów z dziedziny organizacji szkolnictwa oraz metodyki nauczania i wychowania.

Po powrocie do Polski w 1919 roku, Józefa Joteyko objęła kierownictwo katedry psychologii ogólnej i pedagogicznej w Państwowym Instytucie Pedagogicznym (PIP) w Warszawie. Wykładała również w Państwowym Instytucie Pedagogiki Specjalnej (PIPS) oraz na kursach wakacyjnych organizowanych przez Związek Nauczycielstwa Polskiego Szkół Powszechnych. Habilitację uzyskała na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego, zaś w 1927 roku została powołana na członka Komisji Opiniotwórczej przy Prezesie Komitetu Ekonomicznego Ministrów, a następnie na członka Rady Ochrony Pracy przy Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej.

Dorobek naukowy Józefy Joteyko jest pokaźny (262 opracowań). W obszarze zagadnień fizjologicznych jej prace odnosiły się do problematyki zmęczenia, bólu i pracy, np. monografie: *La fatigue* (1920), *Psycho-physiologie de la douleur* (1909), współautorstwo z M. Stefanowską) oraz *La science du travail et son organisation* (1917) oraz toksykologii, elektrofizjologii i zagadnień odżywiania. W zakresie psychologii odnosiła się do problemów zmęczenia umysłowego (*La fatigue intellectuelle et sa mesure*, 1903), zawodowego (*La mesure de la fatigue professionnelle*, „Revue Psychologique” 1909) oraz

¹² Pedologia – nauka o psychicznym i fizycznym rozwoju dziecka, stanowiąca w pierwszych dekadach XX wieku ważny etap rozwoju pedagogiki. Największe dokonania na gruncie polskiej pedologii były udziałem Józefy Joteyko, Jana Władysława Dawida, Anieli Szcówniej, Władysława Heinricha, Bolesława Błażka oraz Józefa Ciembroniewicza.

szkolnego (*Le surmenage scolaire*, „Revue Psychologique”1910). Jej zainteresowania naukowe obejmowały także wrażliwość zmysłów dotyku, słuchu i wzroku, zagadnienie pamięci, wrażeń zmysłowych oraz sił fizycznych dziecka. Prowadziła również badania nad dziećmi anormalnymi, wegetarianizmem, uzdolnieniami, a także odnosiła się do zagadnień seksualnych, inteligencji młodzieży i zastosowania testów (publikacje: *Poziom inteligencji uczniów gimnazjum niższego. Badania eksperymentalne*, 1922 oraz *Metoda testów umysłowych i jej wartość naukowa z podaniem niektórych najnowszych testów*, 1924). U schyłku życia jej zainteresowania koncentrowały się na zagadnieniu organizacji szkolnictwa. Stworzyła między innymi teoretyczne ramy reformy metod nauczania, kształcenia nauczycieli i całej organizacji szkolnictwa (publikacje: *Jedność szkolnictwa ze stanowiska psychologii i potrzeb społecznych*, 1926; *Postulaty szkoły twórczej na prawach struktur psychicznych*, 1927 oraz *Losy naszej młodzieży a reforma ustroju szkolnictwa*). Józefa Joteyko była wielokrotnie nagradzana za zasługi naukowe i została powołana na członka wielu naukowych gremiów. Pod koniec życia przewodniczyła Polskiemu Towarzystwu Psychotechnicznemu. Zmarła w Warszawie w dniu 24 IV 1928 roku i została pochowana na cmentarzu Powązkowskim.

3.2 Maria Grzegorzewska (1888 – 1967)



Pionierka i twórczyni polskiej pedagogiki specjalnej, urodzona w 1888 roku w Wołuczy jako najmłodsze dziecko w rodzinie. Jej ojcem był dzierżawca majątku Adolf, zaś matką Felicja z Bogdanowiczów. Oboje rodzice Marii Grzegorzewskiej pochodzili ze Żmudzi i tworzyli rodzinę, w której pielęgnowano patriotyzm, tradycję i humanizm. Maria Grzegorzewska ukończyła szkołę średnią w Warszawie i w 1908 roku uzyskała uprawnienia do nauczania w szkołach wiejskich oraz do pracy w charakterze nauczycielki domowej. Równoległe z pozyskiwaniem kwalifikacji nauczycielskich, realizowała roczny kurs na wydziale matematyczno – przyrodniczym, przygotowujący do rozpoczęcia studiów uniwersyteckich. Swoją niezwykłą postawę społeczną wypracowała w oparciu o wzory polskiej inteligencji hołdującej ideom niepodległości. We współdziałaniu z Władysławem Dawidem, Marianem Falskim (twórca elementarza do nauki dla dzieci z klas I) czy Heleną Radlińską (wybitna polska pedagog społeczna), działała w głębokiej konspiracji na rzecz robotników i młodzieży socjalistycznej. W obawie przed aresztowaniem opuściła Warszawę i podjęła pracę domowej nauczycielki

w jednym z zamożnych litewskich dworów. Rok później wstąpiła na Wydział Przyrodniczy Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, które to studia w sposób znaczący wywarły wpływ na jej późniejszą pracę pedagogiczną, gdyż zaczątkiem jej badań psychologicznych stała się fizjologia. W 1913 roku Maria Grzegorzewska wyjechała do Belgii, gdzie rozpoczęła studia w Międzynarodowym Fakultecie Pedologicznym, które kontynuowała w Paryżu i ukończyła w 1916 roku. Praca doktorska Marii Grzegorzewskiej zatytułowana „*Rozwój uczuć estetycznych u dzieci i młodzieży*” była efektem jej zafascynowania sztuką, którą oferował jej Paryż (doktorat uzyskała w 1918 roku).

Po powrocie do Polski w 1919 roku, Maria Grzegorzewska podjęła działania mające na celu organizację szkolnictwa specjalnego. W tym celu rozpoczęła pracę w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, w charakterze referenta do spraw szkolnictwa specjalnego i wkrótce zorganizowała specjalny wydział zajmujący się tego rodzaju szkolnictwem. Kształcenie nauczycieli w zakresie pracy z osobami kalekimi i upośledzonymi rozpoczęła na specjalnym kursie, który w roku 1922 przekształciła w Państwowy Instytut Pedagogiki Specjalnej w Warszawie, i w którym objęła funkcję dyrektora (pełniła ją do końca życia, czyli nieprzerwanie ok. 40 lat). Fundamentem pracy Instytutu, w którym zajmowano się wszystkimi rodzajami kalectwa i odchylen od normy była fizjologia ukierunkowana na poznanie psychiki dziecka. Kolejną inicjatywą tej wybitnej polskiej pedagog było zorganizowanie w 1924 roku Sekcji Szkolnictwa Specjalnego przy Zarządzie Głównym Związku Nauczycielstwa Szkół Powszechnych, której przewodniczyła aż do 1948 roku. W czasie II wojny światowej Maria Grzegorzewska podjęła pracę jako nauczycielka szkoły specjalnej w Warszawie. Brała także udział w tajnych pracach oświatowych Delegatury Rządu w dziale kształcenia nauczycieli (prowadziła roczne studium kwalifikacyjne przygotowujące nauczycieli do pracy z osobami niepełnosprawnymi). Po wojnie, w 1959 roku otrzymała tytuł profesora, nadany jej przez Uniwersytet Warszawski, w którym kierowała Katedrą Pedagogiki Specjalnej.

Maria Grzegorzewska była naukowczynią, która po raz pierwszy wskazała zakres, przedmiot, podstawy metodologiczne formującej się, nowej dyscypliny pedagogicznej jaką była wówczas pedagogika specjalna. Jej zasługą była adaptacja do polskich warunków metody ośrodków zainteresowań O. Decroly'ego, którą nazwała metodą ośrodków pracy oraz sformułowanie wskazań dla praktycznej działalności rewalidacyjnej. Była też twórczynią teorii dynamicznych układów strukturalnych. Zajmowała się wszystkimi działami pedagogiki specjalnej, ale szczególnie dużo uwagi poświęcała niewidomym.

Zajmowała się kształceniem nauczycieli do pracy z niewidomymi oraz była doradcą Ministerstwa Oświaty i instytucji społecznych zajmujących się niewidomymi. Wydała szereg publikacji dotyczących tego rodzaju niepełnosprawności, z których najważniejszą była „*Psychologia niewidomych*”. Zajmowała się także osobami głuchymi - między innymi była autorką przedmowy do książki Emanuela Jezierskiej pt. „*Obserwacje nad rozwojem głucho ciemnej Krystyny Hryszkiewicz*”. Oprócz wyżej przytoczonych, jej główne publikacje to: „*Listy do młodego nauczyciela*”, „*Pedagogika lecznicza. Skrypt wykładów*”, „*Głuchociemni*”, „*Analiza zjawiska kompensacji u głuchych i niewidomych*”.

Maria Grzegorzewska z wielkim zaangażowaniem, wytrwałością i pracowitością przez całe swoje życie realizowała ideę wyrównywania krzywd osób kalekich i upośledzonych. Przez długie lata chorowała jednak na serce i zmarła 7 maja 1967 roku. Pochowana została na cmentarzu Powązkowskim w Alei Zasłużonych.

3.3 Janina Doroszevska (1900 - 1979)



Była pedagogiem, ale doktorat uzyskała w dziedzinie filozofia na Uniwersytecie Warszawskim (1928 rok). Studiowała również za granicą - dwa lata we Francji i rok w USA. Pracę zawodową wykonywała w charakterze pedagoga w zakładach dla dzieci potrzebujących specjalnej opieki edukacyjnej. W czasie II wojny światowej Janina Doroszevska pracowała w Zakładzie dla Niewidomych w Laskach (1940 – 1945), gdzie pełniła funkcję kierownika wychowawczego. Zajmowała się tam niewidomymi, głęboko upośledzonymi dziećmi. W 1947 została profesorem w Instytucie Pedagogiki Specjalnej w Warszawie (IPS), gdzie pełniła funkcję zastępcy dyrektora (dyrektorem IPS była wówczas Maria Grzegorzewska). W latach 1967-1970 pracowała jako profesor pedagogiki specjalnej na Wydziale Psychologii i Pedagogiki Uniwersytetu Warszawskiego.

Zainteresowania naukowo – badawcze Janiny Doroszevskiej koncentrowały się na problemach pedagogiki leczniczej oraz profilaktyki i terapii dziecięcej. Wraz z Marią Grzegorzewską zajmowała się także kształceniem nauczycieli dla szkół specjalnych. Była autorką klasyfikacji pedagogiki specjalnej opartej na „na zasadzie mechanizmu adaptacji”, klasyfikacji poziomów wysiłkowych dzieci oraz obciążenia dzieci chorych przewlekle i zagrożonych kalectwem. Jej dokonania naukowe przyczyniły się znacząco do właściwej organizacji nauczania w szkołach organizowanych na terenie zakładów leczniczych. Janina Doroszevska opracowała także podstawy wiedzy o psychospołecznej sytuacji dziecka

przewlekłe chorego oraz zasady współpracy lekarzy i nauczycieli - wychowawców w placówkach leczniczych.

Janina Doroszevska była autorką wielu opracowań naukowych. Do jej najważniejszych prac monograficznych należą: *Terapia wychowawcza* (1957), *Nauczyciel-wychowawca w zakładzie leczniczym* (1963), *O regeneracji* (1972). Ponadto w latach 1935-1978 opublikowała ponad sto rozpraw i artykułów naukowych. Ostatnią była praca pt.: *Wyjaśnienie i uzasadnienie w rozumowaniu diagnostycznym* (1978). Już po śmierci Janiny Doroszevskiej ukazały się dwa tomy jej monografii *Pedagogika specjalna* (1981 i 1989) oraz *Matka Czacka w oczach przyjaciół* (w zbiorze *Ludzie z Lasek*, 1987).

3.4 Kazimierz Kirejczyk (1910 – 1986)



Nauczyciel, naukowiec i działacz oświatowy. Seminarium Nauczycielskie ukończył w 1929 roku, po czym rozpoczął pracę w szkole, obejmując funkcję kierownika. Początkowo pracował z dziećmi w normie intelektualnej, a następnie z dziećmi specjalnej troski. W 1935 roku rozpoczął studia w Państwowym Instytucie Pedagogiki Specjalnej (PIPS), ale ukończył je rok później z tytułem magistra filozofii na Wydziale Pedagogicznym Wolnej Wszechnicy Polskiej w Warszawie. Stopień doktora uzyskał na Uniwersytecie Warszawskim w roku 1964, zaś w 1971 roku habilitował się w zakresie pedagogiki specjalnej na Uniwersytecie Jagiellońskim. Na tym zakończyła się jego kariera naukowa, gdyż profesury nie uzyskał - prawdopodobnie ze względów politycznych.

Kazimierz Kirejczyk pracował w organach administracji państwowej. Pełnił funkcję wizytatora oraz Naczelnika Wydziału Specjalnego w Ministerstwie Oświaty. Równolegle wykładał w Państwowym Instytucie Pedagogiki Specjalnej, a po jego przekształceniu w Wyższej Szkole Pedagogiki Specjalnej oraz w innych uczelniach. Pełnił też funkcję kierownika Zakładu Pedagogiki Leczniczej w Instytucie Matki i Dziecka.

Zainteresowania naukowo – badawcze Kazimierza Kirejczyka koncentrowały się wokół surdopedagogiki, pedagogiki terapeutycznej i olifronpedagogiki. W sposób szczególny zajmował się jednak metodyką kształcenia dzieci niepełnosprawnych oraz kształcenia i doksztalcania pedagogów specjalnych. W ramach przewodniczenia Sekcji Szkolnictwa Specjalnego Zarządu Głównego ZNP, organizował liczne konferencje, seminaria i kursy, w trakcie których zaznajamiano pedagogów specjalnych z najnowszymi osiągnięciami tej

subdyscypliny naukowej oraz innych nauk, jak również prezentowano przykłady dobrych praktyk związanych z kształceniem osób niepełnosprawnych.

Kazimierz Kirejczyk pozostawił po sobie bogaty dorobek piśmienniczy obejmujący niemal wszystkie działy pedagogiki specjalnej (112 publikacji, w tym 9 monografii autorskich, 85 artykułów oraz 8 artykułów współautorskich). Najważniejszą pozycją w jego dorobku była książka „*Upośledzenie umysłowe – Pedagogika*” (1981), stanowiąca kompendium wiedzy pedagogicznej, psychologicznej i medycznej związanej z niepełnosprawnością intelektualną.

3.5 Stanisław Jedlewski (1906-1992)



Był twórcą polskiej pedagogiki resocjalizacyjnej, profesorem, uznanym badaczem, eksperymentatorem i twórczym ortopedagogiem oraz autorem szeregu publikacji obejmujących problematykę resocjalizacji nieletnich. Był także prekursorem w obszarze badań podkultury przestępczej jako podkultury przemocy. Rodzina, z której pochodził należała do rodzin inteligenckich o tradycjach patriotycznych. Szkołę średnią Stanisław Jedlewski ukończył w 1926 roku w Chyrowie w powiecie Lwowskim, a następnie odbył studia wyższe na Wydziale Filologicznym Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, gdzie w 1930 roku uzyskał tytuł magistra w zakresie filologii polskiej. W roku akademickim 1931/1932 przyjęty został na Uniwersytet Jagielloński, na dwuletni kurs pedagogiczny, który ukończył ze stopniem magistra pedagogiki. W kolejnym roku Stanisław Jedlewski został powołany na nauczyciela przedmiotów pedagogicznych w seminarium nauczycielskim w Leśnej Podlaskiej, a następnie przeniesiony do Lublina na stanowisko wykładowcy w Pedagogium (1935-1939) oraz nauczyciela w liceum ogólnokształcącym. W trakcie pracy zawodowej Stanisław Jedlewski intensywnie rozwijał się również naukowo. W 1930 roku podjął pracę asystenta na Uniwersytecie we Lwowie, gdzie otrzymał stypendium z funduszu Kultury Narodowej na pisanie pracy naukowej. Zaowocowało to uzyskaniem w 1938 roku stopnia doktora na Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie oraz doktora filozofii w zakresie filologii polskiej. Po wybuchu II wojny światowej, w listopadzie 1939 roku został aresztowany przez Gestapo i osadzony wraz z kolegami w więzieniu w Lublinie, skąd został wypuszczony po dwumiesięcznym pobycie. W latach 1941 – 1944 roku organizował tajne nauczanie w Lublinie i nauczał języka polskiego. Po wyzwoleniu Lublina Jedlewski objął stanowisko Kierownika resortu

Oświaty PKWN oraz naczelnika wydziału kształcenia nauczycieli w Kuratorium Okręgu Lubelskiego (1944-1946). W tym czasie, w jego inicjatywy powstały liczne licea pedagogiczne oraz nauczycielskie kursy dokształcające.

W 1946 roku zrealizował swoje marzenie i uruchomił w Krzeszowicach Państwowy Zakład Wychowawczo – Naukowy im. Tadeusza Kościuszki dla młodzieży osieroconej w trakcie działań wojennych. Na założeniach humanitarnej filantropii - w oparciu o którą powstawały wiejskie domy ośrodki i zakłady wychowawcze - wyrosło jego przekonanie, że najbardziej efektywne jest wychowanie z nauczaniem, realizowane w oparciu o cztery zasady: akceptacji wychowanka; respektowania go ze względu na jego potencjalne pozytywne możliwości; perspektywizacji (ukazywania mu wizji jego potencjalnych osiągnięć w życiu i pracy); wymagań związanych z przestrzeganiem normom i wykonywaniem obowiązków. W Zakładzie w Krzeszowicach funkcjonowały szkoły średnie: liceum ogrodnicze; liceum pedagogiczne, technikum przemysłu drzewnego, liceum ogólnokształcące, szkoła muzyczna oraz studium nauczycielskie. Po dwu latach od swojego powstania, Zakład w Krzeszowicach zaczął przyjmować małe dzieci od czwartego roku życia oraz młodzież trudną, pozbawioną opieki rodzicielskiej na skutek wyroków sądowych. Wyjazd służbowy Jedlewskiego do Warszawy w 1950 roku stał się początkiem końca Zakładu w Krzeszowicach. Stopniowo zamykano kolejne licea, zlikwidowano dom dziecka, a pałac, w którym mieścił się Zakład został zamknięty i już nigdy nie został odbudowany.

W 1950 roku Stanisław Jedlewski został zobligowany do zorganizowania w Warszawie Wyższej Szkoły Pedagogicznej (WSP). Rok później z jego inicjatywy powstało Studium Zaoczne WSP, które prowadził do końca 1952 roku. Na podstawie pracy habilitacyjnej: *„Problemy wychowania młodzieży niedostosowanej społecznie w zakładach wychowawczych”*, został nadany Jedlewskiemu stopień naukowy docenta (1954 rok). Stanisław Jedlewski został powołany na stanowisko profesora nadzwyczajnego w Instytucie Pedagogiki na Wydziale Psychologii i Pedagogiki Uniwersytetu Warszawskiego (1967). Został także nagrodzony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski (1966) oraz Brązowym Medalem „Za zasługi dla Obronności Kraju” (1967). W 1973 roku Profesor Jedlewski objął stanowisko Dyrektora Instytutu Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytetu Warszawskiego, a rok później został członkiem Komitetu Nauk Socjologicznych Polskiej Akademii Nauk.

Stanisław Jedlewski - twórca i innowator teorii resocjalizacji w Polsce - stał na stanowisku, że tylko współpraca na polu wielu dziedzin nauki może prowadzić do skutecznej

resocjalizacji osób niedostosowanych społecznie. Dostrzegał także potrzebę reformy systemu nauczania oraz kształcenia przyszłych nauczycieli. Podobne podejścia reprezentowali również M. Grzegorzewska, Cz. Czapów, J. Konopnicki, O. Lipkowski. W postulowanej przez Profesora Jedlewskiego reformie systemu resocjalizacji duże znaczenie odgrywały dwie najważniejsze zasady: zerwanie w procesie resocjalizacji z systemem dyscyplinarno – izolacyjnym oraz z systemem klasowo – lekcyjnym. Jedlewski wiele uwagi poświęcał takim zagadnieniom jak: rola diagnozy w pracy z nieletnimi, rola profilaktyki w wychowaniu oraz humanizm pedagogiczny wychowawcy w działaniach resocjalizacyjnych. Duży nacisk kładł na rolę zakładów wychowawczych w procesie resocjalizacji oraz na model wychowania resocjalizacyjnego w wojsku. W 1982 roku Stanisław Jedlewski podjął współpracę w Wyższą Szkołę Pedagogiki Specjalnej w Warszawie (WSPS), gdzie został zatrudniony na stanowisku profesora na Wydziale Resocjalizacji. Z WSPS w Warszawie Jedlewski związany był aż do swojej śmierci w 1992 roku.

3.6 Otton Lipkowski (1907 – 1982)



Pedagog specjalny, współpracownik Marii Grzegorzewskiej, teoretyk pedagogiki specjalnej i nauczyciel akademicki, prekursor pedagogiki specjalnej porównawczej. W latach 1931-1932 studiował Państwowym Instytucie Pedagogiki Specjalnej, a następnie w Wolnej Wszechnicy w Łodzi. Pracę magisterską obronił w 1938 roku. Po zakończeniu II wojny światowej pracował jako nauczyciel w warszawskich szkołach specjalnych. W 1949 roku objął funkcję Dyrektora Państwowego Zakładu Wychowania Zapobiegawczego mającego swoją siedzibę w Warszawie na ul. Puławskiej. Od 1956 roku, przez kolejne cztery lata był dyrektorem Departamentu Zakładów Wychowawczych i Szkolnictwa Specjalnego Ministerstwa Oświaty. W tym czasie wywarł znaczący wpływ na rozwój systemu kształcenia specjalnego. Wskazywał między innymi na jego dotychczasowe mankamenty, którym największym uczynił wyłączną koncentrację na dzieciach ze znacznymi upośledzeniami fizycznymi i psychicznymi oraz pozostawienie bez wsparcia dzieci niedosłyszących, niedowidzących i innych wykazujących niewielkie niepełnosprawności. Jego postulaty znalazły odbicie w rozszerzeniu (od 1958 roku) zakresu oddziaływań szkoły specjalnej. W latach 1960 - 1965 Otton Lipkowski pełnił funkcję dyrektora najstarszej polskiej placówki specjalnej - Instytutu Głuchoniemych i Ociemniałych w Warszawie. W

tym czasie z powodzeniem godził pracę zawodową z pracą naukową, czego pokłosiem było uzyskanie w 1963 stopnia doktora na Wydziale Pedagogicznym Uniwersytetu Warszawskiego. Karierę naukową kontynuował w Państwowym Instytucie Pedagogiki Specjalnej, w którym pełnił funkcję zastępcy dyrektora, dyrektora (1967 – 1970), a następnie Dziekana Wydziału Resocjalizacji. W 1975 roku został profesorem kontraktowym PIPS oraz redaktorem naczelnym czasopisma naukowego „Szkoła Specjalna” (do 1982 roku). Przez dekadę związany był także z Uniwersytetem Warszawskim, gdzie wykładał pedagogikę specjalną (lata 1959 – 1969). Otton Lipkowski był teoretykiem pedagogiki specjalnej, ale najbardziej interesowały go zagadnienia resocjalizacji, a szczególnie uwarunkowania niedostosowania społecznego oraz ortodydaktyka. Był członkiem wielu polskich i międzynarodowych towarzystw naukowych - między innymi zasiadał w Zarządzie Sekcji Wychowania *Federation Internationale des Communautés d'Enfants* (FICE). Dorobek naukowy Ottona Lipkowskiego jest bogaty, a wśród licznych publikacji poczesne miejsce zajmują: „Wychowanie dzieci społecznie niedostosowanych” (1966); „Dziecko społecznie niedostosowane i jego resocjalizacja” (1971); „Pedagogika specjalna. Zarys” (1974), „Resocjalizacja” (1976).

