

„Chowanna”	Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego	Katowice 2004	R. XLVII (LX)	T. 1 (22)	s. 36–50
------------	--	---------------	------------------	--------------	----------

Henryk GAŚIOR

Czynniki determinujące postawy rodzicielskie wobec dzieci upośledzonych umysłowo

Postawy rodziców wobec dzieci w wychowaniu rodzinnym kształtują się pod wpływem różnorodnych czynników wewnętrznych i zewnętrznych, często zamierzonych i okolicznościowych, świadomych i nieświadomych, subiektywnych i obiektywnych. Istotną rolę w procesie kształtowania się postaw rodziców wobec dziecka upośledzonego umysłowo spełnia czynnik emocjonalny – irracjonalny i racjonalny – rozumny – humanitarny. Miłość do dziecka upośledzonego umysłowo rozwija się i umacnia w zależności od stopnia niepełnosprawności, przystosowania się dziecka do samodzielnego życia i okresu rozwoju psychicznego, umysłowego i fizycznego. Postawę określa się jako względnie trwałe ustosunkowanie, które wyraża się w gotowości podmiotu do pozytywnych lub negatywnych reakcji intelektualno-orientacyjnych, emocjonalno-motywacyjnych oraz behawioralnych wobec jej przedmiotu (Prężyńska, 1981, s. 18).

Tak więc większość teoretyków podkreśla, że postawa to przede wszystkim predyspozycja człowieka do pewnego typu zachowania, myślenia i odczuwania, ogólnie – odbioru czegoś, co nazywane jest przedmiotem postawy (Szaniawski, 1998, s. 17). Rozpatrując postawę jako wewnętrzną relację tworzących ją składników, można mówić o jej strukturze. Postawa ma strukturę trzech zasadniczych komponentów: poznawczego, uczuciowo-motywacyjnego i behawioralnego (Gaśior, 1977, s. 88). W skład komponentu poznawczego postawy mogą wchodzić odpowiednie wiadomości dotyczące przedmiotu

postawy, przekonania, przypuszczenia lub wątplenia. Zasadniczą rolę pełnią tu przekonania. Zawierają one jednak aspekt oceniający – ocenę realności jakiegoś przedmiotu lub słuszności jakiegoś stanu rzeczy. Z postawami wiążą się uczucia, nastawienia, jak zazdrość, miłość, czułość, zachwyt, szacunek, współczucie, i ich przeciwieństwa. Poszczególne cechy czy aspekty przedmiotu postawy mogą budzić mniej lub bardziej odmienne uczucia i tylko dokonując pewnego uogólnienia i uproszczenia, można powiedzieć, iż przedmiot postawy wywołuje uczucia pozytywne lub negatywne. W skład postawy wchodzi przede wszystkim uczucia wyższe. Są one związane z psychiczno-społecznymi potrzebami; życzenia, pragnienia i dążenia są komponentem uczuciowo-motywacyjnym postawy. Poza dwoma wymienionymi komponentami w skład postawy wchodzi jeszcze reakcje minimalne, pantominimalne, wokalne, werbalne i inne działania, które razem stanowić mogą komponent postawy zwany behawioralnym. Uogólniając dotychczasowe rozważania na temat struktury postawy, można stwierdzić, iż postawa jest organizacją komponentu intelektualnego, uczuciowego – motywacyjnego i behawioralnego, charakteryzującą się odpowiednią treścią przedmiotową, zakresem, kierunkiem, siłą, zawartością i trwałością. Wszystkie te komponenty postawy ujawniają się też w relacji rodzice – dziecko upośledzone umysłowo. Ważną rolę w tym procesie odgrywają odpowiednie wzmocnienia – nagrody i kary, które mają bezpośredni związek zaspokajaniem i niezaspokajaniem potrzeb jednostki. Pod wpływem obserwacji zachowania się innych ludzi podmiot przejmując ich postawy w drodze empatii, naśladowania, modelowania i identyfikacji. Empatia oznacza wczuwanie się w stany psychiczne innych osób. Występuje wówczas, gdy podmiot obserwuje zaangażowanie innej osoby (modela) w określonym zadaniu – czynności lub zachowaniu. Empatię można często obserwować w sytuacjach życiowych. Jest ona czynnikiem zbliżającym do siebie ludzi, leży u podstaw kształtowania się więzi psychicznej i postaw wobec innych osób, szczególnie członków rodziny, grupy zawodowej, społecznej i środowiska lokalnego oraz ponadlokalnego. W bezpośredni sposób empatia wpływa na kształtowanie się uczuciowego składnika postawy. Skłonność do empatii, jej siła oraz stopień wpływu na postawy, osobowość jednostki zależą przede wszystkim od doświadczeń, postaw, potrzeb i dążeń. To podobieństwo jest w znacznym stopniu zależne od przynależności do tej samej kultury czy podkultury i związanych z tym form dotychczasowej socjalizacji (Gąsior, 1977, s. 88). Istotną rolę w kształtowaniu się postaw odgrywa proces naśladowania, który występuje wówczas, gdy podmiot, obserwując zachowanie tzw. modelu w określonej sytuacji, sam zachowuje się w podobny sposób. Podobnie proces modelowania jest swoistego rodzaju formą socjalizacji. W przypadku modelowania podmiot przejmując od „modelu”, dorosłej osoby nie tylko określone formy zachowania, lecz również tendencje uczucio-

wo-motywacyjne. Zachodzi tu często proces identyfikacji empatii z naśladownictwem. Osoba identyfikująca się z określonym modelem, wzorcem nie tylko przyswaja sobie jego zewnętrzne formy zachowania, jak w przypadku naśladownictwa, lecz także przejawia tendencje uczuciowo-motywacyjne, wartości oraz przekonania.

