

Alicja Sworacka
Zespół Szkół Specjalnych
im. Marii Grzegorzewskiej w Żarach

Maria Grzegorzewska – prekursorka wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju małego dziecka

Poglądy Marii Grzegorzewskiej

Maria Grzegorzewska jest nazywana **twórczynią polskiej pedagogiki specjalnej**. Słusznie, ponieważ stworzyła solidne naukowe, teoretyczne podstawy terapii osób dotkniętych różnymi typami niepełnosprawności (wykorzystała przy tym dorobek pedagogów wcześniej działających na tym polu, takich jak ks. Jakub Falkowski, Stanisław Jachowicz, Michalina Stefanowska czy Józefa Joteyko). Zorganizowała też system instytucji edukacyjno – rewalidacyjnych dla niepełnosprawnych.

Zdumiewający jest zakres zainteresowań badawczych Marii Grzegorzewskiej. W polu jej refleksji teoretycznej i prac organizacyjnych znajdowali się niesłyszący, niewidomi, niepełnosprawni intelektualnie i niedostosowani społecznie. Interesowały ją zagadnienia wychowania, nauczania, przygotowania zawodowego czy socjalizacji osób niepełnosprawnych, a co za tym idzie, analizowała sytuację osób w różnym wieku: dzieci, młodzieży i dorosłych.

Stosunkowo największą uwagę poświęcała Grzegorzewska niepełnosprawnym osobom w wieku szkolnym – **problem zorganizowania szkolnictwa specjalnego na odpowiednim poziomie był w jej czasach najbardziej palącym zagadnieniem.** Ale w jej rozważaniach pojawiały się dość często także zagadnienia związane z terapią **dzieci w młodszym wieku.**

Przede wszystkim bacznie przyglądała się procesom rozwojowym małych dzieci:

„Rola zmysłu dotyku jest niesłuchanie doniosła nie tylko dla niewidomych, ale i dla widzących. (...) Ręka narzuca swój miernik innym zmysłom. Jest to łatwo zrozumiałe wobec deformacji ciał widzianych w perspektywie i zmian w ich rzeczywistej wielkości. Pierwszeństwo dotyku, pisze Katz, przejawia się także przy obserwacji jego rozwoju u dziecka. Są to pierwsze wrażenia nowo narodzonego dziecka, związane nierozdzielnie z najważniejszymi czynnościami odżywiania (ssanie). (...) Skoro tylko dziecko może posługiwać się rękami, powstaje istna namiętność dotykania i już w trzecim miesiącu życia daje się zauważyć daleko posunięte udoskonalenie aparatu dotykowego (...)”¹.

„(...) już w drugim miesiącu życia dziecko nie jest obojętne na pewne wrażenia, które się częściej powtarzają, a do tych należy twarz i głos matki; przejawia się to lekkim uśmiechem na twarzy dziecka. W drugim kwartale następuje odróżnienie, dziecko odnosi się bowiem inaczej do osób znanych niż do osób nieznanymi. (...) Niemowlę nie posiada jeszcze tej analizy wewnętrznej, polegającej na zdolności rozczłonkowania postaci i zredukowania jej do czynników składowych, co spotykamy już

¹ M. Grzegorzewska, *Uwagi o strukturze psychicznej niewidomych od urodzenia*, „Szkoła Specjalna” 1926 – 1927, nr 1.

u dziecka nieco starszego, chociaż przez dłuższy czas przeważać jeszcze będą procesy natury ogólnikowej”².

Zdawała sobie sprawę z faktu, że znajomość psychologii rozwojowej małego dziecka może stanowić podstawę konstruowania skutecznych programów terapii:

„Szczególnie godny podkreślenia jest fakt jest, że Helena Keller utraciła (po zapaleniu mózgu) wzrok i słuch mając zaledwie 19 miesięcy. Po utracie tych dwóch zmysłów doszła do dużej wprawy w posługiwaniu się zmysłem dotyku, zanim jeszcze rozpoczęło się prawdziwe kształcenie”³.

