

Repozytorium



UMK

Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną – w ujęciu pedagogicznym

pod redakcją naukową

Jacka J. Błeszyńskiego, Ditty Baczały i Józefa Binnebesela



**Wydawnictwo Naukowe
Wyższej Szkoły Edukacji Zdrowotnej
w Łodzi**

RADA REDAKCYJNA

PRZEWODNICZĄCY RADY REDAKCYJNEJ

dr hab. Jacek Błeszyński
dr Zbigniew Domżał
dr Urszula Anna Domżał
dr Stanisław Lipiński
dr Dobrosław Bilski

RECENZENT

dr hab. Teresa Żółkowska prof. US

KOREKTA I REDAKCJA

mgr Anna Bułło

© Wydawnictwo Naukowe
Wyższej Szkoły Edukacji Zdrowotnej w Łodzi
Łódź 2008

ISBN 78-83-16095-01-09

Repozytorium



UMK

Skład komputerowy, naświetlanie i wydruk:

Wydawnictwo HAMAL, 90-004 Łódź, ul. Retkińska 93A/13
Tel. 042 676-75-30, GSM 601 32 49 33

Spis treści

WSTĘP	5
Teoretyczne dyskursy dotyczące teleologii pedagogiki specjalnej	
Wojciechowski A. WSTĘP DO OPISANIA TERAPII PRZEZ TWÓRCZOŚĆ – TERAPII SPOTKANIA – TERAPII DIALOGU	9
Szczupał B. PRAWA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W ASPEKcie HISTORYCZNYM	31
Pańczyk J. KSZTAŁCENIE PEDAGOGÓW SPECJALNYCH W POLSCE DYSKURSY DOTYCZĄCE DZIAŁÓW PEDAGOGIKI SPECJALNEJ	51
Kowalik St. ODSŁANIANIE BRAKUJĄCYCH OGNIW W HISTORII REHABILITACJI	65
Zaorska M. REHABILITACJA I EDUKACJA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ SPRZĘŻONĄ W KONTEKŚCIE HISTORYCZNYM I STAN AKTUALNY	79
Kuczyńska-Kwapisz J. ROZWÓJ TYFLOPEDAGOGIKI	105
Zarębska G. HISTORYCZNO-KULTUROWE UWARUNKOWANIA ROZWOJU WYCHOWANIA, EDUKACJI, DIAGNOZY I REHABILITACJI WOBEC JEDNOSTEK NIEPEŁNOSPRAWNYCH INTELEKTUALNIE	119
Podgórska-Jachnik D. HISTORIA WYCHOWANIA I EDUKACJI GŁUCHYCH Z PERSPEKTYWY SURDOPEDAGOGIKI POCZĄTKU XXI WIEKU	163
Minczakiewicz E. WSPARCIE LOGOPEDYCZNE W UJĘCIU HISTORYCZNYM W WYBRANYCH OBSZARACH I ZAKRESACH DZIAŁALNOŚCI SPECJALISTYCZNEJ	195

Lipiński St. HISTORIA RESOCJALIZACJI NIELETNICH	215
Binnebesel J. Bohdan Z. ROZWÓJ OPIEKI NAD CIĘŻKO CHORYM I UMIERAJĄCYM	253
Kustra Cz. OPIEKA NAD LUDŹMI SŁABYMI W KOŚCIELE	263
Dyskursy nad wspomaganiami rozwoju	
Bogdanowicz M. METODA DOBREGO STARTU MARTY BOGDANOWICZ	281
Błaszynski J. METODA RUCHU ROZWIJAJĄCEGO W PRACY Z DZIECKIEM NIEPEŁNOSPRAWNYM	291
Baczała D. TERAPIA KNILLÓW – RYS HISTORYCZNY	303
Jutrzyzna E. TERAPIA MUZYKĄ – GENEZA I ROZWÓJ ZJAWISKA	313
Zawiślak A. SNOEZELEN – GENEZA I PIONIERSKIE DZIAŁANIA NA ŚWIECIE	327
Luminarze polskiej pedagogiki specjalnej	341
Wałęga A. JANINA DOROSZEWSKA (PEDAGOGIKA LECZNICZA) NATALIA HAN-ILGIEWICZ (RESOCJALIZACJA) MARIA GRZEGORZEWSKA – TWÓRCZYNI POLSKIEJ PEDAGOGIKI SPECJALNEJ JAKUB FALKOWSKI (SURDOPELAGOGIKA) RÓŻA CZACKA (TYFLOPEDAGOGIKA) OTTON LIPKOWSKI (RESOCJALIZACJA) CZESŁAW CZAPÓW (RESOCJALIZACJA) JÓZEFA JOTEYKO (OLIGOFRENOPELAGOGIKA) JAN KONOPNICKI (RESOCJALIZACJA) JAN PAŃCZYK (PEDAGOGIKA SPECJALNA - OLIGOFRENOPELAGOGIKA)	

Wstęp

Oscar Pistorius, południowoafrykański lekkoatleta zmagający się z biegnią na protezach z włókna węglowego, 16 maja 2008 roku – decyzją Trybunału Arbitrażowego przy Międzynarodowym Komitecie Olimpijskim – został dopuszczony do udziału w letniej Olimpiadzie w Pekinie. Po raz pierwszy w historii nowożytnych olimpiad niepełnosprawny sportowiec stanie na starcie z pełnosprawnymi biegaczami. Zdaniem Oscara Pistoriusa jest to prawdziwa integracja niepełnosprawności z pełnosprawnością, prawdziwe wyrównanie szans człowieka dotkniętego poważnym kalectwem ze zdrowymi sportowcami.¹ W opinii przeciwników wyroku Trybunału Arbitrażowego jest to krok kontrowersyjny i niesprawiedliwy promujący oprotezowany defekt zdrowotny, co może w przyszłości „zachęcić” sportowców do szukania sukcesów na mecie w okaleczaniu swojego ciała. Protezy będą wynikiem najnowszej myśli technologicznej, mięśnie będą się męczyć tak samo.

Start Oscara Pistoriusa na igrzyskach olimpijskich w Pekinie w 2008 roku jest niewątpliwym zwycięstwem 21-letniego biegacza z RPA nad własnym kalectwem. Jest realizacją marzeń o udziale w najbardziej prestiżowej imprezie sportowej i ogromną szansą na pokazanie światu, że niepełnosprawność nie musi eliminować z życia, również sportowego, osoby nią dotkniętej.

„Technoczłowiek” na bieżni wraz z największymi gwiazdami światowej lekkoatletyki jest ilustracją zasad, treści i metod pedagogiki specjalnej, dzięki którym sportowca na protezach już dzisiaj społeczność niepełnosprawnych uznaje za zwycięzcę i przyznaje mu złoty medal.

Pedagogika specjalna jest nie tylko teoretyczną subdyscypliną pedagogiki ogólnej, ale jednocześnie nauką o zdecydowanie praktycznym charakterze. Staje się obecna w każdej sferze życia od edukacji poczynając na biznesie kończąc. Ludzkie problemy związane z odchyleniem od normy i mniejszą sprawnością, będące przedmiotem zainteresowania tej dziedziny wiedzy, są coraz częściej widoczne we współczesnej rzeczywistości. Spotykamy się z nimi nie tylko w medialnych kampaniach, jak np. NIEPEŁNOSPRAWNI NORMALNA SPRAWA czy NIEPEŁNOSPRAWNI W PRACY, ale również w codziennym życiu, np. polskiej oświaty. Uczeń z niepełnosprawnością intelektualną, niewidomy lub głuchy to dzisiaj częsty uczestnik zajęć w klasie integracyjnej, ale także klient szkoły ogólnodostępnej, która z integracją w wymiarze formalnym ma niewiele wspólnego. Uczeń z orzeczoną dysleksją rozwojową lub wybitnie zdolny to razem z kolegami z ADHD i zespołem Aspergera częste „zjawisko” w polskiej szkole. Kwestie opieki i wsparcia osób terminalnie, przewlekle chorych, problemy niedostosowanych społecznie są niezwykle aktualne i „krzyczą” o pomoc.

¹ Por. <http://www.sport.pl/sport> (dok. elektroniczny) (8.06.2008).

Oddajemy do rąk studentów pedagogiki, wychowawców, terapeutów oraz nauczycieli doskonalących się zawodowo *Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną*. Publikacja jest poświęcona pedagogice specjalnej w ujęciu historycznym i składa się z czterech rozdziałów. W pierwszym znajdziecie Państwo informacje dotyczące historii założeń tej dyscypliny naukowej z uwzględnieniem przemian w sytuacjach edukacyjnych, rehabilitacji i poradnictwie. Szczególnie polecamy podrozdział autorstwa, nieżyjącego już, profesora Jana Pańczyka poświęcony kształceniu pedagogów specjalnych i wyzwaniom, które stoją przed systemem edukacji w tym zawodzie.²

Rozdział drugi został zadedykowany oligofrenopedagogice, tyflopedagogice, surdopedagogice, resocjalizacji, logopedii, opiece i wsparciu terminalnie chorych. Można w nim znaleźć historyczne aspekty skomplikowanej rehabilitacji osób z niepełnosprawnością złożoną oraz analizę przemian teoretycznych, praktycznych i społeczno-kulturowych w podejściu do niepełnosprawności człowieka.

Rozdział trzeci traktuje o historii podejmowanych działań w terapiach tych których pozycja i efekty znane są od dawna (np. muzykoterapia) oraz tych, które znajdują zwolenników jeszcze w wąskim gronie (np. Snoezelen).

W rozdziale czwartym zaprezentowana została, z perspektywy historii wychowania, przestrzeń pedagogiki specjalnej ze swoimi najbardziej sławnymi reprezentantami.

Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną są efektem współpracy zespołu pedagogów specjalnych od lat zajmujących się teorią i praktyką poszczególnych dziedzin „innej” pedagogiki. Wszystkim autorom dziękujemy mając nadzieję na dalszą kooperację naukową i literacką. Szczególne podziękowania składamy Pani Profesor Teresie Żółkowskiej za podjęty trud recenzji obszernego materiału i niezwykle cenne uwagi, które zwiększyły naukowy walor publikacji.

Czytelników zachęcamy do przeczytania naszego wspólnego dzieła, w którym wydaje się nam można znaleźć odpowiedź na współczesne pytania związane z pojęciami „niepełnosprawność”, „rehabilitacja”, „integracja” itp. Nasza publikacja może również tłumaczyć i wyjaśniać, dlaczego w 2008 roku człowiek bez nóg ma prawo marzyć o zdobyciu złotego medalu na letnich igrzyskach olimpijskich w walce ze zdrowymi przeciwnikami.



² Profesor Jan Pańczyk przesłał swój artykuł wraz z listem, w którym wyraził zadowolenie z pomysłu wydania publikacji traktującej o historycznym rodowodzie, tak bliskiej Profesorowi, pedagogiki specjalnej.

**TEORETYCZNE DYSKURSY DOTYCZĄCE
TELEOLOGII PEDAGOGIKI SPECJALNEJ**

Repozytorium



UMK

Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną

pod redakcją naukową

Jacka J. Błeszyńskiego, Ditty Baczały i Józefa Binnebesela

Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej w Łodzi 2008

Andrzej Wojciechowski

Towarzystwo Uniwersyteckie Fides et Ratio

Uniwersytet Mikołaja Kopernika

Kujawsko-Pomorska Szkoła Wyższa

WSTĘP DO OPISANIA TERAPII PRZEZ TWÓRCZOŚĆ – TERAPII SPOTKANIA – TERAPII DIALOGU

Wielu chce zajmować się twórczością, najlepiej twórczością tożsamą ze sztuką. Częstym pytaniem sugerowanym przez autorów takich tekstów odnoszących się do terapii osób niepełnosprawnych jest na przykład kwestia:

- czy poezja osób niepełnosprawnych jest sensem życia, czy autorewalidacją?

Jest tu ukryte i inne niepokojące pytanie:

- czy poeci niewidzący chcą być poetami, czy „poetami niewidzącymi”?

Są przecież zaleźni od innych, także zadających takie pytania. Czy więc zadawanie takich pytań poetom niewidzącym świadczy o nas źle, czy dobrze? (por. J. Baran, Sł. Olszewski (red.) 2006).

We współczesnym języku polskim, niestety nie tylko kolokwialnym, w słowie „sztuka” zatracono jego bogactwo znaczeniowe. W polskiej kulturze jeszcze 70 lat temu, a w niektórych kręgach jeszcze bliżej naszym czasom, rozważający te pojęcia pojmowali je tak, jak są one osadzone w językach klasycznych, które dla nauki i kultury były codziennością i fundamentem pojęć. Zerwanie z językową i kulturową tradycją łaciny i greki, wieloletnie opanowanie szerokich rozważań humanistycznych przez terminologię marksistowsko-leninowsko-stalinowską, a pedagogicznych przez perspektywy raczej przyrodnicze zaprowadziło nas na pewną pustynię językową. Ta pustynia zapełnia się, niestety, znakami wziętym z języka kolokwialnego i pobieżnymi kalkami z tekstów angielskich, często bez zastanowienia się nad kontekstem ich znaczenia w tamtej kulturze. Wprowadza to ogromne zamieszanie, a poprzez bezrefleksyjne powtarzanie tych słów tworzy byty niespójne i sprzeczne (por. A. Wojciechowski (4)).

Wydaje się, że, na szczęście, badacze pedagogiki, którzy ukształtowali się kilkadziesiąt lat temu, widzą nadal problemy sztuki w perspektywie pewnej szczególnej jakości kulturowej nie poddającej się łatwej „wiwisekcji”. Nie stawiają na przykład pytań, czy poezja jest sensem życia, czy autorewalidacją.

Jako bezpośredni uczeń Wandy Szuman i artysta rzeźbiarz, człowiek teatru, od 30 lat pracujący z osobami niepełnosprawnymi, staram się być uważnym czytelnikiem i obserwatorem, pilnie notując odcienie tekstów dotyczących zajmującej nas tematyki.

Rozważamy:

- Poetów i ich wiersze, artystów, których dzieła są „na tej samej ścianie” co dzieła innych wybitnych artystów, ale rozważamy też znaczną niepełnosprawność człowieka i wspólny świat kultury.
- Świat wrażliwości ludzkiej, która musi być wyrażana w dziełach kultury.
- Uszkodzenia, które wymuszają hermetyczny sposób wymiany sądów i skłaniają jakby do budowania hermetycznej kultury.

Chcemy przeprowadzić pomost pozwalający zobaczyć osoby niepełnosprawne we wspólnym uczestnictwie w kulturze.

Szukamy nowej przestrzeni narzędzia pracy intelektualnej i przekazu, a być może też nowej przestrzeni generującej kulturę.

Czasem pewna dramaturgia wywodu autora prowadzi czytelnika do świata wielkiej sztuki, wielkich nazwisk współczesnych artystów. Jednak nieco wcześniej ten sam autor pyta o „twórczość plastyczną”, „aktywność literacką” „osób z zaburzeniami psychicznymi”, zaliczając do nich np. van Gogha, Nietzschego, Edwarda Muncha, Augusta Strindberga, Witkacego, Kantora. Taka zaskakująca droga dywagacyjna jest charakterystyczna dla większej liczby autorów nie tylko z obszaru pedagogiki specjalnej. A przecież takie proste przejście stygmatyzacyjne nad złożonością egzystencji tych autorów może nas doprowadzić do postulatu profilaktycznego wyleczenia tych, którzy mieliby stać się im podobnymi, aby nie dodawać do tej listy skażonych Beethovena, Mozarta, Dostojewskiego i kogoż tam jeszcze.

W pozornie sprawnych i erudycyjnych tekstach odnajdujemy na przykład takie obrazy: oto niewidomi; potem: piszą wiersze; później: to są często dobre wiersze; następnie: możemy w tych wierszach liczyć słowa, które odnoszą się do ich kalectwa. Możemy się tu spierać więc o to, czy słuszne jest mieszanie poezji z uszkodzeniem? Wiemy o chorobie Poświatowskiej, może nawet ta wiedza jest potrzebna niektórym przy przeżywaniu jej poezji, ale chyba nie powinniśmy rozpoczynać tej przestrzeni poetyckiej właśnie od tej choroby?

Na szczęście znajdujemy także odniesienia problemu niepełnosprawności do „poznania poetyckiego” ludzkości, że użyję określenia Jacques’a Maritain’a. Poprzez to problematyka pedagogiki specjalnej zostaje osadzona w refleksji o sztuce, która jest uwolniona od matrycy „konspektu metodycznego początkującego nauczyciela” (o tym ciekawie napisał prof. Henryk Depta, (por. H. Depta 2005).

Idzie tu o równowagę mówienia o terapii i o zjawiskach sztuki. Często, co niektórym może wydać się bolesne, należałoby unikać określeń „sztuka” i „artysta”.

Także niepełnosprawność nie jest stygmatem czy szczególnym „znakiem etnicznym”, lecz jedną z powszechnych kolei życia, mimo że szczególnych.

Chcielibyśmy uwznioślić „czynienie” osób niepełnosprawnych i jakoś je wytłumaczyć. Powinien temu towarzyszyć wewnętrzny monolog sporu z sobą samym. Jednak żeby ten spór mógł być rozstrzygnięty, to musi się on toczyć wokół precyzji i słuszności pojęć. Najczęstszym błędem jest porównywanie ze sobą dwu zupełnie różnych obszarów poznawczych.

Wartości i siły poezji nie umiemy precyzyjnie mierzyć. Siłę wzroku tak. Ale to nie usprawiedliwia patrzenia na poetę od strony jego diagnozy tyflogicznej, a może też ortopedycznej, diabetologicznej czy innej.

Poznawanie świata przez osobę niepełnosprawną jest dramatem (w rozumieniu tego słowa wg ks. J. Tischnera (1)) obecności tych osób w kulturze. Osoby niepełnosprawne są uczestnikami wspólnego życia społecznego. Uczestniczą w „świecie dramatycznym” takim, jaki opisuje Tischner. Zgodnie z postulatem nauk humanistycznych jest to świat wartości (por. T. Czeżowski 1946).

Wypowiedzi osób niepełnosprawnych trzeba opisać językiem Jacques'a Maritain'a jako podobne do dzieła artysty (poety), który

obserwując naturalną postać rzeczywistości tego świata, pozbawia tę rzeczywistość jej naturalnego kształtu i piękna, a narzędzia umysłu odwiecznych, ustalonych przez powszechne używanie wzorców działania, aby stworzyć dzieło wyposażone w nowy kształt i piękno zrodzone w duszy artysty (J. Maritain (1); A. Wojciechowski (20) (7)).

Odkrycie prawideł działania i istnienia dzieci i osób niepełnosprawnych w świecie, który poznają w czasie swojej historii życia przybliży nam naszą powinność pedagoga. Odkrycie to, same będąc rzeczywistością obiektywną, ma jednak wobec stanu rzeczy, który tworzą „rzeczy poznawane”, ich cechy i relacje istniejące obiektywnie, a więc same osoby niepełnosprawne, ich środowisko, ich emocje, ich dzieła, terapeuci, także ich emocje, postawy i dzieła, postać subiektywną. Inaczej być nie może (por. K. Wojtyła 1994; A. Wojciechowski (12)). Dlatego ważne jest też, abyśmy, zgodnie z postulatem Victora Frankla, potrafili jak najjaśniej określić nasze „pozycje i kierunki obserwacji”.

Szczególną wartością jest „odwrócenie lustra” – obecność osób niepełnosprawnych jest warunkiem rozwoju sprawnych (O. Speck 2005). Jeśli szczęśliwie unikniemy słów „sztuka” i „artysta”, to pozwoli nam to lepiej przyrzeć się związanej z tym polem teorii twórczości, która jednak nie jest tożsama ze sztuką.

Potrzeba tu też dużej ostrożności interpretacyjnej, aby wielkich przeżyć „dramatu ludzkiego” (za J. Tischnerem) nie sprowadzać do „przepisów na szczęśliwe życie”. Nade wszystko najważniejsza jest skrupulatność terapeuty. Udaje się wówczas pokazać niepokój osoby wrażliwej. Piękne są dokumenty analogii pedagogicznej: jeśli ja odczuwam radość, to sądzę, że i niepełnosprawny ją odczuwa.

Jednak czasem zamiast „uwzniesienia człowieka” możemy mieć do czynienia z manipulacją, manipulującą kompatybilnymi zbitkami słownymi (na wzór języka oprogramowań informatycznych). Czy jest jakiś wyraźny i sensowny związek tego, co Maritain nazwał „poznaniem poetyckim” (A. Wojciechowski (20)), a Adam Chmielowski *duszą wyrażającą się w stylu* (A. Chmielowski 1876) z „działalnością praktyczną w zakresie terapii i promocji ekspresji twórczej” i „modelem przebiegu trajektorii – zapisu *anatomii* cierpienia i uwalniania się od niego”?

Dość często mamy do czynienia z opisaną przez Mieczysława Krapca niezgodnością sprawstwa z narzędziem (1978) i niepotrzebne pobieżne odwoływanie się do świata sztuki, tak jakby mógł być on nazwany we wszystkich szczegółach. Niezwykle ostro to sformułował Henryk Depta:

Już nie utwór zostaje okrojony i zniekształcony. [...] Pełne, bogate, w pełnym tego słowa znaczeniu humanistyczne przesłanie utworu zostaje zubożone. Wartość moralna sztuki ulega zredukowaniu do moralistyki. [...] zamiast ręki podaje się pustą i przeważnie zmiętoszoną rękawiczkę!” (H. Depta 2005).

Gdy zaczynaliśmy na uniwersytecie w Toruniu pracę z osobami niepełnosprawnymi na przełomie lat 70. i 80., byliśmy adeptami sztuki. Ja, wykładowca rzeźby, i moi studenci Sztuk Pięknych. Najlepiej wyraziła to jedna z nich Anna Szary:

Byłoby to niesprawiedliwe, gdybyśmy żyli z poczuciem wybraństwa i spełnienia jakiejś misji. Byłoby to nieuczciwe, nie tylko ze względu na osobę, która wykonuje taką pracę, ale przede wszystkim w fałszywym świetle stawiani byłiby ludzie, którym świadczymy swoją pracę, pomagamy, a często też przyjaźnimy się z nimi. [...] Wiem jedno, że dla mnie jako rzeźbiarza, wartość tworzenia nie tkwi w sukcesach ilościach wystaw, zamówień, a tkwi w pokonywaniu własnych ułomności fizycznych, a jeszcze częściej barier, które buduje nam własny egoizm. Obserwując zmaganie się z życiem i pasją tworzenia, jestem pełna podziwu i pokory wobec szczerości, z jaką niepełnosprawni mówią o swoich słabościach i ci ludzie jak gdyby mają wpisane bardzo mocno prawdę, że człowiek przyszedł na świat „nie gotowy”, lecz nieustannie musi siebie budować. [...] nasze partnerstwo polega na tym, że terapeuta pracuje najbardziej solidnie i profesjonalnie, jak tylko potrafi, a podopieczny na miarę swoich możliwości poddaje się terapii (A. Szary 2004).