3.7 Czesław Czapów (1925 – 1980)



Wybitny przedstawiciel pedagogiki resocjalizacyjnej, twórca Instytutu Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji na Uniwersytecie Warszawskim (1972r.) oraz czołowy teoretyk warszawskiej, naukowej szkoły resocjalizacji. Czesław Czapów był w czasie II wojny światowej członkiem zbrojnego podziemia Armii Krajowej i w 1944 roku został za tą działalność odznaczony Krzyżem Walecznych. Po wojnie studiował socjologię, antropologię, psychologię i pedagogikę na Wydziale Filozoficzno-Społecznym Uniwersytetu Warszawskiego. W czasie studiów organizował nieformalne koła dyskusyjne na temat zagadnień związanych z naukami społecznymi. Jego działalność w tym zakresie podlegała inwigilacji Urzędu Bezpieczeństwa, co spowodowało, że w 1953 roku został uwięziony. Po wyjściu z więzienia w 1954 roku, chcąc uniknąć ponownej inwigilacji, upozorował własne samobójstwo i ukrywał się do 1955 roku. Współpracował z tygodnikiem „Po prostu”, z „Klubem Krzywego Koła” oraz Polskim Radiem. W roku 1958 współtworzył Ośrodek Badania Opinii Publicznej, zaś dwa lata później rozpoczął

pracę naukową na Uniwersytecie Warszawskim, z którego szesnaście lat później, w 1976 roku został usunięty. Wskutek nękających go chorób będących skutkiem jego pobytu w więzieniu, zmarł w 1980 roku. Pomimo znaczących dokonań naukowych i organizacyjnych oraz wieloletnich starań władz uniwersyteckich, nie uzyskał tytułu profesora z uwagi na blokowanie jego kandydatury przez ówczesną władzę.

Czesław Czapów był współorganizatorem Instytutu Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji, i jako jego wicedyrektor doprowadził do podjęcia przez Instytut współpracy z Państwowym Instytutem Pedagogiki Specjalnej oraz z Ministerstwem Sprawiedliwości i Ministerstwem Spraw Wewnętrznych. Przedmiotem współpracy była organizacja szkoleń dla kuratorów oraz zwalczania przestępczości wśród dzieci i młodzieży. Czesław Czapów był twórcą metodyki wychowania resocjalizującego oraz współautorem pierwszego w Europie podręcznika akademickiego z zakresu resocjalizacji (1971). Zalecał szczegółową analizę skłonności intro- i ekstraagresywnych wychowanków. Określił zasady resocjalizacji oraz dokonał rozróżnienia pomiędzy rewalidacją (edukacyjne uczenie się) a resocjalizacją (reedukacyjne uczenie się). Zdefiniował pojęcie wykolejenia społecznego oraz dokonał podziału profilaktyki na powstrzymującą, uprzedzającą i objawową. Podkreślał społeczny i wychowawczy charakter resocjalizacji, zaś oddziaływania resocjalizujące lokował w aktywności opiekuńczej, terapeutycznej i wychowawczej. Był zwolennikiem tzw. twórczej samodzielności człowieka. Stał na stanowisku, że w poszczególnych fazach życia człowiek może osiągać stany równowagi funkcjonalnej (w zakresie rozwoju poznawczego, emocjonalnego, moralnego i społecznego), rozwijając się zgodnie z własnym rytmem psychospołecznym. Te przekonania stały się główną osią jego dorobku naukowego i można je odnaleźć między innymi w publikacjach, takich jak: *Czy Johnny stanie się gangsterem? Uwagi o metodach walki z przestępczością młodzieży* (1959); *Niebezpieczne ulice* (1960 – współautor St. Manturzewski); *Rodzina a wychowanie* (1968); *Pedagogika resocjalizacyjna* (1971 - współautor St. Jedlewski); *Socjotechnika w zakładzie pracy* (1975); *Kształtowanie motywacji i postaw. Socjotechniczne problemy działalności ideowo-wychowawczej* (1976); *Wychowanie resocjalizujące: elementy metodyki i diagnostyki* (1978); *Młodość, miłość... i co dalej*, 1980.

3.8 Aleksander Hulek (1916 – 1993)



Urodził się Będziemyślu koło Rzeszowa. Ukończył Seminarium Nauczycielskie i w latach 1938 – 1939 pracował jako nauczyciel w szkole podstawowej w miejscowościach Borynia oraz Krzyżowice. Po wybuchu II wojny światowej był uczestnikiem Kampanii Wrześniowej i przez Węgry, Jugosławię i Francję dotarł wraz z Armią Polską do Anglii. W 1943 roku rozpoczął studia w Edynburgu w Wyższej Szkole Pedagogicznej, które od 1945 roku kontynuował w Uniwersytecie Edynburskim. W 1947 roku złożył pracę magisterską zatytułowaną „*Jak umysłowo upośledzeni w porównaniu z normalnymi odtwarzają z pamięci obrazy raz widziane*”, którą obronił z wyróżnieniem, uzyskując tytuł magistra psychologii.

Po powrocie do Polski został zatrudniony w Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej, gdzie zajmował się rehabilitacją zawodową. Pracował na stanowisku specjalisty ds. rehabilitacji w Głównym Urzędzie Inwalidzkim. Zakres zadań tej instytucji wyznaczył jego ścieżkę naukową, oscylującą wokół teoretycznych założeń rehabilitacji inwalidów, a następnie osób niepełnosprawnych. Pracę doktorską zatytułowaną „*Dobór pracy i tworzenie nawyków zawodowych inwalidów szkolonych w zakładach pracy*” Aleksander Hulek obronił w 1951 roku na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, po czym rozpoczął współpracę naukowo – dydaktyczną z Państwowym Instytutem Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. Wyrazem uznania za całokształt działalności na rzecz rehabilitacji inwalidów było powierzenie mu stanowiska w Sekretariacie ONZ, które piastował od 1948 do 1962 roku. W latach 1957 – 1958 (w ramach stypendium ONZ) prowadził studia nad problemami rehabilitacji inwalidów w USA, Kanadzie, Anglii i Finlandii. Wyniki tych badań i doświadczenia wyniesione z innych krajów dały podstawę do przeprowadzenia modyfikacji programu rehabilitacji osób niepełnosprawnych w Polsce. Podstawą uzyskanej w 1968 roku habilitacji na Uniwersytecie Warszawskim, była książka pt.: „*Teoria i praktyka w rehabilitacji inwalidów*”. Począwszy od 1973 roku Aleksander Hulek wykładał na Uniwersytecie Warszawskim - nominację profesorską otrzymał w 1977 roku.

Zainteresowania naukowe Profesora Aleksandra Hulka koncentrowały się na problematyce rehabilitacji osób z niepełnosprawnością. Był on gorliwym propagatorem idei integracji społecznej i był przekonany o słuszności prowadzenia rehabilitacji kompleksowej. Spuścizna naukowa Profesora Aleksandra Hulka zawarta jest w imponującej liczbie

publikacji: 58 prac zwartych (autorskich), 23 współautorskich, 80 prac pod redakcją naukową oraz 143 artykułów. Do najważniejszych opracowań należą: *Podstawy rehabilitacji inwalidów* (1961), *Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów* (1969) oraz *Pedagogika rewalidacyjna* (1977).

3.9 Władysław Dykcik(1942 – 2013)



Pedagog specjalny, profesor nauk humanistycznych. Urodził się w Borzęcizkach. Jego rodzice pracowali w Państwowym Zakładzie Wychowawczym w Krotoszynie, stąd też już od wczesnej młodości interesował go los ludzi z niepełnosprawnością intelektualną. W 1961 roku ukończył Studium Pedagogiczne w Krotoszynie, a następnie rozpoczął studia pedagogiczne na Wydziale Filozoficzno-Historycznym Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, które ukończył w 1967 roku z tytułem magistra pedagogiki. Pozostał na Uczelni obejmując stanowisko asystenta. Tam też obronił pracę doktorską (1974), a następnie uzyskał habilitację (1988). Nominację profesorską otrzymał w 2006 roku. W swojej Alma Mater, na Wydziale Studiów Edukacyjnych, przez 20 lat kierował Zakładem Pedagogiki Specjalnej (1992 – 2012).

Profesor Dykcik był żarliwym popularyzatorem idei integracji dzieci niepełnosprawnych z pełnosprawnymi, autorem ponad 150 publikacji z zakresu pedagogiki specjalnej, społecznej i socjologii wychowania. Pisał nie tylko o rehabilitacji, ale także o wykluczeniu i stosunku społeczeństwa do osób niepełnosprawnych. W ostatnich latach pracy zajmował się problematyką studiów wyższych i pracy zawodowej osób z niepełnosprawnością. Do najważniejszych prac Profesora należą książki: „*Pedagogika specjalna*”, „*Nowatorskie i alternatywne metody w praktyce pedagogiki specjalnej*” oraz „*Pedagogika specjalna wobec aktualnych sytuacji i problemów osób niepełnosprawnych*”. Władysław Dykcik był członkiem Komitetu Nauk Pedagogicznych Polskiej Akademii Nauk oraz wiceprezesem [Polskiego Towarzystwa Terapeutycznego](#).

KONTROLNÍ OTÁZKY



1. Kto był prekursorem polskiej pedagogiki specjalnej oraz pierwszym organizatorem szkolnictwa specjalnego w Polsce?
2. Co to jest pedagogia? Wskaż polskich przedstawicieli tej nauki.

3. Kto był twórcą zakładu wychowawczo – naukowego dla młodzieży osieroconej w trakcie działań wojennych i jakie zasady służyły wprowadzonym w placówce działaniom wychowawczym?
 4. Który z polskich pedagogów specjalnych zajmował się problematyką studiów wyższych i pracy zawodowej osób niepełnosprawnych, a który rehabilitacją inwalidów?
-



KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Porównaj zakresy zainteresowań naukowo – badawczych polskich i czeskich przedstawicieli pedagogiki specjalnej, działających w XX i na początku XXI wieku.



DALŠÍ ZDROJE

[http://bazhum.muzhp.pl/media//files/Problemy_Wczesnej_Edukacji_Issues_in_Early_Education/Problemy_Wczesnej_Edukacji_Issues_in_Early_Education-r2015-t11-n2\(29\)/Problemy_Wczesnej_Edukacji_Issues_in_Early_Education-r2015-t11-n2\(29\)-s15-22/Problemy_Wczesnej_Edukacji_Issues_in_Early_Education-r2015-t11-n2\(29\)-s15-22.pdf](http://bazhum.muzhp.pl/media//files/Problemy_Wczesnej_Edukacji_Issues_in_Early_Education/Problemy_Wczesnej_Edukacji_Issues_in_Early_Education-r2015-t11-n2(29)/Problemy_Wczesnej_Edukacji_Issues_in_Early_Education-r2015-t11-n2(29)-s15-22/Problemy_Wczesnej_Edukacji_Issues_in_Early_Education-r2015-t11-n2(29)-s15-22.pdf)

file:///C:/Users/Dell/AppData/Local/Temp/inspiracje_inkluzji_spolecznej_dla_resocjalizacji_i_penitencjarystyki.pdf

4 HISTORIA PEDAGOGIKI SPECJALNEJ W POLSCE

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Przed 1918 rokiem szkół specjalnych w Polsce było niewiele, gdyż Polska znajdowała się wówczas w trudnym położeniu geopolitycznym, zaś funkcjonujące placówki ukierunkowane były głównie na rewalidację osób upośledzonych. Prowadzona w nich działalność dostarczała danych metodyczno – organizacyjnych, które okazały się niezwykle cenne po 1918 roku, kiedy to nastąpił przyspieszony rozwój szkolnictwa specjalnego (Gasik, 1990). Pierwsze projekty organizacji systemu wychowania i kształcenia dzieci upośledzonych były dziełem Józefy Joteyko, która opracowywała je w okresie I wojny światowej. Już wówczas postulowała ona tworzenie w szkołach powszechnych oddziałów specjalnych oraz wskazywała na konieczność przygotowania specjalistycznej kadry dla potrzeb szkolnictwa specjalnego.

CÍLE KAPITOLY



- historycznego uwarunkowania rozwoju polskiej pedagogiki specjalnej;
 - etapów rozwoju pedagogiki specjalnej w Polsce.
-

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Cel humanitarny, cel funkcjonalny, cel społeczny, etiologia upośledzenia, ogólne wzorce zachowania, badanie struktur i funkcjonowania służb

4.1 Pierwsza połowa xx wieku

Przed 1918 rokiem szkół specjalnych w Polsce było niewiele, gdyż Polska znajdowała się wówczas w trudnym położeniu geopolitycznym, zaś funkcjonujące placówki ukierunkowane były głównie na rewalidację osób upośledzonych. Prowadzona w nich działalność dostarczała danych metodyczno – organizacyjnych, które okazały się niezwykle cenne po 1918 roku, kiedy to nastąpił przyspieszony rozwój szkolnictwa

specjalnego (Gasik, 1990). Pierwsze projekty organizacji systemu wychowania i kształcenia dzieci upośledzonych były dziełem Józefy Joteyko, która opracowywała je w okresie I wojny światowej. Już wówczas postulowała ona tworzenie w szkołach powszechnych oddziałów specjalnych oraz wskazywała na konieczność przygotowania specjalistycznej kadry dla potrzeb szkolnictwa specjalnego. Uzyskanie przez Polskę niepodległości w 1918 roku zapoczątkowało wzmożone działania nad opracowaniem nowoczesnego wówczas systemu oświaty i wychowania, którego elementem miało być szkolnictwo specjalne. Jednym z pierwszych zwiastunów nadchodzących przeobrażeń był Dekret o obowiązku szkolnym z dnia 7 lutego 1919 roku. Od tego momentu obowiązywał każde dziecko 7-letni okres kształcenia. W Dekrecie obecny był również zapis dotyczący dzieci upośledzonych umysłowo, który przewidywał ich kształcenie w ramach uchwalonego obowiązku, ale tylko w tych przypadkach, gdy w miejscu zamieszkania dziecka funkcjonował zakład kształcenia specjalnego. Wiele zagadnień związanych z opracowywanym programem szkolnictwa i oświaty podnoszono w trakcie odbywającego się w kwietniu 1919 roku Ogólnopolskiego Zjazdu Nauczycielskiego w Warszawie. Ważnym przedmiotem dyskusji stała się problematyka opieki i wychowania dzieci upośledzonych, chorych i kalekich. Wskazano wówczas na znaczący odsetek dzieci w szkołach powszechnych, które ze względu na swoje na upośledzenie fizyczne lub umysłowe wymagały szczególnej opieki i specjalnych form, metod i technik kształcenia. Postulowano rozbudowę sieci zakładów specjalnych dla dzieci upośledzonych umysłowo, opóźnionych w rozwoju i mało zdolnych. Ustalenia poczynione na zjeździe stały się impulsem do wprowadzenia do Konstytucji z 17 marca 1921 roku, zapisów określających podstawowe prawa dzieci do opieki i ochrony, w tym również dzieci niepełnosprawnych (Balcerek, 1990a).

W pierwszych latach niepodległości Polski, rozbudową szkolnictwa specjalnego zajmowali się tacy pedagodzy jak Józefa Joteyko, Maria Grzegorzewska oraz Jan Hellmann, który został mianowany pierwszym naczelnikiem ministerialnego Wydziału Szkół Specjalnych i opracował podstawy programowe działalności w zakresie opieki i kształcenia dzieci upośledzonych (1921). Zostały one opracowane na wzór szkolnictwa specjalnego rozwijającego się w Belgii, gdzie stosowano system O. Decroly'ego. Określono w nich zadania i ścieżki rozwoju szkolnictwa specjalnego w Polsce oraz wskazano na podstawowe potrzeby oraz wizję jego funkcjonowania w przyszłości (Balcerek, 1990).

Po zakończeniu I wojny światowej, Polska - podobnie jak większość państw europejskich - przyjęła w 1923 roku Deklarację Genewską, którą uchwaliła Rada Generalna Międzynarodowego Związku Pomocy Dzieciom w Genewie. W Deklaracji podkreślano, że na ludziach dorosłych ciąży obowiązek zapewnienia dzieciom jak najlepszych warunków do rozwoju fizycznego i duchowego. Spowodowało to powołanie w 1924 roku Sekcji Szkolnictwa Specjalnego przy Związku Polskiego Nauczycielstwa Szkół Powszechnych, którą kierowała M. Grzegorzewska. Działania Sekcji ukierunkowane zostały między innymi na teoretyczne przygotowanie i doskonalenie nauczycieli z zakresu pedagogiki specjalnej, szczególnie zaś na opracowywanie nowych i doskonalenie już wdrożonych metod nauczania i wychowania dzieci upośledzonych. Przedmiotem prac były także aspekty prawne i materialne dotyczące funkcjonowania nauczycieli w szkołach specjalnych. Z inicjatywy M. Grzegorzewskiej powstało wówczas czasopismo naukowe „Szkoła Specjalna”, zaś w ramach Biblioteki Pedagogiki Leczniczej publikowano różnorodne, ale przede wszystkim ważne opracowania z zakresu szkolnictwa specjalnego (Mauersberg, 1981).

W omawianym okresie, w systemie szkolnictwa specjalnego bazową rolę odgrywali nauczyciele przygotowujący do opieki i kształcenia dzieci upośledzonych. Pierwsze, krótkie kursy zorganizowano już w roku szkolnym 1919/1920. Kurs roczny uruchomiony został później przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego, zaś w 1921 roku utworzono Państwowe Seminarium kształcące nauczycieli dzieci upośledzonych, które w kolejnym roku zostało przekształcone w Państwowy Instytut Pedagogiki Specjalnej (PIPS). To właśnie ten Instytut stał się później głównym ośrodkiem rozwoju pedagogiki specjalnej (Sękowska, 1985). W latach międzywojennych był on placówką naukowo – badawczą zapewniającą warunki do powstania i rozwoju szkolnictwa specjalnego. Maria Grzegorzewska wraz ze współpracownikami (m.in. J. Joteyko, J. Doroszewską, J. Korczakiem, J. Hellmannem, M. Stefanowską, N. Han – Iglewicz i innymi) prowadziła w tym czasie szeroko zakrojone badania naukowe, w oparciu o które opracowywała i doskonaliła metody diagnozowania potrzeb dzieci upośledzonych, formy i metody wychowania i nauczania oraz współpracy z ich rodzicami (Balcerek, 1990a).

W grudniu 1925 roku zorganizowano I Polski Zjazd Nauczycielstwa Szkół Specjalnych, którego pokłosiem był postulat dotyczący opracowania ustawy o systemie kształcenia specjalnego oraz projektu rozwoju sieci szkół i zakładów specjalnych. Ustawa szkolna uchwalona dopiero w 1932 roku uregulowała organizację całego szkolnictwa. Zgodnie z jej zapisami wprowadzono 6 – letnią szkołę powszechną, ale niestety nie

obejmowała ona realizację obowiązku szkolnego dla dzieci niepełnosprawnych. Ustawę tą skrytykowano na II Zjeździe Nauczycieli Szkół Specjalnych. Wskazano na konieczność rozdzielenia aktów prawnych i wydania odrębnej ustawy o szkolnictwie specjalnym. Zaproponowano wprowadzenie szczegółowych zapisów dotyczących organizacji i uprawnień szkół specjalnych, ich zadań i miejsca w systemie szkolnictwa i oświaty, podmiotów zobowiązanych do organizacji i rozwoju sieci szkół specjalnych oraz obowiązków i praw uczących w nich nauczycieli. Ponadto postulowano przedłużenie do 16 roku życia obowiązku szkolnego dla dzieci niepełnosprawnych i zmniejszenie ich liczebności w klasach szkolnych do 20 osób (Balcerek 1990a).

W okresie międzywojennym, w Państwowym Instytucie Pedagogiki Specjalnej została uruchomiona pracownia psychopedagogiczna, zajmująca się diagnozowaniem dzieci niepełnosprawnych, tworzono własne oraz adaptowano do warunków polskich zagraniczne narzędzia badawcze. Ponadto w PPIS opracowywano liczne materiały diagnostyczno – selekcyjne. W owym czasie funkcjonowała tam również Poradnia Pedagogiki Leczniczej, kierowana przez Marię Grzegorzewską, w ramach której pedagodzy, lekarze i psycholodzy udzielali porad metodycznych rodzicom oraz nauczycielom dzieci niepełnosprawnych. Inne zadania realizowane były przez Poradnię Ortofoniczną, prowadzoną przez Tytusa Beniniego, która stanowiła podstawową placówkę naukowo – badawczą PIPS. Poradnia zajmowała się reedukacją zaburzeń mowy oraz prowadzonymi w tym zakresie specjalistycznymi oddziaływaniami lekarskimi i pedagogicznymi. PIPS prowadziło także specjalną szkołę podstawową dla dzieci upośledzonych umysłowo. Była to szkoła ćwiczeń umożliwiająca prowadzenie badań nad fizjologią układu nerwowego i poszerzaniem wiedzy z zakresu psychologii, psychiatrii, pedagogiki i dydaktyki. W oparciu o stan dotychczasowej wiedzy oraz uzyskiwane wyniki badań, został opracowany pierwszy w Polsce program kształcenia specjalnego dla dzieci upośledzonych umysłowo. Kierująca wówczas PIPS Maria Grzegorzewska, sformułowała cele i zadania pedagogiki specjalnej.