Prostą konsekwencją powyższych stwierdzeń było uznanie **potrzeby wprowadzania oddziaływań terapeutycznych przed osiągnięciem przez dziecko wieku szkolnego**:

„Zaczynamy od ćwiczeń bardzo łatwych polegających na identyfikowaniu osób, zwierząt, rzeczy lub ich rysunków. Normalni głusi wykonują łatwo te ćwiczenia w wieku 3 - 4 lat”⁴.

Maria Grzegorzewska tym bardziej była świadoma możliwości i potrzeby jak najwcześniejszego, co najmniej w wieku przedszkolnym, rozpoczęcia terapii dzieci niepełnosprawnych, że miała okazję zapoznania się z dorobkiem pedagogów zachodnioeuropejskich w tej dziedzinie:

„Wielu uważa, że nic nie ma nowego w tej metodzie [belgijskiej], że sposoby te od dawna są już znane. Otóż sposoby są znane istotnie, nowością jest jednak choćby wiek wczesny, w którym naukę się rozpoczyna (5- 6 lat a nie 8 – 9 lat)”⁵.

„Zacznę od Instytutu brukselskiego. (...) W tym właśnie Zakładzie, pod wpływem zachęty i uwag **Decroly’ego** i **Herlina** pierwszy raz rozpoczęto, poczynszy od przedszkola, próby nad wprowadzeniem metody belgijskiej do nauczania mowy głuchoniemych. (...) **Poodt**, dyrektorka Instytutu dla Głuchoniemych w Antwerpii, uważa, że wyniki osiągnięte nową metodą są o wiele lepsze, gdyż dzieci same dążą do tego, aby jak najprędzej wyuczyć się mowy. (...) W przedszkolu dzieci w wieku 4 – 7 lat”⁶.

Podsumowaniem poglądów Marii Grzegorzewskiej w tym zakresie może być następujące stwierdzenie (dotyczy ono co prawda dzieci niesłyszących, ale można je odnieść do wszystkich dzieci niepełnosprawnych):

„Wobec tego jednym z zasadniczych czynników w akcji rewalidacyjnej głuchych jest **zapewnienie dziecku jak najwcześniejszej racjonalnej opieki wychowawczej**, a więc organizowanie przedszkoli specjalnych (...)”⁷.

Powyższe słowa Maria Grzegorzewska napisała w roku 1958, dziewięć lat przed swoją śmiercią. Nie zdążyła już zrealizować tych postulatów w praktyce. **Pozostawiła je jako zadanie swoim spadkobiercom – współczesnym pedagogom specjalnym.**

² M. Grzegorzewska, *Struktura psychiczna czytania wzrokowego i dotykowego*, [w:] M. Grzegorzewska, *Wybór pism*, Warszawa 1964, s.123.

³ M. Grzegorzewska, *Głuchociemni; wstęp*, [w:] E. Jezierska, *Obserwacje nad rozwojem głuchociemnej Krystyny Hryszkiewicz*, Warszawa 1963, s. 16.

⁴ M. Grzegorzewska, *Nowe drogi w nauczaniu głuchoniewidomych*, [w:] M. Grzegorzewska, *Wybór pism*, Warszawa 1964, s. 174.

⁵ Tamże, s. 178.

⁶ Tamże, s. 180 – 183.

⁷ M. Grzegorzewska, *Zagadnienia higieny w wychowaniu zakładowym niewidomych i głuchych*, [w:] M. Grzegorzewska, *Wybór pism*, s.199, (podkreślenie A. Sworackiej).

Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka – stan obecny

Wczesne wspomaganie jest nowym zadaniem w polskim systemie oświaty. Szczegółowe zasady jego organizowania reguluje Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 4 lutego 2009 roku. Bardzo wiele mówi się obecnie o potrzebie wspomagania rozwoju małego dziecka. Napisano na ten temat wiele prac i nikt już nie wątpi w to, że praca z małym dzieckiem jest celowa i przynosi widoczne efekty.