Występuje tu zarazem proces przyswajania opinii. Podmiot niekiedy przejmuje od określonych osób lub społeczności pewne opinie, względnie przekonania. Utrwalają się one, prowadząc do uformowania nowej postawy. Uczenie się nowych opinii jest tylko jedną z dróg formowania się postaw. Można powiedzieć, że postawy ludzi kształtują się głównie pod wpływem konkretnych warunków społecznych, w których ludzie działają i zaspokajają potrzeby (Mądrzycki, 1977, s. 24).

Określając postawę rodzicielską wobec dziecka, Maria Ziemska akcentuje jej składnik uczuciowy. Definiuje ją jako charakter emocjonalnego stosunku rodziców do dziecka (Ziemska, 1977, s. 88). Z kolei Józef Rembowski postawę rodzicielską ujmie jako całościową formę ustosunkowania się rodziców (osobno ojca, osobno matki) do dzieci, do techniki oddziaływania, do zagadnień wychowawczych, ukształtowaną podczas pełnienia funkcji rodzicielskich (Rembowski, 1970, s. 320). Do twórców typologii postaw rodzicielskich należy L. Kanner, która pod wpływem psychoanalitycznych studiów nad stosunkami rodzinnymi wyodrębniła cztery typy postaw: akceptację i uczucie, jawne odtrącenie, perfekcjonizm oraz nadmierne chronienie.

Tabela 1

Główne typy postaw rodzicielskich według L. Kanner

Postawy	Charakterystyczne wypowiedzi	Traktowanie dziecka	Reakcje dziecka
Akceptacja i uczucie	„Dzięki dziecku dom jest ciekawy”	okazywanie czułości, zabawa, cierpliwość	poczucie bezpieczeństwa, normalny rozwój osobowości
Jawne odtrącenie	„Nienawidzę go; nie chcę się dreńczyć z jego powodu”	zaniedbywanie, cierpkość i unikanie kontaktu, surowe kary	agresywność; wykolejenie, zahamowanie rozwoju uczuć wyższych
Perfekcjonizm	„Nie chcę go takim, jakim jest. Muszę uczynić go »naj...«	dezaprobata, obwinianie, wymuszanie	frustracja, brak zaufania we własne siły, obsesje
Nadmierne chronienie	„Oczywiście, że go lubię, widzicie, jak się dla niego poświęcam”	psucie dziecka, ustawiczne wtrącanie się, zbytnia pobłażliwość lub przytłaczanie autorytetem	opóźnienie dojrzałości i usamodzielnienia, zależność od matki, zachowanie typu „zepsute dziecko”

Typologia ta ma charakter teoretyczny, a jej charakterystyka została zaczerpnięta z prac D. Lery'ego, M. Kenworthy oraz M. Fitz-Simons (Rembowski, 1986, s. 197).

Bardziej rozbudowana jest typologia postaw rodzicielskich w ujęciu Slate-ra. Wydzieliła on cztery sektory zachowania rodzicielskiego, a mianowicie: pobłażliwość i tolerancję, ciepło i uzależnienie, surowość i brak tolerancji oraz chłód, separowanie się. Roe jest autorem innej typologii opierającej się na danych z analiz klinicznych. Zawiera jedenaście pojęć, które określają stosunek rodziców do dzieci. Podstawowymi pojęciami są tu chłód i ciepło w zachowaniu rodzicielskim. Pojęciami tymi posługujemy się w codziennym życiu, określając ludzi jako psychicznie ciepłych bądź zimnych. Z „ciepła” wyprowadza się tu: ciepło przypadkowe, ciepło kochające akceptację, ciepło nadmiernie chroniące, uczuciowa koncentracja na dziecku; z pojęcia „chłód” zaś wynikają: zachowania rodziców o charakterze zaniedbującym, odrzucającym, nadmiernie wymagające, unikanie, czy też uczuciowa – w sensie negatywnym – koncentracja na dziecku (Gąsior, 1984, s. 123). Z postawą ciepła łączy się akceptacja, która może występować w dwóch odmianach: jako miłość, pełne, okazywane przez rodziców zaangażowanie emocjonalne bądź jako uczucie wyrażane tylko sporadycznie, przypadkowo. Z postawą chłodu łączy się unikanie kontaktu z dzieckiem, czy to sprowadzające się do zaniedbywania, czy też polegające na odrzuceniu (a więc unikanie zaniedbujące lub unikanie odrzucające). Zarówno z postawą chłodu, jak i z postawą ciepła wiąże się koncentracja uczuciowa na dziecku. Z tego określonego stosunku do dziecka wynikają typy postępowania macierzyńskiego. Makarowicz wymienia następujące typy zachowania macierzyńskiego: monarchiczny, demokratyczny, tytaniczny i anarchiczny. Interesująco postawy rodzicielskie określa i analizuje Maria Ziemska. Dzieli je na właściwe i niewłaściwe postawy wychowawcze. Do postaw rodzicielskich uważanych za właściwe zalicza: akceptację dziecka, współdziałanie z dzieckiem, dawanie dziecku rozumnej swobody, uznawanie praw dziecka. Natomiast za niewłaściwe uważa postawy: unikającą, odrzucającą, nadmiernie wymagającą, nadmiernie chroniącą (Ziemska, 1969b, s. 75). Rodzice przejawiający właściwe postawy wobec dziecka z chęcią otaczają je opieką, dostrzegają i zaspokajają jego potrzeby, mają duży margines cierpliwości, gotowości tłumaczenia i wyjaśniania. Łatwo też nawiązują z dzieckiem kontakt. Rodzice o właściwych postawach są zdolni do obiektywnej oceny dziecka dzięki zachowaniu odpowiedniego dystansu wobec niego, a zarazem akceptacji jego osoby. Inaczej ma się rzecz z postawami niewłaściwymi. Na każdą z głównych postaw nieprawidłowych składa się szereg postaw częściowych. Każda z postaw częściowych wchodzących w skład główny obejmuje pewne charakterystyczne dla niej zachowania rodzicielskie (Ziemska, 1969a, s. 75). Przeanalizowane teoretycznie postawy rodzicielskie wobec dziecka w ogóle znajdują aplikację w postawach wobec dziecka niepełnosprawnego.