Do podstawowych zaliczyła:

- **cel humanitarny** (udzielanie jednostce upośledzonej pomocy w realizacji zadań życiowych oraz przestrzeganie jej prawa do uczestnictwa w życiu społecznym);
- **cel funkcjonalny** (optymalny rozwój jednostki, wzmocnienie sił i kompensacja braków);

- **cel społeczny** (włączanie jednostek zaburzonych i zahamowanych do społeczeństwa); cel ekonomiczny (przygotowanie osób upośledzonych do wykonywania pracy zawodowej) (Balcerek, 1990a).

Reasumując, okres międzywojenny to czas trudny, a zarazem konstruktywny, w którym dzięki działalności Marii Grzegorzewskiej i innych, wybitnych pedagogów specjalnych, zbudowano solidne podstawy do rozwoju polskiej pedagogiki specjalnej. Należy jednak podkreślić, że w okresie dwudziestolecia międzywojennego wystąpiły poważne braki w zakresie potrzeb dotyczących nauczania, wychowania i opieki nad dziećmi upośledzonymi. Niewystarczająca była liczba szkół specjalnych, w których kształcono jedynie 12% ogółu dzieci upośledzonych umysłowo. Te i inne zagadnienia dotyczące dzieci upośledzonych były przedmiotem rozważań na zorganizowanym w 1938 roku Ogólnopolskim Kongresie Dziecka, a następnie, tuż przed wybuchem II wojny światowej, na Kongresie Nauczycielskim w Wilnie, w trakcie którego przeprowadzono wnikliwą ocenę szkolnictwa specjalnego oraz opracowano główne kierunki jego rozwoju (Balcerek 1990a).

Druga wojna światowa spowodowała regres w polskiej pedagogice specjalnej. Był to bowiem czas niezwykle trudny dla tych osób niepełnosprawnych, które w ocenie nazistów nadawały się do pełnienia funkcji społecznych oraz czas tragiczny dla tych upośledzonych, których uznano za nieprzydatnych i unicestwiono. Okupanci zamykali szpitale psychiatryczne, likwidowali szkoły specjalne i uniemożliwiali prowadzenie prac naukowo – badawczych nad osobami upośledzonymi. W odpowiedzi na taki stan rzeczy Polacy zorganizowali tajny system wychowania i nauczania, ukierunkowany na utrzymanie ciągłości poszczególnych szczebli szkolnictwa polskiego, manifestację wartości kulturowych oraz profilaktykę w zakresie wykołajenia moralnego i społecznego dzieci i młodzieży. Olbrzymią rolę w tym zakresie działania odegrali nauczyciele dzieci upośledzonych umysłowo, którzy nauczali dzieci pełnosprawne, zaś dzieci upośledzone otaczali opieką i wsparciem, a często ukrywali, chroniąc ich życie przed zakusami okupanta (Gasik, 1990).

4.2 Druga połowa xx wieku

Po zakończeniu II wojny światowej nastąpił w Polsce okres odnowy pedagogiki specjalnej. To czas rozwoju form i metod opieki i kształcenia osób upośledzonych umysłowo, rozkwitu szkół eksperymentalnych, prowadzenia intensywnych badań, powstawania

czasopism specjalistycznych oraz licznych publikacji odnoszących się do pedagogiki specjalnej (Lipkowski, 1979). Prowadzone w tym okresie badania koncentrowały się głównie na:

- **etiologii upośledzenia** (nurt badań biologiczno – metodycznych);
- **ogólnych wzorcach zachowania** (nurt behawioralno – społeczny);
- **badaniu struktur i funkcjonowania służb** zajmujących się osobami niepełnosprawnymi.

Działania te sprzężone były z ideą inkluzji, propagowaną w latach 1946 – 1948 przez Komisję Praw Człowieka ONZ i zapisaną w uchwalonej 10 grudnia 1948 roku Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, dotyczącej również praw dziecka jako człowieka. Następnym tego było uchwalenie 20 listopada 1959 roku Deklaracji Praw Dziecka oraz zgłoszenie w 1978 roku przez Polskę, wstępnego projektu konwencji o prawach dziecka. Istotne jest to, że przyjęta w listopadzie 1989 roku konwencja uwzględniała prawo dzieci upośledzonych do zapewnienia im godnych warunków życia oraz aktywnego społecznego funkcjonowania. W konwencji poniesiono prawa dzieci niepełnosprawnych do specjalnej, bezpłatnej opieki oraz dostępu do kształcenia, nauki zawodu i usług w zakresie ochrony zdrowia, rehabilitacji i wypoczynku. Inne ważne, międzynarodowe dokumenty odnoszące się do osób niepełnosprawnych, to między innymi uchwalona 20 grudnia 1970 roku przez Zgromadzenie Ogólne ONZ Deklaracja Praw Osób Upośledzonych Umysłowo oraz przyjęta w 1975 roku przez Radę Społeczną i Gospodarczą Narodów Zjednoczonych, Rezolucja nr 1921/LVIII, odnosząca się do zapobiegania inwalidztwu i rehabilitacji inwalidów (Balcerek, 1990b).

W latach powojennych szkolnictwo specjalne w Polsce rozwijało się powoli, ale sukcesywnie. Z zawieruchy wojennej ocalało 14 placówek, ale już w pierwszym powojennym dziesięcioleciu utworzono 42 nowe szkoły specjalne. Do systemu oświaty wprowadzono także przedszkola specjalne oraz tzw. „Szkoły Życia”, które były placówkami edukacyjnymi dla osób niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu znacznym i głębokim. W dalszych latach te formy organizacyjne rozwijały się dynamicznie i pod koniec XX wieku było w Polsce ponad 100 „Szkół Życia” oraz 31 przedszkoli specjalnych. W polskiej pedagogice specjalnej przełomowym stał się rok 1970. To wówczas Państwowy Instytut Pedagogiki Specjalnej został przekształcony w Wyższą Szkołę Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, a już w 1975 roku pierwsi jej

absolwenci (magistrowie pedagogiki specjalnej) zasilili obszar wspomagania społecznego osób niepełnosprawnych. (Pańczyk, 2001).

Lata osiemdziesiąte XX wieku, to czas rozwoju różnych form kształcenia nauczycieli w zakresie pedagogiki specjalnej. Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej oraz inne uniwersytety i szkoły wyższe oferowały kształcenie z zakresu pedagogiki specjalnej również w ramach studiów podyplomowych. Ten obszar kształcenia stał się na tyle popularny, że pod koniec XX wieku kierunek studiów pod nazwą Pedagogika specjalna stał się jednym z 92 przyjętych przez Radę Główna Szkolnictwa Wyższego, a Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej weszła w XXI wiek (1 września 2000 roku) pod nazwą Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie.

Konkludując, w drugiej połowie XX wieku odnotowano w Polsce intensywny rozwój kształcenia specjalnego, wzmożoną aktywność w zakresie poszukiwania nowych i efektywnych form i metod opieki oraz kształcenia osób niepełnosprawnych, jak też coraz to lepszych rozwiązań organizacyjnych.

KONTROLNÍ OTÁZKY



1. Która instytucja była głównym ośrodkiem rozwoju polskiej pedagogiki specjalnej?
2. Jakie nurty w rozwoju pedagogiki specjalnej można wyodrębnić po zakończeniu II wojny światowej?
3. Jakie główne międzynarodowe dokumenty odnoszące się do osób niepełnosprawnych, uchwalono w drugiej połowie XX wieku?
4. Jakie nowe formy organizacyjne (placówki edukacyjne dla osób niepełnosprawnych) wprowadzono do systemu oświaty w pierwszym powojennym dziesięcioleciu?

KORESPONDENČNÍ ÚKOL



1. W oparciu o powyższy tekst wyodrębnij etapy rozwoju polskiej pedagogiki specjalnej.
2. Porównaj etapy rozwoju polskiej i czeskiej pedagogiki specjalnej.



DALŠÍ ZDROJE

<file:///C:/Users/Dell/Desktop/tyflopädagogika/poradnik7.pdf>

https://www.pfron.org.pl/fileadmin/files/0/324_01-Anna_Wilmowska-Pietruszynska.pdf

file:///C:/Users/Dell/Desktop/tyflopädagogika/128_adaszynska.pdf

https://www.kul.pl/files/1024/.../1998/RPsych_1998_vol01_181-187_Tucholska.pdf

www.zus.pl/...orzecznictwa...zus_ii.../35c8181e-c3f6-4e27-9855-3648217d2ce1

file:///C:/Users/Dell/Desktop/tyflopädagogika/SM_13_223.pdf

5 POLSKA PEDAGOGIKA SPECJALNA – AKTUALIA GLÓWNE KIERUNKI ROZWOJU

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



W poszukiwaniu swej tożsamości, pedagogika specjalna w Polsce podlega nieustannym przeobrażeniom. Przemiany i kierunki rozwoju tej dziedziny są analizowane na wielu płaszczyznach, rozpatrywane wieloaspektowo oraz ujmowane w kontekście zarówno teoretycznym, jak i prakseologicznym, a wszystko to jest ukierunkowane na jej porządkowanie i systematyzowanie. Pomimo tego, że pedagogika specjalna nie jest aktualnie uznana za odrębną dyscyplinę naukową, to sama jej naukowość nie jest w żaden sposób kwestionowana.

CÍLE KAPITOLY



- najnowszych nurtów w polskiej pedagogice specjalnej;
- perspektyw rozwojowych tej subdyscypliny pedagogicznej.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Pedagogika osób wybitnie zdolnych i uzdolnionych, gerontologiczna pedagogika specjalna, andragogika specjalna, pedagogika osób odmiennych somatycznie, pedagogika osób z wieloraką niepełnosprawnością, pedagogika osób ze spektrum autyzmu i z zaburzeniami psychozopodobnymi

Zakres zainteresowań pedagogiki specjalnej wyznaczany jest przemianami kulturowo – społecznymi, widocznymi zwłaszcza w dynamice zmian zachodzących w niemal wszystkich obszarach życia społecznego. Związane są one głównie z:

- postępem medycyny i leczenia chorób dotychczas uznawanych za nieuleczalne;
- ze stanem wiedzy odnoszącym się do najnowszych metod i technik w zakresie diagnostyki chorób i zaburzeń (zwłaszcza rozpoznawania ich mechanizmów);
- pojawianiem się innowacyjnych metod, technik oraz form pracy terapeutycznej i rewalidacyjnej;

- zmianami w świadomości społecznej i postrzeganiem osób niepełnosprawnych, wskutek propagowania idei integracji i włączania osób niepełnosprawnych w nurt życia społecznego.

Współczesna pedagogika specjalna obejmuje swoim zainteresowaniem całe życie człowieka i stale poszerza ten zasięg, wyodrębniając nowe obszary oraz określając nowe zakresy, takie jak pedagogika prenatalna, neonatalna i pedagogika osób dorosłych i starszych z trudnościami w rozwoju. Progres pedagogiki specjalnej widoczny jest także w zakresie rehabilitacji, a zwłaszcza edukacji. Otóż oddziaływaniami specjalnymi zastały objęte osoby z niepełnosprawnościami wielozakresowymi oraz rzadko występującymi, jak na przykład zespół Marfana (rzadka choroba genetyczna dotycząca nieprawidłowości tkanki łącznej oraz wad układu kostno-stawowego, narządu wzroku, serca i naczyń krwionośnych) czy Retta (uwarunkowane genetycznie i nieuleczalne neurorozwojowe schorzenie z szeregiem współwystępujących objawów ze strony różnych układów).

Współczesna pedagogika specjalna ukierunkowana jest na zaspokajanie wielozakresowych potrzeb rozwojowych wszystkich generacji, w zależności od specyfiki indywidualnego funkcjonowania poznawczo – rozwojowego oraz ograniczeń środowiskowych. Podobne tendencje ujawniają się w obszarze edukacji dzieci ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi. Nowe rozwiązania organizacyjne obejmują również model kształcenia osób ze specjalnymi potrzebami, które dotyczą ich edukacyjnego włączania w ramach poszerzonej integracji i trendów dotyczących likwidacji szkolnictwa segregacyjnego. Tendencje odnoszące się do podmiotu pedagogiki specjalnej, krystalizują się w postaci nowych wzorów myślenia paradygmatycznego oraz wartościowania niepełnosprawności (Dykcik, 2010).

Dziedzina ta rozwija się dynamicznie także w obszarze przedmiotowym. W centrum zainteresowania pedagogiki specjalnej jest wspomaganie jednostek niepełnosprawnych w różnych zakresach jej funkcjonowania i monitorowanie uzyskiwanych efektów rozwojowych, psychicznych i społecznych (Podgórska-Jachnik, 2009). Ten tradycyjny przedmiot zainteresowań został poszerzony o problematykę rewalidacji/rehabilitacji osób niepełnosprawnych i niedostosowanych społecznie. Następujące kolejno rozszerzenia perspektyw i problematyki pedagogiki specjalnej były i są aktualnie powiązane z ideą integracji i inkluzji, przejawiającą się w praktyce społecznej wdrażaniem zasad partycypacji, decentralizacji i normalizacji (Wojciechowski, 2005).

Wielu przedstawicieli polskiej pedagogiki specjalnej dostrzega zacieranie się granic normalności i nienormalności w ponowoczesnej rzeczywistości (m.in. Dykcik, A. Krauze,

D. Podgórska-Jachnik). Ich zdaniem, proces ten jest źródłem problemów pedagogiki specjalnej z utrzymaniem dotychczasowych kategorii czy klasyfikacji. Konieczne jest bowiem włączenie do nich na przykład kategorii osób wybitnie zdolnych czy mających problemy adaptacyjne, których źródłem są różnice kulturowe (Krauze, 2004).

Dynamiczny rozwój polskiej pedagogiki specjalnej cechuje otwarcie na nowe obszary. Dokonywane w nich penetracje empiryczne, opracowywane ujęcia teoretyczne oraz dokonania praktyczne są czynnikami modyfikującymi systematykę, czego wyrazem jest pojawianie się nowych subdyscyplin, takich, jak:

- pedagogika osób wybitnie zdolnych i uzdolnionych – dotyczy stymulowania rozwoju poznawczo – intelektualnego jednostek utalentowanych;
- gerontologiczna pedagogika specjalna – obejmuje wspomaganie osób w starszym wieku;
- andragogika specjalna – ukierunkowana na dorosłe osoby niepełnosprawne i ich wspomaganie;
- pedagogika osób odmiennych somatycznie – o niskim wzroście, znacznej chudości, ze zniekształceniami rysów twarzy;
- pedagogika osób z wieloraką niepełnosprawnością – złożoną lub krzyżową;
- pedagogika osób ze spektrum autyzmu i z zaburzeniami psychozopodobnymi (w DSM – V do tej kategorii zaliczane są: autyzm, zespół Aspergera, dziecięce zaburzenia dezintegracyjne oraz zaburzenia neurorozwojowe nie zdiagnozowane inaczej: PDD NOS).

Współczesne wyzwania pedagogiki specjalnej koncentrują się wokół konieczności interdyscyplinarnego poszukiwania swoistych form działań terapeutycznych, ukierunkowanych na wiele sfer funkcjonowania osób niepełnosprawnych i niedostosowanych społecznie (Wojciechowski, 2005). Ten kierunek rozwoju pedagogiki specjalnej powiązany jest między innymi z:

- osiągnięciami współczesnej medycyny – np. z wydłużeniem okresu życia osób z zespołem Downa;
- ubocznymi skutkami leczenia;
- rehabilitacją osób w śpiączkach;
- działalnością antyeutanazyjną.

W związku ze zmianą społecznej orientacji (przejściem od dyferencjacji do globalizacji) oraz wzmocnieniem się zjawiska heterogeniczności, współczesna pedagogika

specjalna stanęła wobec problemu dostosowania do tych zmian przestrzeni rehabilitacyjnej (Krauze, 2004). Jest to dla tej dziedziny niewątpliwie poważne wyzwanie i jeszcze nie do końca dookreślone.

Jako nadrzędny cel działań podejmowanych w obszarze pedagogiki specjalnej wskazywana jest obecnie integralność wychowania z nauczaniem. Przyjmując bowiem, że współczesność naznaczona jest ambiwalencją wartości i ekspansją kultury masowej, niezbędne jest wzmacnianie podmiotowości osób niepełnosprawnych niemal we wszystkich sferach ich funkcjonowania społecznego (Krauze, 2008). Istotne z pedagogicznego i społecznego jest podnoszenie poziomu ich kompetencji społecznych, zwłaszcza w zakresie asertywności i radzenia sobie ze stresem w sytuacjach trudnych relacyjnie i/lub dyskryminacyjnych (np. uzależnienie, nacisk, mobbing).

Konkludując - pedagogika specjalna to nauka stosowana, która rozwija się dynamicznie, z dbałością o wrażliwy i bardzo zróżnicowany podmiot oddziaływań oraz wieloaspektowy przedmiot badań. Na gruncie teorii i praktyki polskiej pedagogiki specjalnej ujawniają się współcześnie nowe kierunki rozwoju, ale też nowe dylematy i wyzwania. Stąd też wyłania się potrzeba uelastyczniania tej dyscypliny, zwłaszcza w zakresie modyfikacji systemu i takiego jego zróżnicowania, by zaspokajał on zindywidualizowane potrzeby osób niepełnosprawnych i niedostosowanych społecznie (Krauze, 2010). Istotne jest przy tym odejście od pedagogiki uprzedmiotowiającej, opresyjnej, nacechowanej litością, a rozwijanie paradygmatu pedagogiki wspierającej, wyzwalającej i transgresyjnej.



KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Czym jest wyznaczany zakres zainteresowań pedagogiki specjalnej?
2. Z czego wynika współczesny trend interdyscyplinarnego poszukiwania rozwiązań swoistych form działań terapeutycznych?
3. Co jest głównym źródłem problemów pedagogiki specjalnej z utrzymaniem dotychczasowych kategorii czy klasyfikacji?

KORESPONDENČNÍ ÚKOL



1. Porównaj kierunki rozwoju polskiej i czeskiej pedagogiki specjalnej.
2. W zestawieniu tabelarycznym umieść nowo kreowane subdyscypliny polskiej i czeskiej pedagogiki specjalnej wraz z ich szczegółowym opisem:

Nowe subdyscypliny w polskiej pedagogice specjalnej	Nowe subdyscypliny w czeskiej pedagogice specjalnej

DALŠÍ ZDROJE



<http://apcz.umk.pl/czasopisma/index.php/PBE/article/viewFile/PBE.2016.074/11273>

http://www.cns.aps.edu.pl/media/639611/czlowiek_2014_02-24.pdf

<file:///C:/Users/Dell/AppData/Local/Temp/1839-1410.pdf>

6 POLSKIE SZKOLNICTWO SPECJALNE



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Kształcenie specjalne w Polsce jest organizowane dla uczniów posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego (niepełnosprawnych, zagrożonych niedostosowaniem i niedostosowanych społecznie). Jak każde działanie pedagogiczne, tak i kształcenie tego typu jest procesem planowej i systematycznej pracy dydaktyczno – wychowawczej z uczniami wymagającym stosowania specjalnych oddziaływań, odpowiednich programów oraz specyficznych pomocy dydaktycznych.



CÍLE KAPITOLY

- rozwoju polskiego szkolnictwa specjalnego;
 - typów i nurtów we współczesnym kształceniu specjalnym;
 - obowiązujących aktualnie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej, niedostosowanej społecznie i zagrożonej niedostosowaniem społecznym.
-



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Typ segregacyjny, typ asymilacyjny, typ wspólnego nurtu, typ inkluzyjny

Początki zorganizowanego szkolnictwa specjalnego w Polsce kształtowały się na przełomie XIX i XX wieku. Niekorzystne uwarunkowania wynikające z izolacji Polski będącej wówczas pod zaborami spowodowały, że do roku 1918 działały tylko nieliczne szkoły specjalne, odcięte zarówno od światowych trendów, jak i możliwości reorganizacji. To spowodowało, że liczba placówek tego typu była niewystarczająca, a te, które funkcjonowały (głównie w Poznańskim, na Śląsku, w Toruniu, w Katowicach oraz na terenie dzisiejszego Chorzowa i Piekar Śląskich), zaspokajały jedynie podstawowe zapotrzebowanie społeczne. Sytuacja w tym zakresie poprawiła się dopiero w okresie międzywojennym, gdy w 1921 roku powstał system instytucjonalnego kształcenia

pedagogów specjalnych. Początkowo działalność kształcącą prowadziło Seminarium Pedagogiki Specjalnej, przekształcone w 1922 roku w Państwowy Instytut Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. W tym okresie nastąpił rozkwit szkolnictwa specjalnego, a na mapie Polski pojawiały się kolejne placówki. Przed wybuchem II wojny światowej funkcjonowały już 63 szkoły specjalne. Niestety działania okupanta doprowadziły do zrujnowania szkolnictwa specjalnego zarówno w obszarze instytucjonalnym, jak i osobowym.

W okresie powojennym mozolnie odbudowywano edukację specjalną. Z pożogi wojennej uratowanych zostało jedynie 14 placówek, ale już w pierwszym powojennym dziesięcioleciu nastąpił ich trzykrotny przyrost. Co więcej, tworzono sukcesywnie nieznane dotąd w Polsce przedszkola specjalne i „szkoły życia” dla jednostek niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu głębokim. Wraz z przekształceniem w 1970 roku Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej w Wyższą Szkołę Zawodową, nastąpił okres profesjonalizacji pedagogów specjalnych, kształconych odtąd na poziomie wyższym i w coraz większym stopniu dostrzegających potrzebę (re)socjalizacji osób niepełnosprawnych i niedostosowanych społecznie (Wyczesany, 2002; Pańczyk, 2001). Taki stan rzeczy przyczynił się do pojawienia się zmian w kształceniu specjalnym. W latach 80. XX wieku, oprócz placówek zamkniętych, ukierunkowanych prawie wyłącznie na działalność opiekuńczą, zaczęły powstawać placówki integracyjne, a polscy pedagodzy specjalni zaczęli otwierać się na nowe, światowe trendy w zakresie metodyki oddziaływań. W systemie kształcenia specjalnego nastąpiła swoista reorientacja. Nadal dominowało szkolnictwo specjalne, ale rozpoczęło się kształcenie integracyjne i inkluzyjne (Zamkowska, 2008).

Współcześnie obserwowana jest narastająca tendencja do upowszechnienia kształcenia niesegregacyjnego. Dostrzeganie potrzeb osób niepełnosprawnych, zwłaszcza w sferze socjalizacyjnej oraz ich praw, również w zakresie edukacji, przejawia się dzisiaj w działaniach zmierzających do całkowitego włączenia osób niepełnosprawnych do kształcenia w szkołach ogólnodostępnych. Źródłem obserwowanych obecnie postępów w kształceniu integracyjnym jest wzrost liczby uczniów obejmowanych kształceniem specjalnym. Stąd też pojawiła się wyraźna potrzeba rozwoju pedagogiki specjalnej, wykraczająca ponad system specjalnopedagogicznej kategoryzacji (Lindmeier, za: Szumski, 2009, s. 10). Jest to warunkowane wzrostem uczniów niepełnosprawnych uczęszczających do szkół ogólnodostępnych oraz uczniów z nowymi kategoriami

specjalnych potrzeb edukacyjnych - głównie z zaburzeniami rozwoju emocjonalnego, ogólnymi trudnościami w uczeniu się oraz zagrożonych niedostosowaniem społecznym.