Ważne jest tu spostrzeżenie, że adepci sztuk pięknych nie uważają się za „twórców dzieł natchnionych”, nie, oni są po prostu PRACOWNIKAMI. Najwyraźniej powiedział to Józef Conrad w swojej „usuniętej przedmowie”:

Niekiedy, wyciągnięci wygodnie w cieniu przydrożnego drzewa, obserwujemy pracę rolnika na odległym polu i po pewnym czasie zaczynamy zastanawiać się leniwie, co też ów człowiek może robić. Śledzimy poruszenia jego ciała, zamachy ramion, widzimy, że się pochyla, prostuje, waha, zaczyna znowu. Wyjaśnienie celu jego usiłowań może dodać uroku tej gnuśnej godzinie. Jeżeli wiemy, że próbuje podźwignąć kamień, wykopać rów, wykarzczać pniak, patrzymy na jego wysiłki

z prawdziwym zainteresowaniem; jesteśmy skłonni wybaczyć zgrzyt, jakim są jego gwałtowne ruchy na tle spokoju natury, a nawet w braterskim nastroju możemy się zdobyć na to, by mu darować niepowodzenie. Zrozumieliśmy, jaki miał cel, a ostatecznie przecież próbował i tylko może nie miał siły – a może umiejętności. Wybaczamy, idziemy dalej naszą drogą – i zapominamy. I tak samo jest z pracownikiem sztuki (J. Conrad 1961).

Dlatego też patrząc na naszych pierwszych partnerów niepełnosprawnych, na zorganizowanych pierwszych zajęciach, widzieliśmy przede wszystkim siebie w naszym wysiłku pracy. Oni też podejmowali ten wysiłek wobec kartki papieru, farbek akwarelowych, kubka z wodą, pędzelka.

Największe zamieszanie panuje wokół uporczywego utożsamiania twórczości i sztuki. Sądzę, że przyczyną jest nieporządek semantyczny. Po pierwsze „twórczość” pojęta w swoich greckich początkach jest pojęciem konkretnym. Jednak ci, którzy chcą się tym pojęciem posługiwać współcześnie raczej chcą je rozumieć jako pojęcie abstrakcyjne. Znowu „sztuka” w świecie greckim będąca raczej pojęciem abstrakcyjnym „poezją” (co konsekwentnie dostrzega Jacques Maritain (A. Wojciechowski (20), za: J. Maritain (1)), współcześnie przyjmuje w wypowiedziach i postulatach terapeutycznych wymiar konkretny.

Każdy malarz, rzeźbiarz, grafik, muzyk, pisarz powinien to wiedzieć. Pracując nad obrazem, kamieniem, płytą metalową, partyturą, kartą papieru do zapisania TWORZY – pracuje z wysiłkiem nad użyciem właściwych narzędzi, doбором właściwych plam kolorów, właściwych brył, nad właściwym naciskiem rylca, nad doбором właściwych dźwięków i właściwym ich zapisaniem na pięciolinii, nad skomplikowanym procesem opanowania swojej myśli i wyrażeniem jej odpowiednimi słowami za pomocą trudnego narzędzia, języka. Bardzo wyraźnie możemy to prześledzić w van Gogha *Listach do brata* czy *Listach Stanisławy Przybyszewskiej*.

Jednakże czy to co STWORZYŁ jest dziełem sztuki? Tego żaden z nich nie odważy się powiedzieć. Bo sztuka to „DUSZA wyrażająca się w stylu” (por. A. Chmielowski 1876)

Twórczość jako konkret może być ubrana w ramy metodyczne terapii. Sztuka jako pojęcie abstrakcyjne, zmierzające do świata idei, niestety dalekie, według niektórych, od możliwości zdefiniowania („Oto starożytno-średniowieczne pojęcie sztuki – ów punkt wyjścia ewolucji – było grube, ale jasne, dawało się prosto i poprawnie zdefiniować. Pojęcie zaś dzisiejsze, węższe od tamtego i zdawałoby się bardziej określone, właśnie nie jest określone, wymyka się definicji” (W. Tatarkiewicz 1988, s. 33)) może jedynie być jakimś dalekim niejasnym znakiem wartości.

Pojawił się więc istotny problem badawczy: Jak budować terapię?

Terapia przez twórczość jest najbliższa źródłosłowowi greckiemu *therapeuein* – opiekować się, oddawać cześć (Z. Abramowiczówna) (red. 1958-1965). To jeden człon tej nazwy. Pozostaje drugi. Z pomocą przyszedł tu Antoni Kępiński:

Twórczość to każde świadome narzucanie własnego porządku otaczającemu światu lub każde świadome wprowadzanie własnego porządku w otaczający świat (A. Kępiński (2) (3); A. Wojciechowski (1) (2) (9) (10) (14) (15) (16) (20)).

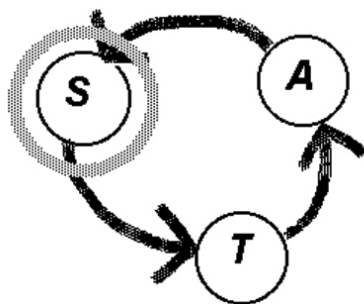
Wobec innych określeń twórczości chcielibyśmy uznać tę definicję za jedyną, sądząc, że jest ona nadrzędna wobec innych, pozostałe zaś nazwać teoriami twórczości. Chcemy tu postąpić podobnie, jak to czyni Władysław Tatarkiewicz z definicją piękna. Za jedyną definicję przyjął to, co powiedział św. Tomasz z Akwinu: piękne jest to, czego samo postrzeżenie się podoba. Pozostałe wypowiedzi uznał za teorie piękna (W. Tatarkiewicz 1988).

Kępiński używa jeszcze innego określenia twórczości: twórczość to świadoma negatywna entropia. Entropia jest miarą nieokreśloności, chaosu, a także właściwością poddania czemuś, zależności (A. Wojciechowski) (1) (2) (9) (10) (14) (15) (16) (20); Z. Abramowiczówna (red. 1958-1965). Tak więc, twórczość będzie świadomym tego zanegowaniem.

Nazwę **terapia przez twórczość** możemy więc wytłumaczyć jako pełną czci opiekę, która umożliwi świadome przeciwstawienie się, poprzez wprowadzania własnych zamysłów w otaczający świat, tendencjom rozpadu, bezruchu, uzależnienia.

Oczywiście, opieka ta będzie podlegała warunkom pedagogicznym, które formułuje Stefan Kunowski jako pola biosu, etosu i agosu (S. Kunowski 1993). Oznacza to, że musimy liczyć się z granicami narzuconymi przez strukturę biologiczną naszego partnera, musimy brać pod uwagę wpływy środowiska, sami je współtworząc, a także granice etyczne i moralne, i w taki sposób wkraczać w nasze terapeutyczne (pełne czci dla godności osoby ludzkiej) działanie.

Narzędziami terapii przez twórczość może być wszystko, co służy rozbudzeniu „kręgu nadziei” (A. Wojciechowski (1) (2) (9) (10) (14) (15) (16) (20)), a więc wzmocnieniu poczucia podmiotowości poprzez stawianie i podejmowanie zadań świadomie i zadań zaakceptowanych.



„Kraąg nadziei”: Podmiot S podejmuje zadanie twórcze, które poddane ocenie społecznej staje się pracą T, w następstwie czego może otworzyć się przestrzeń miłości A. Jeśli tak będzie, to wzmocni się poczucie podmiotowości S.

Czynienie.

Czynem Karol Wojtyła nazywa „wylącznie świadome działanie człowieka” (K. Wojtyła 1994, s. 73). Kępiński mówi: twórczość to każde świadome wprowadzenie własnego porządku w otaczający świat (A. Kępiński (2) (3); A. Wojciechowski (1) (2) (9) (10) (14) (15) (16) (20)). Możemy więc wyprowadzić z tego: „twórczość to każdy czyn”. Karol Wojtyła zaznacza: skoro mówimy czyn nie trzeba dodawać ludzki (K. Wojtyła 1994, s. 73). „Chodzi o ten konkretny byt, jakim jest człowiek z właściwym tylko jemu działaniem”. Chodzi też o to, że czyn ten „dokonuje się w sposób właściwy wolnej woli” (s. 74).

Procesy te rozgrywają się na kanwie trzech „wektorów”: wektora DO, czyli wektora miłości, wektora OD, czyli wektora ucieczki, które tworzą tło procesów metabolizmu informacyjnego, i wreszcie wektora NAD, wektora twórczości urzeczywistniającego te procesy.

Człowiek (S), aby tworzyć, musi najpierw zwrócić się KU czemuś, musi „pokończyć”. Wówczas to, co będzie zamierzał uczynić czy też będzie czynił, poprzez ocenę społeczną stanie się pracą (T) i w taki sposób stanie się czynnikiem, a nawet przyczyną wielu niezwykle bogatych sytuacji społecznych. Rozpoczną się procesy społeczne w całej ich komplikacji. Będzie to kierunek ku życiu (A. Wojciechowski (1) (2); A. Kępiński (2) (3)).

Jeżeli jednak z jakichś powodów uprzednich czy też w wyniku tychże procesów społecznych zacznie w człowieku rozwijać się i dominować postawa OD – ucieczki, to rozpocznie się proces inwolucji, który będzie początkiem drogi ku śmierci – entropii. Pojawią się tu różne procesy towarzyszące, takie jak na przykład agresja, którą powinniśmy tu rozumieć także jako znak obrony. Jednak kierunek będzie stały – entropia, czyli rozpad (A. Kępiński (2) (3); A. Wojciechowski (1) (2)).

I właśnie obserwacja osób odrzuconych na skutek, stwierdzonej wobec jakiejś powszechnej normy, niepełnosprawności, zdaje się wskazywać, że mamy do czynienia z procesami chorobowymi¹ spowodowanymi zaburzeniami metabolizmu

¹ Czy o niepełnosprawności możemy użyć określenia „choroba”? Badacze kontynuujący drogę Jérôme Lejeune’a wyjaśniają: „Czy trisomia 21 jest chorobą? Choroba jest zaburzeniem zdrowia i funkcji żywych bytów. Trisomia 21 jest więc na pewno chorobą, ponieważ obecność dodatkowego chromosomu 21 wprowadza zaburzenia organiczne i funkcjonalne, obraz i rozwój są dla niej charakterystyczne. Z drugiej strony [...] termin choroba dzisiaj przywołuje nam możliwość interwencji medycznej i leczenia, co pozwala nam przyjąć dla trisomii 21 perspektywę bardziej pozytywną. To właśnie dlatego Jérôme Lejeune utworzył termin „choroba inteligencji” (*maladie de l'intelligence*) aby uzupełnić terminy „uszkodzenie umysłowe” (*déficience mentale*) lub „niepełnosprawność umysłowa” (*handicap mental*), które nasuwają przypuszczenie o niemożliwości działań terapeutycznych. Termin niepełnosprawność mieści się w perspektywie raczej ekonomicznej i społecznej niż medycznej: sytuacja niepełnosprawności otwiera prawo do zadośćuczynień finansowych i społecznych zmierzając do przywrócenia równości szans, ale żadne zadośćuczynienie niezależnie od jego wagi nigdy nie zastąpi utraty wolności, korzystania w pełni z własnej inteligencji” (pr Marie-Odile Rethoré, dr Henri Bléhaut, dr Sylvie de Kermadec, dr Clotilde Mircher, Véronique de Portzamparc, dr Aimé Ravel, dr Jeanne Toulas, *TRISOMIE 21, Guide à l'usage des familles et de leur entourage*, wyd. Bash éditions médicales, Paris 2005).

informacyjnego, których skutki ogólnie możemy określić jako uniemożliwienie realizacji postawy NAD – twórczości, co Kępiński nazywa „zatrzymaniem ruchu naprzód”. Prowadząc terapię winniśmy zastanowić się nad tym, jakie są przyczyny tego zatrzymania. Czy są to uszkodzenia organiczne, czy zmiany w strukturze organizmu, które uniemożliwiają działania wychowawcze i społeczne, takie jakie stosujemy zazwyczaj u ludzi „w normie”, czy też jest to skutek postawy społeczeństwa blokującego, przez odrzucenie czy na przykład przez nadopiekuńczość, każdy zamiar twórczy lub, co gorzej, każdy gest postawy DO – postawy miłości?

Jeśli potrafimy uczynić takie rozpoznanie, to potrafimy także znaleźć kroki terapeutyczne. Jednym z takich pierwszych kroków powinno być postawienie zadania na pewno możliwego do spełnienia i po jego wykonaniu wyrażenie akceptacji. Byłby to krok ku rozjaśnieniu przestrzeni², otwarciu przestrzeni miłości (A), co w konsekwencji winno wzmocnić poczucie podmiotowości osoby, z którą wchodzimy w relację terapeutyczną. Wówczas powinniśmy móc postawić zadanie trudniejsze, okazać akceptację i tak dalej. Możemy też, a nawet powinniśmy, obserwować i oceniać działania podejmowane samorzutnie przez naszego partnera. Nie każde działanie pochopnie przez nas ocenione jako przypadkowe, agresywne, czy pozbawione wewnętrznego porządku takie jest. Wymagana tu jest nasza pilna uwaga, nastawiona przychylnie do poczynań partnera.

Pamiętajmy, że Kępiński mówi o każdym świadomym wprowadzaniu własnego porządku w otaczający świat. Tak więc, każdy ślad świadomego działania naszego partnera jest chroniony (święty). Jest to fundamentalna zasada metodyczna terapii przez twórczość. (A. Wojciechowski (8)). Błędem najczęściej popełnianym jest wartościowanie dokonań twórczych partnera i odrzucanie tych, których my nie uważamy za „twórcze”, na przykład z powodu „prymitywizmu”. Wartościmy je, oczywiście, według naszej skali, inaczej mówiąc, projektujemy poczynania partnera, wprowadzając w ten sposób nasz porządek, a nie pozwalamy na okazanie się porządku partnera. Profesor Speck jasno określa taką asymetrię (O. Speck 2005). Drugą podstawową zasadą jest „niedotykanie ręki partnera” – tak poprzez pewną metaforę zabezpieczamy jego prawo do samodzielności w realizowaniu zamiarów. Nie prowadzimy „ustawiając jego ręce i nogi”, a zapewniamy bezpieczeństwo jego własnej drogi.

Pozostaje ważny problem osób, które według naszej oceny w ogóle nie będą mogły wejść w relację twórczą ze światem, czy to z powodu uszkodzenia zmysłów, czy z innych powodów. Musimy wówczas pamiętać, że w „kręgu nadziei” następnym miejscem po „twórczości” jest „miłość – przestrzeń otwarta”. Tak więc dziecku leżącemu w łóżku, z którym nie potrafimy nawiązać kontaktu twórczego, postawmy na przykład na stoliku kwiat z pełnym przekonaniem, że przez to akceptujemy jego osobę i jej ukrytą możliwość. W długiej i żmudnej drodze

² Jest to określenie Antoniego Kępińskiego, który ze względu na życiodajny charakter nazywa przestrzeń, w której jest możliwa postawa miłości – DO, a w jej następstwie twórczość – NAD *przestrzenią jasną, otwartą* w odróżnieniu *przestrzeni zamkniętej, ciemnej*, w której dominuje postawa ucieczki – OD i która jest *przestrzenią depresji*.

wstępowania ku wspólnej przestrzeni będzie to pierwszy stopień tej drabiny, jakie będą następne, nie wiemy, ale ten jest konieczny po to, aby te następne w ogóle można było postawić (por. W. Szuman (1)).

„Terapia przez twórczość” jest procesem, w którym my sami jesteśmy jednymi z aktorów i sami podlegamy zmianie – sami przeżywamy własny proces „terapii przez twórczość”, zwróconej ku nam. Ilustracją tego może być taki proces „terapii przez twórczość”, który zachodził między Anną Sullivan a Heleną Keller (H. Keller 1978), czy też procesy pomiędzy Michałem Kaziowem a jego otoczeniem, a szczególnie Haliną Lubicz (M. Kaziów 1985).

Równość ludzi wobec Boga i powszechna słabość.

Jean Vanier naczelnym drogowskazem rewalidacji³ uczynił stwierdzenie: „Każdy ma prawo być byle jaki (droit d’être moche). Każdy ma prawo być słaby” (J. Vanier (2)). Antoni Kępiński, pokazując niezwykłą złożoność procesów metabolizmu informacyjnego człowieka, przez to właśnie implikuje słabość struktur ludzkich (A. Kępiński (3); A. Wojciechowski (1) (2)). Vanier mówi: dopiero wtedy, gdy uznasz swoją słabość i zwrócisz się z nią ku Bogu, będziesz mógł zgodzić się na słabość drugiego (J. Vanier (2)).

Tłem terapii przez twórczość są relacje osobowe wiary, nadziei i miłości, a więc otwartości, oczekiwania i upodobnienia (Gogacz; por. A. Wojciechowski (19)).

Kto przeprowadza terapię? (A. Wojciechowski (14)):

- a) pedagog specjalny, człowiek o poświadczonej dyplomem wiedzy;
- b) opiekun bez teoretycznego wykształcenia w dziedzinie pedagogiki specjalnej, człowiek, który z bliżej nieokreślonej potrzeby serca chce zająć się osobami niepełnosprawnymi;
- c) opiekun bez przygotowania i bez powołania;
- d) rodzice, z n a t u r y obarczeni opieką nad dzieckiem niepełnosprawnym. Mogą odmówić terapii – oddać dziecko do zakładu specjalistycznego.

³ Pojęcie „rewalidacja” wymaga uściślenia. Od kilkunastu lat w swoich tekstach proponuję używania go zgodnie z definicją umieszczoną w *Słowniku Języka Polskiego PWN*, gdzie „rewalidacja” to „przywrócenie ważności, prawomocności jakiemuś postępowaniu prawnemu”, co jest zgodne ze znaczeniem podobnych słów w językach romańskich i opartych na łacinie średniowiecznej, a wskazującym na nadanie nowej wartości walorom bankowym (np. ang. revalue). W *Słowniku Języka Polskiego PWN* odnajdujemy porównanie z hasłem „rehabilitacja”, określane jako „przystosowanie do normalnego życia w społeczeństwie osób, które doznały przemijającej lub trwałej utraty zdrowia i stały się na stałe lub na pewien czas inwalidami”. Właśnie taka etymologia stała się przyczyną nazwy specjalności w Instytucie Pedagogiki UMK, obecnie Katedra Pedagogiki Specjalnej Wydziału Nauk Pedagogicznych UMK: *Rewalidacja osób upośledzonych umysłowo*, jednak nie „rewalidujemy ich (np.) dysfunkcji ruchu”, ale właśnie zmierzamy poprzez rewalidację „nadać im nową wartość” w życiu społecznym. Interpretacja np. Ottona Lipkowskiego wraz z rozważaniami językoznawcy prof. Witolda Doroszewskiego jest częścią, chyba niezakończoną jeszcze, procesu uściślenia tych pojęć.

Przypadkiem „c” nie zajmiemy się tu, gdyż albo przekształci się on w „b”, albo odejdzie, albo przyjmie postawę „katechumena” albo „wroga” – z pewnością obie postawy są na tyle ciekawe, aby mogły być poddane specjalnej analizie.

Tak jak „niewykształcony opiekun” może nie mieć wystarczającej wiedzy teoretycznej, a kierować się intuicją, tak „pedagog specjalny” może mieć wiedzę teoretyczną, ale może brakować mu intuicji, albo tego „poświęcenia”, które cechuje „niewykształconego opiekuna”.

Może być tak, że „niewykształcony opiekun” przez przypadek znajdzie się w kręgu „terapii przez twórczość” n i e m o g ą c z r o z u m i e ć istoty inności, a z powodu innych przyczyn, często powodowany moralnością, powinnością czy specyficzną wrażliwością, pozostaje w kręgu tej terapii – nie może odejść, gdyż ma świadomość, że tak niewielu chce zająć się niepełnosprawnymi, pozostaje z litości czy też z chęci „bycia w porządku wobec siebie”, albo też z powodu głęboko przeżywanego wiary religijnej. Nie bez wpływu na to będzie wielka gotowość do obdarzania przyjaźnią, wielka nadzieja zwrócona w jego stronę przez niepełnosprawnych (zob. W. Chudy 1988; por. też A. Wojciechowski (1) (2)). Wydaje się, że jeśli pojawią się takie procesy, to nie należy tego związku zrywać, gdyż jest on cenny.

Wykształcony pedagog o istocie inności dowiedział się dość dużo na studiach. Tu brakiem może być n i e z r o z u m i e n i e i s t o t y p o d o b i e ń s t w a. Granicznym wyrazem tego będzie brak ostatecznego przekonania, że osoba podopieczna jest takim samym człowiekiem jak on, partnerem (por. też O. Speck 2005) lub brak przekonania, że w o g ó l e j e s t c z ł o w i e k i e m. Najbardziej dramatycznie wyraził to prof. T. Kielanowski, pytając, „co robić z istotami, których poziom inteligencji jest daleki nawet od inteligencji zwierząt?” (*Człowiek...*, s. 20; por. też A. Wojciechowski (7), s. 145–166; (1) (2)). Pytanie postawione nie po to, aby niszczyć, zastrzega Kielanowski, ale po to, aby usprawiedliwić wybór jednego życia przeciw drugiemu w stanie wyższej konieczności. Gdy jest dwu pacjentów, a tylko „jedna dawka leku”. Taki graniczny przypadek odsunęli od rozstrzygnięć generalnych francuscy lekarze w dyskusji o dopuszczeniu świadomie spowodowanej „z litości” śmierci niepełnosprawnych noworodków. Zarezerwowali go sumieniu lekarza w k a ż d y m p o s z c z e g ó l n y m przypadku (S. Choquet 1987; M. Gomez 1987; J. Lejeune, P. Rellier 1987; F. Johannes 1987; C. Sureau 1987).