H. Borzyszkowska (1988, s. 368) pisze o stosunku rodziców do dziecka upośledzonego, niepełnosprawnego, które można wyodrębnić niezależnie od rodzaju i stopnia upośledzenia czy też szeroko pojętej niepełnosprawności. Zależne to jest od stosunku, jaki mają rodzice do faktu upośledzenia własnego dziecka.

Stosunek rodziców do dziecka upośledzonego może być właściwy, tj. gdy rodzice zdają sobie sprawę z upośledzenia dziecka i w związku z tym stawiają mu wymagania dostosowane do jego właściwości psychofizycznych, przyzwyczajają je do pokonywania trudności, starają się w miarę możliwości uaktywniać i usamodzielniać. Natomiast za stosunek łagodny uważa się taki, gdy rodzice upośledzenie dziecka uważają za wielką krzywdę, którą im wyrządził los. Chcąc tę krzywdę dziecku w jakiś sposób wynagrodzić, otaczają je zbyt troskliwą opieką, miłością, nie stawiają mu żadnych wymagań. Surowy stosunek do dziecka jest wtedy, gdy rodzice nie chcą czuć, że dziecko jest upośledzone, niepełnosprawne, traktują je na równi z dzieckiem normalnym, stawiają mu wymagania ponad jego możliwości, stosują kary i nagany za niewykonanie powierzonych zadań. Obojętny stosunek rodziców do dziecka niepełnosprawnego jest wtedy, gdy rodzice są przekonani o jego upośledzeniu i z tego powodu się nim nie interesują. Ich zdaniem, nie warto robić żadnych zabiegów wokół jego spraw, ponieważ wydaje im się, że i tak nie osiągnie się żadnych pozytywnych rezultatów w jego rozwoju.

Po scharakteryzowaniu postaw rodzicielskich wobec dzieci upośledzonych umysłowo i na podstawie badań własnych mogę stwierdzić, że takie dziecko w rodzinie ma wpływ na kształtowanie się niewłaściwych postaw wobec niego.

Czynnikami warunkującymi negatywne postawy rodziców wobec ich dzieci upośledzonych umysłowo w rodzinie są:

1. Konieczność zapewnienia większej opieki i kontroli (pogłębia zależność dzieci od rodziców).

2. Większa ingerencja rodziców we wszystkie sfery zachowania dziecka spowodowana nadmierną ochroną ma wpływ na kontakty dziecka z rówieśnikami oraz osobami dorosłymi spoza rodziny.

3. Niesamodzielnosc dziecka, szczególnie dzieci upośledzonych w stopniu umiarkowanym, powoduje, że rodzice odczuwają wychowanie dziecka upośledzonego jako nieszczęście.

4. Poczucie winy i lęku.

5. Odczuwanie przez rodziców osamotnienia i poczucia krzywdy związanych z posiadaniem dziecka upośledzonego umysłowo.

6. Trudności w zaakceptowaniu upośledzenia dziecka.

Z podjętych badań wynika, że postawy rodzicielskie wobec dzieci upośledzonych umysłowo układają się w całość od pozytywnych do negatywnych. Proces kształtowania się postaw rodzicielskich jest bardzo złożony i w istotnym stopniu zaburzony przez samo upośledzenie umysłowe. Stopień upo-

śledzenia umysłowego ma duże znaczenie w prezentowanych postawach rodzicielskich. W zakresie wszystkich badanych postaw wystąpiły różnice, przy czym świadczyły one na niekorzyść rodziców dzieci z umiarkowanym upośledzeniem. Postawy rodzicielskie wyznaczają kierunek rozwoju wszystkich funkcji psychicznych dziecka, a najbardziej temu rozwojowi sprzyja postawa akceptacji. Rodzice dzieci upośledzonych w stopniu lekkim wykazali zdecydowanie większą akceptację swoich dzieci. Dziecko niepełnosprawne stawia rodziców w nowej i niezwykle trudnej sytuacji. Przystosowanie się do niej i opanowanie umiejętności jako optymalnego rozwiązania jest procesem długotrwałym, wymagającym poznania samej niepełnosprawności, opanowania wielu umiejętności z zakresu rehabilitacji, pełnego zrozumienia potrzeb dziecka. Jednym z podstawowych celów wychowania dziecka upośledzonego umysłowo powinno być rozwijanie jego autonomii rozumianej jako zdolność do decydowania o sobie w różnych sferach życiowej aktywności i do samodzielnego pokierowania zachowaniem w miarę możliwości. W badaniach żaden z rodziców nie ocenił swojej wiedzy w tym zakresie jako niewystarczającej. W wypowiedziach badanych dzieci niepełnosprawnych, dotyczących zaspokajania ich potrzeb społeczno-opiekuńczych przez rodziców, wyraźnie widoczne jest bardzo duże różnicowanie dotyczące poczucia autonomii. Ponad 90% dzieci ma zaspokojone podstawowe potrzeby bytowe (tj. jedzenie), rodzice dbają o ich zdrowie, ubiór, zapewniają im miejsce do zabawy, ponad połowa dzieci ma potrzebne przybory szkolne, rodzice uczęszczają z nimi na zajęcia pozaszkolne. 83% dzieci ma poczucie, że rodzice je kochają, że może liczyć na pomoc rodziców, rodzeństwa czy innych członków rodziny. Zupełnie inaczej przedstawia się aktywny udział dzieci w życiu rodzinnym: 83% dzieci nie orientuje się w sprawach finansowych rodziny i nigdy nie miało pieniędzy na swoje wydatki, 67% dzieci wypowiedziało się, iż nigdy rodzice nie korzystali z ich pomocy (nie ustalają dzieciom obowiązków domowych). W zakresie samodzielnego poruszania się poza domem ogranicza się badanych bardzo poważnie: 87% dzieci nie wychodzi z domu bez opieki, a 93% dzieci rodzice organizują czas wolny. Niekorzystny wpływ postaw rodzicielskich na rozwój dziecka upośledzonego może obniżać i tak już ograniczony potencjał rozwojowy. Rodzice blokują rozwój autonomii dziecka, jeśli nie stwarzają warunków do podejmowania przez dziecko różnych samodzielnych działań. Czynią tak rodzice, którzy zabraniają dziecku wychodzenia poza dom i ograniczają przestrzeń zabawową, co w konsekwencji ogranicza aktywność dziecka. Nieodpowiednie z punktu widzenia rozwoju autonomii dziecka jest również ograniczenie jego kontaktów z rówieśnikami. Zatem utrudnianie dziecku dostępu do miejsc, przedmiotów i ludzi powoduje, że dziecko ma bardzo mało okazji do samodzielnego wykonywania różnych czynności i wchodzenia w relacje z innymi ludźmi.