Biorąc pod uwagę wskazane wyżej tendencje G. Sztumski (2009, s. 179) wyodrębnił cztery typy systemów kształcenia specjalnego:

- 1) **typ segregacyjny** – typowy dla placówek specjalnych wolnych od ograniczeń administracyjnych w dostępie do specjalnej pomocy i realizujących szeroki zakres specjalnego kształcenia;
- 2) **typ asymilacyjny** – obecny w tych placówkach segregacyjnych, w których obecne są administracyjne ograniczenia w dostępie do specjalnej pomocy, i w których realizowany jest niewielki zakres kształcenia specjalnego;
- 3) **typ wspólnego nurtu** – charakterystyczny dla placówek niesegregacyjnych wolnych od administracyjnych ograniczeń w dostępie do specjalnej pomocy, realizujących szeroki zakres specjalnego kształcenia;
- 4) **typ inkluzyjny** – typowy dla placówek niesegregacyjnych posiadających administracyjne ograniczenia w dostępie do specjalnej pomocy i realizujących niewielki zakres specjalnego kształcenia.

Powyższy podział jest propozycją nie mającą wprawdzie zastosowania w praktyce, ale umożliwiającą postrzeganie kształcenia specjalnego z różnych perspektyw oraz uporządkowanie wewnątrzsystemowe.

W polskim kształceniu specjalnym brane są pod uwagę następujące **kryteria charakteryzujące uczniów niepełnosprawnych**, ułatwiające objęcie wydzielonych grup uczniów specjalną pomocą dydaktyczno - wychowawczą:

- **rodzaj i stopień upośledzenia** – są to uczniowie ujęci w 7 grup: upośledzeni umysłowo; z zaburzeniami słuchu; z zaburzeniami wzroku; przewlekłe choroby; z zaburzonym narządem ruchu; ze spektrum autyzmu; ze sprzężonymi zaburzeniami;
- **możliwość realizacji programu** – są tu wyodrębniane dwie grupy uczniów: mogących uczestniczyć w realizacji programu szkoły powszechnej i nie będących w stanie go realizować z uwagi na swą niepełnosprawność;
- **wiek ucznia** - wczesne dzieciństwo (0-3 lata); wiek przedszkolny (4-6 lat); wiek szkolny (7-18 lat); wiek produkcyjny (18-65 lat);
- **miejsce kształcenia:** zgodnie z aktualnie obowiązującymi aktami prawnymi dotyczącymi organizacji kształcenia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz niepełnosprawnych osób dorosłych.

W myśl zapisów Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, każdy polski obywatel ma prawo do podejmowania edukacji i zdobywania wykształcenia. Akty prawne podrzędne Konstytucji, kreują system edukacji oraz system kształcenia specjalnego.

Aktualnie obowiązujący w Polsce akt prawny - Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 roku w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej, zagrożonej niedostosowaniem i niedostosowanej społecznie (Dz. U. poz. 1903; § 2.1.) - stanowi, że **kształcenie, wychowanie i opiekę dla uczniów niepełnosprawnych organizuje się w:**

1) przedszkolach:

- ogólnodostępnych,
- ogólnodostępnych z oddziałami integracyjnymi,
- integracyjnych,
- ogólnodostępnych z oddziałami specjalnymi,
- specjalnych;

2) oddziałach przedszkolnych w szkołach podstawowych;

3) innych formach wychowania przedszkolnego;

4) szkołach:

- ogólnodostępnych,
- ogólnodostępnych z oddziałami integracyjnymi,
- integracyjnych,
- ogólnodostępnych z oddziałami specjalnymi,
- specjalnych, w tym szkołach specjalnych przysposabiających do pracy;

5) młodzieżowych ośrodkach wychowawczych;

6) młodzieżowych ośrodkach socjoterapii;

7) specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych;

8) specjalnych ośrodkach wychowawczych;

9) ośrodkach rewalidacyjno-wychowawczych.

Dla uczniów niepełnosprawnych w przedszkolach, oddziałach przedszkolnych w szkołach podstawowych, innych formach wychowania przedszkolnego oraz w szkołach i oddziałach, organizowane jest kształcenie, wychowanie i opieka (w integracji z uczniami pełnosprawnymi) w placówkach najbliższych miejsca zamieszkania (punkty 1 – 4 w powyższym zestawieniu). Przedszkola specjalne i oddziały specjalne w przedszkolach ogólnodostępnych nie są organizowane dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Liczba uczniów w oddziale szkoły specjalnej i oddziale specjalnym w szkole ogólnodostępnej wynosi:

- w oddziale dla uczniów z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z których jedną z niepełnosprawności jest niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym lub znacznym – nie więcej niż 4;
- w oddziale dla uczniów z niepełnosprawnościami sprzężonymi (z wyłączeniem uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym) nie więcej niż 6;
- w oddziale dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim – nie więcej niż 16.

Dla uczniów niedostosowanych społecznie organizuje się na każdym etapie edukacyjnym kształcenie, wychowanie i opiekę w szkołach, oddziałach i ośrodkach wymienionych w powyższym zestawieniu, w punkcie 4 i 5 (§ 3 rozporządzenia), zaś dla uczniów zagrożonych niedostosowaniem społecznym w punktach 4, 6 i 8. Oddziały specjalne dla uczniów niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem nie są organizowane w szkołach ogólnodostępnych.

Wszystkie wyżej wymienione placówki mają za zadanie:

- realizowanie zaleceń zamieszczonych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego;
- zapewnienie uczniom warunków do nauki, sprzętu specjalistycznego i środków dydaktycznych odpowiednich do ich indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych;
- organizowanie zajęć specjalistycznych – rewalidacyjnych, resocjalizacyjnych, socjoterapeutycznych oraz z zakresu terapii pedagogicznej;
- podejmowanie działań integrujących uczniów ze środowiskiem rówieśniczym;
- przygotowanie uczniów do samodzielnego życia w dorosłości.

Powyższe zadania są realizowane w oparciu o **Indywidualny Program Edukacyjno- Terapeutyczny (IPET)**, który określa zakres i sposób dostosowania programu oraz wymagań edukacyjnych do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych uczniów, w szczególności przez zastosowanie odpowiednich metod i form pracy. IPET wskazuje zakres zintegrowanych działań nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem, ukierunkowanych na poprawę jego funkcjonowania. Działania te mają charakter rewalidacyjny, resocjalizacyjny

lub socjoterapeutyczny, w zależności od wyników diagnozy psychopedagogicznej i indywidualnych potrzeb ucznia. W programie określony jest także zakres współpracy wychowawców, nauczycieli i specjalistów oraz formy współpracy z rodzicami ucznia oraz innymi podmiotami i instytucjami wspierającymi proces wychowania i kształcenia. W przypadku ucznia niepełnosprawnego, w programie zamieszczone są zalecenia odnośnie rodzaju i sposobu dostosowania warunków organizacji kształcenia do rodzaju jego niepełnosprawności oraz wykorzystania technologii wspomagających jego kształcenie. W oparciu o zalecenia wynikające z orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, zajęcia edukacyjne lub specjalistyczne mogą być realizowane indywidualnie z uczniem lub w grupie liczącej do 5 uczniów. W ramach zajęć rewalidacyjnych program uwzględnia w szczególności rozwijanie umiejętności komunikacyjnych.

Program terapeutyczny opracowywany jest przez zespół, w skład którego wchodzi wychowawcy, nauczyciele i specjaliści prowadzący zajęcia z uczniem. Wszelkie ustalenia edukacyjne, wychowawcze i terapeutyczne są formowane na bazie wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia, odnoszącej się do jego indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych, mocnych stron, predyspozycji, zainteresowań i uzdolnień. Program opracowywany jest na okres przewidziany w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego, nie dłuższy jednak niż etap edukacyjny. Program może ulec modyfikacji, w zależności od oceny jego efektywności. Posiedzenia zespołu organizowane są w miarę potrzeb, ale nie rzadziej niż dwa razy w roku szkolnym. W spotkaniach zespołu, a także w opracowaniu i modyfikacji programu oraz dokonywaniu wielospecjalistycznych ocen mają prawo uczestniczyć rodzice ucznia lub on sam, jeżeli jest już pełnoletni.

W celu współorganizowania kształcenia integracyjnego, z uwzględnieniem realizacji zaleceń zawartych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego, w *placówkach ogólnodostępnych z oddziałami integracyjnymi, integracyjnych, szkołach ogólnodostępnych z oddziałami integracyjnymi i szkołach integracyjnych*, zatrudniani są dodatkowo nauczyciele posiadający kwalifikacje z zakresu pedagogiki specjalnej.

Z kolei w *placówkach ogólnodostępnych, w tych przedszkolach i szkołach, w których kształceniem specjalnym są objęci uczniowie posiadający orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na autyzm, w tym zespół Aspergera, lub niepełnosprawności sprzężone*, zatrudniani są dodatkowo nauczyciele posiadających kwalifikacje z zakresu pedagogiki specjalnej, specjalistów lub pomoc nauczyciela, w celu realizacji zaleceń zawartych w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego.

Pomoc nauczyciela jest zatrudniana *dotatkowo w placówkach ogólnodostępnych z oddziałami specjalnymi oraz w klasach I–IV szkół podstawowych specjalnych i szkół podstawowych ogólnodostępnych z oddziałami specjalnymi*, dla uczniów z:

- niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym;
- niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją;
- autyzmem, w tym z zespołem Aspergera;
- niepełnosprawnościami sprzężonymi.

Pomoc nauczyciela mogą także zatrudniać placówki specjalne, integracyjne, ogólnodostępne z oddziałami specjalnymi lub integracyjnymi, ale jedynie za zgodą organu prowadzącego.

Obecny system kształcenia osób niepełnosprawnych w Polsce oparty jest na nurcie segregacyjnym (szkoły i przedszkola specjalne), integracyjnym (szkoły i przedszkola integracyjne), włączającym/inkluzyjnym (szkoły i przedszkola ogólnodostępne z oddziałami/klasami integracyjnymi) oraz zindywidualizowanym (nauczanie indywidualne).

Wpasowujące się w nurt segregacyjny polskie placówki specjalne (przedszkola i szkoły), ukierunkowane są na przygotowanie do życia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej z zastosowaniem specjalnych metod prowadzących do ich możliwie wszechstronnego rozwoju w dostępnym im zakresie oraz przygotowanie do wykonywania zawodu. Struktura placówek specjalnych (szkół, przedszkoli) nie odbiega znacząco od struktury placówek ogólnodostępnych, ale prowadzone w nich kształcenie cechuje specyfika wynikająca z faktu, iż uczniowie niepełnosprawni (Pańczyk 1991, za: Gajdzica, 2007):

- wykazują różne trudności w nauce oraz posiadają specyficzne zaburzenia poznawcze, emocjonalne i społeczne;
- podlegają różnym procesom – zarówno tym, które odnoszą się do kształcenia ogólnego, jak i specjalistycznym (rewalidacja/rehabilitacja i resocjalizacja);
- realizują różne cele oddziaływań – od tych ogólnych, systemowo obowiązujących, po indywidualne, rewalidacyjne/rehabilitacyjne i resocjalizacyjne, ukierunkowane na przygotowanie do życia społecznego;
- poddawani są oddziaływaniom za pomocą zróżnicowanych metod, form i środków oraz uczestniczą w programach uwzględniających ich trudności.

Z kolei z nurtem integracyjnym powiązane są przedszkola i szkoły integracyjne. Aktem prawnym, określającym zasady organizowania kształcenia integracyjnego jest Rozporządzenie MEN z dnia 18 stycznia 2005r. (z późniejszymi zmianami). W Polsce kształcenie integracyjne oparte jest na modelu hamburskim (Gajdzica 2008, s.119), zakładającym taką organizację procesu kształcenia, która musi spełniać określone warunki. Otóż placówka integracyjna powinna posiadać na każdym etapie nauczania oddziały/klassy integracyjne ze zmniejszoną liczbą uczniów (15 – 20), w tym od trzech do pięciu z orzeczoną niepełnosprawnością różnego rodzaju i stopnia. W klasie integracyjnej powinni pracować z uczniami dwaj nauczyciele, w tym jeden współorganizujący proces edukacji i zabezpieczający uczniom niepełnosprawnym specjalną pomoc w zakresie realizacji indywidualnego programu kształcenia. Zakres obowiązków współdziałających nauczycieli obejmuje (Flis, 2005, s.19):

- diagnozowanie potrzeb i możliwości edukacyjnych dzieci z zaburzeniami i odchyleniami rozwojowymi oraz mających specyficzne trudności w nauce;
- wspomaganie rozwoju dzieci niepełnosprawnych w procesie ich kształcenia;
- dostosowywanie programów nauczania do zróżnicowanego zespołu klasowego oraz łączenie wytycznych i założeń pracy z dzieckiem niepełnosprawnym i dzieckiem sprawnym w jednolity system kształcenia;
- planowanie podziału ról podczas zajęć edukacyjnych oraz przygotowywanie i wdrażanie programu wychowawczego;
- dostosowanie wymagań edukacyjnych zgodnie z zaleceniami poradni psychologiczno– pedagogicznych;
- opracowywanie i realizację programu włączania rodziców do działań na rzecz klasy.

Trzeci, włączający/inkluzyjny nurt kształcenia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej reprezentowany jest przez szkoły i przedszkola ogólnodostępne z oddziałami/klasami integracyjnymi. Inkluzja stanowi dojrzałą, pełną formę integracji, której istotą jest włączanie uczniów niepełnosprawnych w nurt życia szkoły ogólnodostępnej poprzez realizację przez nich ogólnego programu nauczania, realizowanego z ograniczoną pomocą specjalną. Jest to jednak nieczęsto występująca forma kształcenia, z uwagi na dość restrykcyjne zasady jej przygotowania i prowadzenia oraz warunki, w których wszystkie podmioty kształcenia - uczniowie sprawni i

niepełnosprawni oraz nauczyciele czuliby się komfortowo i funkcjonowali w atmosferze tolerancji, zrozumienia i akceptacji zróżnicowanych potrzeb.

Dla dzieci, które z powodu dysfunkcji narządu ruchu, choroby przewlekłej lub innych powodów nie są w stanie pobierać nauki i wychowania w warunkach szkolnych, organizowane jest **nauczanie indywidualne**. Jest ono orzekane w poradni psychologiczno-pedagogicznej, zaś organizowane przez ogólnodostępne przedszkole lub szkołę, do której dane dziecko/uczeń uczęszcza. Jest to opcja kształcenia niekorzystna z pedagogicznego punktu widzenia, gdyż w znacznym stopniu ogranicza doświadczenia socjalizacyjne. Program szkoły ogólnodostępnej dostosowywany jest do możliwości ucznia objętego nauczaniem indywidualnym, zdiagnozowanego przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną lub inną poradnię specjalistyczną.

Niezależnie od współistnienia szkolnictwa specjalnego i rozwiązań edukacyjnych uwzględniających pełną inkluzję uczniów, mocno podnoszona jest w pedagogice specjalnej i prawie polskim potrzeba indywidualizacji kształcenia osób niepełnosprawnych, zagrożonych niedostosowaniem i niedostosowanych społecznie.



KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Jakie wyróżniamy typy kształcenia specjalnego?
 2. Jakie formy organizacyjne w zakresie kształcenia, wychowania i opieki dzieci i młodzieży niepełnosprawnej, niedostosowanej społecznie i zagrożonej niedostosowaniem społecznym realizowane są aktualnie w polskim systemie edukacji i jakie są ich podstawowe zadania?
 3. Na jakich nurtach oparty jest system kształcenia osób niepełnosprawnych w Polsce, a na jakich w Czechach?
 4. Co zawiera Indywidualny Program Edukacyjno- Terapeutyczny (IPET)?
-



KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Wskaż podobieństwa i różnice w organizacji kształcenia specjalnego w Polsce i w Czechach, lokując w tabeli rozwiązania aktualnie obowiązujące w obu państwach, a odnoszące się do określonych kryteriów:

KRYTERIUM	POLSKA	CZECHY
rodzaj i stopień upośledzenia		
możliwość realizacji programu		
wiek ucznia		
miejsce kształcenia		

DALŠÍ ZDROJE



<https://www.gov.pl/web/edukacja/ksztalcenie-specjalne>

<http://www.pbp.poznan.pl/node/1759>

https://www.dbp.wroc.pl/linki/index.php?title=Szkolnictwo_specjalne

7 POMOC PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA DLA UCZNIÓW ZE SPECJALNymi POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI W PRZEDSKOLACH, SZKOLACH I PLACÓWKACH



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Polskie prawo oświatowe gwarantuje uczniom o specjalnych potrzebach edukacyjnych (SPE) wsparcie psychologiczno – pedagogiczne w szkole lub placówce. **Specjalne potrzeby edukacyjne** rozumieć należy jako potrzeby wynikające ze specyfiki funkcjonowania poznawczo-percepcyjnego (niższe niż przeciętne możliwości intelektualne, a także dysleksja, dysgrafia, dysortografia, dyskalkulia), zdrowotnego (dzieci przewlekle chore) oraz ograniczeń środowiskowych (dzieci emigrantów, dzieci z rodzin niewydolnych wychowawczo).



CÍLE KAPITOLY

- obecnie obowiązujących w Polsce aktów prawnych odnoszących się do uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi;
 - warunków i zasad organizacji udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach;
 - zadaniach podmiotów i formach pomocy udzielanej uczniom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w przedszkolach, szkołach i placówkach;
-



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Klasy terapeutyczne, Zajęcia logopedyczne, Zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno-społeczne, Inne zajęcia o charakterze terapeutycznym, Indywidualizowana ścieżka kształcenia

Wsparcie psychologiczno – pedagogiczne ma na celu wdrożenie i urzeczywistnienie idei wyrównywania szans edukacyjnych wszystkich uczniów i kierowane jest zarówno do uczniów posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia

specjalnego, jak i tych, którzy wykazują trudności w realizacji standardów wymagań programowych.

W przypadku posiadania przez ucznia orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, wydanego przez zespół orzekający w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, sposób organizacji zajęć zostaje dostosowany do zaleceń zamieszczonych w orzeczeniu. Brane są tu także pod uwagę potrzeby ucznia, które są rozpoznawane w toku wielospecjalistycznej oceny jego funkcjonowania (po dostarczeniu orzeczenia). Planowanie i koordynowanie udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej jest w tym przypadku zadaniem zespołu, który uwzględni wymiar godzin ustalony dla poszczególnych form pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Podstawową zasadą jest tu takie kreowanie sytuacji dydaktycznej, by nie doszło do wyłączenia z toku zajęć dziecka ze specjalnymi potrzebami.

Kształcenie uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi powinno być prowadzone z uwzględnieniem odpowiednich warunków zewnętrznych. Między innymi do potrzeb dzieci niedosłyszących, dzieci z zespołem Aspergera czy z autyzmem powinna być dostosowana akustyka, miejsce w pierwszej ławce powinny zajmować dzieci z wadami widzenia, a miejsce z daleka od okna dzieci z ADHD. W odniesieniu do dzieci niepełnosprawnych ruchowo, w tym na wózkach inwalidzkich, ławki w klasie powinny być tak ustawione, by mogły one mieć możliwość swobodnego przemieszczania się.

Tworzenie prawidłowych warunków edukacyjnych leży w gestii nauczycieli. Mają oni za zadanie dostosować metody i formy pracy oraz sposób komunikowania się z dzieckiem do jego możliwości, uwarunkowanych dysfunkcjami czy sytuacją społeczną. Ponadto, nauczyciele w zależności od rodzaju schorzenia czy zaburzenia stwierdzonego u dziecka, powinni zachowywać odpowiedni dystans fizyczny (dziecko niewidome, z zespołem Aspergera czy z autyzmem), wydłużać czas pracy, zmieniać formy jego aktywności, dokonywać podziału materiału nauczania na mniejsze partie, zmniejszać lub zwiększać liczbę zadań i ćwiczeń do wykonania, umożliwiać poznawanie wielozmysłowe, stosować specjalistyczne środki dydaktyczne, karty zadań do samodzielnego wykonania oraz powtarzać obowiązujące w klasie reguły wraz ze wskazaniem jasnych granic.

W związku z reformą polskiego szkolnictwa i nową strukturą szkoły podstawowej, od 1 września 2017 r. uczniowie klas I, IV, VII szkoły podstawowej realizowali nową podstawę programową, zaś uczniowie pozostałych klas szkół podstawowych, klas gimnazjalnych, ponadgimnazjalnych korzystali z dotychczasowej podstawy programowej i dotychczasowych podręczników. Nową podstawę programową do wszystkich klas szkoły

podstawowej (Załącznik Nr 3 Podstawy Programowej) realizują natomiast (od 1 września 2017 roku) uczniowie z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym¹³.

Czas trwania zajęć edukacyjnych i rewalidacyjnych, zasady opracowywania arkusza organizacyjnego szkoły/przedszkola, liczbę dzieci w szkołach specjalnych, w przedszkolnych oddziałach integracyjnych, specjalnych oraz w klasach I-III, określa rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 marca 2017 roku (Dz.U. z 2017r. poz. 649).

Na mocy rozporządzeń Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 roku¹⁴ oraz 31 sierpnia 2017 roku¹⁵ w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, pomoc psychologiczno – pedagogiczna udzielana uczniom o specjalnych potrzebach edukacyjnych obejmuje:

- rozpoznawanie i zaspokajanie ich indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych;
- rozpoznawanie ich indywidualnych możliwości psychofizycznych;
- identyfikowanie czynników środowiskowych wpływających na ich funkcjonowanie w szkole i placówce.

Działania pomocowe mają na celu wspieranie potencjału rozwojowego uczniów i stwarzanie warunków do ich aktywnego i pełnego uczestnictwa w życiu szkoły i placówki oraz w środowisku społecznym. Pomocą psychologiczno – pedagogiczną objęci są uczniowie:

- niepełnosprawni, niedostosowani społecznie i zagrożeni niedostosowaniem;
- wykazujący zaburzenia zachowania lub emocji;
- posiadający szczególne uzdolnienia;
- wykazujący specyficzne trudności w uczeniu się, wynikające z deficytów kompetencji i zaburzeń sprawności językowych lub przewlekłej choroby;
- znajdujący się w sytuacji kryzysowej lub traumatycznej;
- doświadczający niepowodzeń edukacyjnych;

¹³ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. (Dz. U. z 2017r., poz. 356).