Rodzice jako „terapeuci dziecka niepełnosprawnego” bez swojej woli znaleźli się w sytuacji, do której w ogóle nie byli przygotowani – ani uczuciem, skłonnością pomocy komuś choremu, ani wiedzą teoretyczną. Znaleźli się w tej sytuacji n a z a w s z e (por. J. Nowicka 1992; A. Wronecka 1992; B. Talarczyk 1992).

Należy wszakże podkreślić leżący u źródeł tych działań, tak w kierunku negacji, jak i afirmacji – dramat. Dramat niezrozumiały dla tych, którzy nie doświadczyli załamania już u progu całej nadziei realizacji swoich potrzeb transcendentnych w dziecku. Nadziei przez nas wszystkich odczuwanej jako naturalna do tego stopnia, że jej nie dostrzegamy i nie doceniamy.

Osoba niepełnosprawna. Dziecko lub dorosły. Musimy tu próbować odpowiedzieć na pytanie, czy istotny jest rodzaj niepełnosprawności. Przeważnie rozgranicza się niepełnosprawność motoryczną od niepełnosprawności umysłowej.

Wyróżnia się głuchych i niewidomych. W jakiś sposób wydaje się to uzasadnione. Za tworzeniem zespołów segregowanych, szczególnie jeśli idzie o głuchych, przemawiać może, mówią niektórzy, ich większe poczucie bezpieczeństwa. Ale czy to nie byłoby rozwiązanie najłatwiejsze, nadto stwarzające niebezpieczeństwo uzależnienia takiej jednorodnej grupy od słyszącego „przewodnika”, czyli opiekuna? To bardzo poważna obawa. Byłem świadkiem prezentowania na jednej z ważnych konferencji takiego totalnego uzależnienia przez tegoż „przewodnika i opiekuna”, który referował tę przerażającą rzeczywistość jako sukces i promował jako drogę terapii. Anna Sullivan i Helen Keller (H. Keller 1978), a także Michał Kaziów i Helena Lubicz pokazali, że można tę segregację przełamać nawet wobec konieczności stosowania bardzo wyspecjalizowanej terapii.

Terapia w swoim najgłębszym źródłosłowie zawiera „część – oddawanie czci”. Warto tu przypomnieć, co mówi antropologia chrześcijańska o strukturze bytowej człowieka, o jego istocie.

Zakres terapii. Co chcemy uzyskać poprzez terapię? Możemy chcieć uzyskać sprawność ruchową. Możemy chcieć uzyskać powiększenie sprawności intelektualnej. Możemy chcieć uzyskać poprawę sytuacji społecznej osoby poddanej terapii. Wydaje się, że możemy mówić tu o dwóch granicach terapii: j e d n ą będzie ta wyznaczona przez zdolność organizmu, a d r u g ą zaś wyznaczona przez świat zewnętrzny.

Co chcemy więc uzyskać poprzez terapię? Chcemy, aby osoba, o której mowa, poznała swoje prawdziwe granice, zaakceptowała je i aby poznała rejony, gdzie te granice w stosunku do pozostałego świata nie istnieją lub są odsunięte bardzo daleko. Każda osobowość jest dynamiczna. Nasuwa to wniosek, aby i środowisko terapeutyczne było dynamiczne. Powinno ono być jak najbogatsze, tak, aby osoby uczestniczące w nim mogły znaleźć najlepszą dla nich formułę uczestnictwa.

Terapia przez twórczość ma pomóc zbudować człowiekowi niepełnosprawnemu pole twórczości. W definicji Kępińskiego (por. A. Wojciechowski (1) (2); A. Kępiński (2)(3)) mamy trzy ważne słowa: 1) „świadome”; 2) „własnego porządku” – własnego, a nie cudzego – trzeba więc móc poznać własny porządek; 3) „w otaczający świat – oznaczać to będzie poznanie otoczenia, zaakceptowanie go, ocenienie jako przyjazne i skłonne przyjąć „mój porządek”.

Świat twórczości nie jest wyizolowanym światem, w którym podmiot jest ośrodkiem i na tym sprawa kończy się. Jest to świat wielu podmiotów, świat konfliktów i porozumienia. Wspólny świat twórczości (por. A. Wojciechowski (20)). Proces tworzenia jest procesem wspólnym wielu podmiotów. Tak więc osoby pozornie niezdolne do wprowadzania jakiegokolwiek porządku własnego w otaczający świat czynią to swoim istnieniem i obecnością, która jest prowokacją dla innych. Mogą oni odrzucić je albo zaakceptować, ale zawsze muszą stworzyć nowy porządek, który jest porządkiem wspólnym. W szczególny sposób pokazuje to Claudine Loubière, przewodnicząca Stowarzyszenia „Vivre avec la maladie”:

Chory stawszy się użytecznym dla siebie i dla innych nadaje sens swemu życiu i przez to samo życiu innych. Sensem jego życia jest pewność, że jest ono możliwe tylko wtedy jeżeli istnieje walka i opór presji śmierci. To codzienna walka we wszystkich dziedzinach: to konieczność stałego wyboru, to zobowiązanie do nieustannego wchodzenia we wspaniałe układy. Bez tego porwywu będziemy tylko dążyć do przeżycia rutynowej zależności, której wartości nie znamy. To łagodna śmierć poprzez wejście w system, który wytwarza chroniczną depresję, częsty średni stan życia dzisiejszego obywatela załamane go w swojej egzystencjalnej samotności, amatora różnych podniet oczarowanego migotliwymi pułapkami społeczeństwa, którego skuteczność opiera się na stanie zależności obywatela, który jest w ten sposób przygotowany do życia w fałszywym szczęściu według modelu życia pełnej, szeroko rozpowszechnionej konsumpcji. [...] A jednak niektórzy z tych skazanych podejmują wyzwanie i stawiają czoła tej przemocy społecznej; znajdując nowy sens życia, ukazując skarby inteligencji, wielkoduszności, pokory; zdobywają sami wraz z tymi, którzy im towarzyszą, szczęście!... Lekcja sztuki życia, która zaczyna stawiać pytania temu społeczeństwu, umierającemu z nudy, ogarniętemu nieokreśloną żądzą, skazanemu na przeżycie fałszywego szczęścia według reguł istnienia przeżytych w instancjach ideologicznych, prawdziwych walczących zginiatających życiową energię (C. Loubière 1990; A. Wojciechowski, (11) [w:] Wojciechowski (7), s. 275–285, por. też te problemy, będące przedmiotem refleksji prof. Wojciecha Chudego – W. Chudy 1988).

Instytucja terapeutyczna. Należy tu wrócić do początków. Matka, ojciec i dziecko. Właściwie to oni normalnie powinni wprowadzać swoje dziecko w świat. Uczyć je poznawać świat.

Niektórzy nie potrafią, bo są zbyt porażeni nieszczęściem – innością, wykluczeniem ze świata „normalnych rodziców”. Normalnie rodzice porównują. Patrzą na dziecko kolegi, koleżanki, sąsiadów. I szukają potwierdzenia. Moje dziecko jest takie same, lepsze, gorsze. Jeśli gorsze, to próbuję naprawić, szukam innych dróg. Tu niestety wiem, że na pewno będzie gorsze. Zawsze. I smutek wobec stałej obecności „zła”. Smutek, który udziela się dziecku. I poszerza strefę „zła”.

Niektórzy mobilizują się. Wystarczy promyk nadziei. „Nadziei przeciw nadziei”. Tą nadzieją bardzo często jest głęboka wiara religijna w wymiarze nieznanym dla „zwykłego wierzącego [...] niezwykle głęboka wiara we współuczestnictwo Boga w życiu takim, jakie jest”⁴.

Jest to zawsze świadectwo męstwa przejawiającego się w wytrwałości. Pięknie powiedziała to Pani Gapińska, matka artysty malarza Tadeusza Gapińskiego

⁴ C. Loubière w swoich niepublikowanych materiałach pisze: „Nie zgadzam się z aspektem 'odkupiającym' cierpienia. To źle pojęte chrześcijaństwo wytworzyło tę ideę: 'cierpienie jest niezbędne i dopuszczone dla odkupienia grzechów!' To oznacza uznanie próżności ofiary Krzyża, gdzie grzechy ludzkości, przeszłe, obecne i przyszłe, zostały odkupione raz na zawsze dla tego, kto usłyszy to objawienie. Cierpienie jest bardziej próbą, poprzez którą może dokonać się zmiana, przeobrażenie, uświadomienie sobie sensu życia, okazją, aby stać się aktywnym wobec choroby (podlegający opiece i opiekujący się razem)”. Autorka tych słów nie identyfikuje się z nauką Kościoła katolickiego – uważa się za chrześcijankę, słowa te są wyrazem jej przekonania o sile, jaką otrzymuje z wiary w cierpiącego Chrystusa.

(dyplomowanego jako ekstern przez Ministerstwo Kultury i Sztuki i członka Związku Polskich Artystów Plastyków⁵):

widziałam, że w tym chłopcu coś się dzieje. [Tylko ona. Lekarka nie miała nadziei.] Wierzyłam, że kiedyś będzie dobrze. Chciałabym bardzo, jeśli jakakolwiek matka będzie to czytała, a ma niepełnosprawne dziecko, aby nigdy nie przestawała wierzyć, że można je wyleczyć i wszystko trzeba robić, wszystkiego próbować. Trzeba mieć dużo siły, cierpliwości, aby to dziecko zrozumieć – choć ono nie mówi. Obowiązkiem matki, za wszelką cenę, jest pomóc temu dziecku. To się zawsze opłaca. Ja mogę to powiedzieć po tylu latach i zapewnić, że nie wolno się zniechęcać niepowodzeniami. Ja również miałam takie chwile, ale bardzo chciałam, by był zdrowy (A. Wojciechowski (17)).

Institucja terapeutyczna inna niż rodzice powinna tu być pomocą dla nich. Taką instytucją chce też być Pracownia Rozwijania Twórczości Osób Niepełnosprawnych⁶.

Środki terapii. Obserwowane dzieci, osoby niepełnosprawne poczuły się w Pracowni pewnie. Przypominając sobie tamten obraz pierwszych zajęć najbardziej pamiętam, że „gospodarzyli się”. Układali na stołach kartki papieru. Zasiadali przy

⁵ Patrz: http://www.pedagogika.umk.pl/PRTON/tadeusz_gapinski.html

⁶ Pracownia Rozwijania Twórczości Osób Niepełnosprawnych Wandy Szuman (<http://www.pedagogika.umk.pl/PRTON/Index.html>) powstała ok. roku 1980, najpierw jako działanie wolontariuszy – studentów Wydziału Sztuk Pięknych UMK. Zarządzeniem nr 16 JM Rektora UMK z 13 grudnia 1989 roku została utworzona jako część Zakładu Pedagogiki Specjalnej Instytutu Pedagogiki UMK.

Umowa z 8 października 1998 roku pomiędzy Gminą Miasta Torunia a Uniwersytetem Mikołaja Kopernika, umożliwiała działalność terapeutyczno-opiekuńczą w Pracowni. W myśl tej umowy Uniwersytet zatrudnia pracowników terapeutycznych Pracowni, których etaty finansowane są przez Gminę Miasta Torunia.

Pracownia, której początki sięgają 1976 roku, z czasu nawiązania współpracy przez Andrzeja Wojciechowskiego z Wandą Szuman, jest jedynym „żywym” obecnie bezpośrednim dziełem Wandy Szuman. Opiera się na społecznej nauce Kościoła katolickiego szczególnie w tym, co dotyczy szacunku dla osoby ludzkiej, ochrony ludzkiego życia, zwłaszcza w jego stadiach najsłabszych, transcendentnego wymiaru osoby, odwołuje się do wiary w Boga. Aspekt życia wspólnotowego Pracowni jest nieodłącznym elementem nauki o rewalidacji osób niepełnosprawnych. Jest on nadrzędny, szczególnie przy podejmowaniu decyzji personalnych, dlatego że pedagogika specjalna opiera się na relacjach osobowych. Celem terapeutycznym Pracowni jest umożliwienie osobom, o których mowa, poznanie swoich prawdziwych granic twórczości, zaakceptowanie ich, poznanie rejonów, gdzie te granice w stosunku do pozostałego świata nie istnieją, lub są odsunięte bardzo daleko. Każda osobowość jest dynamiczna – nasuwa to wniosek, aby i środowisko terapeutyczne było dynamiczne. Powinno ono być jak najbogatsze, tak, aby osoby w nim uczestniczące mogły znaleźć najlepszą dla nich formułę uczestnictwa. W Pracowni, która u swoich źródeł była darem młodych adeptów sztuk pięknych dla dzieci niepełnosprawnych, pracują pedagodzy, pedagogzy specjalni, malarze, rzeźbiarze, graficy, filolodzy, socjologowie, duchowni itp. i osoby z potrzeby serca poświęcający się tej pracy. Celem Pracowni jest zapewnienie rozwoju i opieki dzieciom i dorosłym niepełnosprawnym umysłowo, fizycznie i społecznie. W Pracowni możliwa jest refleksja naukowa dotycząca rozpoznawania i budowania obrazu osoby niepełnosprawnej jako pełnoprawnego

tych stołach, układali i ustawiali farby, pędzelki, słoiki z wodą. Biegali zmieniać tę wodę do ubikacji. Ten ruch „gospodarzenia się” zapamiętałem jako ważniejszy niż malowanie, niż to, co powstawało.

Zapewne wielu z nich już miało do czynienia z takim „aranżowaniem własnego warsztatu pracy”, może w szkole. Inni podglądali i próbowali naśladować. Powstawały rzeczy różne. Od razu wszystkie akceptowaliśmy. Nie było złych. To bardzo ważny krok. Być może przypadkowy. Nie bez znaczenia było to, że po drugiej stronie byli studenci sztuk pięknych, którzy s a m i widzieli potrzebę takiej pracy. Nie mieli żadnych doświadczeń w dziedzinie pedagogiki specjalnej. Mieli za sobą tylko własne doświadczenie. Własny konflikt z materią malarstwa czy rysunku. Sami gwałtownie szukali właściwych sobie środków wyrazu. I myślę, że obserwując te dzieci – osoby niepełnosprawne – znaleźli w nich swoją pasję.

Zakłopotanie, a może nawet nasz lęk, które wyzwoliła obecność tylu „innych” osób, mogły zostać przezwyciężone wtedy, gdy utożsamiliśmy wysiłek tych zaproszonych „Innych”⁷ ze swoim. Bo przecież nie mogli powiedzieć tym ZAPROSZONYM – idźcie sobie, to bez sensu. TRZEBA BYŁO ujrzeć sens. Widzieliśmy nadzieję zarówno w ruchach i oczach tych dzieci, jak i ich rodziców. Nie można było dziecku z zespołem Downa, które z dumą pokazało zamasyście zamalowaną kartkę, powiedzieć – to do niczego, to się nie komponuje. Trzeba było zadać sobie po tym wszystkim pytanie – co się tu wydarzyło?

Chciałbym tu jeszcze chwilę zatrzymać się nad klimatem tego spotkania. Były narzędzia – stoły, krzesła, farby, słoiki z wodą. Trzeba to było jakoś urządzić, liczyć się z tymi „narzędziami”, z tymi „ramami przestrzennymi”. Nie było tu nic z atmosfery „malowania 10 palcami”, gdy dziecko może po łokcie zanurzyć rękę w farbie, mazać po papierze i nie uważać na otoczenie i na siebie. Tu takich możliwości nie było. Też przypadkiem. Nie znaliśmy metody „malowania 10 palcami”, może na szczęście. Okazuje się, że ten przypadek miał duże znaczenie. To, co dalej następowało, działo się w klimacie wymogów domu. Było stosunkowo

podmiotu działań pedagogicznych i rewalidacyjnych. W wykonywaniu swoich zadań Pracownia współpracuje z właściwym ośrodkiem pomocy społecznej. Pracownia RTON prowadzi archiwum, które jest jej integralną częścią, służy do gromadzenia wytworów, opracowania ich pod względem naukowym, a także do oceniania i planowania procesu terapeutycznego. Działalność Pracowni dokumentują zeszyty naukowe – „Pamiętnik Pracowni Rozwijania Twórczości Osób Niepełnosprawnych”. W skład Pracowni wchodzi też atelier malarskie Tadeusza Gapińskiego – niepełnosprawnego artysty malarza. Organizuje się tam również specjalistyczne turnusy rehabilitacyjne rozwijające zdolności plastyczne, teatralne, kulturotwórcze z elementami usprawniania ruchowego usprawniającymi samodzielność i samoobsługę. Ponadto Pracownia zapewnia wsparcie i poradnictwo dla rodziców i opiekunów. Działalność Pracowni może być uzupełniana przez wolontariuszy. W zajęciach Pracowni uczestniczą studenci UMK. Funkcjonuje przez cały rok, we wszystkie dni robocze, w godzinach dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych i ich rodzin. Liczba dni i godzin działania Pracowni można wyjątkowo dostosować do lokalnych potrzeb. Obecnie, od 1.11.2008 r. PRTON podzieliła się na dwie formy: 1) terapeutyczną – SDS PRTON prowadzoną przez Katolickie Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych Diecezji Toruńskiej im. Wandy Szuman i 2) badawczą – PRTON jako część Katedry Pedagogiki Specjalnej Wydziału Nauk Pedagogicznych UMK.

⁷ Por. taki zapis tego słowa w: O. Speck 2005.

nieodległe od domu, gdzie mama każe sprzątać itp. Ale też było zasadniczo różne. Można tu było „wyrazić siebie” – na tej ograniczonej powierzchni stołu przestrzeni, a właściwie ograniczonej kartką papieru. Tu kończyła się strefa „cudzego porządku”, a zaczynał obszar „mojego porządku”. Jednak podlegający „kontroli otaczającego świata”⁸ mieszczącego się w jego ramach.

Być może buduję tu już sztuczną strukturę zjawiska, ale Kępiński bardzo mocno podkreśla znaczenie **pracy, która jest działaniem poddającym się kontroli**⁹. Więc jakby niechący stworzyliśmy tu strefę pracy. Następnym krokiem było pochwalenie tej pracy. Ten krok jest najtrudniejszy i najdonioślejszy.

Dziecko niepełnosprawne, ta „wieczna przegrana”, nigdy nie miało prawa zrobić nic dobrego. Nigdy nie było traktowane poważnie. I teraz w stworzonym przez nas środowisku również coś robi. Są trzy osoby: dziecko, rodzice, opiekun-terapeuta. Dziecko macza pędzel w wodzie i farbie i zamalowuje papier. Nie wiemy, dlaczego. Matka czy ojciec z niepokojem patrzą na opiekuna-terapeutę. Wstyd im, że przyprowadzili tu to stworzenie nic niewarte, które właśnie zniszczyło papier, drogie farby i jeszcze zachlapało stół. Opiekun mówi – wspaniale, bardzo piękne – ciekawe co dalej namalujesz. Potem zabiera kartkę, opisuje ją: datą i imieniem dziecka, a później chowa na półkę. Daje następną kartkę. Dziecko jest zadowolone. Pochwalono je, może dalej próbować. Rodzice nie wiedzą, jak zareagować. Być może nie traktuje się ich poważnie. Ale coś się dzieje. Mogą się tu czuć bezpieczni ze swoim dzieckiem.

Właśnie – bezpieczni.

Często pytają mnie studenci o to, co rozumiem pod tak często przeze mnie używanym pojęciem – „bezpieczna przestrzeń”. To taka przestrzeń, o której dzieci i rodzice i dorośli niepełnosprawni będą wiedzieli, że jest ona dostosowana do ich rytmu. Gdy trzeba czekać, to poczeka się, gdy trzeba coś przyspieszyć czy naprawić to zrobi się to. Jean Vanier użył tu znanej metafory wzrostu rośliny. Ciągnięcie liści niczego nie przyspieszy. Musi być odpowiednia gleba i klimat (J. Vanier (2); A. Wojciechowski (1)).

Jest wszakże jeszcze jeden bardzo ważny czynnik bezpiecznej przestrzeni. Otóż może ona być bezpieczna tylko wówczas, gdy wszyscy jej uczestnicy będą bezpieczni. Nie może zapewnić bezpieczeństwa ktoś, kto sam nie czuje się bezpieczny. Dotyczy to też terapeutów, którzy nie są maszynami, ale też ludźmi. Nie mogą być oni poddani presji stresów dotyczących ich pracy. Trzeba im zaufać. To również niezwykle ważne i trudne. Nie będzie dobrego ośrodka terapeutycznego bez atmosfery bezpiecznego domu, gdzie można być czasem w złym nastroju, gdzie może zboleć głowa, gdzie nie zawsze wszystko musi się udać.

Każdy przypadek jest inny. Dziecko samo będzie zmierzać do zbudowania mostu między sobą a innymi.

⁸ Jest to terminologia A. Kępińskiego – A. Kępiński (2) (3); A. Wojciechowski (1) (2).

⁹ Ibidem.

Poza tym jest jeszcze teatr – odrębna, niezwykle bogata rzeczywistość terapeutyczna¹⁰. Zasygnalizujmy tu tylko to bardzo ważne pole wspólnej zabawy i podania się egzaminowi dorosłych – rodziców i przyjaciół.

Zazwyczaj postępowanie nasze wobec osób niepełnosprawnych jest „kombinowane”. Klasyczny przykład takiego kombinowanego zadania: Wanda Szuman rysuje palcem na dłoni dziecka niewidomego schematy myszki, domku etc. i mówi przy tym odpowiednie wierszyki. Dziecko rozpoznaje schemat i odwzajemnia go na dłoni Pani Szuman (W. Szuman (2); W. Szumanówna 1991).

Bardzo szybko musimy liczyć się z dramatyzacją tego pola. Wzrasta jego paradoksalność i ta dramatyzacja będzie świadectwem naszego sukcesu pedagogicznego. Rozpacz – lzy, gniew, bunt (por. A. Wojciechowski (1) (2)). Wówczas musimy, że użyję tu określenia Kazimierza Dąbrowskiego, umieć stanąć „na wyższym poziomie integracji naszego związku” (K. Dąbrowski 1979).

Nie wolno nam też zapominać o tym, że sami jesteśmy takimi samymi podmiotami, jak nasi podopieczni. Wpleceni w ten sam krąg nadziei i obarczeni takim samym dramatyзмом naszego jestestwa. Może nawet bardziej. I wówczas ten cały „krąg nadziei” naszego podopiecznego jest naszym zadaniem „T” (pracy – twórczości) w naszym osobistym „kręgu nadziei”. I to, co tu najtrudniejsze, to to, że musimy pamiętać, że „krąg nadziei” naszego podopiecznego jest ważniejszy od naszego. Że to on ma realizować swoje zadanie i wzmacniać swoją podmiotowość, a nie tylko być obrazem sukcesu naszego zadania „T”. Gdy dodamy do tego „kręgi nadziei” rodziców dziecka niepełnosprawnego, te naszych kolegów współpracowników, stanie nam przed oczyma zaledwie szkicowy obraz całego złożonego procesu terapii. Bardzo wyrazisty obraz tego mamy w pracy Heleny Keller i Anny Sullivan, a także w pracach Vaniera (por. H. Keller 1978; J. Vanier (2)).