Kolejny rodzaj oddziaływań, które blokują rozwój autonomii dziecka, stanowi zmuszanie go do wykonywania różnych działań. Dziecko zmuszane

jest przez rodziców, którzy wykorzystują swą psychiczną i fizyczną przewagę, do podejmowania czynności sprzecznych z jego dążeniami. Również niekorzystne ze względu na autonomię dziecka jest ograniczanie jego swobody oraz kontaktów z rówieśnikami czy osobami dorosłymi spoza rodziny. Takie zachowanie powoduje, że rodzice stają się jedynymi osobami, od których dziecko uczy się nawiązywać kontakty międzysobowe oraz wykonywać pewne czynności. Dlatego też ograniczanie dziecku dostępu do miejsc, przedmiotów i ludzi powoduje, że ma ono bardzo mało okazji do relacji z innymi osobami i do samodzielności. Kolejny typ oddziaływań blokujących autonomię dziecka stanowią zachowania zmuszające je do dokonywania różnych działań, które są niezgodne z tym, do czego dąży. Rodzice uważają, że dziecko nie jest na tyle samodzielne, żeby mogło podejmować różne działania z własnej woli, gdyż uważają, że dziecko nie potrafi ich poprawnie wykonać. W wyniku tego sami decydują za nie, co ma robić. Tak mogą postępować rodzice, którzy nie akceptują faktu upośledzenia dziecka i w drodze usilnych zabiegów edukacyjnych pragną uczynić z niego „normalne dziecko”.

Równie niekorzystne jest ingerowanie w działania dziecka. W tym przypadku dziecko podejmuje działania z własnej inicjatywy, ale rodzice uważają, że są to działania nieodpowiednie lub nieodpowiednio realizowane i dlatego ingerują w nie. Zły wpływ na autonomię dziecka ma także ściśle kontrolowanie jego samodzielnych poczynań, które poddawane są wspomnianym korektom, lub niedopuszczanie do ich zakończenia. Bardzo negatywny wpływ na autonomię dziecka wywierają oddziaływania osłabiające jego motywację do samodzielnego podejmowania zadań: krytykowanie pomysłów, decyzji i działań jako niemądrych i niemożliwych do wykonania.

Kolejne działanie blokujące rozwój autonomii dziecka niepełnosprawnego to wyłączenie go, czyli pozbawianie możliwości wykonywania określonych działań. Rodzice są nadmiernie opiekuńczy w stosunku do dziecka. Starają się uchronić je przed potencjalnymi trudnościami i niebezpieczeństwami życia codziennego, a jednocześnie nie dają mu szans wykazania się w czasie trudnych sytuacji. Negatywny wpływ na rozwój autonomii u upośledzonego dziecka ma odmawianie mu pomocy, gdy o nią prosi albo nie prosi, ale jest mu ona potrzebna. Tak postępują rodzice, którzy mają tendencje do dawania dziecku nadmiernej swobody, nieodpowiedniej do jego wieku.

Opisane wszystkie oddziaływania ograniczają możliwość samodzielnego działania dziecka, a przez to nie uczą go podejmowania decyzji, orientowania się na określone cele, planowania czynności, kontrolowania ich przebiegu oraz wyciągania wniosków. U dziecka może wykształcić się tzw. wyuczona bezradność, będącą wynikiem nabycia przekonania, że nie może ono wpływać na efekty swych działań, ponieważ są one poza jego zasięgiem. Inną negatywną konsekwencją tych zachowań jest osłabienie motywacji do działania. Wychowanie ku autonomii w rodzinie powinno się zacząć już na początku rozwoju