¹⁴ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. (Dz.U. z dnia 25 sierpnia 2017 roku, Poz. 1591)

¹⁵ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2017 r. (Dz. U. z dnia 31 sierpnia 2017 roku, Poz. 1643)

- doświadczający zaniedbań środowiskowych związanych z sytuacją bytową rodziny, sposobem spędzania czasu wolnego i kontaktami środowiskowymi;
- mający trudności adaptacyjne związane z różnicami kulturowymi lub ze zmianą środowiska edukacyjnego, w tym związanych z wcześniejszym kształceniem za granicą.

W szkołach i placówkach dobrowolną i nieodpłatną pomoc niosą uczniom z SPE nauczyciele, wychowawcy grup wychowawczych oraz specjaliści wykonujący w szkole i placówce zadania z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej (psycholodzy, pedagodzy, logopedzi, doradcy zawodowi i terapeuci pedagogiczni), okreśłani mianem specjalistów. Współdziałają oni z:

- rodzicami uczniów;
- poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, w tym poradniami specjalistycznymi;
- placówkami doskonalenia nauczycieli;
- innymi szkołami i placówkami;
- organizacjami pozarządowymi;
- innymi instytucjami i podmiotami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży.

Sprawami organizacyjnymi w obszarze pomocy psychologiczno – pedagogicznej zajmuje się dyrektor kierujący szkołą lub placówką.

Pomoc psychologiczno – pedagogiczna udzielana jest także rodzicom uczniów i nauczycielom w zakresie wspomaganie ich w rozwiązywaniu problemów wychowawczo – dydaktycznych oraz wzmacniania umiejętności wychowawczych. Jest to podyktowane dobrem uczniów i ukierunkowane na podnoszenie efektywności udzielanej im pomocy.

7.1 Formy pomocy dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi

W szkołach ogólnodostępnych pomoc psychologiczno – pedagogiczna zorganizowana jest w następujących formach:

1. Klasy terapeutyczne organizowane są dla uczniów wymagających dostosowania organizacji i procesu nauczania oraz długotrwałej pomocy specjalistycznej z uwagi na trudności wynikające z:

- zaburzeń rozwojowych;

- stanu zdrowia;
- posiadania opinii poradni, z której wynika potrzeba objęcia ucznia pomocą w tej formie.

Do klas terapeutycznych uczęszczają w/w uczniowie do czasu złagodzenia albo wyeliminowania trudności, które brane były pod uwagę w decyzji o objęciu ucznia pomocą w tej formie (liczebność grupy do 15 uczniów). Do klas terapeutycznych mogą uczęszczać także uczniowie innej szkoły, ale tylko za zgodą organu prowadzącego.

- 2. Zajęcia logopedyczne** organizowane są dla uczniów z deficytami kompetencji i zaburzeniami sprawności językowych (liczebność grupy do 4 uczniów – zajęcia 45 min.).
- 3. Zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno-społeczne** (korekcyjno – kompensacyjne) przewidziane są dla uczniów przejawiających trudności w funkcjonowaniu społecznym (liczebność grupy do 10 uczniów – zajęcia 45 min.).
- 4. Inne zajęcia o charakterze terapeutycznym** organizowane są dla uczniów wykazujących zaburzenia i odchylenia rozwojowe (liczebność grupy do 10 uczniów – zajęcia 45 min.).
- 5. Zindywidualizowana ścieżka kształcenia** organizowana jest dla uczniów, którzy z uwagi na stan zdrowia nie mogą uczestniczyć we wszystkich zajęciach edukacyjnych realizowanych w szkole i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych (wymagana jest opinia publicznej poradni psychologiczno – pedagogicznej). Program nauczania zindywidualizowanego (cele, metody i formy) dostosowany jest do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia, w szczególności jego potrzeb wynikających ze stanu zdrowia. **Zindywidualizowanej ścieżki kształcenia nie organizuje się dla uczniów objętych kształceniem specjalnym oraz uczniów objętych indywidualnym nauczaniem.**

W trakcie bieżącej pracy z uczniem oraz przez zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów, szkoła może udzielać pomocy psychologiczno-pedagogicznej także w formie zajęć:

- rozwijających uzdolnienia oraz umiejętności uczenia się (liczebność grupy do 8 osób – zajęcia 45 min.);
- dydaktyczno-wyrównawczych (liczebność grupy do 8 osób – zajęcia 45 min.);

- związanych z wyborem kierunku kształcenia i zawodu dla uczniów szkół podstawowych oraz uczniów szkół ponadpodstawowych – zajęcia trwają 45 min.
- indywidualnych porad lub konsultacji;
- tematycznych zajęć warsztatowych.

Wszystkie zajęcia z zakresu pomocy psychologiczno – pedagogicznej, których czas realizacji jest określony na 45 min., mogą być prowadzone w czasie dłuższym lub krótszym, ale z zachowaniem ustalonego dla ucznia, łącznego tygodniowego czasu tych zajęć - jeżeli jest to uzasadnione jego potrzebami.

W placówkach dla dzieci i młodzieży niedostosowanej społecznie i zagrożonej niedostosowaniem, nie są organizowane następujące formy pomocy psychologiczno – pedagogicznej: klasy terapeutyczne, zajęcia dydaktyczno – wyrównawcze, zindywidualizowana ścieżka kształcenia. W dostosowaniu sposobów i metod pracy do możliwości psychofizycznych ucznia nauczycieli obowiązkowych zajęć edukacyjnych wspierają wychowawcy grup i specjaliści udzielający uczniom pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Są oni zobowiązani do oceny efektywności udzielonej pomocy i wnioskania w zakresie podejmowania dalszych działań pomocowych.

Z kolei w **przedszkolach** pomoc psychologiczno – pedagogiczna jest udzielana dzieciom i ich rodzicom w formie: zajęć rozwijających uzdolnienia, zajęć specjalistycznych (korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych, rozwijających kompetencje emocjonalno-społeczne oraz innych zajęć o charakterze terapeutycznym), zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego oraz porad i konsultacji.

Należy podkreślić, że zajęcia rozwijające uzdolnienia, rozwijające umiejętności uczenia się, dydaktyczno-wyrównawcze oraz specjalistyczne mogą prowadzić tylko ci nauczyciele, wychowawcy grup wychowawczych i specjaliści, którzy posiadają kwalifikacje odpowiednie do rodzaju prowadzonych zajęć. Są oni zobowiązani do realizacji zajęć z wykorzystaniem aktywizujących metod pracy oraz do obserwacji pedagogicznej w trakcie bieżącej pracy z uczniami, mającej na celu identyfikację ich problemów w uczeniu się oraz szczególnych uzdolnień. W tym celu realizują spektrum zadań, ukierunkowanych między innymi na:

- diagnozę indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych uczniów;
- określanie ich mocnych stron, predyspozycji, zainteresowań i talentów;

- rozpoznawanie przyczyn niepowodzeń edukacyjnych lub trudności w funkcjonowaniu;
- podejmowanie działań podnoszących efektywność uczenia się i prowadzących do poprawy ich funkcjonowania (rozwój kompetencji i potencjałów);
- współpracę z poradnią psychologiczno – pedagogiczną lub inną specjalistyczną, w procesie diagnostycznym i postdiagnostycznym;
- prowadzenie doradztwa edukacyjno-zawodowego.

7.2 Zadania podmiotów udzielających pomocy psychologiczno-pedagogicznej w przedszkolach, szkołach i placówkach¹⁶

Zatrudnieni w przedszkolach, szkołach i placówkach pedagodzy, psycholodzy, logopedzi, terapeuci pedagogiczni i doradcy zawodowi, realizują zadania w ramach tygodniowego, obowiązkowego wymiaru godzin zajęć dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych, prowadzonych bezpośrednio z uczniami lub wychowankami albo na ich rzecz¹⁷.

Pedagog i psycholog zatrudniony w przedszkolu, szkole lub placówce jest zobowiązany do prowadzenia badań diagnostycznych, w tym diagnozowania sytuacji wychowawczych, indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych uczniów. Chodzi tu o rzetelną identyfikację mocnych stron, predyspozycji, zainteresowań i uzdolnień uczniów oraz przyczyn ich niepowodzeń edukacyjnych lub trudności w funkcjonowaniu. Pozostałe zadania psychologa i pedagoga sprowadzają się do:

- udzielania uczniom pomocy psychologiczno-pedagogicznej w formach odpowiednich do rozpoznanych potrzeb;
- prowadzenia zajęć z zakresu profilaktyki uzależnień oraz innych zachowań ryzykownych;
- inicjowania i prowadzenia mediacji i interwencji w sytuacjach kryzysowych;

¹⁶ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r...op.cit.; Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2017 r..., op.cit.

¹⁷ Rozporządzenie ministra edukacji narodowej z dnia 3 sierpnia 2018 r. (Dz.U. z dnia 21 sierpnia 2018 r., Poz. 1601);

- udzielania wsparcia i pomocy rodzicom, nauczycielom, wychowawcom grup wychowawczych i innym specjalistom w rozpoznawaniu i rozwijaniu indywidualnych możliwości, predyspozycji i uzdolnień uczniów;
- udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Wśród podmiotów udzielających pomocy psychologiczno – pedagogicznej uczniom z SPE, ważną rolę pełni **logopeda**, który – jeżeli jest zatrudniony w szkole lub placówce - ma za zadanie przeprowadzenie diagnozy logopedycznej (badania przesiewowe) w zakresie stanu mowy oraz poziomu rozwoju językowego uczniów. Zobowiązany jest także do prowadzenia zajęć logopedycznych dla uczniów oraz porad i konsultacji dla rodziców i nauczycieli w zakresie stymulacji rozwoju mowy i eliminowania jej zaburzeń. Istotnym obszarem działania jest także prowadzenie przez logopedę (we współpracy z rodzicami uczniów) oddziaływań profilaktycznych w zakresie powstawania zaburzeń komunikacji językowej.

Osobą prowadzącą badania diagnostyczne oraz identyfikującą uczniów z zaburzeniami i odchyleniami rozwojowymi lub specyficznymi trudnościami w uczeniu się jest **terapeuta pedagogiczny**. W obszarze jego pomocowej działalności leży przede wszystkim:

- rozpoznawanie przyczyn utrudniających uczniom aktywne i pełne uczestnictwo w życiu szkoły lub placówki;
- prowadzenie zajęć korekcyjno-kompensacyjnych i innych zajęć o charakterze terapeutycznym;
- prowadzenie we współpracy z rodzicami uczniów działań profilaktycznych zapobiegających niepowodzeniom szkolnym;
- wspieranie w działaniach diagnostycznych i pomocowo – wspierających nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych i innych specjalistów.

Osobą prowadzącą w szkole lub placówce systematyczne diagnozowanie zapotrzebowania uczniów na informacje edukacyjne i zawodowe oraz pomocną im w planowaniu kształcenia i kariery zawodowej jest z kolei **doradca zawodowy**. Jego zadaniem jest przede wszystkim gromadzenie, aktualizacja i udostępnianie informacji zawodowych właściwych dla danego poziomu kształcenia. Jest on zobowiązany także do prowadzenia zajęć związanych z wyborem kierunku kształcenia i zawodu oraz koordynowania działalności informacyjno-doradczej w szkole lub placówce. Ważny zakres jego działań obejmuje współpracę z innymi nauczycielami oraz wspieranie wychowawców

grup wychowawczych i innych specjalistów w udzielaniu uczniom pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Szkoła lub placówka może organizować także wsparcie merytoryczne dla nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych i specjalistów udzielających pomocy psychologiczno-pedagogicznej uczniom z SPE, kierując ich na szkolenia i kursy specjalistyczne w poradniach i placówkach doskonalenia nauczycieli.

W sytuacji, gdy udzielana uczniowi pomoc psychologiczno-pedagogiczna w szkole lub placówce nie daje oczekiwanych rezultatów, dyrektor szkoły lub placówki, za zgodą rodziców ucznia albo pełnoletniego ucznia, składa do publicznej poradni wnioski o przeprowadzenie diagnozy i wskazanie sposobu rozwiązania problemów ucznia.

Akty prawne:

Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (z póź. zm.; Dz. U. z 2018 r. poz. 996, 1000, 1290 i 1669).

Ustawa z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (z póź. zm.; Dz. U. z 2018 r. poz. 967).

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. z dnia 25 sierpnia 2017 roku, Poz. 1591)

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2017 roku, zmieniające rozporządzenie w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z dnia 31 sierpnia 2017 roku, Poz. 1643)

Rozporządzenie ministra edukacji narodowej z dnia 3 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu zajęć prowadzonych bezpośrednio z uczniami lub wychowankami albo na ich rzecz przez nauczycieli poradni psychologiczno-pedagogicznych oraz nauczycieli: pedagogów, psychologów, logopedów, terapeutów pedagogicznych i doradców zawodowych (Dz.U. z dnia 21 sierpnia 2018 r., Poz. 1601)

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz. U. z 2017r., poz. 356).

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 marca 2017 r. w sprawie szczegółowej organizacji publicznych szkół i publicznych przedszkoli (Dz.U. z 2017r. poz. 649).

KONTROLNÍ OTÁZKY



1. Jak rozumiesz pojęcie specjalnych potrzeb edukacyjnych?
 2. Jakie zadania wykonują specjaliści udzielający pomocy psychologiczno – pedagogicznej uczniom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi?
 3. Czy w Polsce tylko uczniowie posiadający orzeczenie o kształceniu specjalnym są objęci pomocą psychologiczno – pedagogiczną? Omów zasady udzielania tego rodzaju pomocy.
-

KORESPONDENČNÍ ÚKOL



Porównaj polskie i czeskie warunki, zasady i organizację udzielania uczniom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi pomocy psychologiczno – pedagogicznej. Wskaż różnice.

DALŠÍ ZDROJE



[http://www.zmp.poznan.pl/uploads/document/content_file/549/Przeł_d ob-szaru 7. Wsparcie ucni w niepe nosprawnych oraz ucni w z trudno ci-ami w nauce - Promyk S o ca ostat.-2.pdf](http://www.zmp.poznan.pl/uploads/document/content_file/549/Prze%C5%82_d_ob-szaru_7._Wsparcie_uczni_w_niepe_nosprawnych_oraz_uczni_w_z_trudno_ci-ami_w_nauce_-_Promyk_S_o_ca_ostat.-2.pdf)

<https://www.pedagogia.pl/aktualnosci/priorytety-men-na-rok-szkolny-2018-2019.html>

8 KWALIFIKACJE ZAWODOWE I KOMPETENCJE PEDAGOGA SPECJALNEGO



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

W Polsce kształcenie pedagogów specjalnych w uczelniach wyższych realizowane jest w oparciu o Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli¹⁸. Zapisy rozporządzenia dostosowane są do zakresu kształcenia nauczycieli, realizowanego w systemie szkolnictwa wyższego - standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela oraz nowego ustroju szkolnego, wprowadzonego od roku szkolnego 2017/2018.



CÍLE KAPITOLY

- aktualnych wymagań kwalifikacyjnych dotyczących pracy w szkołach i placówkach dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej, niedostosowanej lub zagrożonej niedostosowaniem społecznym;
 - zakresu kompetencji zawodowych pedagoga specjalnego oraz nauczyciela pracującego z uczniami ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (SPE).
-



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Kwalifikacje do zajmowania stanowiska nauczyciela pedagoga, Kwalifikacje do zajmowania stanowiska nauczyciela psychologa, Kwalifikacje do zajmowania stanowiska nauczyciela terapeuty pedagogicznego, Kwalifikacje do zajmowania stanowiska nauczyciela logopedy, Kwalifikacje wymagane od osób prowadzących zajęcia wczesnego wspomagania rozwoju dziecka.

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 sierpnia 2017r. w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli (Dz. U. z 2017r. poz.1575).

8.1 Kwalifikacje zawodowe

Wymagania kwalifikacyjne wobec nauczycieli zostały dostosowane do nowej struktury szkolnictwa, która obejmuje: 8-letnią szkołę podstawową, szkoły ponadpodstawowe (4-letnie liceum ogólnokształcące, 5-letnie technikum, 3-letnią branżową szkołę I stopnia, 3-letnią szkołę specjalną przysposabiającą do pracy, 2-letnią branżową szkołę II stopnia, szkołę policealną). Istotną zmianą jest wprowadzenie wymogu posiadania dyplomu ukończenia studiów magisterskich przez nauczycieli i wychowawców zatrudnionych w:

- gimnazjach, szkołach branżowych I stopnia (zasadniczych szkołach zawodowych);
- szkolnych schroniskach młodzieżowych, młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich oraz zakładach poprawczych przeznaczonych dla nieletnich z niepełnosprawnością intelektualną (§ 3-5 i 16-17 rozporządzenia);
- nauczycieli pedagogów, nauczycieli logopedów, nauczycieli doradców zawodowych, nauczycieli - terapeutów pedagogicznych i nauczycieli wychowawców w świetlicach szkolnych i internatach (§19-22 i 24 rozporządzenia);
- nauczycieli i wychowawców w przedszkolach i szkołach specjalnych (§15 rozporządzenia).

Tab. 6 Kwalifikacje uprawniające do objęcia stanowiska nauczyciela w zależności od miejsca zatrudnienia:

l.p.	MIEJSCE ZATRUDNIENIA	WYMAGANE KWALIFIKACJE
1.	<p>- poradnie psychologiczno-pedagogiczne, w tym poradnie specjalistyczne</p> <p>- szkoły policealne, licea ogólnokształcące, technika, branżowe szkoły I i II stopnia, gimnazja</p> <p>- placówki oświatowo-wychowawcze oraz internaty i bursy szkolne</p>	<p>- studia drugiego stopnia lub jednolite magisterskie na kierunku (specjalności) zgodnym z nauczaniem przedmiotem lub prowadzonymi zajęciami oraz przygotowanie pedagogiczne</p> <p>lub</p> <p>- studia drugiego stopnia lub jednolite magisterskie na kierunku, którego efekty kształcenia obejmują treści nauczanego przedmiotu lub prowadzonych zajęć, określone w podstawie programowej dla tego przedmiotu (na odpowiednim etapie edukacyjnym) oraz przygotowanie pedagogiczne</p> <p>lub</p> <p>- studia drugiego stopnia lub jednolite magisterskie na kierunku (specjalności) innym niż nauczany przedmiot lub prowadzone zajęcia i studia podyplomowe w zakresie nauczanego przedmiotu lub prowadzonych zajęć oraz przygotowanie pedagogiczne.</p>
2.	<p>- przedszkola i szkoły specjalne oraz oddziały specjalne w szkołach ogólnodostępnych;</p> <p>- specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze;</p> <p>- specjalne ośrodki wychowawcze dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym;</p> <p>- szkoły specjalne przysposabiające do pracy z uczniami z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym oraz z niepełnosprawnościami sprzężonymi;</p> <p>- ośrodki specjalne umożliwiające dzieciom i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim, z niepełnosprawnością intelektualną, z niepełnosprawnościami sprzężonymi, realizację obowiązku rocznego przygotowania przedszkolnego, obowiązku szkolnego i obowiązku nauki</p>	<p>- studia wyższe lub zakład kształcenia nauczycieli nadający kwalifikacje do pracy z dziećmi i młodzieżą z niepełnosprawnością intelektualną</p> <p>lub</p> <p>- kwalifikacje wymagane do zajmowania stanowiska nauczyciela w danym typie szkoły lub rodzaju placówki oraz studia podyplomowe, zakład kształcenia nauczycieli lub kurs kwalifikacyjny uprawniający do pracy z dziećmi i młodzieżą z niepełnosprawnością intelektualną.</p>
		<p>1) stanowisko nauczyciela:</p> <p>- kwalifikacje wymagane do zajmowania stanowiska nauczyciela i określone w punkcie 1 oraz studia wyższe, podyplomowe lub kurs kwalifikacyjny w zakresie resocjalizacji lub socjoterapii</p> <p>lub</p>

3.	<p>młodzieżowe ośrodki wychowawcze (MOW) i młodzieżowe ośrodki socjoterapii (MOS)</p>	<p>- zakład kształcenia nauczycieli w specjalności resocjalizacja lub socjoterapia 2) stanowisko nauczyciela – wychowawcy: - studia drugiego stopnia lub jednolite magisterskie w zakresie resocjalizacji lub socjoterapii oraz przygotowanie pedagogiczne lub - studia drugiego stopnia lub jednolite studia magisterskie na dowolnym kierunku (specjalności) i studia I lub II stopnia lub jednolite magisterskie, podyplomowe lub kurs kwalifikacyjny w zakresie resocjalizacji lub socjoterapii oraz przygotowanie pedagogiczne lub - zakład kształcenia nauczycieli w specjalności resocjalizacja lub socjoterapia, lub zakład kształcenia nauczycieli w dowolnej specjalności i kurs kwalifikacyjny w zakresie resocjalizacji lub socjoterapii.</p>
4.	<p>młodzieżowe ośrodki wychowawcze (MOW) i młodzieżowe ośrodki socjoterapii (MOS) dla nieletnich z niepełnosprawnością intelektualną,</p>	<p>stanowisko nauczyciela lub nauczyciela - wychowawcy: - kwalifikacje wymagane do zajmowania stanowiska nauczyciela i określone w punkcie 3 oraz - studia I lub II stopnia lub jednolite magisterskie, podyplomowe, zakład kształcenia nauczycieli lub kurs kwalifikacyjny nadający kwalifikacje do pracy z dziećmi i młodzieżą z niepełnosprawnością intelektualną.</p>
5.	<p>zakłady poprawcze i schroniska dla nieletnich</p>	<p>1) stanowisko nauczyciela: - kwalifikacje wymagane do zajmowania stanowiska nauczyciela w danym typie szkoły oraz - studia wyższe, podyplomowe, kurs kwalifikacyjny w zakresie resocjalizacji lub zakład kształcenia nauczycieli w specjalności resocjalizacja 2) stanowisko nauczyciela – wychowawcy: - studia drugiego stopnia lub jednolite magisterskie w zakresie resocjalizacji oraz przygotowanie pedagogiczne lub - studia II stopnia lub jednolite magisterskie na dowolnym kierunku (specjalności) i studia I stopnia, studia drugiego stopnia, jednolite magisterskie, podyplomowe lub kurs kwalifikacyjny w zakresie resocjalizacji oraz przygotowanie pedagogiczne lub - jednolite studia magisterskie na kierunku psychologia oraz przygotowanie pedagogiczne lub</p>

		- zakład kształcenia nauczycieli w specjalności resocjalizacja lub zakład kształcenia nauczycieli w dowolnej specjalności i kurs kwalifikacyjny w zakresie resocjalizacji
6.	zakłady poprawcze i schroniska dla nieletnich z niepełnosprawnością intelektualną	stanowisko nauczyciela lub nauczyciela - wychowawcy: - kwalifikacje wymagane do zajmowania stanowiska nauczyciela i określone w punkcie 3 oraz - studia pierwszego I lub II stopnia, jednolite magisterskie, podyplomowe, zakład kształcenia nauczycieli lub kurs kwalifikacyjny nadający kwalifikacje do pracy z dziećmi i młodzieżą z niepełnosprawnością intelektualną.