Ponieważ praca z niepełnosprawnymi tak głęboko angażuje jestestwo wszystkich jej uczestników, musimy być szczególnie uczuleni na manifestacje frustracji terapeutów, którzy często w ogóle nie zdają sobie sprawy z głębokości i dramatyizmu własnego zaangażowania. Postawami skrajnymi będą:

- manifestacja bezsensu tej pracy (pomimo wszystko wykonywanej z poświęceniem) – dochodząca do apeli o eugenikę i eutanazję;
- manifestacja niezwykle sukcesów podopiecznych – a tak naprawdę, w swej istocie, manifestacja zrealizowanych własnych zamierzeń twórczych terapeuty, w których podopieczny odgrywali tylko rolę medium.

W wyrazie czyn, czytamy u Wojtyły, „skondensowały się te treści ontologiczne, które są właściwe terminowi *actus humanus*, a zarazem treści psychologiczne, na które naprowadzają przydawki: łacińska *voluntarium* i polska świadome (K. Wojtyła 1994, s. 76).

¹⁰ Patrz: Zajęcia teatralne (link), dok. elektr.: <http://www.pedagogika.umk.pl/PRTON/Index.html> (2007.06.12).

Każde ludzkie doświadczenie jest jakimś zrozumieniem tego, czego czyn jest „szczególnym momentem” – doświadczeniem osoby. Jest ono zarazem zrozumieniem – oglądem intelektualnym (K. Wojtyła 1994, s. 58).

W tym doświadczeniu ujawnia się ścisła korelatywność znaczeniowa odpowiedzi i współzależności pomiędzy osobą a czynem (K. Wojtyła 1994, s. 59).

Jeśli terapię przez twórczość ujmemy jako „terapię czynem”, lub terapię „dla czynu”, to będzie to zarazem „terapia osoby” lub „terapia dla osoby”. To ma znaczenie ogromne, gdyż stawia nam wspólne pole „doświadczenia osób”. Jean Vanier ((1)(2)) pisze: „komunii osób”.

Czynom przysługuje wartość moralna: są moralnie dobre i moralnie złe. „Moralność stanowi ich wewnętrzną właściwość” (K. Wojtyła 1994, s. 59).

Patrząc na świat niepełnosprawnych, którzy przecież nigdy nie są samotni, wyizolowani – patrzymy na świat moralności – czynów moralnie dobrych i moralnie złych.

Najpierw to my jesteśmy zapytani o nasze czyny wobec „nich”. O umożliwienie im „czynienia moralnego wyboru”. Czy umożliwimy im „życie w rzeczywistości moralnego wyboru”? Czy uznajemy w nich osoby? (por. K. Wojtyła 1994, s. 59–60).

Czyny, a z nimi moralność „stanowią niejako najważniejszy punkt wyjścia zrozumienia dynamicznej istoty” osoby (K. Wojtyła 1994, s. 60). Czy pozwalamy zrealizować się moralności osoby niepełnosprawnej? Albo lepiej, pełniej: czy pozwalamy zrealizować się moralności nas i osoby niepełnosprawnej?

Karol Wojtyła stwierdza niezwykle ważny dla pedagogiki specjalnej sąd: „nie chodzi o to, aby wykazywać, czyli udowadniać, że człowiek jest osobą, że działanie człowieka jest czynem [...] to jest już raczej dane w doświadczeniu człowieka: **rzeczywistość osoby i czynu jest poniekąd zawarta w każdym fakcie człowiek działa**” (K. Wojtyła 1994, s. 64).

Jeżeli więc stworzymy przestrzeń działania, to w każdym z faktów tej przestrzeni ujawni się osobowość człowieka „niepełnosprawnego”. W każdym z faktów! Karol Wojtyła jest autorem słów

Bogactwo i różnorodność doświadczenia stanowią jak gdyby prowokację dla umysłu, aby rzeczywistość osoby i czynu, raz pojętą, starał się jak najwszechstronniej ująć i jak najpełniej wytłumaczyć. To jednak może się dokonać tylko na drodze coraz głębszego wchodzenia w doświadczenie, w jego zawartość. Dzięki temu osoba i czyn zostają niejako wydobyte z mroku (K. Wojtyła 1994, s. 64).

Musi rozpocząć się proces poznawczy „w którym dokonuje się stały i homogeny rozwój pierwotnego oglądu osoby w czynie i poprzez czyn” (K. Wojtyła 1994, s. 64).

Aby to mogło się zdarzyć, musimy współtworzyć środowisko „czynienia” dla osób „niepełnosprawnych”. Ono zawsze istnieje – pytanie jest tylko jakie „czyny” tam mogą zaistnieć? Może są to też „czyny – cierpienia”?

Osoba „niepełnosprawna”, uczestnicząc w tym środowisku, też poznaje je najpierw uogólniając przez indukcję i w ten sposób znów doświadczając własnego „ja” (por. K. Wojtyła 1994, s. 64).

W ten sposób pewno wzmacnia się podmiotowość człowieka w „kręgu nadziei”. Dzięki indukcji przeżycie subiektywne relacji „osoba – czyn” staje się tematem oraz problemem (K. Wojtyła 1994, s. 64).

Osoba w całościowym doświadczeniu jawi nam się poprzez czyn dlatego, że człowiek dany nam jest nie tylko od zewnątrz, ale także od wewnątrz. Jawi nam się jako „ja” – a więc otwiera nam się możliwość takiej interpretacji, która „odtworzy podmiotowość człowieka” (K. Wojtyła 1994, s. 67).

Człowieka rozumiemy dzięki wzajemnej relacji obu aspektów doświadczenia (wewnętrznego i zewnętrznego). Jeżeli oglądamy osobę poprzez czyn, to oglądamy go poprzez samą dynamiczną rzeczywistość, która równocześnie ujawnia osobę jako swój podmiot sprawczy (K. Wojtyła 1994, s. 68). „Kategoria osoby i czynu jest właściwym wyrazem dynamicznej jedności człowieka” (s. 69).

Antoni Kępiński umieścił twórczość wśród procesów metabolizmu informacyjnego, uznanego przez niego za taki sam zespół czynników życiodajnych, jak metabolizm energetyczny. Zaburzenie procesów metabolizmu informacyjnego skutkuje, podobnie jak zaburzenie procesów metabolizmu energetycznego, chorobą i wreszcie śmiercią. Nie w przenośni, ale rzeczywiście.

Bibliografia

Pracownia Rozwijania Twórczości Osób Niepełnosprawnych, dok. elektr.: <http://www.pedagogika.umk.pl/PRTON/Index.html> (2007.06.12).

Pracownia Rozwijania Twórczości Osób Niepełnosprawnych. Galeria Tadeusza Gapińskiego, dok. elektr.: http://www.pedagogika.umk.pl/PRTON/tadeusz_gapinski.html (2007.06.12).

Linde S. B. (1859), *Słownik Języka Polskiego*, Lwów, Drukarnia Zakład Ossolińskich.

Karłowicz J., Kryński A., Niedźwiedzki W. (1912), *Słownik języka polskiego*, Warszawa: nakładem prenumeratorów i Kasy im. Mianowskiego.

Słownik języka polskiego (1965), Warszawa: PAN.

Słownik języka polskiego (1981), Warszawa: PWN.

Sacrum i sztuka (opr. Nawojka Cieślińska) (1989), wyd. ZNAK, Kraków.

Abramowiczówna Z. (red.), *Słownik grecko-polski*, wyd. PWN, Warszawa, 1958-1965.

Augé C., Augé P. (1954), *Nouveau Petit Larousse Illustré – dictionnaire encyclopédique*, Paris: Larousse.

Baran J., Olszewski Sł. (red.) (2006), *Świat pełen znaczeń – kultura i niepełnosprawność*, wyd. Impuls, Kraków 2006.

Bocheński J. M. (1992, 1993), *Współczesne metody myślenia*, Wyd. „W drodze”, Poznań (tłum. Stanisław Judycki – tyt. oryg. *Die zeitgenössischen Denkmethode*, A. Francke AG Verlag, Bern 1954).

Chmielowski A. (1876), *O istocie sztuki*, *Ateneum*, t. II, z. 4 (5?), Warszawa, s. 428–431.

Choquet S. (1987) (wywiad) *Un spécialiste de la réanimation des nouveau-nés „La décision doit rester aux médecins”*, *Le Quotidien du Paris*, 5 listopada, s. 19.

Chudy W. (1988), *Sens filozoficzny kondycji człowieka niepełnosprawnego*, [w:] *Osoba niepełnosprawna i jej miejsce w społeczeństwie*, materiały z Sympozjum „Wartość osoby upośledzonej i jej miejsce w społeczeństwie, KUL 18–20 lutego 1985 r.”, D. Kornas-Biela (red.), Lublin.

Conrad J. [Przedmowa z 1897] (1961), *Murzyn z załogi „Narcyza”*, PIW, Warszawa, s. 11.

Czeżowski T. (1946), *O naukach humanistycznych*, nakładem Księgarni Naukowej T. Szczęsnego i S-ka; *Biblioteczka Powszechnych Wykładów Uniwersytetu Mikołaja Kopernika*, Toruń.

Człowiek w obliczu śmierci, z uwzględnieniem etyki marksistowskiej, granic i praw reanimacji - krajowa konferencja lekarzy i humanistów, Gdańsk, 10–11 maja 1976 Krajowa Agencja Wydawnicza 1978.

Dąbrowski K. (1979), *Dezintegracja pozytywna*, PIW, Warszawa.

Depta H. (2005), *Artysta jako nauczyciel, nauczyciel jako artysta*, [w:] *Opieka a Edukacja – studia dedykowane Profesorowi Marianowi Byblukowi z okazji 70. rocznicy urodzin*, P. Petrykowski (red.), wyd. UMK, Toruń, s.53.

Gomez M. (1987) (wywiad), *Pourquoi un seuil fatidique de trois jours? – le docteur J.-C. Ropert, chef du service de pédiatrie de l'hôpital intercommunal de Neuilly réagit à la proposition de loi*, La Croix l'Évenement, 6 XI 1987, s. 22.

Górski K., Hrabec S. (1971), *Słownik języka Adama Mickiewicza*, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk: Zakład Narodowy Imienia Ossolińskich, PAN.

Johannes F. (wywiad) «*Psychiatre et spécialiste des malades mentales Jean-François Corbin: Il s'agit d'une possibilité d'extermination active*», Le Matin, 6 XI 1987.

Kaziów M. (1985), *Gdy moim oczom*, Czytelnik, Warszawa.

Keller H. (1978), *Historia mojego życia*, Czytelnik, Warszawa.

Keipiński A. (1977) (1), *Lęk*, Warszawa, PZWL.

Keipiński A. (1979) (2), *Melancholia*, wyd. II, Warszawa.

Keipiński A. (1979) (3), *Psychopatologia nerwic*, wyd. II, PZWL, Warszawa.

Keipiński A. (1978) (4), *Poznanie chorego*, Warszawa.

Krapiec M. (red.) (1995), *Dziela VII; Metafizyka - zarys teorii bytu*, KUL, Lublin 1995 (także: Krapiec M. A. (1978), *Metafizyka. Zarys teorii bytu*, wyd. 2 przejrzone i poprawione, Lublin).

Kunowski S. (1993), *Podstawy współczesnej pedagogiki*, Wyd. salezjańskie, Warszawa.

Lejeune J., Rellier P., *Euthanasie des nourissons handicapés: une loi est impossible*, Le Quotidien du Médecin, nr 13954, 6 XI 1987, s. 7.

Loubière C. (1990), *Pour créer un Mouvement Français pour le Droit à la maladie*, Nancy 14 września 1990 (Loubière C. (1990), 15 rue de la Croix Gagnée 54 000, Nancy) materiały stowarzyszenia „Vivre avec la maladie”, Nancy, 14 września 1990.

Maritain J. (1) (1988), *Intuicja twórcza i poznanie poetyckie* (tytuł oryg. *Creative Intuition in Art and Poetry*, NY Pantheon Books, 1953, s. 101–145) [w:] idem, *Pisma filozoficzne*, wyd. Znak, Kraków.

Maritain J. (2) (1988), *Naturalne doświadczenie mistyczne i próżnia* (tytuł oryg. «*Quatre essais sur l'esprit dans sa condition charnelle*» nowe wyd. popr. i uzup. Paris, Alsatia 1956, s. 127–166) [w:] idem, *Pisma filozoficzne* Znak, Kraków.

Maritain J. (3) (1988), *Pisma filozoficzne*, Znak, Kraków.

Maritain J. (4) (1988), *Podmiotowość człowieka* (tytuł oryg. *Court traite de l'existence et de l'existant*, wyd. 2, Flammarion, Paris 1964, ss. 101–138), [w:] idem, *Pisma filozoficzne*, Znak.

- May R. (1989), *Psychogia i dylemat ludzki*, PAX, Warszawa.
- Nowicka J. (1992), *Obraz osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie na podstawie prac kontrolnych studentów studiów zaocznych kierunku „nauczanie początkowe” w latach 1988/1989 i 1990, 1991*, pr. mag. pod kier. A. Wojciechowskiego, UMK, Toruń.
- Petrykowski P. (red., 2005), *Opieka a Edukacja – studia dedykowane Profesorowi Marianowi Byblukowi z okazji 70. rocznicy urodzin*; UMK, Toruń.
- Picoche J. (1991), *Dictionnaire etymologique du français*, Paris, Wyd. Dictionnaires LE ROBERT.
- Rethore M.-O., Blehaut H., Kermadec S., Mircher C., Portzamparc V, Ravel A., Toulas J. (2005), *TRISOMIE 21, Guide à l'usage des familles et de leur entourage*, Wyd. Bash, éditions médicales, Paris.
- Speck O. (2005), *Niepełnosprawni w społeczeństwie – podstawy ortopedagogiki*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Sureau C.(1987), *Un déchirant problème de conscience*; Le Figaro, 14, 15 list. 1987.
- Szary A. (2004), Niegotowi, [w:] Wojciechowski A. (20) (redakcja i autorstwo wybranych tekstów), *Terapia spotkania*, seria: *Pamiętnik Pracowni Rozwijania Twórczości Osób Niepełnosprawnych w Toruniu*, Wyd. UMK, Toruń, s. 11.
- Szober S. (1958), *Słownik poprawnej polszczyzny*, Warszawa: PIW, wyd. 3 uzup.
- Szuman W. (1) (1967), *O dostępności rysunku dla dzieci niewidomych*, PZWS Warszawa.
- Szuman W. (2) (1950), *Rysowane wierszyki*, wyd. 2, Warszawa.
- Szuman W. (3) (1991), *Zabawy z najmłodszymi dziećmi*, Centralny Ośrodek Metodyczny Poradnictwa Wychowawczo-Zawodowego Ministerstwa Edukacji Narodowej, Warszawa.
- Szumanówna W. (1991), *Rysowane wierszyki*, Centralny Ośrodek Metodyczny Poradnictwa Wychowawczo-Zawodowego Ministerstwa Edukacji Narodowej, Warszawa.
- Talarczyk B. (1992), Niektóre problemy deontologiczne w perspektywie rodziny dziecka niepełnosprawnego, praca magr. napisana pod kierunkiem A. Wojciechowskiego, Toruń.
- Tatarkiewicz W. (1988), *Dzieje sześciu pojęć*, Warszawa, PWN.
- Tischner J. (2) (1989), *Filozofia współczesna*, Inst. Teolog. Ks. Misjonarzy, Kraków.
- Tischner J. (3) (1998-2001), *Spór o istnienie człowieka*, Znak, Kraków.
- Tischner J. (1) (2001), *Filozofia dramatu*, Édition du Dialogue Paris, Kraków.
- Vanier J. (1) (1990), *Każda osoba jest historią świętą*, Wyd. „W drodze”, Poznań.
- Vanier J. (2) (1991) *Wspólnota miejscem radości i przebaczenia*, Édition du Dialogue, Paris, 1985 (wyd. polskie) (tyt. oryg. *La communauté, lieu du pardon et de la fête*, éd. Fleurus, Paris 1979) wyd. II, *Spotkania*, Warszawa.
- Wanda Szuman – w stulecie urodzin (1991), Prace Książnicy Miejskiej im. Mikołaja Kopernika w Toruniu, nr 20, Toruń.
- Wojciechowski A. (1), *Człowiek u Kępińskiego i Vaniera, próba zbliżenia*, [w:] *Idee Słabości*, seria: *Pamiętnik Pracowni Rozwijania Twórczości Osób Niepełnosprawnych*, UMK, grudzień 1991 (2 wyd. Toruń 1992, 3 wyd. Toruń 1995).
- Wojciechowski A. (2) (2004), *Człowiek u Kępińskiego*, [w:] A. Wojciechowski (redakcja i autorstwo wybranych tekstów) *Terapia spotkania*, seria: *Pamiętnik Pracowni Rozwijania Twórczości Osób Niepełnosprawnych*, UMK, Toruń.
- Wojciechowski A. (3), „Glosariusz głos w dyskusji, Konferencja NARRACJA – KRYTYKA – ZMIANA; Praktyki badawcze we współczesnej pedagogice”; DSWE TWP Wrocław; 27–30 listopada 2005 roku (złożone do druku, materiał niepublikowany).
- Wojciechowski A. (4) (2006), *Głos w sprawie zakresu znaczeniowego pojęć: arteterapia, sztuka, twórczość*, Paedagogia Christiana, nr 1 (17)/2006, s. 205–210.
- Wojciechowski A. (5), *Granice człowieczeństwa*, [w:] *Granice*, seria: *Pamiętnik Pracowni*

Rozwijania Twórczości Osób Niepełnosprawnych, Toruń, UMK 1995, wyd. II, UMK, 1998.

Wojciechowski A. (6) (1991), *L'espoir luit comme un brin de paille dans l'étable...*, [w:] *Wanda Szuman – w stulecie urodzin*, Prace Książnicy Miejskiej im. Mikołaja Kopernika w Toruniu, nr 20, Toruń.

Wojciechowski A. (7) (2001), *Obecność – zebrane teksty*, seria: *Pamiętnik Pracowni Rozwijania Twórczości Osób Niepełnosprawnych*, UMK, Toruń.

Wojciechowski A. (8) (2004), *Pierwsze kroki*, [w:] A. Wojciechowski (redakcja i autorstwo wybranych tekstów), *Terapia spotkania*, seria: *Pamiętnik Pracowni Rozwijania Twórczości Osób Niepełnosprawnych*, UMK, Toruń.

Wojciechowski A. (9) (1997), *Problemy terapii przez twórczość* [w:] W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna*, UAM, Poznań.

Wojciechowski A. (10) (2001), *Problemy terapii przez twórczość*, *Paedagogia Christiana*, 2(8)/2001, UMK, Toruń.

Wojciechowski A. (11) (1995), *Przekształcić strach w rozwój*, [w:] *Granice*, seria: *Pamiętnik Pracowni Rozwijania Twórczości Osób Niepełnosprawnych*, UMK, Toruń.

Wojciechowski A. (12) (2001), *Przyczyny bytu pedagogiki specjalnej* (cz. I), [w:] *Obecność – zebrane teksty*, seria: *Pamiętnik Pracowni Rozwijania Twórczości Osób Niepełnosprawnych*, UMK, Toruń, s. 173.

Wojciechowski A. (13) (2005), *Stan rzeczy – konieczne argumenty badania naukowego w pedagogice specjalnej* (cz. I), materiały z konferencji NARRACJA – KRYTYKA – ZMIANA. *Praktyki badawcze we współczesnej pedagogice*; DSWE TWP Wrocław; 27–30 listopada 2005 (złożone do druku).

Wojciechowski A. (14) (1994), *Terapia przez twórczość – elementy do teorii*, *Acta Universitatis Nicolai Copernici, Pedagogika XX*, z. 282, s. 23–41.

Wojciechowski A. (15) (1989), *Terapia przez twórczość*, *Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu*. Zeszyt naukowy nr 48 – Arteterapia (sesja naukowa w Radziejowicach k/ Warszawy, 16–18 marca 1989), Wrocław, s. 70.

Wojciechowski A. (16) (1985), *Twórczość w życiu upośledzonych*, *Szkoła Specjalna*, nr 2.

Wojciechowski A. (17) (2003), *Walka o rodzicielstwo – opis sytuacji*, [w:] J. Wilk (red.), *W służbie dziecku – Rodzina XX wieku wobec dobra dziecka*, Katedra Pedagogiki Rodziny KUL, Lublin.

Wojciechowski A. (18) (1999), *Wprowadzenie*, [w:] *Sytuacja człowieka słabego we współczesnej cywilizacji*, Toruń, UMK.

Wojciechowski A. (19) (2001), *Wyznaczniki edukacji i jej patologie*, *Amicus*, nr 9–10 (19–20) 30.11.1999, Towarzystwo Oświatowe „Szkoła 2001”, Łódź.

Wojciechowski A. (20) (1992), *Wspólny świat twórczości*, *Zeszyty Artystyczne*, Państwowa Wyższa Szkoła Sztuk Plastycznych w Poznaniu, Poznań, z. 6.

Wojciechowski A. (21) (2004) (redakcja i autorstwo wybranych tekstów), *Terapia spotkania*, seria: *Pamiętnik Pracowni Rozwijania Twórczości Osób Niepełnosprawnych*, UMK, Toruń.

Wojtyła K. (1994), *Osoba i czyn oraz inne studia antropologiczne*, TN KUL, Lublin.

Wronecka A. (1992), *Pozostawianie dziecka upośledzonego umysłowo w rodzinie*, praca magisterska napisana pod kierunkiem A. Wojciechowskiego, IP UMK, Toruń.

Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną

pod redakcją naukową

Jacka J. Błeszyńskiego, Ditty Baczały i Józefa Binnebesela

Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej w Łodzi 2008

Bernadeta Szczupał

Akademia Pedagogiki Specjalnej

w Warszawie

PRAWA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W ASPEKIE HISTORYCZNYM

Wprowadzenie

Termin „prawa człowieka” jest wieloznaczny. Współcześnie nie istnieje jedna, powszechnie uznana definicja praw człowieka. Wynika to przede wszystkim z wielości i różnorodności koncepcji formułowanych w tej dziedzinie oraz z interdyscyplinarnego charakteru badań.