dziecka, ponieważ niewątpliwie wpływa to korzystnie na rozwój jego osobowości. Rodzice powinni pozwalać dziecku upośledzonemu być samodzielnym we wszelkich czynnościach, które chce i może ono samo wykonywać. Dzięki temu umożliwiają dziecku uzyskanie optymalnych warunków do gromadzenia doświadczeń sprzyjających jego autonomii. W ostatnich latach coraz większego znaczenia nabiera pedagogizacja rodziców, która jest jedną z wielu form pomocy udzielanej rodzicom wychowującym dzieci upośledzone. Wynika to z tendencji, zgodnie z którą osoby upośledzone powinny być przygotowywane do życia w prawidłowych warunkach. Mowa jest tu głównie o odchodzeniu od segregacyjnego modelu rehabilitacji w kierunku modelu integracyjnego, którego istotą jest pozostawienie dziecka upośledzonego w rodzinie i jednocześnie zapewnienie mu wszechstronnej opieki oraz pomocy. Dziecko ma korzystać z takich placówek, jak: przedszkola, szkoły powszechne i specjalne, świetlice terapeutyczne oraz różnego typu poradnie i ośrodki usprawniania. W system integracyjny włączona musi być cała rodzina, a przede wszystkim rodzice, którzy po odpowiednim przeszkoleniu mogą odgrywać podstawową rolę. Szkolenie to ma duże znaczenie, ponieważ mnóstwo upośledzonych dzieci zbyt późno obejmowanych jest specjalistyczną opieką, a rodzice pozbawieni fachowej pomocy nie mają odpowiedniej wiedzy i umiejętności, aby we właściwy sposób postępować z dzieckiem. Również w późniejszych latach życia dziecka z powodu małej liczby instytucji i specjalistów zapewniających konieczną pomoc większość obowiązków związanych z wychowaniem dziecka spada na rodziców. W związku z tym tak ważna jest właśnie pedagogizacja rodziców. Prowadzi się ją w wielu różnych formach, wyróżnia się dwa typy pedagogizacji: pierwszy typ polega na oddziaływaniu informacyjnym oraz na udzielaniu porad i wskazówek wychowawczych, drugi – na kształtowaniu u rodziców różnych umiejętności, które niezbędne są do prowadzenia rehabilitacji dziecka w warunkach domowych. Pedagogizacją rodziców zajmują się odpowiednie instytucje oświatowe, stowarzyszenia rodziców, placówki służby zdrowia, organizacje inwalidzkie.

Oddziaływanie informacyjne i poradnictwo polegają na przekazaniu rodzicom określonej wiedzy na temat rozwoju dziecka upośledzonego umysłowo i jego rehabilitacji. Wydawanie różnych podręczników, broszur, poradników, czasopism, biuletynów, które zawierają informacje i wskazówki pomocne w procesie wychowywania dziecka upośledzonego, to najczęściej stosowane formy tego oddziaływania. Mogą nieść z sobą wiele trudności i ograniczeń, które są wynikiem tego, że nie wszyscy sięgają po tego typu literaturę lub też mają do niej ograniczony dostęp z powodu niewielkiego nakładu publikacji. Zdarza się i tak, że nie wszystkie zawarte w takich wydawnictwach porady sprawdzają się w przypadku każdego dziecka i dlatego rodzice natrafiwszy na niepowodzenia przy zastosowaniu podanych rozwiązań, zniechęcają się i nie korzystają z nich.

O wiele skuteczniejszą metodą pedagogizacji rodziców jest udzielanie rad i wskazówek przez wychowawców i nauczycieli. Ponieważ rehabilitacja, która rozpoczęła się w przedszkolu lub szkole, winna być kontynuowana w domu, bardzo ważna jest współpraca rodziców z nauczycielami. Polega ona na wymianie informacji, które dotyczą postępów i trudności związanych z dzieckiem upośledzonym. Taka wymiana informacji na temat dziecka powinna odbywać się podczas wizyt rodziców w szkole lub nauczyciela w domu, jak również w czasie zebrań klasowych. Takie zebrania są bardziej wartościowe, gdy biorą w nich udział specjaliści, którzy służą rodzicom fachową radą. Do innych metod pedagogizacji rodziców stosowanych przez szkołę należy również utworzenie biblioteki zawierającej istotne pozycje książkowe o tematyce związanej z nauczaniem i wychowywaniem dzieci oraz kontaktowanie się z rodzicami przez uwagi i zalecenia odnotowywane w dzienniczkach uczniów lub specjalnych zeszytach. Oddziaływanie informacyjne i doradcze jest podstawowym i statutowym zadaniem poradni psychologiczno-pedagogicznych i specjalistycznych poradni służby zdrowia. Współpraca rodziców z poradnią ustalona jest według następującego planu: przeprowadzenie diagnozy stanu dziecka oraz opracowanie programu usprawniającego. Odbywa się to za pośrednictwem konsultacji z rodzicami na terenie danej placówki w określonym czasie. Wówczas rodzice otrzymują wskazówki dotyczące ćwiczeń i sposobu ich prowadzenia, a w trakcie kolejnych spotkań sprawdzane jest zastosowanie się do zaleconego postępowania z dzieckiem i udzielane są dalsze wskazówki. Podczas współpracy rodziców z poradnią mogą wystąpić pewne zakłócenia. Zdarza się, że po napotkaniu trudności w pracy z dzieckiem rodzice zniechęcają się do dalszego działania i w rezultacie nie uczęszczają na kolejne konsultacje. Mogą również pojawić się zakłócenia podczas wymiany informacji rodziców ze specjalistami, jeśli przyjmują oni postawę osób, które „wiedzą lepiej”, gdy ich zalecenia są zbyt ogólne i nie przekładają się na działalność praktyczną albo jeśli rodzice przedstawiają odmienny od rzeczywistego stan dziecka.

Wielkie znaczenie do działalności pedagogizacyjnej przywiązują stowarzyszenia rodziców mających dzieci upośledzone. W Polsce powstaje coraz więcej społecznych organizacji skupiających rodziców dzieci upośledzonych umysłowo. Funkcjonują one przy terenowych oddziałach różnych stowarzyszeń, które głównie zajmują się tematem niepełnosprawności. Takie koła lub kluby skupiają nie tylko rodziców, ale również osoby, które stykają się z upośledzonymi dziećmi i chcą im pomóc, dzieląc się swą wiedzą oraz doświadczeniem – psycholodzy, pedagodzy, nauczyciele, lekarze różnych specjalności, pracownicy nauki i działacze społeczni. Skupieni w kołach rodzice mogą swobodnie kontaktować się ze specjalistami oraz innymi rodzicami mającymi podobne problemy. W czasie spotkań w atmosferze zaufania, zrozumienia i szczerości wymieniają oni doświadczenia na temat wychowywania upo-