W przytoczonym wyżej rozporządzeniu określone zostały także **kwalifikacje specjalistów**, uprawniające ich do zajmowania stanowiska nauczyciela:

1) Kwalifikacje do zajmowania stanowiska nauczyciela pedagoga w przedszkolach, szkołach i placówkach, w tym integracyjnych i specjalnych:

- studia drugiego stopnia lub jednolite magisterskie na kierunku pedagogika w specjalności odpowiadającej prowadzonym zajęciom lub pedagogika specjalna w specjalności odpowiedniej do niepełnosprawności uczniów oraz przygotowanie pedagogiczne
lub
- studia drugiego stopnia lub jednolite magisterskie na kierunku innym niż pedagogika i studia podyplomowe w zakresie prowadzonych zajęć;
lub
- studia wyższe, podyplomowe, zakład kształcenia nauczycieli lub kurs kwalifikacyjny w zakresie pedagogiki specjalnej, odpowiedniej do niepełnosprawności uczniów lub rodzaju placówki oraz przygotowanie pedagogiczne.

2) Kwalifikacje do zajmowania stanowiska nauczyciela psychologa w przedszkolach, szkołach i placówkach (w tym integracyjnych i specjalnych) - jednolite studia magisterskie na kierunku psychologia w specjalności odpowiadającej prowadzonym zajęciom oraz przygotowanie pedagogiczne.

3) Kwalifikacje do zajmowania stanowiska nauczyciela terapeuty pedagogicznego w przedszkolach, szkołach i placówkach (w tym integracyjnych i specjalnych) - studia wyższe w zakresie terapii pedagogicznej oraz przygotowanie pedagogiczne lub studia

wyższe i studia pierwszego stopnia lub podyplomowe w zakresie terapii pedagogicznej oraz przygotowanie pedagogiczne.

4) Kwalifikacje do zajmowania stanowiska nauczyciela logopedy (na poziomie wymaganym do zajmowania stanowiska nauczyciela w danym typie szkoły lub placówki) - studia wyższe w zakresie logopedii oraz przygotowanie pedagogiczne lub studia wyższe i studia pierwszego stopnia lub podyplomowe w zakresie logopedii oraz przygotowanie pedagogiczne.

5) Kwalifikacje wymagane od osób prowadzących zajęcia wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka:

- jednolite studia magisterskie na kierunku psychologia, pedagogika lub pedagogika specjalna lub studia podyplomowe w zakresie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, terapii pedagogicznej, terapii rodzin lub innego rodzaju terapii właściwej dla pobudzania psychoruchowego i społecznego rozwoju dziecka oraz przygotowanie pedagogiczne
- lub
- studia wyższe w zakresie fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej lub terapii pedagogicznej oraz przygotowanie pedagogiczne.

8.2 Kompetencje pedagoga specjalnego oraz nauczyciela pracującego z uczniami ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi

Kwalifikacje do wykonywania określonego zawodu wyznaczają zestaw kompetencji niezbędnych do jego wykonywania. W szerokim ujęciu termin *kompetencje* odnosi się do zdolności i gotowości człowieka do wykonywania zadań na wyznaczonym poziomie. Tworzą je umiejętności oraz sprawności w dokonywaniu wartościowań (Kwiatkowska, 2008). Kompetencje są podstawą sprawności działania, warunkiem konstruowania psychospołecznej tożsamości i dystansującego rozumienia oraz stanowią niekwestionowany potencjał działania o charakterze emancypacyjnym (Szempruch, 2016).

Zawód pedagoga specjalnego jest zawodem zaufania społecznego, którego wykonywanie jest warunkowane posiadaniem zarówno wysokich kwalifikacji i kompetencji, jak i określonych predyspozycji osobowościowych. Od osób wykonujących zawody społeczne, a zwłaszcza zajmujących się organizowaniem działań na rzecz osób i grup społecznych wymagających pomocy i wsparcia społecznego, oczekiwana jest przede

wszystkim zdolność do nawiązywania i podtrzymywania więzi z innymi ludźmi. Bez pozytywnego i rozumiejącego podejścia do człowieka, bez taktu i kultury osobistej nie jest bowiem możliwe nawiązanie efektywnej, a niekiedy jakiegokolwiek relacji podtrzymującej. Podmioty udzielające pomocy i wsparcia cechować musi także wysoki stopień wrażliwości na sytuację życiową i potrzeby innych (Nowak, 2018).

Pedagog specjalny jako nauczyciel/wychowawca/terapeuta wykonuje szereg zadań, które wymagają od niego przede wszystkim posiadania umiejętności posługiwania się wiedzą interdyscyplinarną, obejmującą znajomość prawidłowości i odchyłeń rozwojowych dzieci, młodzieży i dorosłych, ich możliwości edukacyjno-rehabilitacyjnych oraz stosowania metod pracy rewalidacyjnej w sposób odpowiedzialny i adekwatny do rodzaju danego schorzenia lub zaburzenia.

W procesie edukacji i rehabilitacji osób niepełnosprawnych zadania pedagoga specjalnego należy lokować na continuum diagnoza–terapia–wspieranie rozwoju oraz wspomaganie jego rodziny. Wymaga to jednak posiadania określonych kompetencji. W odniesieniu do pedagogów specjalnych już od dawna funkcjonuje uniwersalny katalog kompetencji zawodowych (m.in.: Doroszewska, 1981; Wyczęsany, 1998, Dykcik, 1998; Korzon, 2008). Do najistotniejszych zaliczyć można umiejętności:

- stosowania metod pracy dydaktyczno – wychowawczej realizowanych w szkole specjalnej;
- planowania pracy w orientacji perspektywicznej i progresywnej;
- całościowego i wszechstronnego oddziaływania na dzieci w oparciu o twórcze i integralne budowanie jednostek tematycznych oraz programów stymulacji dzieci o nieharmonijnym rozwoju;
- pracy w oparciu o zasadę indywidualizacji ze ścisłym ukierunkowaniem na potrzeby i możliwości dzieci;
- animacji środowiskowej oraz współdziałania ze społecznością lokalną na rzecz wytworzenia przychylnej atmosfery oraz współpracy z rodzicami, specjalistami i otoczeniem społecznym;
- poszukiwania nowych obszarów i metod działania wobec dzieci i młodzieży niepełnosprawnej.

W odniesieniu do cech osobowościowych pedagoga specjalnego, wyniki badań M. Zaorskiej (2003) pozwalają na specyfikację najwyżej cenionych cech i predyspozycji osobowościowych do pracy z osobami niepełnosprawnymi (poza wykształceniem,

kompetencjami zawodowymi i profesjonalizmem, na które składają się: wiedza teoretyczna, operowanie metodami wspomagającymi rozwój dziecka, znajomość alternatywnych sposobów komunikacji itp.). Są to: cierpliwość, wyrozumiałość, życzliwość, dobroć, serdeczność, otwartość na problemy innego człowieka, opanowanie i szacunek we wzajemnych kontaktach, dobroć i miłość do dziecka, kreatywność, wrażliwość, powołanie, poświęcenie, bezinteresowność, obiektywizm, tolerancja, sumienność, uczciwość. Ważna jest też refleksyjność nad własnym i cudzym postępowaniem oraz świadomość ograniczeń w zakresie posiadanej wiedzy, braku możliwości czy określonych umiejętności. Cechy te wpływają w znacznym stopniu na podejście do pracy oraz jakość działań pedagogicznych (edukacyjnych i rehabilitacyjnych) prowadzonych przez pedagoga specjalnego.

Z kolei M. Sekułowicz (2002) wskazuje na te pożądane cechy, które wyróżniają pedagoga specjalnego wśród nauczycieli Są to:

- wrażliwość relacji z osobami z niepełnosprawnością;
- wnikliwość poznawcza;
- zrozumienie indywidualnych potrzeb osób z niepełnosprawnościami;
- umiejętność nazywania relacji;
- optymizm pedagogiczny.

Można wprawdzie dyskutować nad istotnością wyżej wskazanych różnic, jednak nie ulega wątpliwości, że zawód pedagoga specjalnego jest niezwykle wymagający, głównie z uwagi na konieczność łączenia przygotowania teoretyczno-merytorycznego o charakterze interdyscyplinarnym z licznymi kompetencjami praktycznymi i predyspozycjami osobowymi. Sprawia to, że od pedagoga specjalnego oczekiwane jest nie tylko formalne podejście do zadań w ramach wykonywanego zawodu, ale także kreatywne i twórcze podejście do procesu edukacyjno – terapeutycznego (Zaorska, 2012).

Współczesne środowisko pracy pedagoga specjalnego zostało znacznie powiększone wskutek działań ukierunkowanych na edukację włączającą. Przestrzeń oddziaływań specjalnych została bowiem poszerzona o wszystkie typy szkół - integracyjnych, ogólnodostępnych i specjalnych. Wygenerowało to konieczność poszerzenia kompetencji zawodowych również nauczyciela kształcącego dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. W ogólnym modelu specjalnych pedagogicznych kompetencji we współczesnej szkole, ciężar odpowiedzialności za kształcenie wszystkich uczniów (sprawnych i niepełnosprawnych, dostosowanych społecznie i

niedostosowanych) spoczywa na nauczycielu – wychowawcy (Porter, 1997). Praca w tak trudnych warunkach wymaga posiadania zarówno umiejętności umożliwiających osiągnięcie założonych efektów kształcenia, jak i wsparcia ze strony wielospecjalistycznych zespołów pedagogów specjalnych w zakresie doradztwa i prowadzenia specjalistycznych zajęć z dziećmi posiadającymi określone zaburzenia czy schorzenia. W Polsce wspomaganie nauczycieli w poszerzaniu kompetencji dotyczących pracy z uczniami ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, organizowane jest w Specjalnych Pedagogicznych Centrach Kształcenia, powstających na bazie likwidowanych szkół specjalnych. Ponadto, w programach studiów nauczycielskich lokowane są obowiązkowe moduły kształcenia specjalnego.

Holistycznie ujmowane kompetencje nauczycielskie sprowadzają się przede wszystkim do posiadania szerokiej, ale też pogłębionej wiedzy z dziedziny wykonywanego zawodu i dziedzin pokrewnych. Nie mniej ważne są umiejętności w prowadzeniu efektywnych oddziaływań edukacyjnych w obszarze diagnostycznym, pragmatycznym, ewaluacyjnym i osobistej świadomości moralnej, jak też cechy osobowe i predyspozycje wrodzone (Zaorska, 2012). Kompetencje zawodowe nauczyciela są rozpatrywane w kategoriach struktury poznawczej, złożonej z wiedzy, umiejętności, dyspozycji i postaw zapewniających skuteczną realizację zadań edukacyjnych (Szempruch, 2013).

Od nauczycieli - wychowawców pracujących w różnych typach szkół (masowych, specjalnych, integracyjnych) wymagany jest zestaw kompetencji zawodowych, ujmowanych w sześć kategorii (Denek, 2008; Gajdzica, 2008):

- **prakseologiczne** (dydaktyczno - wychowawcze), odnoszące się do wiedzy w zakresie zasad, metod i form realizacji procesu kształcenia, rozpoznawania potrzeb uczniów, sprawności integracyjnej oraz skuteczności w planowaniu, realizacji, organizowaniu oraz kontroli i ocenie procesów edukacyjnych. Są to umiejętności w zakresie: opracowania własnego programu nauczania; operacjonalizacji ogólnych celów kształcenia i wychowania; dokonywania pomiaru osiągnięć uczniów i modyfikacji pracy dydaktyczno – wychowawczej; indywidualizowania aktywności uczniów adekwatnie do ich możliwości i uzdolnień; ustalania przyczyn niepowodzeń szkolnych; identyfikowania zachowań ryzykownych; rozpoznawania zjawisk i form zaburzeń w rozwoju ucznia i zaprogramowania odpowiedniej pomocy; współpracy z rodzicami; projektowania planu własnego rozwoju zawodowego;

- **komunikacyjne**, dotyczące sprawności w zakresie komunikacji interpersonalnej (na linii nauczyciel uczeń/klasa szkolna/rodzice uczniów);
- **współdziałania** w zakresie pracy zespołowej oraz współpracy z podmiotami wspomagającymi proces edukacji (rodzicami uczniów, specjalistami, instytucjami i społecznością lokalną);
- **kreatywne**, dotyczące zdolności adaptacyjnych w zakresie samokształcenia, innowacyjności, niestandardowości działań, mobilności i elastyczności;
- **informatyczne**, związane ze sprawnym korzystaniem z nowoczesnych źródeł informacji;
- **moralne** (nadrzędne), dotyczące etyki zawodowej.

Generalnie rzecz ujmując, osobowość nauczyciela, w tym nauczyciela pracującego z uczniami ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, opisują w świecie ponowoczesnym następujące paradygmaty pedeutologiczne (Plutecka, 2005):

- **człowieczeństwo**, czyli urzeczywistnianie głoszonych poglądów, bycie człowiekiem dobrym, życzliwym, kochającym;
- **autorytet wyzwalający** (moralny i intelektualny) - działanie oparte na wiedzy, wiarygodności, autentyczności, akceptacji i empatii;
- **samokształcenie** (doksztalcanie zawodowe i doskonalenie etyczne);
- **odpowiedzialność** za proces edukacji i wychowania osoby o specjalnych potrzebach edukacyjnych;
- **samoaktualizacja** - podejmowanie działań twórczych, innowacyjnych, kreatywnych, samoaktualizujących, krytyczne ustosunkowywanie się do nabywanej wiedzy oraz wzmacnianie kompetencji praktycznych i moralnych.

Omówione zakresy kompetencyjne nie są sztywnymi zestawieniami i ulegają modyfikacjom zarówno w odniesieniu do unormowań prawnych i rozwoju szkolnictwa masowego i specjalnego, w tym rehabilitacji osób niepełnosprawnych (m.in. pojawianie się innowacji w obszarze metodyki pracy rewalidacyjnej), jak i zmian w obszarze kształcenia nauczycieli i pedagogów specjalnych. Istotną rolę w kreowaniu zawodowych standardów kompetencyjnych odgrywają także transformacje społeczno – ekonomiczne, oczekiwania społeczne oraz postępy medyczne.

Akty prawne:

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 sierpnia 2017 r. w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli (Dz. U. z 2017 r. poz. 1575), które stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz.U. z 2017 r. poz.1198 ze zm.). Rozporządzenie wchodzi w życie 1 września 2017 r.



KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Jakie najważniejsze kompetencje zawodowe powinien posiadać pedagog specjalny?
 2. Jakie paradygmaty pedeutologiczne opisują osobowość nauczyciela pracującego z uczniami ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (SPE)?
 3. Czy można postawić znak równości kwalifikacyjnych pomiędzy pedagogiem specjalnym a nauczycielem pracującym z uczniami SPE? Uzasadnij swoją odpowiedź.
 4. W jakie kategorie ujęte są kompetencje zawodowe nauczycieli - wychowawców pracujących w różnych typach szkół (masowych, specjalnych, integracyjnych)?
-



KORESPONDENČNÍ ÚKOL

1. Sporządź własny katalog specyficznych cech (predyspozycji osobowościowych) pedagoga specjalnego i uzasadnij swój wybór.
 2. Porównaj kwalifikacje do pracy w charakterze pedagoga specjalnego wymagane w Polsce i w Czechach – wskaż podobieństwa i różnice.
-

9 WYBRANE, WSPOMAGAJĄCE I ALTERNATYWNE METODY PRACY REHABILITACYJNEJ

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Podsumowując, w niniejszym rozdziale zostały zaledwie zasygnalizowane tylko niektóre metody pracy rehabilitacyjnej z dziećmi niepełnosprawnymi i uczniami o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Metod pracy i programów terapeutycznych w tym zakresie jest wiele, a większość z nich integruje w sobie elementy zaczerpnięte z innych metod terapeutycznych. Dlatego też pedagodzy specjali, nauczyciele i specjaliści pracujący z uczniami o specjalnych potrzebach edukacyjnych, powinni posiadać między innymi takie kompetencje cyfrowe, by pozwalały im one na krytyczne, profesjonalne i trafne wyszukiwanie metod pracy rehabilitacyjnej, dostosowanej do rodzaju i stopnia niepełnosprawności. Równie istotne jest, by posiadali oni takie kompetencje zawodowe, które umożliwiłyby im adekwatne dobranie metod do potrzeb i możliwości dziecka oraz ich stosowanie w sposób rzetelny i finalnie skuteczny.

CÍLE KAPITOLY



- wspomagających i alternatywnych metod i technik pracy rehabilitacyjnej (z odwołaniem do bardziej wnikliwych opisów);
- możliwości zastosowania alternatywnych metod rehabilitacyjnych w pracy z uczniami o specjalnych potrzebach edukacyjnych (SPE).

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Metoda ośrodków pracy M. Grzegorzewskiej, Metoda P. Dennisona - Kineziologia edukacyjna, Metoda N. C. Kepharta, Metoda Blissa, Metoda Werbo-Tonalna Guberina, Trening Zastępowania Agresji (ART lub TZA), Trening Biofeedback, Metoda integracji sensorycznej (SI), Metoda Felicji Affolter, Metoda Petö (nauczanie kierowane)

Praca z osobami niepełnosprawnymi, bez względu na rodzaj i stopień upośledzenia, schorzenia czy zaburzenia, wymaga stosowania wielu metod i technik dostosowanych do ich indywidualnych potrzeb i możliwości. Niniejszy rozdział nie ma wprawdzie charakteru stricte metodycznego, ale zawiera zbiór subiektywnie wybranych metod pracy z dziećmi i młodzieżą niepełnosprawną (bez sztywnego wskazania rodzaju czy stopnia). Jest to podyktowane tym, że oprócz działania dedykowanego, omawiane metody mogą być stosowane pomocniczo w rehabilitacji wielu rodzajów niepełnosprawności. Mogą też zostać z powodzeniem wykorzystane w pracy z uczniami ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, a niekiedy również z uczniami w pełni sprawnymi.

Tab. 7 Wspomagające metody pracy z uczniem o specjalnych potrzebach edukacyjnych

Rodzaj niepełnosprawności	Podstawowe metody i formy pracy z uczniem
Niepełnosprawność intelektualna (upośledzenie umysłowe lekkiego stopnia)	<ul style="list-style-type: none"> - metoda praktycznego działania (konstruowanie, manipulowanie, budowanie); - metody obserwacji (zmian) i samodzielnych doświadczeń; - metoda zadań stawianych do wykonania oraz odgrywania ról (inscenizacje teatralne, drama); - pokaz (okazy naturalne, modele, ilustracje) oraz opis i pogadanka (powiązane z konkretem); - metody ćwiczeń utrwalających; - stymulacja polisensoryczna (poznawanie poprzez patrzenie, słuchanie i dotykane); - metoda P. Dennisona (kinezylogia edukacyjna); - metoda wpływu osobistego (wysuwanie sugestii, wyrażanie aprobaty i dezaprobaty).
Niepełnosprawność intelektualna powiązana z zespołem Aspergera	<ul style="list-style-type: none"> - metody problemowe, rozwijające umiejętność krytycznego myślenia; - metody obserwacji i praktycznego działania i ekspresji; - metody relaksacyjne; - pokaz (okazy naturalne, modele, ilustracje), opis i pogadanka (powiązane z konkretem); - metody ćwiczeń utrwalających; - metoda wpływu osobistego (wysuwanie sugestii, wyrażanie aprobaty i dezaprobaty); - stymulacja polisensoryczna (poznawanie poprzez patrzenie, słuchanie i dotykane).
Niepełnosprawność ruchowa, w tym mózgowie porażenie dziecięce	<ul style="list-style-type: none"> - metody problemowe, rozwijające umiejętność krytycznego myślenia; - pokaz i demonstracja; - stymulacja polisensoryczna (poznawanie poprzez patrzenie, słuchanie i dotykane); - metoda wpływu osobistego (wysuwanie sugestii, wyrażanie aprobaty i dezaprobaty) - metoda ćwiczeń utrwalających, - plastykoterapia;

	- rehabilitacja i ćwiczenia usprawniające.
Niepełnosprawność związana z dysfunkcją wzroku (uczniowie słabowidzący)	- pokaz (demonstracja dotykowa), pogadanka; - werbalny opis przedmiotów lub zjawisk; - metody polisensoryczne (aktywizacja słuchu, węchu, dotyku czy smaku) - opis i dodatkowe słowne wyjaśnienia; - instruktaż; - rysunek jako metoda kształcenia wyobraźni i orientacji.
Niepełnosprawność związana z dysfunkcją słuchu	- metody oparte na obserwacji i działaniu praktycznym; - metody aktywizujące oraz poszukujące; - metoda kierowania samodzielną pracą ucznia; - metody audytywno-werbalne; - metody wzrokowo-słuchowo-dotykowe.
Specyficzne trudności w uczeniu: dysleksja, dyskalkulia, dysgrafia, dysortografia	- metody problemowe, rozwijające umiejętność krytycznego myślenia; - stymulacja polisensoryczna (poznawanie poprzez patrzenie, słuchanie i dotykanie) - metody poszukujące oraz kierowania samodzielną pracą ucznia; - metody oparte na działaniu praktycznym; - pokaz (okazy naturalne, modele ilustracje), opis i pogadanka (powiązane z konkretem); - metoda obserwacji; - drama; - metoda ćwiczeń utrwalających.
ADHD (zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi i zespołem hiperkinetycznym)	- stymulacja polisensoryczna (poznawanie poprzez patrzenie, słuchanie i dotykanie); - metody poszukujące, kierowania samodzielną pracą ucznia; - metody oparte na działaniu praktycznym; - pokaz (okazy naturalne, modele, ilustracje), opis i pogadanka (powiązane z konkretem); - drama, elementy muzykoterapii i biblioterapii; - ćwiczenia kierujące aktywnością ruchową ucznia; - ćwiczenia poprawiające koncentrację; - relaksacja; - metody interakcyjne i elementy integracji sensorycznej; - elementy socjoterapii.