Z. Hołda prawami człowieka nazywa „doniosłe prawa, które służą jednostce według jakiejś koncepcji filozoficznej odnoszącej się do jej pozycji w państwie (płaszczyzna filozoficzna), czy też służą jej w świetle norm prawa międzynarodowego, wewnątrzpaństwowego lub ponadpaństwowego (płaszczyzna prawna)” (Z. Hołda 2004, s. 11). Według A. Łopatki natomiast (2002, s. 9) prawa człowieka „są to uprawnienia, które przysługują każdej jednostce tylko z tej racji, że jest istotą ludzką. Mają uniwersalny charakter. Każdemu przysługują w równym stopniu. Praw tych człowieka nie można pozbawić, choć można mu uniemożliwić korzystanie z nich. Praw człowieka jednostka nie może się zrzec. Każde prawo człowieka ma u swego podłoża określoną podstawową potrzebę człowieka i kształtowane przekonanie moralne, że ta potrzeba powinna być zaspokajana”.

Osoby niepełnosprawne są beneficjentami wszystkich praw przysługujących osobom pełnosprawnym. Zdaniem P. Przybysza (1997) nie ma potrzeby deklarowania w szczególny sposób, że osobom niepełnosprawnym przysługują te same prawa, jak np. prawo do życia, prawo do pracy itd. Potwierdzenie, w osobnym akcie prawnym, przysługiwania osobom niepełnosprawnym niektórych powszechnie obowiązujących praw obywatelskich mogłoby sugerować, iż nie dokonując tego, pozbawiałoby się je możliwości korzystania z nich. W praktyce jednak zauważalne są utrudnienia w korzystaniu przez osoby niepełnosprawne z niektórych praw człowieka, stąd też ich faktyczne zagwarantowanie wymaga wprowadzenia odpowiednich mechanizmów w celu wyrównywania szans oraz stworzenia warunków do pełnego korzystania z praw należnych każdemu. P. Przybysz (1997) stwierdza, że osoby niepełnosprawne

korzystają z pewnych szczególnych praw, swoistych dla tej grupy społecznej – po to, aby mogły w takim stopniu korzystać z praw przysługujących wszystkim ludziom.

Powstanie koncepcji praw człowieka

Początków koncepcji praw człowieka można doszukiwać się w filozofii starożytnej Greków i Rzymian. Idee dotyczące praw człowieka były przedmiotem refleksji, przede wszystkim na gruncie etyki, filozofii i myśli społecznej; rozumiano je jako postulaty filozoficzne, religijne lub polityczne. Już około 2000 roku p.n.e. grecki myśliciel Akimaides stwierdził, że „bogowie stworzyli nas wolnymi, nikt nie ma natury niewolnika” (Z. Hołda 2004; B. Kuźniar 1993; I. Malinowska 2004).

Podejście do osób niepełnosprawnych na przestrzeni wieków ulegało istotnym zmianom. W ujęciu historycznym można wyróżnić kilka okresów, w których kształtowała się teoria i praktyka nauczania, wychowania oraz tworzenia się praw osób odbiegających od normy. Jako pierwszy wyróżnia się okres skupiony na selekcji osób niepełnosprawnych. W stosunku do upośledzonych fizycznie dominowało wówczas bezwzględne prawo selekcji naturalnej. Arystoteles pisał: „ma obowiązywać prawo, żeby nie chować żadnej kaleki” (Z. Sękowska 1998, s. 16); znane są również sposoby pozbywania się kalekich dzieci w Sparcie (J. Błęszyński 2006; W. Gasik 1991; O. Lipkowski 1981; H. Markiewiczowa 2006).

Kodeks Hammurabiego (XVII w. p.n.e.) stanowił, że władza jest po to, aby strzec sprawiedliwości, aby chronić słabych przed złymi uczynkami silnych. Grecy stoicy głosili, że wszyscy ludzie mają wspólne pojmowanie prawa i niesprawiedliwości oraz że mają naturalną, przyrodzoną wolność i równość. Platon przedstawił konieczność organizowania domów poprawy dla trudnych chłopców, którzy zakłócali porządek publiczny. Arystoteles zwracał uwagę na prawa ludzkie, a zwłaszcza sprawiedliwość (J. Błęszyński 2006; O. Lipkowski 1981; I. Malinowska 2004). Wyróżnił sprawiedliwość rozdzielczą (łac. *iustitia distributiva*, zachodzącą w relacji: społeczność państwowa – członkowie tej społeczności) oraz sprawiedliwość wyrównującą (inaczej umowną, wymienną, zamienną, łac. *iustitia commutativa*, zachodzącą pomiędzy ludźmi) (T. Sienkiewicz 2004).

Istotny wkład do idei praw człowieka wniosła etyka judeochrześcijańska. Jej przedstawiciele, wychodząc z założenia, iż Bóg stworzył ludzi na swój obraz i podobieństwo, uznawali zarówno osobowość jednostki, jak i równość wszystkich ludzi. Tak więc i Pismo Święte, i Talmud zawierają w sobie idee przyrodzonej godności człowieka, równości, sprawiedliwości i pokoju w stosunkach międzyludzkich, a także pomiędzy władzą a poddanymi (I. Malinowska 2004).

Tendencje zmieniające stosunek do osób upośledzonych i wykolejonych miały swe źródło w chrześcijaństwie oraz w ideach humanitaryzmu. Punktem zwrotnym była połowa XVI wieku, gdy św. Wincenty à Paulo stworzył ochronkę i przytułki dla osób kalekich i chorych. Rozwinęła się z tego działalność, której filozoficzną podstawą jest idea godności i wartości każdego człowieka, oparta na Ewangelii

i chrześcijaństwie (Z. Sękowska 1998).

Wszystkie wymienione poglądy filozoficzne i religijne są istotne dla rozwoju idei praw człowieka, jednak były sprzeczne z istniejącą wówczas rzeczywistością społeczną i nie zostały umieszczone w normach prawnych. Stało się tak dlatego, iż prawa jednostki nie były jej prawami podmiotowymi, ale wynikały z przynależności do określonej grupy społecznej. W przypadku gdy człowiek wolny stawał się niewolnikiem, automatycznie tracił prawa przysługujące osobom wolnym (I. Malinowska 2004; H. Markiewiczowa 2006).

Antyczna idea praw naturalnych została przejęta i rozwinięta przez średnio-wieczną filozofię chrześcijańską, której przedstawicielem był między innymi Tomasz z Akwinu. Głosiła ona, że praw nie nadaje władza, ale są one nieodłączne samej naturze człowieka, którą został obdarzony przez Stwórcę. Tomasz z Akwinu określał sprawiedliwość jako trwałą wolę oddania każdemu tego, co mu się należy, podkreślał przy tym zarówno znaczenie woli człowieka w faktycznej, trwałej realizacji dobra, jak też respektowanie uprawnień innych (T. Sienkiewicz 2004).

W okresie średniowiecza zaczęły pojawiać się pierwsze dokumenty mające moc prawną, a traktujące o respektowaniu praw człowieka. Dotyczyły one jednak tylko niektórych praw i niektórych ludzi (przedstawiciele określonych stanów, niektórych grup mieszkańców państwa itp.). Za początek procesu kodyfikacji praw człowieka uznaje się przywilej wydany w 1215 roku przez króla Jana bez Ziemi o nazwie *Magna Charta Libertatum* (Wielka Karta Swobód); była ona podstawą swobód obywatelskich oraz konstytucyjnych ograniczeń władzy królewskiej. Duży wkład do doktryny i praktyki życia publicznego wniósł Paweł Włodkowic, który w trakcie soboru w Konstancji (1414-1415), stojąc na gruncie praw boskich i naturalnych, głosił nakaz miłości bliźniego oraz wiele innych idei składających się na dzisiejszą koncepcję praw człowieka (Z. Hołda 2004; I. Malinowska 2004; H. Markiewiczowa 2006).

Wielkie znaczenie dla rozwoju praw osób niepełnosprawnych miała działalność J. A. Komeńskiego (1592-1670). Komeński domagał się, aby kształceniem objęte były wszystkie dzieci. Jego zdaniem różnice pochodzenia, wieku, płci, a także uzdolnień są wtórnymi fenomenami człowieczeństwa. Skoro więc w szkole uczą się bogaci i biedni, chłopcy i dziewczęta, to uczyć się powinni także i ci zdolniejsi, i ci słabsi. Podkreślał też, że fakt nie nadążania dziecka mniej zdolnego za innymi w nauce nie uprawnia do eliminowania go ze szkoły i pozbawienia możliwości pobierania nauki (O. Lipkowski 1981).

Istotne znaczenie dla ciągłości rozwoju idei praw człowieka oraz dla praktyki ochrony tych praw miało również pojawienie się szkoły prawa natury (XVII wiek). Jej poprzedniczką była szkoła z Salamanki. Szkoła prawa natury powstała w okresie renesansu i rozwijała się wraz z ideami humanizmu, zwrotem ku człowiekowi, wiarą w jego indywidualną naturę, podążając zgodnie z kierunkiem przeobrażeń w sferze gospodarki, ustroju państwowego, myśli społecznej itp. (I. Malinowska 2004). Odrodzona teoria prawa natury zyskała wielu przedstawicieli, takich jak T. Hobbes, J. Locke, S. Pufendorf. Według nich, ludzie żyjący w stanie natury korzystali z nieodłącznych ich człowieczeństwu praw do życia, wolności, równo-

ści, własności. Zasługą szkoły prawa natury było traktowanie praw jednostki nie jako przywilejów grupowych, ale jako uprawnień indywidualnych. Za drugi człon szkoły prawa natury uznaje się teorię umowy społecznej. Zakłada ona, że w miarę rozwoju ludzie porzucają stan natury, a ponieważ tworzą społeczeństwo, odmienny staje się kontekst przysługujących im praw. Tworząc społeczeństwo, ludzie zawierają umowę społeczną między sobą; równocześnie powstaje państwo, którego jednym z celów jest ochrona praw jednostki (R. Kuźniar 1992; I. Malinowska 2004; H. Markiewiczowa 2006). J. Locke uważał, że prawa naturalne są nieodłączne istocie człowieczeństwa. Ponieważ są one niezbywalne, człowiek nie może się ich zrzec. Uważał również, że człowiek ma prawo do oporu (*ius resistendi*) przeciwko władzy złej, tyrańskiej, sprzeniewierzającej się umowie społecznej i naruszającej prawa naturalne (I. Malinowska 2004). Według J. Locke'a ludzie są sobie równi, człowiek zaś przynosi ze sobą na świat prawa: do życia, do wolności oraz do posiadania (prawo własności) (Z. Hołda 2004).

Zarówno teoria prawa natury, jak i teoria umowy społecznej, zostały przejęte i rozwinięte przez Oświecenie. Monteskiusz (*O duchu praw* – 1748) położył nacisk na współzależność między wolnością a praworządnością. J. J. Rousseau (*Umowa społeczna* – 1762) uważał umowę społeczną za podstawę wolności i równości, gdzie równość jest warunkiem wolności. Prezentowane poglądy teoretyczne przyczyniły się do rozwoju praw osób niepełnosprawnych.

Przełomowe znaczenie dla rozwoju praw człowieka miały dwie wielkie rewolucje społeczne z drugiej połowy XVIII wieku: amerykańska i francuska. Powstały wówczas akty prawne, w których po raz pierwszy uznano prawa każdej jednostki oraz prawnie je zagwarantowano (R. Kuźniar 1992; I. Malinowska 2004). Amerykańska *Deklaracja niepodległości* z 1776 roku określiła prawa naturalne jako niezbywalne. Twórcy *Deklaracji Praw Człowieka i Obywatela*, która powstała podczas rewolucji francuskiej w 1789 roku, wykorzystali szereg koncepcji teoretycznych, takich jak zasada podziału władzy, teoria umowy społecznej, racjonalizm. *Deklaracja Praw Człowieka i Obywatela* głosiła, że ludzie rodzą się równi i wolni wobec prawa (wolność, równość, bezpieczeństwo), co uznawano za prawa przyrodzone i niezbywalne. Wolność określano jako możliwość czynienia wszystkiego, co nie szkodzi innym. Były to sformułowania teoretyczne, które nie doczekały się szybkiej realizacji w praktyce (R. Kuźniar 1992; I. Malinowska 2004; T. Sokołowski 2004).

Polska doba Oświecenia kontynuowała nurt postępu w dziedzinie praw człowieka. Przykładem tego była Konstytucja 3 maja, w której zapisano: „Bezpieczeństwo osobiste i wszelką własność komukolwiek z prawa przynależną jako prawdziwy społeczności węzeł, jako źrenicę wolności obywatelskiej szanujemy, zabezpieczamy, utwierdzamy” (I. Malinowska 2004, s. 11). Mimo uniwersalności takiego sformułowania dotyczyło ono głównie szlachty i ziemian, a tylko w niewielkim stopniu mieszczan. Jednym z myślicieli tego okresu w Polsce, który odnosił się do praw człowieka, był Hugo Kołłątaj, który pisał, że: „nigdy, niezależnie od epoki, niezależnie od warunków, nie jest dozwolone gwałcić prawa człowieka ani odmawiać mu przywrócenia jego praw [...]. Żadne ustawodawstwo nie może więc

przemilczeć praw człowieka, żadne społeczeństwo nie może poświęcać jednego człowieka dla innych” (I. Malinowska 2004, s. 13).

Uformowana do końca XVIII wieku liberalna doktryna praw człowieka zakładała, że każda jednostka jest podmiotem katalogu praw naturalnych (wolność, równość, własność) oraz że wolność jednostki ograniczają jedynie swobody innych i interesy społeczności, a prawo i jednostki mają wyznaczać zakres władzy państwowej. Podkreślić jednak należy autonomię pewnej sfery życia jednostki wobec państwa oraz brak powinności państwa co do kształtowania warunków życia, gwarantujących formalne prawa i swobody (Z. Hołda 2004, I. Malinowska 2004, H. Markiewiczowa 2006).

Liberalna doktryna praw człowieka w XIX wieku uległa modyfikacji i wzbogaceniu. Wpłynęły na to takie zjawiska, jak upowszechnienie idei rewolucji francuskiej, Wiosna Ludów, wprowadzenie konstytucyjnej formy rządów, powstania narodowe, kapitalizm i jego skutki w sferze życia społecznego, rozwój instytucji państwa i prawa, wkraczanie przez państwo w różne obszary życia zbiorowego, rozwój parlamentaryzmu, narodziny społeczeństwa obywatelskiego oraz aktywizacja klasy robotniczej. Podniesiono kwestię praw ekonomicznych i społecznych, koniec XIX wieku zaś charakteryzuje rozwój ustawodawstwa socjalnego w krajach Europy Zachodniej (I. Malinowska 2004; H. Markiewiczowa 2006).

Zjawiska te spowodowały modyfikację klasycznej liberalnej doktryny praw człowieka. Postępująca ochrona praw i swobód nadal pozostała domeną prawa wewnętrznego danego państwa. Cechami charakterystycznymi podstawowych teorii i praktyki państw w zakresie praw człowieka stało się – między innymi – pierwszoplanowe ujmowanie praw obywatelskich i wolności politycznych, z sygnalizowaniem roli społeczności w życiu jednostki (R. Kuźniar 1992; I. Malinowska 2004).

Jednakże ustrój faszystowski odrzucał wolność i godność człowieka, podporządkowując jednostkę społeczeństwu i państwu: jednostka powinna być posłuszna państwu, w imię realizacji wyższych celów określanych przez przywódcę. Opierający się tym zasadom byli eliminowani, inne rasy i narody podporządkowane zostały rasie wybranej – „nadludziom”. Druga wojna światowa nie sprzyjała kontynuowaniu teorii i praktyki dotyczącej praw osób niepełnosprawnych, przyczyniła się jedynie do marginalizacji tego problemu. Eksterminacja prowadzona przez faszystów i nazistów dotyczyła nie tylko pewnych ras czy narodów, ale także osób niepełnosprawnych. Przykładem tego faktu może być ustawa z 14 lipca 1933 roku „O ochronie przed dziedzicznym obciążeniem” (*Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*) (J. Błęszyński 2006, s. 315). Również ustrój komunistyczny (socjalistyczny) w swej doktrynie odrzucał idee praw natury i przyrodzonej godności jednostki ludzkiej: państwo nadawało prawa (społeczne, ekonomiczne, kulturalne) i swobody. Zakładano, że nie może istnieć konflikt między jednostką a państwem, gdyż państwo komunistyczne reprezentuje interes obu tych stron (I. Malinowska 2004).

W porównaniu z rozwojem idei, doktryn i unormowań wewnątrzpaństwowych znacznie wolniej przebiegał postęp międzynarodowej ochrony praw człowieka.

Wynikało to z zasady suwerenności państw oraz z faktu, że prawo międzynarodowe (jako dyscyplina wiedzy) narodziło się w XVI wieku. Odrębna gałąź prawa międzynarodowego – prawa człowieka – narodziła się w XIX wieku, jako prawo humanitarne. Mimo stopniowego uznawania kompetencji prawa międzynarodowego dla ochrony praw człowieka, do rozwoju w tym zakresie doszło dopiero po II wojnie światowej. Wyodrębniły się systemy ochrony praw człowieka: uniwersalne, regionalne i wyspecjalizowane (R. Kuźniar 1992; I. Malinowska 2004; T. Sokołowski 2004).

Prawa człowieka podlegają dalszemu rozwojowi, ich katalog poszerza się w wewnętrznych systemach prawnych państw oraz w prawie międzynarodowym, które określa powszechny, minimalny standard ochrony praw człowieka, wspólny dla państw o różnych tradycjach i kulturach, dalsze prawa i wolności zaś określane są przez prawo poszczególnych krajów (Z. Hołda 2004).

Obecnie prawa człowieka ujmuje się w trzy koncepcje generacji, sformułowane przez K. Vasaka (za: T. Sokołowski 2004, s. 1213):

- Pierwsza generacja dotyczy wolności obywatelskich i praw politycznych. Ich geneza wywodzi się z wydarzeń przełomu XVIII i XIX wieku, związanych z rewolucją francuską i amerykańską oraz epoką Oświecenia. Generalnie prawa obywatelskie i polityczne łączy to, że wymagają one od państwa zaniechania pewnych działań, np. zakazują ograniczania wolności, są to więc tzw. prawa negatywne. Współcześnie prawa te mają powszechny charakter, występują w konstytucjach wielu państw.
- Druga generacja to prawa ekonomiczne, socjalne i kulturalne, które powstały na przełomie XIX i XX wieku z inspiracji myśli socjalistycznej (K. Marks) oraz chrześcijańskiej (papież Leon XIII), a także idei rewolucji październikowej i meksykańskiej. Podstawą tych praw jest równość. Ich wspólną cechą jest to, że państwo powinno podjąć działania na ich rzecz, jest to zatem tzw. prawo pozytywne. Jest ono słabiej chronione niż prawa pierwszej generacji, wyraża cele, do których państwo powinno dążyć, a nie jego konkretną powinność.
- Prawa człowieka trzeciej generacji ogniskują się wokół takich wartości, jak braterstwo i solidarność. Idea ta ukształtowała się w latach 70. i 80. XX wieku podczas procesów dekolonizacyjnych i realizacji zasady samostanowienia. Poprzedzała je koncepcja praw ludów – idei równości narodów i ich samostanowienia, mająca związek jeszcze z francuską rewolucją burżuazyjną pod koniec XVIII wieku. Prawa solidarnościowe, zwane kolektywnymi, to m.in. prawo do pokoju, prawo do środowiska, prawo do komunikowania się, prawo do pomocy humanitarnej (K. Drzewicki 1985; A. Łopatka 2002; C. Mik 2000; T. Sokołowski 2004; J. Sozański 2005).

Wszystkie trzy generacje tworzą całościowy kompleks ochrony praw człowieka, który ulega ciągłemu uzupełnianiu wraz ze zmianami cywilizacji. Obecną fazę rozwoju określić należy jako okres doskonalenia i konkretyzacji norm już zawartych w dokumentach międzynarodowych. Prawa osób niepełnosprawnych

stanowią przedmiot regulacji przyjętych zarówno przez organizacje międzynarodowe o zasięgu globalnym, jak i przez organizacje międzynarodowe o charakterze regionalnym.

Działalność Organizacji Narodów Zjednoczonych w zakresie praw osób niepełnosprawnych

Duży wpływ na sposób prowadzenia polityki i działań na rzecz osób niepełnosprawnych w wielu krajach wywarła Organizacja Narodów Zjednoczonych. Historia podejmowanych w ONZ działań na rzecz osób z niepełnosprawnością obrazuje zachodzące na świecie zmiany w podejściu do tej kwestii.

Organizacja Narodów Zjednoczonych od początku swego istnienia dążyła do poprawy warunków życia osób niepełnosprawnych, chociaż początkowo odnosiła się do ich sytuacji jedynie w dokumentach o charakterze głównie deklaracyjnym, niewiążącym dla państw członkowskich. Pierwsze rezolucje dotyczące osób z niepełnosprawnością zostały przyjęte przez ONZ na początku lat pięćdziesiątych. Szczególne zainteresowanie problemami tych osób nastąpiło w latach siedemdziesiątych XX wieku. Zaczęto wówczas odchodzić od medycznego modelu niepełnosprawności w kierunku modelu społecznego, z położeniem nacisku na fakt, że niepełnosprawność jest przede wszystkim kwestią praw człowieka. Osoby niepełnosprawne zaczęto traktować jako pełnoprawnych członków społeczeństwa, mających takie same prawa jak osoby zdrowe. Główną rolę w kształtowaniu takiego podejścia do niepełnosprawności odegrała właśnie Organizacja Narodów Zjednoczonych, która jako pierwsza stała się propagatorem praw osób z niepełnosprawnością, jej idee w podejściu do niepełnosprawności zaś kontynuuje Wspólnota Europejska. W *Karcie Narodów Zjednoczonych* (1945) za priorytet społeczności międzynarodowej uznano przywrócenie wiary w podstawowe prawa człowieka (P. Przybysz 1997; E. Wapiennik; R. Piotrowicz 2003; E. Wapiennik 2006).