śledzonego dziecka. Rodzice, którzy mają już spore doświadczenia w tym zakresie, są jak gdyby nieformalnymi nauczycielami lub doradcami. Wzajemnie przekazują sobie informacje na temat sposobów postępowania z dzieckiem, jego kształcenia, komunikowania się z nim oraz korzystania ze służb i świadczeń socjalnych. Koła, co jest sprawą bardzo istotną, są reprezentantami dzieci upośledzonych i ich rodziców w relacjach z innymi organizacjami, stowarzyszeniami i władzami. Organizacje takie mają na celu nie tylko uświadomienie trudności związanych z wychowaniem dziecka upośledzonego, ale też ukazanie, jakie rezultaty daje wczesna rehabilitacja i praca z dzieckiem; dokładną informacją pomagają rodzicom w przewyżczeniu przesądów, które ich paraliżują; zapewniają skuteczną współpracę ze specjalistami. Największą organizacją działającą na terenie Polski jest Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym, które współpracuje z resortami oświaty i wychowania oraz zdrowia i opieki społecznej i jest faktycznym inicjatorem, a także koordynatorem działań na rzecz osób upośledzonych umysłowo. Niektóre stowarzyszenia rodziców wydają popularne publikacje dotyczące metod pracy z dzieckiem upośledzonym. Niezwykle przydatny, głównie dla rodziców dzieci upośledzonych umysłowo, jest biuletyn „Materiały Informacyjno-Dydaktyczne” wydawany przez Komitet Pomocy Osobom Upośledzonym Umysłowo TPD. Omówione oddziaływania informacyjne i doradcze są często jedyną formą pomocy, jaką uzyskują rodzice mający dzieci upośledzone. Niewątpliwym mankamentem tych działań jest mała aktywność specjalistów, którzy ograniczają się do udzielania informacji, porad, wskazówek, zaleceń, a realizacja programu usprawniania dziecka leży tylko w gestii rodziców. Specjalista nie towarzyszy więc rodzicom w ich codziennym trudzie wychowawczym. Inna wada to zbyt rzadkie kontakty rodziców ze specjalistami, co wiąże się z pewnymi praktycznymi konsekwencjami. Przede wszystkim rodzice nie mogą przekazywać informacji specjaliście bezpośrednio po wystąpieniu jakiś zakłóceń czy też niepowodzeń w prowadzonej rehabilitacji. Wówczas mogą tylko kontynuować pracę ze świadomością, że istnieje możliwość popełniania przez nich błędów, albo też przerwać ją i czekać na kolejną konsultację. Rodzice potrzebują stałego kontaktu z jedną konkretną i kompetentną osobą, do której mogą zwrócić się o pomoc w nagłej sytuacji. Osobą taką jest doradca rodzinny; jego zadanie polega między innymi na koordynowaniu zaleceń różnych specjalistów, rozwiązywaniu na bieżąco problemów występujących w rodzinie, stałym kontakcie z rodzicami i instytucjami wspomagającymi rodzinę. W naszym kraju funkcje takich doradców spełniają pracownicy socjalni. Niestety, zajmują się oni głównie zaspokajaniem potrzeb materialnych i bytowych osób starszych i w niewielkim stopniu nastawieni są na pomoc osobom upośledzonym i ich rodzinom.

Przedstawione działania pedagogizacyjne są często obciążone takimi wadami, jak „gabinetowość” stylu pracy specjalistów oraz brak partnerstwa we

wzajemnych relacjach rodziców i specjalistów. W związku z tym w ostatnich latach można zauważyć bezpośrednie angażowanie się specjalistów w proces rehabilitacji dziecka upośledzonego już od pierwszych miesięcy życia tego dziecka. Włączanie rodziców w proces usprawniania dziecka stwarza konieczność zapewnienia im stałej fachowej pomocy medycznej, psychologicznej i pedagogicznej. Przyczyniają się do tego tzw. programy wczesnej interwencji, realizowane przez rodziców przy pomocy i pod kontrolą specjalistów. Do takich programów należą: program wczesnej stymulacji rozwoju psychicznego dziecka w wieku od 2 do 7 lat R. Habera, system wczesnej stymulacji rozwoju intelektualnego dziecka L. Dunna i J. Smitha lub program PORTAGE dla małych dzieci upośledzonych umysłowo. Programy te skonstruowane są w celu wczesnego wykrycia i wyeliminowania lub skorygowania występujących u dziecka nieprawidłowości, a także zapobiegania tym zaburzeniom, których wystąpienie można przewidywać. Programy obejmują stymulację rozwoju ruchowego dziecka, stymulację i korektę rozwoju jego funkcji poznawczych i języka, wyrobienie samodzielności wykonywania podstawowych czynności życiowych oraz usprawnienie społeczne dziecka. W praktyce program realizuje się na cotygodniowych wizytach specjalisty w domu dziecka. Rodzicom proponuje się wykonywanie od 2 do 5 konkretnych zadań, a następnie daje instrukcję od specjalisty, jak poprawnie wykonywać zalecone ćwiczenia. Rodzice wykonują te ćwiczenia wraz z dziećmi oraz notują i zapisują spostrzeżenia, jakie im się nasunęły. Po tygodniu w trakcie następnej wizyty specjalista omawia z nimi przeprowadzone ćwiczenia oraz udziela rad i wskazówek, po czym zaleca nowe zadania. Dzięki programom interwencyjnym rodzina z dzieckiem upośledzonym jest pod fachową i systematyczną opieką, co w wyraźnym stopniu umożliwia wczesne rozpoczęcie oddziaływań rehabilitacyjnych. Programy te mogą skutecznie wspomagać rozwój dziecka oraz w obiektywny i prawdziwy sposób oceniać jego postępy przez analizę tego, co dziecko zrobiło w najbliższej przeszłości, co robi aktualnie i co powinno robić w najbliższej przyszłości. Często stosowana i sprawdzona metoda pedagogizacji rodziców to dwutygodniowe turnusy rehabilitacyjne dla upośledzonych dzieci i ich rodziców. Turnusy takie, organizowane przez stowarzyszenia rodziców i organizacje inwalidzkie, mają na celu między innymi nauczenie rodziców konkretnych sposobów postępowania z dzieckiem, umożliwienie im wzajemnej wymiany doświadczeń, pomoc w akceptacji dziecka i jego realnej ocenie. W czasie turnusów rodzice zapoznawani są z różnymi rodzajami ćwiczeń korekcyjnych, zabaw i zajęć, które podnoszą sprawność dziecka. Specjaliści, którzy biorą udział w takim turnusie, dążą do wytworzenia u rodziców umiejętności poznawania dziecka i odpowiedniej oceny jego zachowań. Bardzo istotne jest, aby nauczyli się oni trafnie spostrzegać i odczytywać u dziecka: preferowane czynności, sposób percepcji otoczenia, jakość porozumiewania się, ujawniane potrzeby oraz osiągnięte przez dziecko sukcesy.