9.1 Metoda ośrodków pracy M. Grzegorzewskiej

Metoda ośrodków pracy jest jedną z metod łącznego nauczania i najbardziej wszechstronnie opracowanym działem kształcenia specjalnego. Oparta jest na aktywności dziecka w sferze myślowo – poznawczej i działania praktycznego. W miejsce przedmiotów wprowadza ona bloki zjawisk, które uczniowie mogą obserwować w swoim otoczeniu. Układ całego programu jest dostosowywany do potrzeb pojawiających się na kolejnych etapach rozwojowych. W metodzie ośrodków pracy treści programowe są logicznie i koncentrycznie powiązane w całości, które bazują na zainteresowaniach ucznia. W ten sposób

kształcone są jego fizyczne i umysłowe dyspozycje oraz rozwijane poczucie odpowiedzialności. Prowadzone tą metodą zajęcia (w trzech pierwszych klasach szkoły specjalnej), składają się z trzech etapów:

- **etap wstępny (rozwijający wszechstronnie i integrujący grupę)** - przygotowanie do pracy (wytworzenie sprzyjającej atmosfery), zaspokojenie zainteresowań oraz wykonanie szeregu czynności bieżących;
- **poznawcza obserwacja** - poznawanie przez uczniów zaplanowanego wycinka otaczającej ich rzeczywistości;
- **kojarzenie ściśle powiązane z obserwacją** - nauka rozwijania myślenia (wiązanie wiadomości nabytych w drodze obserwacji z dotychczasową wiedzą, odtwarzaną z pamięci) oraz wnioskowania i rozwiązywania zadań praktycznych lub teoretycznych.
- **ekspresja** – aktywna działalność dziecka podbudowana spontanicznością w postaci ekspresji konkretnej (prace ręczne) i ekspresji abstrakcyjnej (czytanie czy pisanie). W metodzie ośrodków pracy, zwłaszcza stosowanej wobec dzieci niepełnosprawnych intelektualnie, nie zaleca się łączenia obu rodzajów ekspresji z uwagi na konieczność skupienia się ucznia na jednym działaniu. Nie należy także włączać elementów rywalizacji, oceniać czy porównywać;
- **etap końcowy** – podsumowujący.

Metoda ośrodków pracy dostarcza każdemu dziecku powiązany logicznie materiał nauczania ściśle powiązany z jego osobistymi doświadczeniami, którego treści są ułożone w system zależności zachodzących między zjawiskami. Metoda ta umożliwia indywidualne dostosowanie tempa pracy do możliwości psychofizycznych ucznia oraz do właściwości wyższych czynności nerwowych, w zależności od rodzaju i stopnia upośledzenia.

9.2 Metoda P. Dennisona - Kinezylogia edukacyjna

W Polsce metoda P. Denisona znana jest od 1993 roku pod nazwą „Gimnastyka Mózgu”. Obecnie jest dość popularna i stosowana przez wielu psychologów, pedagogów i logopedów. Powstała ona na bazie wyników badań z zakresu psychologii rozwojowej, eksperymentalnej i humanistycznej. Wykorzystywany jest w niej naturalny ruch fizyczny w celu organizowania pracy mózgu i ciała oraz nowych doświadczeń i osiągnięcia twórczej samorealizacji. Różne obszary mózgu są pobudzane poprzez systematyczne wykonywanie

określonych ćwiczeń (np. ćwiczenia koordynacji ruchowo – wzrokowej, koordynacji zmysłów czucia, równowagi, wzroku, poruszania się w przestrzeni oraz w zakresie przewidywania i myślenia), prowadzących do polepszenia koncentracji i osiągnięcia stanu równowagi emocjonalnej. W „Gimnastyce mózgu” wykonywane są trzy grupy ćwiczeń:

- **na przekraczanie linii środka, utworzonej przez prawą i lewą część ciała i mózgu** – każda półkula (lewa – logiczna i prawa – artystyczna) rozwija się i przetwarza informacje w sposób odrębny i dla niej specyficzny, ale obie są ze sobą w łączności za pośrednictwem spoidła wielkiego. Jest ono przekaznikiem informacji i poprzez to umożliwia integrację myśli i działań;
- **rozciągające i wydłużające mięśnie, minimalizujące wpływ stresu, poprawiające koncentrację i myślenie abstrakcyjne** (dla dzieci stale doświadczających stresu) – są to ćwiczenia na rozciąganie mięśni ciała (głównie łydek i dolnego odcinka kręgosłupa), które są pomocne w uczeniu się, myśleniu abstrakcyjnym i zapamiętywaniu;
- **stabilizujące, umożliwiające osiągnięcie spokoju wewnętrznego i wyciszenie**, stymulujące w mózgu układ limbiczny, zarządzający emocjami;
- **ćwiczenia energetyzujące ciało**, pobudzające do działania i myślenia.

Ćwiczenia z zakresu kinezylogii edukacyjnej są stosowane w stymulacji pracy mózgu. Dobrane adekwatnie do wyników diagnozy, umożliwiają integrację obu półkul, poprawiają koncentrację, regulują emocje, poziom lęku i są pomocne w usprawnianiu czytania, pisania i formułowania myśli.

Techniki kinezylogii edukacyjnej są stosowane z powodzeniem w nauczaniu zintegrowanym z dziećmi ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. W oparciu o nie prowadzone są zajęcia logopedyczne i dydaktyczno – wyrównawcze: ćwiczenie zaczarowane „serdeczne okulary”, ćwiczenie spełniające życzenia podczas kreślenia „leniwych ósemek” oraz nauka pisania wyrazów np. z „ó” wymiennym i niewymiennym (np. głośne czytanie z poprzedzającym „energetycznym ziewaniem”, kreślenie „leniwych ósemek”, wykonywanie ćwiczenia „słoń” wraz z głośną artykulacją wyrazów z „ó” niewymiennym).

9.3 Metoda N. C. Kepharta

Metoda Kepharta stosowana jest wobec dzieci cierpiących na zaburzenia rozwoju percepcyjno – motorycznego. U podstaw tej metody leży założenie, że dzieci muszą rozwijać się w oparciu o wykonywanie różnorodnych ćwiczeń praktycznych, dostarczających im

silnych doznań percepcyjnych i uruchamiających ich reakcje ruchowe, zaś oba rodzaje czynności należy traktować jako jedność percepcyjno – motoryczną. W metodzie Kepharta wyróżnia się trzy grupy ćwiczeń:

- **usprawniające rozwój percepcyjno – motoryczny:**

- zabawa zegarowa: polega na jednoczesnym zorientowaniu obu części ciała na określony kierunek ruchu. Zabawa polega na wykonaniu kombinacji ruchów: ruch przeciwny, równoległy, krzyżowy, od środka na zewnątrz, wzdłuż linii przecinających się. W tym celu na narysowanym na tablicy obwodzie koła, umieszczonych jest równomiernie osiem ponumerowanych cyfr. Zadanie dotyczy przemieszczania przez dziecko rąk położonych na podanych cyfrach na inne cyfry wskazane przez osobę prowadzącą zabawę;

- „leniwa ósemka”: prowadzenie ręką (raz lewą, raz prawą) linii ciągłej (bez odrywania kredy od tablicy);

- równoważnia: ćwiczenia wykonywane na ławeczce w celu poprawy równowagi dynamicznej, określenia lateralizacji i znajomości kierunku (posuwanie się do przodu, do tyłu, bokiem, zawracanie i odbijanie się, przejście przodem i tyłem);

- rytmy: jednoczesne łączenie rytmów słuchowych, dotykowych i kinestetycznych przy użyciu bębna w celu opanowania rytmów regularnych i nieregularnych;

- **kontroli wzrokowej** (przesuwanie celu, który należy śledzić wzrokiem):

- wodzenie wzrokiem za celem: poziome, pionowe, przekątne, koliste;

- ćwiczenie jednego oka;

- zabawy i gry z piłką.

- **percepcji kształtów**

- łamigłówki obrazkowe, w których centralną postacią powinien być człowiek (cel - utrwalenie schematu ciała ludzkiego);

- układanki z patyków według wzorów (figury geometryczne pozbawione treści) i układanie ich z pamięci;

- kształty geometryczne z kołeczków wkładanych w otwory tablicy i ich układanie z pamięci.

W terapii dzieci niepełnosprawnych metodą N.C. Kepharta istotne jest stopniowanie trudności oraz dostosowywanie zakresu ćwiczeń do ich indywidualnych możliwości.

9.4 Metoda Blissa

System komunikacji Blissa jest stosowany jest w pracy z osobami niemówiącymi i jest formą komunikacji opartej na reprezentowaniu słów i pojęć przez umowne symbole obrazkowe, które są ich graficzną ilustracją. W kodyfikacji komunikacji alternatywnej i wspomagającej symbole Blissa zostały sklasyfikowane w znakach graficznych.

Symbole graficzne dają możliwość określenia nie tylko konkretnego przedmiotu, ale także abstrakcyjnego pojęcia. Są one opracowane na bazie prostych kształtów geometrycznych, takich jak: koła, linie, kwadraty, strzałki itp. Każdy symbol posiada szeroki zakres znaczeniowy i reprezentuje kilka wyrazów bliskoznacznych. Po dodaniu do danego symbolu kolejnego znaku graficznego, ten zmienia się w nowy, symboliczny obraz z logicznie zmodyfikowanym znaczeniem. W ten sposób symbole można kategoryzować, tworzyć części mowy, oznaczać je poprzez wybrany kolor tła i budować wypowiedzi adekwatne do składni wybranego języka. Sprawia to, że system Blissa ma uniwersalny, międzynarodowy charakter (stosowany jest w 30 krajach świata) i z tego względu jest często określany jako „obrazkowe esperanto”. W słowniku Blissa znajduje się ok. 3000 symboli odzwierciedlających ponad 6000 słów, które pozwalają na konstruowanie pełnych zdań lub określanie konkretnych słów.

W Polsce ten system komunikacji zaczęto stosować w 1988 roku wraz z uruchomieniem Ośrodka Szkoleniowego Komunikacji Symbolicznej Bliss, funkcjonującego przy Zarządzie Głównym Towarzystwa Przyjaciół Dzieci w Warszawie. Jest to jedyna placówka uprawniona do prowadzenia szkoleń w zakresie stosowania tej metody. Oprócz działalności szkoleniowej, Ośrodek prowadzi także działalność informacyjną oraz poradnictwo dla rodziców.

9.5 Metoda Werbo-Tonalna Guberina

System werbo – tonalny wykorzystywany jest w rehabilitacji osób z uszkodzonym narządem słuchu w oparciu o specjalistyczną aparaturę (aparat SUVAG, słuchawki, mikrofon, podłoga wibrująca). SUVAG, będący urządzeniem kompensacyjnym, przenosi dźwięk za pomocą wibracji i przy wykorzystaniu niskich częstotliwości aplikuje drgania na ciele dziecka. Metoda ta stosowana jest podczas zajęć terapeutycznych w klasie (ćwiczenia rytmu muzycznego), podczas terapii logopedycznej (ćwiczenia indywidualne) oraz podczas terapii „rytmu ciała” (ćwiczenia indywidualne lub w grupach maksymalnie 5-cio osobowych). Zajęcia rehabilitacyjne z wykorzystaniem aktywności motorycznej dzieci i

stymulacji wibracyjno-dotykowej (wykonywanie określonych ruchów leżąc na wznak na podłodze), podzielone są na cztery etapy: praca nad wywołaniem głosu, nad artykulacją, nad prozodią i nad wychowaniem słuchowym.

Stymulację zmysłu równowagi przeprowadza się w toku następujących ćwiczeń: zmiana pozycji i kierunku huśtania; skakanie na skakance; chodzenie z zamkniętymi oczami po linii narysowanej kredą na podłodze, obroty wokół własnej osi czy naprzemienny spacer w kółko. W metodzie werbo – tonalnej stosowane są dwie techniki:

- rytmu ciała z zastosowaniem wyliczanek (nośnikami sygnałów mownych są: rytm, intonacja, napięcie, czas i pauza, natężenie);
- rytmu muzycznego z wykorzystaniem specjalistycznej aparatury SUVAG

Metoda werbo-tonalna jest logopedyczną metodą wspomagającą nauczanie mowy nie tylko dzieci z uszkodzonym narządem słuchu, ale także z zaburzeniami w komunikacji werbalnej. W stosowaniu metody werbo – tonalnej specjalizuje się Medyczne Centrum Audiofonologii w Brukseli, które prowadzi Ośrodek Rehabilitacji Funkcjonalnej zaburzeń słuchu, mowy, języka i komunikacji, przedszkole i szkołę oraz żłobek.

9.6 Trening Zastępowania Agresji (ART lub TZA)

Trening Zastępowania Agresji (*Aggression Replacement Training*) autorstwa Arnolda Goldsteina i jego współpracowników, został opracowany w Stanach Zjednoczonych (Uniwersytet w Syracuse, Instytut Badań nad Agresją). Jest programem zaliczanym do grupy metod poznawczo-behawioralnych, korygującym agresywne zachowania u młodzieży.

TZA jest programem wielostronnej interwencji, prowadzącej do zmiany zachowania i podstawowym programem wychowawczym w tzw. „Szkołach alternatywnych” przeznaczonych dla uczniów niedostosowanych społecznie i agresywnych. Stosowany jest również w wielu szkołach publicznych i prywatnych. Poprawnie prowadzony, jest skuteczny i umożliwia osiągnięcie trwałej poprawy zachowania.

Trening oparty jest na teorii społecznego uczenia się i podzielony jest na podstawowe „kroki” prowadzące do opanowania danej umiejętności społecznej w toku jej trenowania podczas odgrywania scenek rodzajowych. Trening TZA składa się z trzech elementów:

- **trening umiejętności prospołecznych (aspekt behawioralny)** – obejmuje 50 umiejętności społecznych, ujętych w pięć grup: *podstawowe* (np. prowadzenie rozmowy czy aktywne słuchanie), *zaawansowane* (np. zwracanie się o pomoc czy wykonywanie poleceń), *emocjonalne* (rozpoznawanie i wyrażenie swoich uczuć czy radzenie sobie z własnym lub cudzym gniewem), *alternatywne wobec agresji* (np. empatia, pomaganie innym, negocjowanie czy unikanie), *kontroli stresu* (np. radzenie sobie z presją grupy czy z porażką) i *planowania* (np. określanie własnych możliwości, podejmowanie decyzji czy zarządzanie czasem). Stosowane techniki: modelowanie, odgrywanie ról, informacje zwrotne, generalizacje i transfer oraz *transfer umiejętności w życiu codziennym*;
- **trening kontroli złości (aspekt emocjonalny)** – polega na przygotowaniu przez młodzież na każde spotkanie opisu rzeczywistych sytuacji wywołujących złość, a następnie identyfikowaniu czynników wyzwalających i sygnałów ją zwiastujących, *transferu używania produktów i motywacji do transferu emocji*;
- **trening wnioskowania moralnego i wartości (aspekt poznawczy, kognitywny)** – jego celem jest cofnięcie opóźnień w rozwoju moralnym agresywnie zachowującej się młodzieży (zwiększenie poczucia przyzwoitości, sprawiedliwości, uwzględnianie praw i potrzeb innych). Wychowanie moralne oparte jest na strategii dyskusji o dylematach moralnych, wspierania najbardziej dojrzałych decyzji i ich moralnych uzasadnień.

Trening TZA wymaga kompleksowej realizacji wszystkich trzech modułów programu w małych grupach uczniowskich (wychowawczych), z reguły prowadzonych poza zajęciami dydaktycznymi. Od przestrzegania założeń organizacyjnych programu zależą efekty pracy. W treningu może brać udział od 6 do 8 wychowanków oraz dwu trenerów (prowadzący i pomocniczy). Czas pracy z jedną grupą nie może być krótszy niż dziesięć tygodni (dwa spotkania tygodniowo po półtorej godziny). Sala do zajęć powinna być wyposażona w tablicę i krzesła oraz powinna być dobrze oświetlona. Zalecane jest, by trenerzy negocjowali z uczestnikami treningu zestaw umiejętności i kolejności, w jakiej będą trenowane.

W trakcie treningu zwiększana jest także wiedza uczestników na temat uzależnienia od środków psychoaktywnych, skutecznych sposobów radzenia sobie z problemem uzależnienia i zachowaniami przemocowymi. Opanowywane są również umiejętności

pomagające w odparciu presji grupy, w sytuacji namawiania do zażycia środka odurzającego.

9.7 Trening Biofeedback

Biofeedback jest samoregulacyjną metodą normalizacji fal EEG, pozwalającą na świadomą i dowolną zmianę stanu psychofizjologicznego. Jest to metoda relaksacyjna, terapeutyczna i zwiększania możliwości umysłu, oparta na wykorzystaniu biologicznego sprzężenia zwrotnego różnych sygnałów fizjologicznych. Informację zwrotną (feedback) o aktualnym stanie organizmu dostarczają odpowiednie narzędzia, umożliwiające świadome monitorowanie i modyfikowanie funkcji, które normalnie nie są zależne od człowieka (fale mózgowie czy napięcie mięśni). Metoda ta prowadzona jest przy pomocy dwu systemów komputerowych z podłączonym modułem EEG Biofeedback.

Celem treningu jest poprawa czynności bioelektrycznej mózgu, w zależności od zaburzenia. Zapis fal mózgowych jest śledzony przez uczestnika treningu, zaś informacje o stanie aktualnym obrazowane są w formie wideogry. Zmieniając określone parametry, trener pobudza pożądane i hamuje niepożądane pasma fal mózgowych. Jeżeli osoba trenująca osiągnie pożądane parametry – gra kończy się jej sukcesem. W ten sposób może ona nauczyć się samodzielnie regulować własne emocje i reakcje na różnorakie bodźce.

9.8 Metoda integracji sensorycznej (SI)

Integracja sensoryczna rozumiana jest jako proces stymulujący mózg do rozpoznania, segregowania i interpretacji informacji przekazywanych przez wszystkie zmysły oraz łączenia ich z wcześniej otrzymanymi. W ten sposób tworzy odpowiednią reakcję adaptacyjną, adekwatną do sytuacji. Celem terapii SI jest zastosowanie wobec dziecka odpowiednio dobranej sekwencji ćwiczeń sensoryczno-motorycznych.

Terapia w metodzie SI obejmuje sferę ruchową, intelektualną oraz emocjonalną i polega na wprowadzeniu dzieci w sytuacje zabawy (np. huśtanie, granie w piłkę, jazda na deskorolce czy spacer po platformie równoważnej), w trakcie której integrują wrażenia zmysłowe i uczą się ich celowego wykorzystania. W ten sposób usprawniany jest odbiór i integracja bodźców sensorycznych w ośrodkowym układzie nerwowym, czego następstwem jest wzrost poczucia bezpieczeństwa oraz świadomość odczucia własnych emocji. Niwelowanie zaburzeń czynności psychoruchowych dokonywane jest przez:

- normalizację napięć mięśniowych;

- ćwiczenia prawidłowych wzorców postawy i ruchu oraz orientacji przestrzennej;
- ćwiczenia koordynacji wzrokowo-ruchowej, wzrokowo-słuchowej oraz wzrokowo-ruchowo - czuciowej;
- ćwiczenia eliminujące nieprawidłowe ruchy mimowolne;
- ćwiczenia poznawania własnego ciała poprzez jego odczuwanie;
- ćwiczenia kształcące dominację stron ciała i ich rozpoznawanie.

Metoda integracji sensorycznej dedykowana jest dzieciom z trudnościami w uczeniu się, ale jest też niezwykle użyteczna w usprawnianiu dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, upośledzonych umysłowo, ze spektrum autyzmu, nadpobudliwością psychoruchową i niewidomych.

9.9 Metoda Felicji Affolter

Terapia prowadzona tą metodą ukierunkowana jest na integrację wrażeń sensorycznych z różnych analizatorów, a zwłaszcza zmysłu proprioceptywnego i dotykowego. Podstawową formą komunikacji z dzieckiem jest dotyk. Poprzez celowe i skuteczne działania dłoni w trakcie terapii, rozwiązuje ono problemy dnia codziennego oraz doświadcza własnych działań. Terapeuta ma za zadanie lekko ukierunkowywać dłonie dziecka poprzez delikatne ich nakrycie swoją własną dłonią, ale to dziecko powinno odczuwać moc sprawczą. Taka aktywność dostarcza mu różnych doznań zmysłowych, wpływa na rozwój umysłowy, znosi napięcie mięśniowe i motywuje do działania.

Terapia metodą Felicji Affolter ma doprowadzić finalnie do koordynacji wzroku i działania ręki, czyli integracji dotyku z doznaniem innego zmysłu. Praca tą metodą prowadzi do przezwyciężenia lęku dziecka przed dotykiem oraz rozwija jego świadomość praktyki i budowy ciała. Metoda Affolter może być stosowana w terapii spektrum autyzmu, ale także w pracy z dziećmi nadpobudliwymi ruchowo, niemówiącymi czy posiadającymi wady wzroku.

9.10 Metoda Petö (nauczanie kierowane)

Omawiana metoda została opracowana przez Andreasa Petö, węgierskiego lekarza i pedagoga. Jest to interdyscyplinarna metoda rehabilitacji, obejmująca usprawnianie lecznicze i terapię logopedyczną, ukierunkowana nie tylko na terapię neurologiczną, ale także na prowadzenie dziecka ku samodzielności. Terapia tą metodą wymaga zapewnienia odpowiednich warunków – sal wyposażonych w meble specjalnej konstrukcji,

umożliwiających dzieciom naukę samodzielnego stania i chodzenia. Pracą terapeutyczną objęte są dzieci począwszy od 4 roku życia, kwalifikowane do programu w oparciu o wyniki diagnozy określającej poziom rozwoju ich sprawności ruchowej i intelektualnej.

Zajęcia grupowe prowadzone są przez osobę profesjonalnie przygotowaną, która określana jest mianem dyrygenta, przewodnika lub instruktora. Pracując w grupie, dzieci wykonują ćwiczenia oddechowe i osiągnięcia wyższych pozycji, ćwiczenia usprawniające dłonie (pisanie, chwyt pisarski), ćwiczenia samodzielnego stania i chodzenia, równoważne i obronne. Ćwiczenia te - wykonywane w tempie narzucanym przez skandowanie, śpiewanie piosenki czy liczenie (metoda rytmiczności poleceń) - są tak opracowane, by symulowały wykonywanie czynności dnia codziennego (sprzątanie, ubieranie się czy mycie). Terapeuta ma za zadanie korygowanie błędów, które przedstawiane są całej grupie wraz z instrukcją poprawnego wykonania zadania. Ważne jest tu podkreślanie sukcesów i motywowanie do osiągnięcia coraz to lepszych rezultatów. Metoda nauczania kierowanego daje najlepsze rezultaty w pracy rehabilitacyjnej z dziećmi i młodzieżą szkolną. Skuteczna jest także w procesie usamodzielniania i osiągnięcia autonomii funkcjonalnej dzieci i młodzieży z głęboką niepełnosprawnością intelektualną.



KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Czy wszystkie metody rehabilitacji osób niepełnosprawnych w sposób jednoznaczny odnoszą się do konkretnego rodzaju niepełnosprawności? Uzasadnij swoją odpowiedź.
 2. Co to jest integracja sensoryczna?
 3. W czym tkwi istota treningu Biofeedback?
 4. Komu dedykowana jest metoda Blissa?
 5. Jaka instytucja i w jakim państwie zlokalizowana, zajmuje się terapią wykorzystującą metodę werbo – tonalną Guberina?
 6. U podstaw jakiej metody leży teza, że dzieci muszą rozwijać się w oparciu o wykonywanie różnorodnych ćwiczeń praktycznych dostarczających im silnych doznań percepcyjnych i uruchamiających ich reakcje ruchowe?
-

KORESPONDENČNÍ ÚKOL



1. Utwórz katalog podstawowych i alternatywnych metod pracy z dzieckiem niepełnosprawnym biorąc pod uwagę rodzaj schorzenia lub zaburzenia.
 2. Wskaż metody pracy z dzieckiem dotkniętym spektrum autyzmu i określ, które z nich można zastosować w rehabilitacji dzieci posiadających inne rodzaje niepełnosprawności. Uzasadnij swoje stanowisko.
-

DALŠÍ ZDROJE



[http://bazhum.muzhp.pl/media//files/Nauczyciel_i_Szkola/Nauczyciel_i_Szkola-r2003-t1_2_\(18_19\)/Nauczyciel_i_Szkola-r2003-t1_2_\(18_19\)-s180-196/Nauczyciel_i_Szkola-r2003-t1_2_\(18_19\)-s180-196.pdf](http://bazhum.muzhp.pl/media//files/Nauczyciel_i_Szkola/Nauczyciel_i_Szkola-r2003-t1_2_(18_19)/Nauczyciel_i_Szkola-r2003-t1_2_(18_19)-s180-196/Nauczyciel_i_Szkola-r2003-t1_2_(18_19)-s180-196.pdf)

http://bazhum.muzhp.pl/media//files/Edukacja_Elementarna_w_Teorii_i_Praktyce_kwartalnik_dla_nauczycieli_/Edukacja_Elementarna_w_Teorii_i_Praktyce_kwartalnik_dla_nauczycieli_-r2007-t-

[n2/Edukacja_Elementarna_w_Teorii_i_Praktyce_kwartalnik_dla_nauczycieli_-r2007-t-n2-s7-13/Edukacja_Elementarna_w_Teorii_i_Praktyce_kwartalnik_dla_nauczycieli_-r2007-t-n2-s7-13.pdf](http://bazhum.muzhp.pl/media//files/Edukacja_Elementarna_w_Teorii_i_Praktyce_kwartalnik_dla_nauczycieli_-r2007-t-n2-s7-13/Edukacja_Elementarna_w_Teorii_i_Praktyce_kwartalnik_dla_nauczycieli_-r2007-t-n2-s7-13.pdf)

http://bazhum.muzhp.pl/media//files/Edukacja_Elementarna_w_Teorii_i_Praktyce_kwartalnik_dla_nauczycieli_/Edukacja_Elementarna_w_Teorii_i_Praktyce_kwartalnik_dla_nauczycieli_-r2007-t-

[n2/Edukacja_Elementarna_w_Teorii_i_Praktyce_kwartalnik_dla_nauczycieli_-r2007-t-n2-s7-13/Edukacja_Elementarna_w_Teorii_i_Praktyce_kwartalnik_dla_nauczycieli_-r2007-t-n2-s7-13.pdf](http://bazhum.muzhp.pl/media//files/Edukacja_Elementarna_w_Teorii_i_Praktyce_kwartalnik_dla_nauczycieli_-r2007-t-n2-s7-13/Edukacja_Elementarna_w_Teorii_i_Praktyce_kwartalnik_dla_nauczycieli_-r2007-t-n2-s7-13.pdf)

<https://repozytorium.uph.edu.pl/bitstream/handle/11331/1928/Metody%20pracy%20z%20osobami%20z%20niepe%C5%82nosprawno%C5%9Bciami.pdf?sequence=1>

http://www.norw.edu.pl/prezentacja_metody_alternatywne.pdf

<http://poradnik-logopedyczny.pl/komunikacja-alternatywna/komunikacja-alternatywna/250/metoda-charlesa.html>

<http://rep.up.krakow.pl/xmlui/bitstream/handle/11716/1899/PM451--Diagnoza-i-rewalidacja-indywidualna-dziecka-ze-specjalnymi-potrzebami-edukacyjnymi.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<http://www.ppp.pl/download/t...i...g1.pdf>

<file:///C:/Users/Dell/AppData/Local/Temp/Psychiatria1.2015Pawliczuk,Trening.pdf>
https://www.pum.edu.pl/_data/assets/file/0009/66339/NK_2013_23_195-202.pdf
https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/14229/1/SE_36_2015_Walkowiak.pdf
[http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_6_2017/1095Markiewicz_PsychiatrP
ol2017v51i6.pdf](http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_6_2017/1095Markiewicz_PsychiatrP
ol2017v51i6.pdf)
[https://docplayer.pl/5172276-Metoda-integracji-sensorycznej-terapia-integracji-
sensorycznej-si.html](https://docplayer.pl/5172276-Metoda-integracji-sensorycznej-terapia-integracji-
sensorycznej-si.html)
<file:///C:/Users/Dell/AppData/Local/Temp/131-128.pdf>
<http://apcz.umk.pl/czasopisma/index.php/PCh/article/viewFile/181/190>
<http://www.nowapediatria.pl/wp-content/uplo> [file:///C:/Users/Dell/AppData/Lo-
cal/Temp/9963-19278-1-SM.pdf](file:///C:/Users/Dell/AppData/Lo-
cal/Temp/9963-19278-1-SM.pdf)
[file:///C:/Users/Dell/Downloads/012%20ETI_nr%20Vol_7_4_Zastosowanie%20metod.p
df](file:///C:/Users/Dell/Downloads/012%20ETI_nr%20Vol_7_4_Zastosowanie%20metod.p
df)
<file:///C:/Users/Dell/Downloads/METODY%20181-678-1-PB.pdf>
[https://repozytorium.uph.edu.pl/bitstream/han-
dle/11331/1928/Metody%20pracy%20z%20oso-
bami%20z%20niepe%C5%82nosprawno%C5%9Bciami.pdf?sequence=1](https://repozytorium.uph.edu.pl/bitstream/han-
dle/11331/1928/Metody%20pracy%20z%20oso-
bami%20z%20niepe%C5%82nosprawno%C5%9Bciami.pdf?sequence=1)
<file:///C:/Users/Dell/Downloads/Niepelnosprawnoscr2013-t-n11-s46-58.pdf>
file:///C:/Users/Dell/Downloads/WADA_SŁUCHU_9582-18581-1-SM.pdf

LITERATURA

Kapitola I

Broda-Wysocki P. (2012), Wykluczenie i inkluzja społeczna. Paradygmaty i próby definicji, IPiSS, Warszawa.

Dyrda B. (2012), Edukacyjne wspieranie rozwoju uczniów zdolnych, Wyd. Żak, Warszawa.

Klaczak M., Majewicz P. (2007), Diagnostyka i rewalidacja indywidualna dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, Kraków.

Piszczyk, M. (2011), Diagnostyka wielospecjalistyczna, Wyd. Kompedium, Warszawa.

Smith D.D. (2011), Pedagogika specjalna, Tom 1 i 2, PWN, Warszawa.

Chruszczewski M.H. (2009), Profile uzdolnień. Intelaktualne i osobowościowe składniki uzdolnień plastycznych i muzycznych, Wydawnictwo UW, Warszawa .

Grzegorzewska M. (1964), Pedagogika specjalna, Wydawnictwo PIPS, Warszawa.

Limont W. (2010), Uczeń zdolny. Jak go rozpoznać i jak z nim pracować, GWP, Gdańsk 2010.

Maciarz A. (1984), Wybrane zagadnienia rewalidacji dzieci, WSP, Zielona Góra.

Nęcka E. (2001), Psychologia twórczości, GWP, Gdańsk 2001.

Nęcka E.(2003), Inteligencja. Geneza – Struktura – Funkcje, GWP, Gdańsk 2003.

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

Wysocka E. (2013), Diagnostyka pedagogiczna. Nowe obszary i wyzwania, Impuls, Kraków.

Kapitola II

Dykcik W. (red.) (2009), Pedagogika specjalna, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.

Chrzanowska I. (2018), *Pedagogika specjalna. Od tradycji do współczesności*, Impuls, Kraków.

Eckert U. (red.) (1998), Wybrane zagadnienia z surdopedagogiki, Warszawa.

Partyka O., Wysocki M.J. (2015), Epidemiologia chorób narządu wzroku oraz infrastruktura okulistyki w Polsce, „Przegląd Epidemiologiczny”, 69: 905 – 908.

Pytka L. (2005), Pedagogika resocjalizacyjna. Podręcznik akademicki, Wyd. APS, Warszawa.

Tucholska S. (1998), Kryteria i klasyfikacje upośledzenia umysłowego. Ustalenia z lat 1992 – 1994), „Roczniki Psychologiczne”, tom 1.

American Association on Mental Retardation, AAMR (1992), Mental retardation – definition, disorders (DSM-IV), Washington D.C.

American Psychiatric Association, APA (1994), Diagnostic and statistical manual of mental classification and system supports, Washington D.C.

Cierpiałkowska L. (2011), Psychopatologia, Wyd. Scholar, Warszawa.

Krueger RF, South SC (2009) Externalizing disorders: Cluster 5 of the proposed meta-structure for DSM–V and ICD–11, “Psychological Medicine” 39:2061–70.

Sękowska Z. (1998), Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej, PWN, Warszawa 1998.

Smith D.D. (2008), Pedagogika specjalna. Podręcznik akademicki, PWN i APS.

Kapitola III

Błeszyński J.J., Baczała D., Binnebesel J. (red.) (2008), Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną – w ujęciu pedagogicznym, Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Edukacji Zdrowotnej w Łodzi (<https://docplayer.pl/1466292-Historyczne-dyskursy-nad-pedagogika-specjalna.html>)

Gasik W., Pańczyk J. (1997), Czołowi polscy pedagogowie specjalni oraz absolwenci PIPS i WSPS z lat 1971–1996, Warszawa.

Hryniewiecka A. (2014), Zasługi dla pedagogiki specjalnej, „Szkoła Specjalna”, nr 1 (<https://95.aps.edu.pl/images/mgpw-2.pdf>)

Mauersberg S. (red.) (1990), Dzieje szkolnictwa i pedagogiki specjalnej, Warszawa.

Kapitola IV

Mauersberg S. (red.) (1990), Dzieje szkolnictwa i pedagogiki specjalnej PWN, Warszawa.

Pańczyk J. (2001), Pedagogika Specjalna w Polsce u progu XXI wieku, [w:] Dykcik W. (red.), Pedagogika Specjalna, Poznań 2001.

Balcerek M. (1990a), Szkolnictwo specjalne i pedagogika specjalna w pierwszej połowie XX wieku, [w:] S. Mauersberg (red.), Dzieje szkolnictwa i pedagogiki specjalnej PWN, Warszawa.

Balcerek M. (1990b), Kierunki rozwoju praw dziecka, kształcenia specjalnego i pedagogiki specjalnej po drugiej wojnie światowej, [w:] S. Mauersberg (red.), Dzieje szkolnictwa i pedagogiki specjalnej PWN, Warszawa.

Gasik W. (1990), Szkolnictwo specjalne w latach wojny i okupacji (1939 – 1945), [w:] S. Lipkowski O. (1979), Pedagogika specjalna, PWN, Łódź.

Mauersberg (red.), Dzieje szkolnictwa i pedagogiki specjalnej PWN, Warszawa.

Mauersberg S. (1981), Opieka nad dzieckiem i szkolnictwo specjalne, [w:] J. Miąso (red.), Historia wychowania. Wiek XX. T.2., PWN. Warszawa.

Kapitola V

Dykcik, W. (2010), Tendencje rozwoju pedagogiki specjalnej, Wydawnictwo Naukowe PTP, Poznań.

Krause, A. (2011), Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej, Impuls, Kraków.

Krause, A. (2010), Pedagogika robocza – złudzenia i nadzieje alternatywności w pedagogice specjalnej, [w:] Z. Melosik, B. Śliwerski (red.), Edukacja alternatywna w XXI wieku, Impuls, Poznań.

Krause, A. (2004), Człowiek niepełnosprawny wobec przeobrażeń społecznych, Impuls, Kraków.

Podgórska-Jachnik, D. (2007). Pedagogika specjalna jako pedagogika wielokulturowa – pedagogika wielokulturowa jako pedagogika specjalna, [w:] T. Żółkowska (red.), Pedagogika specjalna – koncepcje i rzeczywistość. Konteksty pedagogiki specjalnej, T. 2., Wyd. Usz, Szczecin.

Wojciechowski, F. (2005). Pedagogika specjalna wobec problemu mniejszościowych grup społecznie marginalizowanych, [w:] T. Żółkowska (red.), Pedagogia specjalna – aktualne osiągnięcia i wyzwania, Wyd. In Plus, Szczecin.

Kapitola VI

Szumski G. (2009), Integracyjne kształcenie niepełnosprawnych, Wyd. PWN, Warszawa.

Firkowska-Mankiewicz A., Szumski G. (2008), Pedagogika specjalna i system kształcenia osób z niepełnosprawnościami w Polsce [w:] Smith D.D. Pedagogika specjalna, t. 2, PWN-APS, Warszawa.

Gajdzica Z., Rottermund J., Klinik A., (red.) (2008), Uczeń niepełnosprawny i jego nauczyciel w przestrzeni szkoły, Tom 5, Impuls, Kraków.

Bobel B. (2006), Integracyjne oddziały przedszkola szansą integracji społecznej dzieci niepełnosprawnych, [w:] S. Włoch (red.), Edukacja przedszkolna w teorii i praktyce, Wyd. UO, Opole.

Flis R. (2005), Praca w klasie integracyjnej, Impuls, Kraków

Gajdzica Z. (2007), Edukacyjne konteksty bezradności społecznej osób z lekkim upośledzeniem umysłowym. Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice

Pańczyk J.(2001), Pedagogika Specjalna w Polsce u progu XXI wieku, [w:] W. Dykcik (red.), Pedagogika Specjalna. Poznań.

Wyczesany J. (2002), Pedagogika upośledzonych umysłowo. Wyd. Impuls, Kraków.

Zamkowska A. (2008), Psychospołeczne i edukacyjne funkcjonowanie ucznia z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim w szkole ogólnodostępnej, [w:] Z. Gajdzica (red.), Wspólne i swoiste zagadnienia edukacji i rehabilitacji osób z upośledzeniem umysłowym, Oficyna Wydawnicza Humanitas, Sosnowiec.

Kapitola VII

Akty prawne - patrz tekst rozdziału

Kapitola VIII

Korzon A. (2008), Kompetencje nauczyciela w świetle potrzeb ucznia o specjalnych potrzebach edukacyjnych w szkole masowej, [w:] Z. Palak (red.), Pedagog specjalny w procesie edukacji, rehabilitacji i resocjalizacji, Lublin: Wyd. UMCS.

Nowak B.M. (2018), Rodzina w kryzysie. Studium resocjalizacyjne, PWN, Warszawa.

Palak Z., Papuda – Dolińska B. (2014), Samoaktualizacja jako istotny wymiar kompetencji zawodowych pedagoga specjalnego, „Annales Universitatis Mariae Curie – Skłodowska – Polonia”, Sectio J, Vol. XXVII, 2.

Plutecka K. (2005), Obraz pedagoga specjalnego w aspekcie nowoczesnych paradygmatów pedeutologicznych, „Szkola Specjalna”, 2005 nr 1.

Zaorska M. (2012), Rola i miejsce pedagoga specjalnego w kreowaniu działalności edukacyjno-terapeutycznej, Acta Universitatis Nicolai Copernici, Pedagogika XXVIII, Nauki Humanistyczno – Społeczne, Zeszyt 405.

Denek K. (2008), Edukacja jutra, „Homines Hominibus”, nr 1(4).

Doroszewska J. (1981), Pedagogika specjalna, Wrocław: Ossolineum.

Dykcik W. (1998), Pedagogika specjalna, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Porter G.L. (1997), Critical elements for inclusive schools, [w:] Pijl S.J., Meijer C.J.W., Hegarty S. (red.), Inclusive Education. A global agenda, Routledge, London, New York.

Kwiatkowska, H. (2008), Pedeutologia, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.

Szempruch, J. (2013), Pedeutologia. Studium teoretyczno-pragmatyczne, Impuls, Kraków.

Szempruch, J. (2016), Kompetencja komunikacyjna nauczycieli w działaniach edukacyjnych, [w:] A. Kamińska, P. Oleśniewicz (red.), Edukacja jutra. Aspekty

wychowania i kształcenia we współczesnej szkole, Oficyna Wydawnicza Humanitas, Sosnowiec.

Szumski G. (2009), Wyniki Międzynarodowego Programu Badań nad Osiągnięciami Uczniów (PISA) z perspektywy pedagogiki specjalnej [w:] Pedagogika specjalna. Różne poszukiwania – wspólna misja. Pamięci Profesora Jana Pańczyka, praca zbiorowa, Wydawnictwo APS, Warszawa.

Wyczesany J. (1998), Oligofrenopedagogika, Kraków: Wyd. Impuls.

Kapitola IX

Grzywniak C. (2006), Kinezyjologia Edukacyjna, Kraków.

Schiftan Y., Stadnicki A. (2003), Terapia akustyczno-wibracyjna Musica Medica w oddziaływaniach zdrowotnych i pedagogicznych, APS, Warszawa.

Goldstein A.P, Glick B. Gibbs J.C. (2004), ART Program Zastępowania Agresji, Warszawa.

Smyk K.K. (2008), Terapia neurofeedback, Lublin.

Hannaford C. (1998), Zmysłne ruchy, które doskonalą umysł. Podstawy kinezyjologii edukacyjnej, Warszawa.

Morawski J. (2004), Trening Zastępowania Agresji w szkołach i placówkach systemu oświaty, Instytut Amity, Warszawa.

Frohlich A. (1998), Stymulacja od podstaw, WSiP, Warszawa.























SHRnutí STUDIjNí OPORY

Książka stanowi kompendium wiedzy obejmującej dorobek polskiej pedagogiki specjalnej. Jest napisana w języku polskim i adresowana do czeskich studentów, kształcących się w zakresie pedagogiki specjalnej. Składa się ona z dziewięciu rozdziałów.

W rozdziale I zaprezentowana została podstawowa terminologia, przedmiot zainteresowań pedagogiki specjalnej oraz klasyfikacja osób niepełnosprawnych. Rozdział II to przegląd uznanych i powszechnie stosowanych klasyfikacji zaburzeń psychicznych (DSM – IV i DSM - V) i adaptacyjnych (AAMR, APA i ICD), jak też kryteriów i zakresów niepełnosprawności intelektualnej, wzrokowej, słuchowej oraz niedostosowania społecznego. Rozdział III został poświęcony przedstawicielom polskiej pedagogiki specjalnej. Kolejny rozdział (IV) to opis historycznego uwarunkowania rozwoju polskiej pedagogiki specjalnej oraz etapów jej rozwoju. W Rozdziale V przedstawiono z kolei najnowsze nurty w polskiej pedagogice specjalnej oraz perspektywy rozwojowe tej subdyscypliny pedagogicznej. W Rozdziale VI zaprezentowany został rozwój polskiego szkolnictwa specjalnego. Kolejny, VII rozdział to przegląd obecnie obowiązujących w Polsce aktów prawnych odnoszących się do uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi oraz warunki i zasady organizacji udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach oraz zadania podmiotów i formy pomocy udzielanej uczniom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. W Rozdziale VIII, stanowiącym niejako kontynuację poprzedniego, dokonano przeglądu aktualnych wymagań kwalifikacyjnych dotyczących pracy w szkołach i placówkach dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej, niedostosowanej lub zagrożonej niedostosowaniem społecznym oraz omówiono zakres kompetencji zawodowych pedagoga specjalnego i nauczyciela pracującego z uczniami ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (SPE). Pracę wieńczy rozdział IX, w którym zaprezentowano wspomagające i alternatywne metody i techniki pracy rehabilitacyjnej (z odwołaniem do bardziej wnikliwych opisów) oraz możliwości zastosowania alternatywnych metod rehabilitacyjnych w pracy z uczniami o specjalnych potrzebach edukacyjnych (SPE).

Praca jest dobrze ustrukturowana i wartościowa poznawczo oraz użyteczna w kształceniu czeskich pedagogów specjalnych, zwłaszcza osób mieszkających, studiujących lub/i pracujących na terenach graniczących z Polską. Treści zawarte w opracowaniu niewątpliwie wzbogacą wiedzę studentów oraz zachęcą ich do poszukiwania innowacyjnych metod i form pracy rewalidacyjnej i rehabilitacyjnej.

PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON

	Čas potřebný ke studiu		Cíle kapitoly
	Klíčová slova		Nezapomeňte na odpočinek
	Průvodce studiem		Průvodce textem
	Rychlý náhled		Shrnutí
	Tutoriály		Definice
	K zapamatování		Případová studie
	Řešená úloha		Věta
	Kontrolní otázka		Korespondenční úkol
	Odpovědi		Otázky
	Samostatný úkol		Další zdroje
	Pro zájemce		Úkol k zamyšlení

Pozn. Tuto část dokumentu nedoporučujeme upravovat, aby byla zachována správná funkčnost vložených maker. Tento poslední oddíl může být zamknut v MS Word 2010 prostřednictvím menu Revize/Omezit úpravy.

Takto je rovněž omezena možnost měnit například styly v dokumentu. Pro jejich úpravu nebo přidávání či odebrání je opět nutné omezení úprav zrušit. Zámek není chráněn heslem.

Název: Polský jazyk pro speciální pedagogy

Autor: **prof. nadzw. dr. hab. Beata Maria Nowak**
doc. PhDr. et PhDr. Martin Kaleja, Ph.D.

Vydavatel: Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě
Výzkumné centrum pro sociální začleňování
Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava

Vydání: první

Místo a rok vydání: Opava, 2019

Náklad: elektronicky

Určeno: studentům SU FVP Opava

Počet stran: 120

ISBN 978-80-7510-345-1

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.