Pierwsze przyjęte przez Organizację Narodów Zjednoczonych konwencje nie odnosiły się w sposób bezpośredni do osób niepełnosprawnych. 26 czerwca 1945 roku w San Francisco podpisano *Kartę Narodów Zjednoczonych* (ratyfikowaną przez Polskę w 1945 r.), która jako najważniejszy dokument prawny i podstawa działania ONZ odnosiła się również do praw człowieka, nie definiując ich jednak ani nie zawierając katalogu tych praw; mimo to stanowiła punkt wyjścia do dalszych unormowań w tym zakresie (Z. Hołda 2004). *Karta* zakłada współdziałanie międzynarodowe, m.in. w rozwijaniu i wspieraniu poszanowania praw człowieka i podstawowych wolności, godności i wartości osoby ludzkiej (I. Malinowska 2004; T. Sokołowski 2004).

Utworzenie w 1946 roku Komisji Praw Człowieka zaowocowało opracowaniem *Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka*, która obowiązuje od 1948 roku. Głównym jej przesłaniem jest stwierdzenie, że prawa człowieka dotyczą wszystkich ludzi, bez względu na jakiegokolwiek różnice. W przeciwieństwie do *Karty Narodów*

Zjednoczonych, nie jest ona umową międzynarodową, podobnie jak inne rezolucje czy deklaracje nie posiada mocy prawnie wiążącej, ma jednak znaczenie moralne i polityczne. *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka* jest jednak pierwszym dokumentem zawierającym kompleksowy katalog praw człowieka, stanowi też wynik kompromisu pomiędzy różnymi filozoficznymi koncepcjami praw człowieka, akcentując podstawowe znaczenie równych i niezbywalnych praw wszystkich członków wspólnoty ludzkiej (Z. Hołda 2004; H. Ochonczenko 2005).

Kolejnym ważnym dokumentem jest *Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych* z 16 grudnia 1966 roku (ICCPR – International Covenant on Civil and Political Rights) oraz *Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych* (ICESCR – International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) – tworzące tzw. *Kartę Praw Człowieka*, która jest podstawą systemu ochrony praw człowieka ONZ (obydwa paktory zostały ratyfikowane przez Polskę w 1977 roku). Uznaje się w nich potrzebę tworzenia warunków zapewniających każdemu korzystanie z praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych oraz z praw obywatelskich i politycznych. Gwarantują one, że prawa w nich wymienione będą realizowane w odniesieniu do wszystkich, bez żadnej dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, płeć, język, religię, poglądy polityczne lub inne, pochodzenie narodowe lub społeczne, sytuację majątkową, urodzenie lub jakiegokolwiek inne okoliczności (art. 2, ICCPR, ICESCR). Nie ma tu bezpośredniego odniesienia do niepełnosprawności, jednak dzięki użyciu sformułowania „inne okoliczności” zakazana jest również dyskryminacja ze względu na niepełnosprawność (H. Ochonczenko 2005; E. Wapiennik; R. Piotrowicz 2003; E. Wapiennik 2006).

Równie istotna okazała się przyjęta w 1959 roku *Deklaracja praw dziecka*, w której zwrócono uwagę na problemy osób niepełnosprawnych. Artykuł 5 stwierdza:

Dziecko upośledzone pod względem fizycznym, umysłowym lub społecznym należy traktować, wychowywać i otaczać szczególną opieką, z uwzględnieniem jego stanu zdrowia i warunków życiowych.

Kontynuacją zapisów istniejących w Deklaracji stała się *Konwencja praw dziecka* przyjęta w 1989 roku, w której przyznawano dzieciom niepełnosprawnym prawo do skutecznego dostępu do oświaty, opieki zdrowotnej, opieki rehabilitacyjnej, przygotowania zawodowego oraz możliwości rekreacyjnych, realizowanych w sposób, który będzie prowadził do osiągnięcia przez dziecko jak najwyższego stopnia zintegrowania ze społeczeństwem oraz jego osobistego rozwoju. Artykuł 23. ust. 1. stanowi:

Państwa Strony uznają, że dziecko psychicznie lub fizycznie niepełnosprawne powinno mieć zapewnioną pełnię normalnego życia w warunkach gwarantujących mu godność, umożliwiających osiągnięcie niezależności oraz ułatwiających aktywne uczestnictwo dziecka w życiu społeczeństwa.

Konwencja praw dziecka jest traktatem międzynarodowym, rodzi więc prawa i obowiązki dla stron. Weszła w życie 2 września 1990 roku, Polska zaś ratyfikowała ją 30 września 1991 roku, z zastrzeżeniami oraz deklaracjami interpretacyjnymi (I. Malinowska 2004).

Wcześniejsze działania ONZ doprowadziły do uchwalenia dwóch deklaracji ściśle związanych z osobami niepełnosprawnymi. Były to: *Deklaracja praw osób z upośledzeniem umysłowym* z 1971 roku oraz *Deklaracja praw osób niepełnosprawnych* z 1975 roku. W Deklaracji praw osób z upośledzeniem umysłowym stwierdzono, że osoby umysłowo upośledzone mają nie tylko takie same prawa, jak wszyscy ludzie, ale także pewne prawa szczególne, związane z ich potrzebami w dziedzinie medycznej, edukacyjnej i społecznej (H. Ochonczenko 2005; E. Wapiennik, R. Piotrowicz 2003; E. Wapiennik 2006). Z kolei Deklaracja praw osób niepełnosprawnych definiuje pojęcie „osoby niepełnosprawnej” oraz przyznaje osobom niepełnosprawnych uprawnienia, pozwalające im na osiągnięcie niezależności życiowej i na pełną integrację ze społeczeństwem. Ponadto proklamuje równość praw obywatelskich i politycznych dla osób niepełnosprawnych, stwierdzając m.in.:

Osoby niepełnosprawne mają wrodzone prawo do poszanowania ich godności osoby ludzkiej [...]. Niezależnie od rodzaju czy stopnia niepełnosprawności, mają te same fundamentalne prawa co inni obywatele [...], co oznacza nade wszystko prawo do cieszenia się życiem na odpowiednim poziomie, tak normalnym i pełnym jak to tylko możliwe (E. Wapiennik, R. Piotrowicz 2003, s. 13).

Ważnym wydarzeniem było ogłoszenie przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych roku 1981 *Międzynarodowym Rokiem Osób Niepełnosprawnych* oraz lat 1983-1992 Dekadą Osób Niepełnosprawnych. W 1983 roku Zgromadzenie Ogólne przyjęło *Światowy Program Działania na Rzecz Osób Niepełnosprawnych*, którego celem było wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych na poziomach: międzynarodowym, regionalnym oraz narodowym. W programie sformułowano globalną strategię rozwoju prewencji niepełnosprawności, rehabilitacji i wyrównywania szans, które dotyczą pełnego udziału niepełnosprawnych w życiu społecznym. Położono w nim nacisk na potrzebę ujmowania niepełnosprawności z perspektywy praw człowieka. *Dekada Osób Niepełnosprawnych* stanowiła ramy czasowe, w których rządy i organizacje miały wprowadzić w życie postanowienia programu. Na jej zakończenie (1983-1992) Zgromadzenie Ogólne proklamowało 3 grudnia *Międzynarodowym Dniem Osób Niepełnosprawnych* (P. Przybysz 1997; E. Wapiennik, R. Piotrowicz 2003).

W 1989 roku Zgromadzenie Ogólne ONZ przyjęło tzw. *Zasady Tallińskie*, w których podkreślono rolę edukacji, szkolenia i zatrudniania osób niepełnosprawnych przez agendy rządowe na wszystkich poziomach władzy publicznej, w celu wyrównywania ich szans w społeczeństwie (H. Ochonczenko 2005; P. Przybysz 1997; E. Wapiennik, R. Piotrowicz 2003).

Istotnym dokumentem ONZ dotyczącym osób niepełnosprawnych są przyjęte 20 grudnia 1993 roku *Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych*. Nie mają one charakteru wiążącego i dla państw członkowskich ONZ stanowią tylko zobowiązanie o charakterze politycznym i moralnym, jednak przez wiele państw traktowane są jak normy zwyczajowe prawa międzynarodowego, będąc jednocześnie inspiracją dla programów ukierunkowanych na osoby niepełnosprawne. Zasady są głównym narzędziem w promowaniu praw osób niepełnosprawnych (P. Przybysz 1997; E. Wapiennik, R. Piotrowicz 2003). Ich podstawę stanowi *Międzynarodowa Ustawa o Prawach Człowieka*, w skład której wchodzi: *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka*, *Międzynarodowy Pakt Praw Ekonomicznych, Społecznych i Kulturalnych* oraz *Międzynarodowy Pakt Praw Cywilnych i Politycznych*, *Konwencja Praw Dziecka* oraz *Konwencja na temat Eliminacji Wszelkich Form Dyskryminacji Kobiet*, jak również *Światowy Program Działań na rzecz Osób Niepełnosprawnych* (H. Ochonczenko 2005; E. Wapiennik, R. Piotrowicz 2003; E. Wapiennik 2006).

Szczegółne znaczenie w promowaniu praw osób niepełnosprawnych ma także Międzynarodowa Organizacja Pracy MOP (*International Labour Organization – ILO*). Jej funkcje i kompetencje dotyczą ustalania oraz przestrzegania minimalnych standardów ochronnych w dziedzinie zatrudnienia i pracy. Działania Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczące osób niepełnosprawnych sprowadzają się do uchwalania konwencji i zaleceń, mających na celu zmobilizowanie krajów członkowskich do podejmowania działań na rzecz tej grupy społecznej oraz kontroli przestrzegania przez państwa członkowskie uchwalonych konwencji. Polska jest członkiem Międzynarodowej Organizacji Pracy od 1919 roku, czyli od momentu jej powstania; ratyfikowała ponad 80 konwencji MOP (H. Ochonczenko 2005; T. Sokołowski 2004; J. Sozański 2005).

Punktem zwrotnym w promowaniu przez Międzynarodową Organizację Pracy praw osób niepełnosprawnych do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym było Zalecenie nr 99 z 1955 roku, dotyczące rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych, na którym to wiele krajów oparło swoje ustawodawstwo dotyczące zatrudnienia osób niepełnosprawnych. Przepisy w nim zawarte zostały uzupełnione w roku 1983 w Konwencji nr 159 i Zaleceniu nr 168, dotyczących rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych. Poszerzyły one koncepcję rehabilitacji zawodowej, za którą odpowiedzialność powinien ponosić nie tylko rząd, ale również organizacje pozarządowe i środowisko, w którym żyje osoba niepełnosprawna (H. Ochonczenko 2005; P. Przybysz 1997; E. Wapiennik, R. Piotrowicz 2003; E. Wapiennik 2006).

Problematyką tymi zajmują się od lat międzynarodowe organizacje pozarządowe. Poza wymienioną już Międzynarodową Organizacją Pracy (MOP), wskazać można: Organizację Narodów Zjednoczonych do spraw Oświaty Nauki i Kultury (UNESCO), Międzynarodową Organizację Rehabilitacji Inwalidów (RI), Międzynarodowy Związek Osób Niepełnosprawnych (DPI). Do przodujących państw należą Stany Zjednoczone Ameryki Północnej, które w roku 1973, a następnie w 1990 wydały prawa antydyskryminacyjne (podobnie postąpiły Argentyna, Australia i Kanada). Powszechnie znana

jest *Ustawa o niepełnosprawnych Amerykanach* (The Americans with Disabilities Act of 1990) (H. Ochonczenko 2005).

Wraz z tendencją do włączania kwestii niepełnosprawności w główny nurt polityki, zaczęto mówić o osobach niepełnosprawnych w innych rezolucjach i deklaracjach ONZ. W *Deklaracji Wiedeńskiej i Programie Działań Światowej Konferencji Praw Człowieka* z 1993 roku podkreślono znaczenie walki z dyskryminacją osób niepełnosprawnych oraz konieczność umożliwienia im korzystania z pełni praw i podstawowych wolności, włączając w to uczestnictwo we wszystkich aspektach życia społecznego. W Deklaracji zwrócono uwagę na to, że dyskryminacja osób niepełnosprawnych jest naruszeniem praw człowieka, gdyż osoby z niepełnosprawnością – podobnie jak wszyscy obywatele – mają prawo do pełnego uczestnictwa we wszystkich obszarach życia społecznego. W przyjętej w 1995 roku *Deklaracji Kopenhaskiej w sprawie Rozwoju Społecznego i Programie Działań* stwierdzono, że osoby niepełnosprawne stanowią jedną z największych mniejszości na świecie, szczególnie narażoną na ubóstwo, bezrobocie oraz izolację społeczną (H. Ochonczenko 2005; P. Przybysz 1997; E. Wapiennik, R. Piotrowicz 2003; E. Wapiennik 2006).

W ostatnich latach rezolucje Komisji Praw Człowieka przewidują również procedury kontroli wypełniania przez państwa obowiązków, wynikających z podpisania oraz ratyfikowania traktatów. Kwestii niepełnosprawności dotyczą przede wszystkim *Uwagi Ogólne nr 5*, przyjęte przez Komitet Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych ONZ, który monitoruje w państwach ONZ sposób realizacji praw, zawartych w *Międzynarodowym Pakcie Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych* (ICESCR). W ramach ONZ funkcjonuje szereg organów, zajmujących się problematyką praw człowieka. Jednym z nich jest urząd Wysokiego Komisarza ONZ do spraw Praw Człowieka, powołany w 1993 roku, do którego zadań należy ogólnie określona „promocja i ochrona wszystkich praw człowieka” (Z. Hołda 2004; T. Sokołowski 2004; J. Sozański 2005).

Dnia 13 grudnia 2006 roku Zgromadzenie Ogólne ONZ, z udziałem Polski, rezolucją 61/106 jednogłośnie przyjęło *Konwencję Praw Osób Niepełnosprawnych*. Jej uchwalenie to przede wszystkim zasługa społeczności osób niepełnosprawnych, walczącej na arenie międzynarodowej o dotyczący ich akt prawny. Utworzono Międzynarodową Grupę Niepełnosprawnych (*International Disability Caucus*), stanowiącą koalicję 70 organizacji – międzynarodowych, regionalnych oraz krajowych; ta grupa przedstawicieli społeczności osób niepełnosprawnych współpracowała na forum ONZ z przedstawicielami państw członkowskich (*Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych*, 2007).

W Konwencji podkreślano, że osoba niepełnosprawna powinna korzystać z pełnego równouprawnienia, zakazu dyskryminacji oraz z równości wobec prawa, czyli posiadać takie same prawa i obowiązki, z jakich korzystają inni członkowie społeczeństwa, w tym z prawa do wolności i bezpieczeństwa, prawa do swobody poruszania się i do niezależnego życia, prawa do zdrowia, pracy i edukacji oraz prawa do udziału w życiu politycznym, kulturalnym i społecznym. Przyjęcie Konwencji związane jest z koniecznością dokonania konkretnych zmian legisla-

cyjnych, jak też przewartościowania postaw społecznych, w celu respektowania godności ludzkiej oraz doprowadzenia do pełnej integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem. Konwencja weszła w życie 12 maja 2008 roku, po ratyfikowaniu jej przez 20 państw (*Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych*, 2007).

Działalność Rady Europy w zakresie praw osób niepełnosprawnych

Obok Organizacji Narodów Zjednoczonych, istotny wpływ na kształtowanie praw osób niepełnosprawnych wywarła działalność Rady Europy – organizacji istniejącej od 1948 roku i zrzeszającej obecnie 46 krajów członkowskich. Podobnie jak w przypadku Organizacji Narodów Zjednoczonych, Rada Europy przyjęła wiele konwencji, mających obligatoryjny charakter dla ratyfikującego je państwa członkowskiego, przy czym w początkowych konwencjach nie istniały jednoznaczne odniesienia do niepełnosprawności (T. Sokołowski 2004; E. Wapiennik 2006).

Dnia 4 listopada 1950 roku przyjęto w Rzymie *Konwencję o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności* (zwaną *Europejską Konwencją Praw Człowieka*), na podstawie której państwa należące do Rady Europy zobowiązały się do zachowania praw człowieka i podstawowych wolności. Jest to najważniejsza z konwencji Rady Europy; weszła w życie 3 września 1953 roku. Konwencja uzupełniona jest trzynastoma protokołami; podpisują ją i ratyfikują wszystkie państwa – członkowie Rady Europy. Jest traktatem międzynarodowym, a zatem tworzy prawa i obowiązki dla państw-stron. Polska ratyfikowała Konwencję 19 stycznia 1993 roku (wraz z protokołami 2, 3, 5, 8) (I. Malinowska 2004; T. Sokołowski 2004).

Wprawdzie *Europejska Konwencja Praw Człowieka* nie odnosi się jednoznacznie do praw osób niepełnosprawnych, zawiera jednak zakaz dyskryminacji w artykule 14; podkreśla się w nim, że korzystanie z praw i wolności w niej wymienionych powinno być zapewnione bez dyskryminacji wynikającej z takich powodów, jak: płeć, rasa, kolor skóry, język, religia, przekonania polityczne i inne, pochodzenie narodowe lub społeczne, przynależność do mniejszości narodowej, majątek, urodzenie bądź z jakichkolwiek innych przyczyn (H. Ochonczenko 2005; T. Sokołowski 2004; E. Wapiennik, R. Piotrowicz 2003).

W roku 1961 państwa członkowskie podpisały *Europejską Kartę Społeczną*, zawierającą katalog praw socjalnych, która stanowi uzupełnienie *Europejskiej Konwencji Praw Człowieka*. Polska podpisała Kartę w 1991 roku, a ratyfikowała w 1997 roku, zobowiązując się do przestrzegania większości jej postanowień, w tym przepisów dotyczących osób niepełnosprawnych. *Europejska Karta Społeczna* w artykule 15. zapewnia osobom z niepełnosprawnością fizyczną lub umysłową „prawo do szkolenia zawodowego, rehabilitacji i readaptacji zawodowej i społecznej, bez względu na przyczynę i rodzaj ich inwalidztwa” (B. Gronowska 2005; P. Przybysz 1997; E. Wapiennik, R. Piotrowicz 2003). Inaczej niż w przypadku *Europejskiej Konwencji Praw Człowieka*, która wyraźnie stanowi w art. 1., że

państwa-strony zapewniają każdemu człowiekowi, podlegającemu ich jurysdykcji, prawa i wolności w niej określone, *Europejska Karta Społeczna* nakłada na strony zaledwie obowiązek „przyjęcia za cel swej polityki, która będzie wykonywana za pomocą wszelkich odpowiednich środków, zarówno o charakterze krajowym, jak i międzynarodowym” osiągnięcie warunków, w których wymienione w niej prawa i zasady „mogą być skutecznie realizowane” (B. Gronowska 2005; I. Malinowska 2004; H. Ochonczenko 2005).

Dnia 3 maja 1996 roku podpisano w Strasburgu nową, zmienioną Europejską Kartę Społeczną. Poszerza ona katalog praw (m.in. o prawo do mieszkania). Zmieniono także brzmienie artykułu 15., poszerzając ochronę praw osób z niepełnosprawnością: zwraca się tam uwagę na szeroko rozumiane prawo do samodzielności, integracji społecznej i do udziału w życiu społecznym, co oznacza m.in. prawo osób z niepełnosprawnością do niezależnego życia. Można zauważyć w niej te same tendencje, co w dokumentach ONZ. Artykuł 15. zobowiązuje państwa członkowskie do tworzenia spójnej polityki na rzecz osób z niepełnosprawnością, zgodnie ze współczesnym podejściem do tej problematyki. Aktualnie stronami zmienionej *Europejskiej Karty Społecznej* jest kilka państw, zatem w obrębie państw zrzeszonych w Radzie Europy obowiązują dwie karty społeczne (B. Gronowska 2005; Z. Hołda 2004; H. Ochonczenko 2005; P. Przybysz 1997).

Dokumentami Rady Europy dotyczącymi bezpośrednio osób niepełnosprawnych są: *Rezolucja dotycząca polityki socjalnej w sprawie rehabilitacji osób niepełnosprawnych* z 1984 roku, zastąpiona w 1992 roku *Zaleceniem w sprawie spójnej polityki wobec osób z niepełnosprawnością*. Wraz ze *Standardowymi Zasadami Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych*, Zalecenie Br R(92)6 Rady Europy jest dokumentem, który wpłynął na politykę wobec osób niepełnosprawnych prowadzoną w krajach europejskich; skierowane do krajów członkowskich Rady Europy określa ogólne zasady polityki wobec osób niepełnosprawnych (P. Przybysz 1997; E. Wapiennik, R. Piotrowicz 2003; E. Wapiennik 2006).

Działalność Unii Europejskiej na rzecz praw osób niepełnosprawnych

Polityka wobec osób niepełnosprawnych prowadzona w poszczególnych krajach Unii Europejskiej przez wiele lat inspirowana była przede wszystkim działaniami Rady Europy i Organizacji Narodów Zjednoczonych. Unia Europejska, w myśl przepisu art. 6 ust. 1 *Traktatu o Unii Europejskiej* (TUE), zbudowana jest na zasadach wspólnych wszystkim państwom członkowskim, takich jak: wolność, demokracja, poszanowanie praw człowieka i podstawowych wolności, praworządność. Zgodnie z przepisem art. 2 *Traktatu*, Unia gwarantuje prawa określone w *Europejskiej Konwencji Praw Człowieka*, a także prawa wynikające z tradycji konstytucyjnych wspólnych dla wszystkich państw członkowskich, jako ogólne prawa Wspólnoty Europejskiej (T. Sokołowski 2004; J. Sozański 2005; E. Wapiennik, R. Piotrowicz 2003).

Ogłoszenie *Roku Osób Niepełnosprawnych* (1981) oraz *Światowego Programu Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych* stanowiło impuls do podjęcia przez Wspólnotę Europejską działań na rzecz wyrównywania szans osób niepełnosprawnych i propagowania ich praw. Najważniejszy dokument Wspólnoty – Traktat Ustanawiający Wspólnotę Europejską – w artykule 13. wyklucza możliwość dyskryminacji osób niepełnosprawnych w jakimkolwiek obszarze życia. Ważnym wydarzeniem w polityce Unii wobec osób niepełnosprawnych było podpisanie w 1997 roku *Traktatu Amsterdamskiego*; wraz z jego wejściem w życie w roku 1999 zwiększyła się możliwość ingerowania Unii w ustawodawstwo socjalne państw członkowskich. *Traktat Amsterdamski* był pierwszym aktem, w którym Unia odniosła się bezpośrednio do kwestii niepełnosprawności. Nałożono w nim obowiązek przeciwdziałania dyskryminacji tej grupy społecznej (P. Przybysz 1997; J. Sozański 2005; E. Wapiennik, R. Piotrowicz 2003).