Wczesne wspomaganie rozwoju małego dziecka to wielospecjalistyczne, kompleksowe i intensywne działania mające na celu stymulowanie funkcji odpowiedzialnych za rozwój psychomotoryczny i komunikację małego dziecka niepełnosprawnego, od chwili wykrycia nieprawidłowości do czasu podjęcia przez dziecko nauki w szkole, a także pomoc i wsparcie udzielane rodzicom i rodzinie w nabywaniu przez nich umiejętności postępowania z dzieckiem w zakresie określonym przez indywidualny program wczesnego wspomagania.

„Wspomaganie rozwoju dzieci ze złożonymi zespołami zaburzeń powinno być podjęte jak najwcześniej. Jego istotą jest dostarczenie fachowej, wszechstronnej i systematycznej pomocy medycznej, psychologicznej i pedagogicznej. Pomoc udzielana we wczesnym dzieciństwie pozwala nie tylko skutecznie kompensować występujące u dziecka dysfunkcje i deficyty, ale także zapobiega pojawianiu się zaburzeń rozwoju o charakterze wtórnym. Wczesna pomoc musi mieć charakter kompleksowy, tzn. być udzielana zarówno niepełnosprawnemu dziecku, jak i członkom jego rodziny. Problemy rodziców i innych domowników należy traktować jako tak samo ważne, jak zaburzenia w rozwoju dziecka. Wczesna pomoc dąży do optymalizacji funkcjonowania całego układu rodzinnego”⁸.

Celem wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju jest jak najszybsze zdiagnozowanie zaistniałych czynników, które mogą blokować prawidłowy rozwój małego dziecka oraz wieloprofilowe, całościowe oddziaływanie specjalistów w celu umożliwienia jak najbardziej prawidłowego, swobodnego rozwoju dziecka.

Wczesnym wspomaganiami powinny być objęte dzieci ze wszystkimi problemami rozwojowymi, a w szczególności: z niepełnosprawnością umysłową, z niepełnosprawnością ruchową, z uszkodzonym wzrokiem, z uszkodzonym słuchem, z autyzmem, z zaburzeniami sprzężonymi oraz dzieci z wolniejszym i nieharmonijnym rozwojem zagrożone niepełnosprawnością.

Praca zespołu wczesnego wspomagania rozwoju dziecka ukierunkowana jest na wszechstronną pomoc rodzinie i dziecku. Zespół realizuje terapeutyczny program wspierania rodziny.

Głównym celem zajęć jest:

- udzielanie wsparcia pedagogiczno - psychologicznego dla rodziców, rodzeństwa i opiekunów dzieci z szeroko pojętą niepełnosprawnością od najwcześniejszych lat życia dziecka,
- zaopatrzenie rodziców, rodzeństwa i opiekunów dzieci niepełnosprawnych w wiadomości i umiejętności dotyczące radzenia sobie ze specyficznymi problemami związanymi z trudnościami wynikającymi z nieprawidłowości rozwojowych u dzieci,

⁸ A. Twardowski (red.), *Wspomaganie rozwoju dzieci ze złożonymi zespołami zaburzeń*, Poznań 2005.

- pomoc w nawiązywaniu kontaktów z instytucjami i organizacjami działającymi na rzecz dzieci z wieloraką niepełnosprawnością,
- podejmowanie działań na rzecz integracji społecznej niepełnosprawnych i zdrowych.

Doświadczenia z pierwszych miesięcy i lat życia odbijają się piętnem na dalszym rozwoju dziecka w różnych etapach. Powstałe w początkowej fazie życia uszkodzenia mogą być odwracalne pod warunkiem, że wcześniej rozpocznie się prawidłową terapię. Pierwsze lata życia mają również znaczenie dlatego, że szkody powstałe na tym etapie życia mogą odbić się bardzo negatywnie na perspektywach życiowych dziecka. Nadrobienie straconych możliwości oznacza często konieczność szeroko zakrojonej interwencji w późniejszym życiu

Obecnie wczesna interwencja stanowi obszar zainteresowania różnych dziedzin wiedzy: medycyny, psychologii, neurologopedii a także pedagogiki specjalnej - jako jedno z zadań profilaktycznych. Przez wczesną, wielospecjalistyczną, kompleksową i skoordynowaną pomoc rozumie się równoczesne, uzupełniające się wzajemnie oddziaływania medyczno – rehabilitacyjno - terapeutyczne oraz rewalidacyjno - wychowawcze objęte jednym programem. Wówczas zajęcia z wczesnej interwencji i wspomaganie rozwoju mają sens i mogą przynieść spodziewane efekty.