W czasie trwania turnusu specjaliści pełnią rolę współpracowników i partnerów rodziców. Powszechną zasadą jest czynny udział rodziców we wszystkich zajęciach zorganizowanych dla dziecka. Specjaliści, prowadząc zajęcia, demonstrują poszczególne ćwiczenia, a następnie prowadzą szkolenie instruktażowe, które składa się z opisu i objaśnienia sposobu prowadzenia danego ćwiczenia, pokazu jego prowadzenia, prób przeprowadzenia ćwiczenia przez rodziców pod kierunkiem instruktora i wszczęcia samodzielnego prowadzenia ćwiczenia z dzieckiem przez rodziców. Po opanowaniu metodyki prowadzenia określonych ćwiczeń rodzice nadal są wspierani regularnymi konsultacjami i pomocą.

Oddziaływanie psychoterapeutyczne jest również jedną z form wspierania działalności rodziców wychowujących dzieci upośledzone. Można mówić o dwóch kierunkach oddziaływań terapeutycznych, które obejmują rodziców i ich dzieci upośledzone. W psychoterapii rodziców rozwijane są ich interakcje z dzieckiem, jak i pomoc w pokonywaniu kryzysów emocjonalnych i konfliktów, prawidłowe zaangażowanie w życie rodzinne oraz odreagowanie napięć emocjonalnych. Aktywny udział rodziców w procesie rehabilitacji jest ściśle uzależniony od tego, w jakim stopniu są oni emocjonalnie związani z dzieckiem. Ta więź uczuciowa między rodzicami a dzieckiem jest zasadniczym warunkiem zaspokojenia jego potrzeb kontaktu emocjonalnego i bezpieczeństwa. W momencie, kiedy potrzeby te są zaspokojone, dziecko jest w stanie przejawiać różnorodną aktywność i opanowywać nowe sprawności i umiejętności. Tak więc oddziaływania terapeutyczne winny zapobiegać kształtowaniu się niepożądanych postaw rodzicielskich, które powodują zaburzenia w rozwoju upośledzonego dziecka. Bez pomocy rodzicom w przezwyciężaniu licznych problemów emocjonalnych trudną sprawą jest wykształcenie u nich postawy akceptacji dziecka i jego niepełnosprawności. Taka pomoc psychoterapeutyczna potrzebna jest najbardziej w okresie, w którym u rodziców występuje bardzo silne zachwianie równowagi emocjonalnej, a więc po otrzymaniu wiadomości o upośledzeniu umysłowym ich dziecka. Najprostszą formą pomocy są tzw. rozmowy terapeutyczne, mogą one być elementem wczesnego postępowania podtrzymującego, mającego na celu poprawę stanu psychicznego rodziców po stwierdzeniu u ich dziecka upośledzenia umysłowego. Głównym celem prowadzonych rozmów jest pomoc w przezwyciężaniu problemów, które trapią rodziców. W przypadku indywidualnej terapii zdarzają się rodzice poprzestający tylko na paru spotkaniach, ale są i tacy, którzy uczestniczą w regularnych spotkaniach z psychologiem. Jednak najcenniejsze są spotkania psychologa z całą rodziną w domu. Dzięki temu naturalnemu otoczeniu członkowie rodziny czują się bezpiecznie i swobodnie, co umożliwia im otwarte wyrażanie swoich uczuć.

Równie istotną funkcję co rozmowy terapeutyczne pełnią spotkania rodziców, którzy wychowują dzieci upośledzone umysłowo. Spotkania te mogą

odbywać się w czasie turnusów rehabilitacyjnych czy też być organizowane przez stowarzyszenia. Rodzice wychowujący dzieci upośledzone umysłowo bardzo chętnie uczestniczą w tego typu spotkaniach. Wynika to z faktu, że tacy rodzice czują się opuszczeni i wyizolowani z kręgów środowiska, w którym żyją. Stąd też możliwość kontaktu z rodzicami w podobnej sytuacji oraz rozmowy z nimi przełamują bariery izolacji. Towarzysząca spotkaniom rodziców atmosfera życzliwości, akceptacji i szczerości pozwala im na swobodną ekspresję własnych problemów. Prócz oddziaływań w postaci rozmów prowadzona jest również systematyczna psychoterapia grupowa lub indywidualna. Psychoterapia daje rodzicom możliwość mówienia otwarcie o swoich problemach, odreagowania napięć i przyjęcia konstruktywnych form interakcji w obrębie rodziny i poza nią. Celem psychoterapii jest przystosowanie rodziców do życia w nowej sytuacji po narodzinach upośledzonego umysłowo dziecka. Wybierając taką formę oddziaływań psychoterapeutycznych, psychologowie dysponują różnymi metodami terapeutycznymi. Mogą z powodzeniem stosować techniki werbalne (dyskusje, komentarze, sugestie, interpretacje), psychodramy odtwarzające sytuacje konfliktowe w rodzinie i techniki identyfikacyjne polegające na utożsamianiu się przez rodziców z własnym dzieckiem upośledzonym umysłowo w różnych sytuacjach życiowych. Dzięki psychoterapii rodzice rozumieją, jak ważny jest kontakt emocjonalny z dzieckiem, wyzwała ona u nich większą spontaniczność w wyrażaniu uczuć wobec dziecka oraz pomaga obiektywnie oceniać przyszłość dziecka. Znaczącą sprawą jest udział dwojga rodziców w psychoterapii, dlatego że zmiany w postawie tylko jednego rodzica pogłębiają istniejące między nim różnice.