Pierwszym dokumentem, w którym Wspólnota Europejska przedstawiła ogólną strategię działań na rzecz osób z niepełnosprawnością, był Komunikat Komisji Europejskiej z 30 lipca 1996 roku w sprawie równych szans osób z niepełnosprawnością: *Nowa strategia Wspólnoty Europejskiej w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością* (COM (96) 406) (E. Wapiennik 2006). Zakładała ona równość praw i obowiązków osób niepełnosprawnych i pozostałych obywateli Wspólnoty, zalecając państwom uwrażliwianie opinii publicznej na zdolności i umiejętności osób niepełnosprawnych oraz promocję strategii wyrównywania szans. Kolejny był dokument roboczy Komisji Europejskiej *Podniesienie poziomu zatrudnienia osób z niepełnosprawnością – wspólne wyzwanie* z 1998 roku, którego celem było ukazanie kluczowych zagadnień dotyczących zatrudniania oraz motywowania osób niepełnosprawnych do podjęcia pracy. W dokumencie zwrócono uwagę na konieczność wykorzystania wszelkich dostępnych technologii, będących dużym wsparciem w zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, oraz udział tych osób (bądź ich przedstawicieli, np. organizacji pozarządowych) w planowaniu działań ich dotyczących.

W celu zintensyfikowania działań na rzecz osób niepełnosprawnych, rok 2003 ogłoszono w Unii *Europejskim Rokiem Osób Niepełnosprawnych*. Jego obchody miały podkreślić dziesiątą rocznicę przyjęcia przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych *Standardowych Zasad Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych*, które umożliwiły dokonanie znaczącego postępu podejściu do zagadnienia niepełnosprawności rozpatrywanego w kontekście praw człowieka (P. Przybysz 1997; E. Wapiennik, R. Piotrowicz 2003). Działania podejmowane podczas tego roku były początkiem procesu likwidacji barier (z którymi osoby niepełnosprawne stykają się we wszystkich dziedzinach życia), rozwijania takich form wsparcia, które pomogą im w pełni korzystać z wszystkich przynależnych praw, oraz upowszechnienia kwestii niepełnosprawności w inicjatywach podejmowanych przez Unię Europejską.

Szczególne znaczenie dla działań podejmowanych w *Europejskim Roku Osób Niepełnosprawnych* i w latach późniejszych ma Deklaracja Madrycka, uchwalona w trakcie Europejskiego Kongresu na Rzecz Osób Niepełnosprawnych, który odbył się w marcu 2002 roku w Hiszpanii. Podkreślano w niej, że dotychczasowy sposób organizacji życia społecznego często prowadzi do dyskryminacji, społecz-

nego wykluczenia i ubóstwa osób niepełnosprawnych. Zaproponowano nową wizję niepełnosprawności, opisując ją przez porównanie ze starym sposobem widzenia tej problematyki – od traktowania osób niepełnosprawnych jako przedmiotu działań charytatywnych – do postrzegania ich jako osób obdarzonych prawami. Zgodnie z *Deklaracją Madrycką* władze publiczne powinny promować prawa człowieka w odniesieniu do osób niepełnosprawnych, poprzez aktywne uczestniczenie w pracach nad przygotowaniem *Konwencji Narodów Zjednoczonych dotyczącej Praw Osób Niepełnosprawnych*. Dnia 17 lipca 1999 Rada Unii Europejskiej przyjęła *Uchwałę w sprawie równych szans w zatrudnieniu dla osób z niepełnosprawnością* (1999/C 186/02) (P. Przybysz 1997; E. Wapiennik, R. Piotrowicz 2003).

Powyżej przedstawione ustawy, traktaty oraz zalecenia nie obejmują wszystkich dokumentów powstałych w Unii Europejskiej, a dotyczących osób niepełnosprawnych; jednak dokumenty te mają największe znaczenie dla kształtowania podejścia do niepełnosprawności w krajach Wspólnoty. Oprócz działań legislacyjnych podjęto w ramach Wspólnoty szereg konkretnych działań, mających na celu wspomaganie idei zawartych w przywołanych dokumentach, z zapewnieniem środków finansowych na ich realizację, m.in. w programach Helios I (1988/1991) oraz Helios II (1993/1996). Każde państwo członkowskie Unii prowadzi własną politykę społeczną i buduje systemy wsparcia na rzecz niepełnosprawnych. Ma to związek z jedną z głównych zasad funkcjonowania Unii Europejskiej, tj. zasadą subsydiarności (pomocniczości), zgodnie z którą to, co może być lepiej wykonane na poziomie krajowym, powinno być wykonane na tym właśnie poziomie (C. Mik 2000; P. Przybysz 1997).

Niewątpliwie do ukształtowania się nowego pojmowania niepełnosprawności przyczyniła się konsolidacja środowisk osób niepełnosprawnych i rosnąca wśród nich coraz bardziej świadomość swych obywatelskich praw i możliwości. W tworzeniu strategii istotny udział mają również organizacje pozarządowe osób z niepełnosprawnością i działające na ich rzecz, na co w budżecie Unii przeznaczono znaczne środki finansowe. Przykładem tego jest ścisła współpraca Komisji Europejskiej z Europejskim Forum Niepełnosprawności (European Disability Forum EDF); jej celem jest promowanie równych szans i przestrzeganie fundamentalnych praw obywatelskich osób z niepełnosprawnością oraz umożliwienie im aktywnego udziału w polityce rozwoju Unii Europejskiej. Członkiem EDF jest również Polskie Forum Osób Niepełnosprawnych, utworzone w 2003 roku (E. Wapiennik, R. Piotrowicz 2003).

Podczas szczytu Unii w Lizbonie w marcu 2000 roku rządy krajów członkowskich zobowiązały się do działań na rzecz zbudowania do 2010 roku najbardziej konkurencyjnej i dynamicznej gospodarki, opartej na wiedzy, zdolnej do zrównoważonego rozwoju, z większą liczbą lepszych miejsc pracy. Przyjęto wówczas tzw. *Strategię Lizbońską* (J. Gałęziak 2005). W grudniu 2001 roku przyjęto *Wspólnotowy program na rzecz walki z wykluczeniem społecznym* na lata 2002/2006, którego celem było wspieranie badań, udoskonalanie metod statystycznych, ułatwianie wymiany informacji między państwami członkowskimi oraz wzmacnianie współpracy między organizacjami zaangażowanymi w realizację celów programu we wszystkich państwach członkowskich (E. Wapiennik, R. Piotrowicz 2003).

Wśród wielu działań na rzecz osób z niepełnosprawnością, rozrzuconych w różnych wspólnotowych przedsięwzięciach, istotny jest *Europejski Plan Działania: Równe szanse dla osób z niepełnosprawnością*, który został przyjęty na zakończenie *Europejskiego Roku Osób Niepełnosprawnych* (2003). Jego realizację przewidziano na lata 2004-2010 (J. Gałęziak 2005). Działania podejmuje także wiele organizacji międzynarodowych, m.in. *Inclusion Europe* – Europejskie Zrzeszenie Stowarzyszeń Osób Niepełnosprawnych Intellektualnie i Ich Rodzin, grupujące w chwili obecnej 47 organizacji z 34 państw walczących o prawa i interesy osób niepełnosprawnych intelektualnie (E. Wapiennik 2006).

Kolejnym przykładem działań na rzecz osób niepełnosprawnych było ogłoszenie roku 2007 mianem *Europejskiego Roku na rzecz Równych Szans dla Wszystkich*; inicjatywa ta miała na celu uświadomienie ludziom ich prawa do równego traktowania i do życia bez dyskryminacji, stanowiła też okazję do podjęcia debaty dotyczącej korzyści płynących z różnorodności. Strategię poszczególnych państw, priorytety oraz wybór poszczególnych działań, zgłoszonych do finansowania ze środków wspólnotowych, ustalały wyznaczone krajowe organy wykonawcze, odpowiedzialne za organizację uczestnictwo danego kraju w Roku Europejskim (*Europejski Rok... 2007*). Głównymi celami Europejskiego Roku na rzecz Równych Szans dla Wszystkich były:

1. podnoszenie świadomości w zakresie prawa do niedyskryminacji i równego traktowania;
2. promocja równych szans dla wszystkich – dostęp do zatrudnienia, edukacji, w miejscu pracy i w służbie zdrowia;
3. promocja korzyści, jakie różnorodność przynosi Unii Europejskiej.

Podejmowane w ramach *Europejskiego Roku na rzecz Równych Szans dla Wszystkich 2007* działania skupiały się głównie na problemie dyskryminacji ze względu na rasę, pochodzenie etniczne, religię, przekonania, wiek, płeć, orientację seksualną bądź niepełnosprawność. Sporo uwagi poświęcono dyskryminacji wielokrotnej (doświadczają jej np. osoby starsze i niepełnosprawne lub kobiety należące do mniejszości etnicznych) (*Europejski Rok... 2007*).

Generalnie, w przyjętym przez Unię Europejską podejściu do niepełnosprawności uznaje się, że bariery środowiskowe stanowią większą przeszkodę w społecznej partycypacji niż funkcjonalne ograniczenia. Usuwanie barier poprzez legislację, przystosowanie i inne środki zostało zidentyfikowane jako klucz do równych szans dla osób z niepełnosprawnością.

Prawa osób niepełnosprawnych w Polsce

Zachodzące po roku 1989 w Polsce przemiany gospodarcze, społeczne i polityczne w istotnym stopniu uwypukliły problemy osób niepełnosprawnych. Również wzrost zainteresowania wielu społeczeństw prawami człowieka przyczynił się do uwrażliwienia na problemy dotyczące ograniczonych możliwości korzystania z tych praw

przez osoby niepełnosprawne oraz na kwestie zwiększenia ich ochrony. W rządowym *Programie działań na rzecz osób niepełnosprawnych* z 1993 roku stwierdzono, że założeniem polityki państwa wobec osób niepełnosprawnych jest dążenie do kompleksowego działania, uwzględniającego potrzeby fizyczne, psychiczne, społeczne i duchowe każdego niepełnosprawnego obywatela oraz stworzenie mu możliwości integracji ze społeczeństwem. Mimo że w dalszym ciągu status prawny osoby niepełnosprawnej pozostaje w Polsce nieokreślony, to rozwiązania stosowane w obecnych przepisach zmierzają do szerszego włączania osób niepełnosprawnych w życie społeczne (P. Przybysz 1997; E. Wapiennik, R. Piotrowicz 2003).

Realizację tego prawa zapewnia Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 roku (Dz.U. nr 78 z 1997 r., poz. 483; sprost. Dz.U. nr 28 z 2001 r., poz. 319). Artykuł 32 Konstytucji RP stanowi, iż: „Wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne” (pkt 1); „Nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny” (pkt 2). Ma to szczególne znaczenie w odniesieniu do sytuacji osób niepełnosprawnych – człowiek z naruszoną czynnością narządów czy zmysłów ma prawo do traktowania w sposób sprawiedliwy, do równych szans życiowych, niezależnie od przyczyn oraz czasu powstania niepełnosprawności (T. Sienkiewicz 2004; H. Skorowski 2005).

Przepisy art. 65 Konstytucji zapewniają każdemu wolność wyboru zawodu oraz miejsca pracy, artykuł 69 Konstytucji zaś obliguje władze publiczne do udzielania osobom niepełnosprawnym „pomocy w zabezpieczeniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej”. Prawa oraz obowiązki pracowników i pracodawców określa kodeks pracy (Dz.U. nr 21 z 1998 r., poz. 94 z późn. zm.). Według przepisów tej ustawy każdy ma prawo do swobodnego wyboru pracy: nikomu (poza wyjątkami określonymi w ustawie) nie można zabronić wykonywania zawodu (rozdział II, art. 10, par. 1), a jakakolwiek dyskryminacja bezpośrednia lub pośrednia w zatrudnieniu (zwłaszcza ze względu na niepełnosprawność) jest niedopuszczalna (art. 113) (Z. Wasiak 2004).

W roku 1997 Sejm RP uchwalił Kartę Praw Osób Niepełnosprawnych, w której uznał, że osoby niepełnosprawne mają prawo do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz nie mogą podlegać dyskryminacji. *Karta Praw Osób Niepełnosprawnych* została przyjęta w formie uchwały, a nie ustawy i choć ma formę deklaracji, to jednak żadna ustawa przyjęta przez Sejm po 1 sierpnia 1997 roku nie może być z nią sprzeczna. Uchwała ta, choć nie nakłada w sposób bezpośredni żadnych obowiązków na administrację rządową i samorządową, wzywa je jednak do podjęcia działań skierowanych na realizowanie praw osób niepełnosprawnych do niezależnego, aktywnego życia wolnego od przejawów dyskryminacji (Z. Wasiak 2004).

Najważniejszą ustawą z punktu widzenia wyrównywania szans osób z niepełnosprawnością jest *Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych* z 27 sierpnia 1997 roku (Dz.U. nr 123 z 1997 r., poz. 776 z późn. zm.) Ustawa ta była jednak wielokrotnie modyfikowana; aktualnie istnieje projekt nowej ustawy o wspieraniu zatrudnienia i integracji osób niepełnosprawnych, z założeniami opublikowanymi przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.

Przepisy prawne dotyczące osób niepełnosprawnych znajdują się również w wielu innych przepisach prawa, m.in. w: *Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego* z 19 sierpnia 1994 roku (Dz.U. nr 111 z 1994 r., poz. 535 z późn. zm.), nakładającej na państwo obowiązek ochrony praw osób z zaburzeniami psychicznymi; *Ustawie o systemie oświaty* z 7 września 1991 r. (Dz. U. nr 256 z 2004 r., poz. 2572, z późn. zm.), obligującej system oświaty do zapewnienia m.in.: realizacji prawa każdego obywatela RP do kształcenia się oraz prawa dzieci i młodzieży do wychowania i opieki; *Ustawie o pomocy społecznej* z 29 listopada 1990 r. (Dz. U. nr 64 z 2004 r. poz. 593 z późn. zm.), ustanawiającej pomoc społeczną instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu pomoc obywatelom w przewyciężaniu trudnych sytuacji życiowych (w tym związanych z niepełnosprawnością), których nie są w stanie pokonać sami (art. 3, pkt 6); ustawie *Prawo budowlane* z 7 lipca 1994 roku (Dz. U. nr 156 z 2006 r., poz. 1118 z późn. zm.), nakładającej obowiązek projektowania i budowania obiektów budowlanych w sposób zapewniający możliwość korzystania z nich przez osoby niepełnosprawne (art. 5, ust. 1, pkt 4) (T. Sienkiewicz 2004; H. Skorowski 2005; Z. Wasiak 2004).

Osoby niepełnosprawne są również beneficjentami wielu programów realizowanych na szczeblu krajowym i lokalnym (m.in. Pitagoras, Komputer dla Homera, Student, Pegaz, Junior, Sprawni w pracy itp.) (E. Wapiennik, R. Piotrowicz 2003).

Podsumowując, stan przestrzegania praw człowieka w odniesieniu do osób niepełnosprawnych jest w wielu krajach niezadowolający. Osoby niepełnosprawne, nawet te zamieszkujące najbogatsze kraje, nie mają dokładnie takich samych szans i możliwości jak osoby pełnosprawne; naruszenia zdarzają się zwłaszcza w sferze praw ekonomicznych, socjalnych i kulturalnych (P. Przybysz 1997).

Warunkiem zmiany takiego stanu jest przede wszystkim przemiana świadomości społecznej. Stopień rozwoju oraz ucywilizowania społeczeństwa można oceniać obserwując postawy jego obywateli wobec jednostek słabszych, chorych i niepełnosprawnych. Zagrożony chorobą i niepełnosprawnością jest każdy człowiek, na dowolnym etapie swego życia. Dlatego wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych powinno być realizowane w interesie wszystkich członków społeczeństwa, również tych pełnosprawnych, w imię realizacji zasad sprawiedliwości społecznej. Należy podjąć wszelkie działania, aby zapisy zawarte w licznych dokumentach (aktach prawnych, komunikatach, rezolucjach i rekomendacjach) były respektowane i przestrzegane. Analizując doświadczenia, jakimi dysponują państwa unijne, można mieć nadzieję, że wszelkie krajowe standardy (edukacyjne, rehabilitacyjne oraz medyczne) będą coraz bardziej zbliżone do poziomu obowiązującego w krajach Unii Europejskiej, a prawo – stanowione oraz stosowane – będzie coraz lepiej służyć wszystkim obywatelom.

Bibliografia

- Bleszyński J. (2006), *Pedagogika specjalna*, [w:] B. Śliwerski, *Pedagogika*, t. 3: *Subdyscypliny wiedzy pedagogicznej*, Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne, Gdańsk, s. 313-336.
- Drzewicki K. (1985), *Koncepcja prawa do środowiska jako prawa do człowieka*, Państwo i Prawo, nr 10, s. 52-62.
- Europejski Rok Równych Szans dla Wszystkich 2007* (2007), dok. elektr.: http://ec.europa.eu/employment_social/eyeq/index.cfm?language=PL (03.2007).
- Gałęziak J. (2005), *Sprawni w pracy. Zatrudnienie osób niepełnosprawnych w politykach Unii Europejskiej i wybranych państw członkowskich*, Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji, Urząd Komitetu Integracji Europejskiej, Warszawa.
- Gasik W. (1991), *Kształcenie nauczycieli szkół specjalnych w Polsce do 1939 roku*, Wydawnictwo WSPS, Warszawa.
- Gronowska B. (2005), *Instytucjonalne gwarancje praw człowieka*, [w:] Gronowska B., Jasudowicz T., Balcerzak N., Lubiszewski M., Mizerski R. *Prawa człowieka i ich ochrona. Podręcznik dla studentów prawa i administracji*, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom Organizatora”, Toruń, s. 115-136.
- Hołda Z. (2004), *Prawa człowieka. Wiadomości wstępne*. Histori, [w:] J. Hołda, Z. Hołda, D. Ostrowska, J. A. Rybczyńska (red.), *Prawa człowieka. Zarys wykładu*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków, s. 11-31.
- Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych* (2007), dok. elektr.: <http://www.unic.un.org.pl/niepelnosprawnosckonwencja.php> (03.2007).
- Kuźniar B. (1992), *O prawach człowieka. Idee, instytucje, praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Lipkowski O. (1981), *Pedagogika specjalna. Zarys*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Łopatka A. (2002), *Jednostka. Jej prawa człowieka*, Oficyna Wydawnicza Wyższej Szkoły Handlu i Prawa i Prawa im. Ryszarda Łazarskiego, Warszawa.
- Malinowska I. (2004), *Prawa człowieka i ich ochrona międzynarodowa*, Dom wydawniczy Elipsa, Warszawa.
- Markiewiczowa H. (2006), *Wybrane zagadnienia z historii wychowania*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.
- Mik C. (2000), *Europejskie prawo wspólnotowe. Zagadnienia teorii i praktyki, t. 1*, Wydawnictwo C. H. Beck, Warszawa.
- Ochonczenko H. (2005), *Idea równych szans osób niepełnosprawnych w wybranych dokumentach prawnych*, [w:] C. Kosakowski, A. Krause (red.), *Dyskursy pedagogiki specjalnej, cz. 4: Normalizacja środowisk życia osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn, s. 90-97.
- Przybysz P. (1997), *Prawa człowieka a prawa niepełnosprawnych*, dok. elektr.: http://www.idn.org.pl/sonnszz/prawa_niepelnosprawn1.htm (03.2007).
- Sękowska Z. (1998) *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*. Wydawnictwo WSPS, Warszawa.
- Sienkiewicz T. (2004), *Prawo człowieka niepełnosprawnego do życia w środowisku ukształtowanym funkcjonalnie*, Wydawnictwo Polihymnia, Lublin.
- Skorowski H., SDB (2005), *Problematyka praw człowieka*, Wydawnictwo Uniwersytetu kard. St. Wyszyńskiego, Warszawa.
- Sokołowski T. (2004), *Międzynarodowa ochrona praw człowieka*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP, Warszawa.

Sozański J. (2005), *Prawa człowieka w systemach prawnych Wspólnot i Unii Europejskiej*, Polskie Wydawnictwo Prawnicze. Warszawa–Poznań.

Wapiennik E., Piotrowicz R. (2003), *Niepełnosprawny w środowisku lokalnym. Polityka wyrównywania szans osób niepełnosprawnych w województwie łódzkim*, Regionalne Centrum Polityki Społecznej Przy Urzędzie Marszałkowskim w Łodzi, Łódź.

Wapiennik E. (2006), *Ochrona osób z niepełnosprawnością intelektualną przed dyskryminacją w zatrudnieniu*, [w:] J. Głodkowska, A. Giryński (red.), *Rehabilitacja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnością intelektualną – od bierności do aktywności*, Wydawnictwo Naukowe Akapit, Kraków 2006, s. 87-120.

Wasiak Z. (2004), *Realizacja praw osób niepełnosprawnych w polskim systemie prawnym*, [w:] H. Machińska (red.), *Zatrudnienie osób niepełnosprawnych w europejskich regulacjach prawnych*, t. 4: . Biuro Informacji Rady Europy, Warszawa, s. 56-73.

Repozytorium



UMK

Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną

pod redakcją naukową

Jacka J. Błaszynskiego, Ditty Baczały i Józefa Binnebesela

Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej w Łodzi 2008

Jan Pańczyk †

Uniwersytet Łódzki

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej

KSZTAŁCENIE PEDAGOGÓW SPECJALNYCH W POLSCE

I. Geneza i ewolucja systemu kształcenia pedagogów specjalnych

Institutionalne kształcenie pedagogów specjalnych w Polsce rozpoczęło się w 1921 roku w Seminarium Pedagogiki Specjalnej, a rok później w Państwowym Instytucie Pedagogiki Specjalnej, który był fuzją wspomnianego seminarium z Państwowym Instytutem Fonetycznym¹.

Do 1961 roku Państwowy Instytut Pedagogiki Specjalnej miał wyłączność na kształcenie pedagogów specjalnych. W latach 1962–1970 równoległe kształcenie pedagogów specjalnych odbywało się w studiach nauczycielskich najpierw w Łodzi, później w Katowicach, Krakowie oraz Gdańsku i Szczecinie.

W 1970 roku, po przekształceniu Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej w samodzielną placówkę naukowo-dydaktyczną z uprawnieniami wyższej szkoły zawodowej², kształcenie pedagogów specjalnych podniesiony do rangi akademickiej, a co za tym idzie zlokalizowane zostało na sześciu uniwersytetach i sześciu wyższych szkołach nauczycielskich (pedagogicznych)³.