Wczesnym wspomaganie objęte są dzieci od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole. Wprowadzone rozwiązania odpowiadają organizacji wczesnego wspomaganie przyjętej w krajach Unii Europejskiej. Wczesne wspomaganie może być organizowane w domu rodzinnym dziecka, w przedszkolu, szkole, specjalnym ośrodku szkolno - wychowawczym lub publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym specjalistycznej. Zajęcia z dziećmi prowadzą osoby posiadające kwalifikacje odpowiednie do niepełnosprawności dziecka: oligofrenopedagog, tyflop pedagog, surdopedagog, psycholog, logopeda i inni specjaliści. Osoby te tworzą **zespół wczesnego wspomaganie**. Rozporządzenie przewiduje od 4 do 8 godzin zajęć w miesiącu, w zależności od potrzeb dziecka. W ramach realizacji indywidualnego programu można wykorzystać następujące metody pracy: metodę dobrego startu, elementy metody ruchu rozwijającego Weroniki Sherborne, elementy terapii Castillo Moralesa, masaż klasyczny, trening EEG Biofeedback, metodę integracji sensorycznej, elementy metody kinezjologii Dennisona czy też elementy neurokinezjologii.

Rodzice dzieci objętych wczesnym wspomaganie powinni być także objęci pomocą psychologiczną w ramach grupy wsparcia.

W życiu dziecka niepełnosprawnego opieka medyczna, psychologiczna i pedagogiczna powinna być na optymalnym poziomie, by dać dziecku i rodzinie poczucie bezpieczeństwa i bliskości z innymi. Wczesna interwencja oznacza współpracę rodziców i profesjonalistów pomagających dziecku w osiągnięciu pełni jego możliwości.

W teorii wszystkie te zagadnienia są oczywiste, ale w życiu codziennym spotykamy się z nieświadomością i bezradnością niektórych rodziców. Sytuacja różni się zależnie od miejsca zamieszkania rodziny: inaczej kształtuje się w dużej aglomeracji miejskiej a inaczej w małym miasteczku lub na wsi.

Często jeszcze można zauważyć, że osoby wymagające pomocy, a nieobjęte obowiązkiem szkolnym, pozostają w domach rodzinnych i mają kontakt tylko z najbliższymi. Rodzice również pozostawieni są samym sobie i nie wiedzą, gdzie mogą uzyskać pomoc i wsparcie. Również ilość

przyznanych dzieciom godzin terapii pozostawia wiele do życzenia. Cóż bowiem można zrobić w krótkim czasie z dzieckiem, które wymaga wiele pracy i pomocy różnych specjalistów?

Autorka opracowania sądzi, że warto przedyskutować ten problem i podjąć działania, które w przyszłości zmienią stan rzeczy i umożliwią udzielanie skutecznej pomocy najbardziej potrzebującym. Nikt nie da nam gwarancji, że w przyszłości problem ten nie będzie dotyczył również naszej rodziny.

Bibliografia:

Grzegorzewska M., *Uwagi o strukturze psychicznej niewidomych od urodzenia*, „Szkoła Specjalna” 1926 – 1927, nr 1.

Grzegorzewska M., *Wybór pism*, PWN, Warszawa 1964.

Jeziarska E., *Obserwacje nad rozwojem głuchociemnej Krystyny Hryszkiewicz*, PWN, Warszawa 1963.

Twardowski A. (red.), *Wspomaganie rozwoju dzieci ze złożonymi zespołami zaburzeń*, Stowarzyszenie GEN, Poznań 2005.