Formę wspomagania rodzin mających dziecko upośledzone umysłowo stanowi również psychoterapia dzieci upośledzonych, która jest niezbędna, ponieważ u wielu takich dzieci występują poważne zaburzenia emocjonalne. Takie kłopoty ma co drugie dziecko umiarkowanie upośledzone umysłowo i co czwarte upośledzone w stopniu lekkim. Pomoc terapeutyczna dla takiego dziecka powinna polegać na eliminowaniu lub łagodzeniu problemów emocjonalnych. Ma to prowadzić do rozwijania pozytywnych kontaktów dziecka z rodzicami, innymi dorosłymi, rówieśnikami i dziećmi w różnym wieku. Jedną z form pomocy terapeutycznej dla upośledzonego dziecka jest muzykoterapia, muzyce bowiem przypisuje się działanie uspokajające, rozluźniające, antydepresyjne i mobilizujące. Wspólne słuchanie muzyki, gra na instrumentach i śpiewanie powodują powstanie u dzieci wspólnoty przeżyć i kształtują związki emocjonalne między nimi. Inną formą terapii są techniki plastyczne, szczególnie zaś malowanie, rysowanie i praca z materiałem, takim jak piasek, glina, plastelina, masa solna. Twórczość plastyczna stanowi bardzo skuteczną formę odreagowania napięć u dziecka, a zdarza się i tak, że jest jedyną drogą do

nawiażania kontaktu z tym dzieckiem. Wykorzystywane są również takie formy, jak zabawy tematyczne. Zabawa w role umożliwia odtworzenie konfliktowych sytuacji i odreagowanie stłumionych przeżyć. Wymienione uprzednio formy oddziaływań terapeutycznych nazywane są terapią zabawową, zajęciową. Stwierdzono, że forma ta daje oczekiwane wyniki w pracy z dziećmi upośledzonymi, przede wszystkim zaś stwarza warunki, w których dziecko zdobywa doświadczenie bycia podmiotem własnej aktywności i uczy się samodzielnego rozwiązywania problemów poznawczych i pokonywania trudności (Obuchowska, red., 1999, s. 57–58).

W podsumowaniu treści dotyczącej czynników determinujących postawy rodzicielskie wobec dzieci upośledzonych umysłowo można stwierdzić, że kształtują się one w zależności od stopnia niepełnosprawności ich podopiecznych. Na rozwój pozytywnych postaw rodzicielskich wobec dzieci upośledzonych umysłowo znaczny wpływ mają następujące determinanty: stopień wykształcenia rodziców, poziom kultury pedagogicznej, warunki materialne, integralność rodziny, poczucie odpowiedzialności za los własnych dzieci niepełnosprawnych, wiedza dotycząca stopnia upośledzenia dziecka, procesu rehabilitacji i psychoterapii, atmosfera pedagogiczna w rodzinie i opinia w środowisku lokalnym o rodzinie mającej upośledzone dziecko. Niezbędne jest rozwijanie różnorodnych form pomocy dzieciom niepełnosprawnym i ich rodzinom w organizowaniu i podejmowaniu procesu rehabilitacji i psychoterapii oraz szerokiej edukacji integracyjnej w środowisku lokalnym. Wszystkie organizacje rządowe i pozarządowe, fundacje na rzecz dziecka niepełnosprawnego, służba zdrowia, a także Kościół, szkoły i ośrodki rehabilitacyjne mają tworzyć warunki optymalnego życia jednostkom pokrzywdzonym przez los.

Bibliografia

- Borzyszkowska H., 1988: *Dziecko upośledzone w rodzinie*. W: *Pedagogika rewalidacyjna*. Red. A. Hulek. Warszawa.
- Gąsior H., 1977: *Funkcje szkoły specjalnej w zaspokajaniu potrzeb społeczno-opiekuńczych uczniów niepełnosprawnych*. W: *Teoria i praktyka pedagogiki specjalnej*. Red. Z. Sękowska. Lublin.
- Gąsior H., 1984: *Z badań nad potrzebami społeczno-opiekuńczymi dzieci w aglomeracji miejskiej*. W: „Studia Pedagogiczne” [Wrocław–Warszawa–Kraków], T. 46.
- Mądrzycki T., 1977: *Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw*. Warszawa.
- Obuchowska I., red., 1999: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa.
- Prężyna W., 1981: *Funkcja postawy religijnej w osobowości człowieka*. Lublin.
- Rembowski J., 1970: *Z problematyki postaw rodzicielskich*. „Psychologia Wychowawcza”, nr 3.

- Rembowski J., 1986: *Rodzina w świetle psychologii*. Warszawa.
- Szaniawski T., 1998: *Typy postaw wobec śmierci a osobowość*. Kraków.
- Ziemska M., 1969a: *Postawy rodzicielskie*. Warszawa.
- Ziemska M., 1969b: *Rodzina a osobowość*. Warszawa.
- Ziemska M., 1977: *Rodzina a osobowość*. Warszawa.