Pod koniec XX wieku kształcenia pedagogów specjalnych podjęły się także niektóre uczelnie niepaństwowe.

Jeżeli chodzi o poziomy kształcenia, to sytuacja przedstawiała się następująco:

- w latach 1921–1954⁴ było to roczne kształcenie osób posiadających kwalifikacje nauczycielskie;
- w latach 1955–1969 przeszliśmy na dwuletnie – analogicznie jak na studiach nauczycielskich – kształcenie osób posiadających kwalifikacje nauczycielskie;

¹ W latach 1917–1922 kształcił nauczycieli dzieci głuchych.

² Rozporządzenie Rady Ministrów z 18 maja 1970 r. (Dz.U., nr 13, poz. 115).

³ W tej grupie był Państwowy Instytut Pedagogiki Specjalnej nim stał się oficjalnie szkołą wyższą, co nastąpiło w 1976 roku.

⁴ Z przerwą spowodowaną II wojną światową.

- w latach 1970–1973 kształcenie osób legitymujących się świadectwem dojrzałości odbywało się na poziomie wyższych studiów zawodowych, trwających trzy lata;
- w 1973 roku rozpoczęto kształcenie na poziomie magisterskim w postaci zarówno czteroletnich studiów jednolitych dla osób legitymujących się świadectwem dojrzałości, jak i dwuletnich studiów uzupełniających dla absolwentów, którzy po 1969 roku ukończyli wyższe studia zawodowe;
- w 1978 roku pojawiła się nowa forma kształcenia w postaci trzysemestralnych podyplomowych studiów pedagogiki specjalnej dla osób legitymujących się dyplomem magistra i zamierzających podjąć pracę w szkołach i placówkach specjalnych;
- w 1981 roku wydłużono kształcenie na studiach magisterskich do lat pięciu.

II. Wybrane determinanty kształcenia pedagogów specjalnych

Kształcenie uczniów ze specjalnymi potrzebami jest wyznacznikiem (determinantą) kształtowania się rynku pracy dla pedagogów specjalnych. W Polsce do 1961 roku rynek ten zlokalizowany był wyłącznie w specjalnych szkołach i placówkach wychowawczych, dlatego kształcenie pedagogów specjalnych ograniczało się wyłącznie do kształcenia nauczycieli i wychowawców wymienionych placówek. Po wejściu w życie ustawy z 15 lipca 1961 roku o rozwoju systemu oświaty i wychowania⁵ zaczęto tworzyć oddziały specjalne w szkołach ogólnodostępnych oraz inne formy organizacyjne, jak np. zajęcia korekcyjno-kompensacyjne i domowe nauczanie dzieci chorych⁶.

Z kolei na podstawie ustawy z 7 września 1991 roku o systemie oświaty⁷ oraz ustawy z 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego⁸ uczniowie ze specjalnymi potrzebami mogą realizować obowiązek szkolny także w zwykłych i integracyjnych klasach szkół ogólnodostępnych oraz podczas zajęć rewalidacyjno-wychowawczych zarezerwowanych dla osób upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim.

Wraz z rozwojem form organizacyjnych kształcenia i przenoszeniem akcentów z dotychczasowych na nowe formy, zgodnie z postanowieniami Deklaracji z Salamanki⁹ zaszła konieczność nie tylko intensyfikacji kształcenia pedagogów specjalnych, ale nowej strategii w tym zakresie. Chodzi głównie o przygotowanie pedagogów specjalnych, którzy zatrudnieni są w szkołach ogólnodostępnych, a to głównie za sprawą zmniejszenia się stopnia segregacyjności w kształceniu uczniów ze specjalnymi potrzebami, który na początku lat sześćdziesiątych ubie-

⁵ Dz.U. 1961, nr 32, poz. 160.

⁶ Zwane później nauczaniem indywidualnym.

⁷ Dz.U. 1991, nr 95, poz. 425.

⁸ Dz.U. 1994, nr 111, poz. 535.

⁹ Deklaracja z Salamanki oraz wytyczne dla działań w zakresie specjalnych potrzeb edukacyjnych. UNESCO, 1994 (polska wersja).

¹⁰ 82% i 57% dotyczy szkół podstawowych i gimnazjów. Gdy uwzględnimy pozostałe etapy edukacyjne, to wskaźniki te będą niższe o 2%.

głego wieku wynosił 100%, w końcu ubiegłego wieku 82%, a na początku XXI wieku – 57% (J. Pańczyk 2000, 2004)¹⁰. Jeżeli utrzymane zostanie dotychczasowe tempo odchodzenia od systemu segregacyjnego, to za około 5 lat stopień segregacyjności będzie bliski zera. Wówczas akademickie kształcenie pedagogów specjalnych będzie miało diametralnie inny charakter niż dotychczas.

Z kolei w wypadku spowolnienia tempa odchodzenia od segregacyjności, przez wiele lat trzeba będzie kształcić z jednej strony nauczycieli i wychowawców do szkół i placówek specjalnych przeznaczonych dla uczniów:

- niewidomych,
- niesłyszących,
- upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim,
- upośledzonych umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym,
- upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim,
- niedostosowanych społecznie,
- z zaburzeniami psychicznymi,
- z chorobami przewlekłymi,

z drugiej zaś nauczycieli i specjalistów do nauczania bądź prowadzenia zajęć z uczniami:

- niewidomymi i słabowidzącymi,
- niesłyszącymi i słabosłyszącymi,
- upośledzonymi umysłowo we wszystkich czterech stopniach,
- z rozpoznaniem autyzmem,
- z niepełnosprawnością ruchową,
- z niepełnosprawnością sprzężoną,
- niedostosowanych społecznie, z zaburzeniami zachowania oraz zagrożonych zarówno niedostosowaniem społecznym, jak i uzależnieniem uczęszczających do szkół ogólnodostępnych.

Jeżeli chodzi o hierarchię kształcenia w poszczególnych zakresach kompetencyjnych, to z danych zawartych w tabeli 1 wynika, że hierarchia przedstawiałaby się następująco¹¹:

¹¹ Należy pamiętać, że n a j w i ę k s z e potrzeby kadrowe są w sferze pracy korekcyjnej z dziećmi, które mają zaburzenia rozwojowe. Spore potrzeby są także w sferze pracy logopedycznej. Szkoda, że Główny Urząd Statystyczny nie uwzględnił tych uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

Tabela 1. Zjawisko segregacyjności w kształceniu uczniów ze specjalnymi potrzebami w Polsce w roku szkolnym 2002/2003

l.p.	Rodzaj uczniów	Szkoły podstawowe % ¹²	Gimnazja %	Licea ogólnokształcące %	Szkoły średnie zawodowe %	Zasadnicze szkoły zawodowe %	Ogółem		
							szkoły		%
							specjalne	ogólnodostępne	
							n	n	
1	niewidomi	54,15	68,75	34,38	91,67	70,00	250	177	58,55
2	słabowidzący	7,48	10,71	16,78	27,12	59,52	1.329	9.890	11,85
3	niesłyszący	80,26	90,96	48,39	98,37	98,52	2.876	430	86,99
4	słabosłyszący	12,02	30,51	11,93	53,72	82,11	1.432	4.904	22,60
5	upośledzeni umysłowo w stopniu lekkim	55,21	70,53	0,00	0,00 ¹³	95,70	58.038	30.400	65,63
6	upośledzeni umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym	67,64	84,76	0,00	0,00 ¹⁴	96,90	10.504	3.784	73,52
7	upośledzeni umysłowo w stopniu głębokim	57,94	72,16	0,00	0,00	0,00	1.428	974	59,45
8	z rozpoznaniem autyzmem	13,14	84,13	0,00	0,00	85,71	90	216	29,41
9	z niepełnosprawnością ruchową	11,88	22,12	3,63	8,46	73,08	1.548	8.190	18,90
10	z niepełnosprawnością sprzężoną	30,78	49,98	6,41	39,20	92,72	3.852	6.598	36,86
11	niedostosowani społecznie	30,27	68,32	55,27	66,67	82,58	3.373	2.033	62,39
12	zagrożeni niedostosowaniem społecznym	9,82	7,03	24,92	0,00 ¹⁵	26,98	542	5.383	10,07
13	z zaburzeniami zachowania	8,59	29,05	18,05	1,23	69,72	1.773	8.240	17,71
14	zagrożeni uzależnieniem	0,00 ¹⁶	6,07	31,78	60,75	23,47	250	2.496	9,10
15	z zaburzeniami psychicznymi	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	46	-	100,00
16	z chorobami przewlekłymi	0,00	0,00	100,00	100,00	100,0	176	-	100,00

¹² Procenty oznaczają stosunek uczniów kształconych w szkołach specjalnych do uczniów kształconych ogółem (szkoły specjalne i szkoły ogólnodostępne). Źródło: Główny Urząd Statystyczny: *Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2002/2003*, Warszawa 2003.

¹³ 20 uczniów uczęszcza do liceów profilowanych i 11 do techników.

¹⁴ 7 uczniów uczęszcza do liceów profilowanych, 2 zaś do techników.

¹⁵ 58 uczniów uczęszcza do ogólnodostępnych średnich szkół zawodowych.

¹⁶ 430 uczniów uczęszcza do ogólnodostępnych szkół podstawowych.

Tabela 2. Nominalne zapotrzebowanie specjalistów

Ranga	Wyszczególnienie
1	specjaliści z obszaru „oligofrenopedagogiki”
2	specjaliści z obszaru „pedagogiki resocjalizacyjnej”
3	specjaliści z obszaru „tyflopädagogiki”
4-6	specjaliści z obszaru „surdopedagogiki”
4-6	specjaliści do pracy z uczniami o sprzężonych niepełnosprawnościach
4-6	specjaliści do pracy z uczniami niepełnosprawnymi ruchowo (z dysfunkcją narządu ruchu)
7	specjaliści do pracy z uczniami z rozpoznany m autyzmem
8	specjaliści do pracy z uczniami z chorobami przewlekłymi
9	specjaliści z uczniami z zaburzeniami psychicznymi

Uwaga: specjaliści z obszaru „oligofrenopedagogiki” stanowią co najmniej połowę wszystkich specjalistów.

Podkreślić należy, że zaprezentowana hierarchia o niczym jeszcze nie przesądza, bo etaty nauczycielskie i innych specjalistów tworzy się bowiem, biorąc pod uwagę różną liczebność uczniów. Na przykład w szkołach podstawowych specjalnych na każdego nauczyciela w roku szkolnym 2002/2003 przypadło 4 uczniów, a w gimnazjach specjalnych już 5 (GUS, 2003, s. 42 i s. 85).

Z kolei 2–3 uczniów, którym przyznano indywidualne nauczanie na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z 29 stycznia 2003 roku¹⁷, angażuje („w rozumieniu przeliczeniowym”): jeden etat nauczyciela pełnozatrudnionego¹⁸. Warto przypomnieć, że Minister Edukacji Narodowej, wydając rozporządzenie z 30 stycznia 1997 roku w sprawie zasad organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim¹⁹, utworzył 2 tysiące etatów do prowadzenia pracy pedagogicznej i rehabilitacyjnej z około 1500 osobami w wieku 3–25 lat, a to oznacza, iż na 1 osobę upośledzoną umysłowo w stopniu głębokim przypada więcej niż jeden etat nauczycielski.

Reasumując tę część rozważań należy skonstatować, że etaty pedagogów specjalnych w najbliższych sześciu latach (2004–2010) będą determinowane głównie trzema czynnikami:

1. liczbą uczniów ze specjalnymi potrzebami w wieku 7–18 lat;
2. polityką normalizacyjną (niesegregacyjną)²⁰ w edukacji uczniów ze specjalnymi potrzebami;
3. tendencją odchodzenia pedagogów specjalnych na emeryturę.

¹⁷ D.U. 2003, nr 23, poz. 193.

¹⁸ W roku 2002/2003 indywidualnym nauczaniem objętych było 13 935 uczniów (GUS, 2003, s. LVI i s. LVIII). Stanowi to około 5 tysięcy nauczycieli realizujących pensum dydaktyczne w tej formie kształcenia.

¹⁹ Dz.U. 1997, nr 14, poz. 76.

²⁰ Rząd RP i samorządy prowadzą politykę w tym zakresie.

O ile bez większego trudu można oszacować w przybliżeniu pierwszy z nich, to następne dwa są dużą niewiadomą.

W miarę pewną informację stanowią natomiast dane z grudnia 2003 roku – autorstwa Międzynarodowego Zespołu do Prognozowania Popytu na Pracę przy Rządowym Centrum Studiów Strategicznych²¹. Wynika z nich, że w dekadzie 2001–2010 potrzeba będzie 1800 nauczycieli szkół specjalnych, co stanowi zaledwie 1,97% zapotrzebowania na nauczycieli w ogóle w wymienionych dziecięciu latach. Oznacza to, że każdego roku średnio znajdzie pracę w szkołach specjalnych zaledwie 180 absolwentów uczelni.

Można też wyrazić nadzieję, że pedagodzy specjaliści stanowią znaczną część czterokrotnie²² liczniejszej grupy, „pozostali specjaliści szkolnictwa i wychowawcy” wymienionej przez ekspertów Rządowego Centrum Studiów Strategicznych. Zatem w najlepszym wariantcie zatrudnienie pedagogów specjalnych kształtowałoby się na poziomie około 900 osób rocznie.

W tym miejscu nasuwa się pytanie, czy jesteśmy w stanie oszacować wielkości dotyczące rynku pracy pedagogów specjalnych. Dla 206 tysięcy uczniów ze specjalnymi potrzebami²³ realizujących obowiązek szkolny w różnych formach organizacyjnych w roku szkolnym 2002/2003 wymagana liczba nauczycieli kształtowała się na poziomie około 65 tysięcy²⁴.

Z kolei do pracy z około 900 tysiącami uczniów z zaburzeniami psychoruchowymi (nieharmonijnie rozwiniętymi, z fragmentarycznymi deficytami rozwojowymi²⁵) potrzeba było około 100 tysięcy pedagogów korekcyjnych²⁶.

III. Rozmiary kształcenia pedagogów specjalnych

Kształcenie pedagogów specjalnych w latach dwudziestych i trzydziestych ubiegłego wieku kształtowało się na poziomie 30–55 absolwentów rocznie.

Pod koniec XX wieku, czyli w roku akademickim 1999/2000, kształciło się w zakresie pedagogiki specjalnej 19 620 studentów z tego:

- w kolegiach nauczycielskich 645 studentów,
- na studiach licencjackich 2 432 studentów,
- na studiach magisterskich 14 007 studentów,
- na studiach podyplomowych 2 536 studentów (J. Pańczyk 2000, s. 47–60).

²¹ Rzeczpospolita z 21 kwietnia 2004 r., nr 94 (6777), D2.

²² 7 500 osób.

²³ 55% z nich w specjalnych szkołach podstawowych, gimnazjach, średnich i zasadniczych szkołach zawodowych i 45% w różnych formach organizacyjnych szkół ogólnodostępnych.

²⁴ Przyjęto, że na około 3 uczniów szkół przypada 1 nauczyciel (szkoły podstawowej 4, gimnazja – 5, w nauczaniu indywidualnym 2,5, a w „zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych” – 1,3 nauczyciela na 1 osobę upośledzoną).

²⁵ W roku szkolnym 2002/2003 do szkół podstawowych i gimnazjów uczęszczało 4 691 984 uczniów (GUS, 2003, s. XXXVIII). Biorąc pod uwagę wskaźniki i ustalenia przez H. Spionek (1973, s. 182) 20–25% uczniów wymagających pomocy korekcyjnej wynosi co najmniej 938 400.

²⁶ 6 938 400 uczniów x 2 godziny zajęć korekcyjno-kompensacyjnych, 1 876 800 godzin tygodniowo: 18 godzin tygodniowo (pensum dydaktyczne nauczyciela) = 104 266 etatów.

Na studiach licencjackich i magisterskich blisko połowa studentów studiowała w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej²⁷, nieco zaś ponad 50% na 12 uniwersytetach i 5 innych uczelniach, które do niedawna były wyższymi szkołami pedagogicznymi, a w 2000 roku uzyskały status akademii²⁸ bądź weszły w skład nowo utworzonych uniwersytetów²⁹.

Takie też proporcje były, mniej więcej, jeżeli chodzi o kierunki studiów: „pedagogika specjalna” – blisko 50% studentów oraz specjalności z obszaru pedagogiki specjalnej na kierunku „pedagogika” – niewiele ponad 50% studentów³⁰.

Z kolei, jeżeli chodzi o podyplomowe studia z pedagogiki specjalnej, to blisko 1/3 studentów kształciła się w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej, trochę więcej zaś niż 2/3 – w pozostałych uczelniach (J. Pańczyk 2000, s. 52, 53 i 59).

O faktycznych rozmiarach tego kształcenia zaświadczą jednak absolwenci. Niestety nie można tego zaprezentować, a to ze względu na fakt, że Główny Urząd Statystyczny nie wykazuje absolwentów, którzy kwalifikacje pedagogiczne z obszaru pedagogiki specjalnej zdobyli na kierunku studiów „pedagogika”³¹.

Tabela 3. Absolwenci kierunku studiów „pedagogika specjalna” w roku akademickim 2001/2002

Rodzaj studiów	Zawodowe z tytułem licencjata	Magisterskie jednolite	Magisterskie uzupełniające	Razem	%
Dzienne	142	457	-	599	22,2%
Zaoczne	841	296	868	2.005	74,5
Eksternistyczne	-	89	-	89	3,3
Ogółem	983	842	868	2.693	100
W tym kobiety	724	695	740	2.159	-
%	73,6	82,5	85,2	80,2	-

Źródło: Główny Urząd Statystyczny: Szkoły wyższe i ich finanse w 2002 r. Warszawa 2003, s. 431, 467, 483 i 485.

Z danych zestawionych w tabeli 3 wynika, że w 2002 roku na rynek edukacyjny, rehabilitacyjny i resocjalizacyjny trafiło prawie 2700 absolwentów kierunku studiów „pedagogika specjalna”, z tego 2/3 to magistry, a 1/3 licencjaci. Dominującym rodzajem kształcenia były studia zaoczne (około 75%), co należy

²⁷ Do 2000 r. Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej.

²⁸ Akademia Bydgoska im. Kazimierza Wielkiego, Akademia im. KEN w Krakowie, Akademia Świętokrzyska im. J. Kochanowskiego w Kielcach.

²⁹ Uniwersytet Rzeszowski i Uniwersytet Zielonogórski.

³⁰ Pewna liczba studentów kształciła się w zakresie pedagogiki specjalnej także na kierunku studiów: „politologia i nauki społeczne”, „teologia”.

³¹ Specjalność musi mieć inną nazwę niż kierunek „pedagogika specjalna”.

uznać za zjawisko niekorzystne. Zwracałem na ten fakt uwagę cztery lata temu (J. Pańczyk 2000, s. 51). Na drugim miejscu plasują się studia dzienne (około 22%), na trzecim zaś studia eksternistyczne (około 3%).

Podkreślić należy, że kierunek studiów „pedagogika specjalna” jest zdominowany przez kobiety, zaledwie bowiem co piąty absolwent jest płci męskiej.

Niestety – na podstawie opracowań Głównego Urzędu Statystycznego – nie możemy rozpoznać zarówno poziomu wykształcenia, jak i płci około 3 tysięcy absolwentów z obszaru pedagogiki specjalnej w ramach innych kierunków studiów, zwłaszcza kierunku „pedagogika”.

Bez solidnych badań i studiów będziemy poruszać się po omacku i tkwić w dylemacie: kształcimy za mało czy za dużo specjalistów z obszaru pedagogiki specjalnej.

IV. Standardy kształcenia pedagogów specjalnych

IV. 1. Na kierunku „pedagogika specjalna”

Do 1969 roku kształcenie pedagogów specjalnych miało charakter nadbudowy, gdyż studiować pedagogikę specjalną mogły osoby, które posiadały kwalifikacje nauczycielskie do pracy w szkołach ogólnodostępnych oraz dwuletnią praktyką nauczycielską.

Od 1 października 1970 roku, tzn. od przejścia na system akademicki, pedagogikę specjalną może studiować osoba legitymująca się świadectwem dojrzałości. Plan i program studiów – przez 20 lat – tzn. w latach 1970–1990 – ustalał Minister Nauki, Techniki i Szkolnictwa Wyższego, uwzględniając koncepcję kształcenia wypracowaną przez Państwowy Instytut Pedagogiki Specjalnej, a ściślej przez Marię Grzegorzewską.

Przez kolejne 5 lat, w związku z wejściem w życie ustawy z 12 września 1990 roku o szkolnictwie wyższym, rady wydziału miały suwerenne prawo ustalania planów i programów studiów, w rezultacie czego mieliśmy do czynienia z niczym nieskrępowaną swobodą, co przyniosło plany studiów dalekie od dotychczasowych.

Dopiero 20 czerwca 1996 roku Rada Główna Szkolnictwa Wyższego uchwałą nr 289/96³² ustaliła minimalne wymagania programowe dla kierunku pedagogika specjalna, które od 2002 roku nazywają się standardami nauczania na kierunku pedagogika specjalna³³.

Z nich to wynika, że studia pięcioletnie magisterskie obejmują 3400 godzin zajęć, w tym:

- 300 godzin stanowią przedmioty kształcenia ogólnego (filozofia, informatyka i techniczne środki dydaktyczne, język obcy, socjologia, wychowanie fizyczne),
- 390 godzin stanowią przedmioty podstawowe (anatomia i fizjologia układu nerwowego, auksologia, dydaktyka ogólna, genetyka, historia wychowania, pedagogika ogólna, psychologia ogólna, psychologia rozwojowa),

³² Dz.Urz. MEN 1996, nr 6, poz. 30.

³³ Dz.U. 2002, nr 116, poz. 1004, s. 7594–7597; 2003, nr 144, poz. 1401, s. 9721–9724.

– 1350 godzin stanowią przedmioty kierunkowe, z tego 600 godzin przeznaczonych jest na 17 przedmiotów od 30 do 90 godzin każdy (biblioterapia, dydaktyka specjalna, ergoterapia, historia kształcenia specjalnego, kinezyterapia, logopedia, metodologia badań w pedagogice specjalnej, muzykoterapia, patologia ogólna człowieka, patologia społeczna, pedeutologia, pedagogika specjalna, psychiatria i psychopatologia, dzieci i młodzieży, psychologia kliniczna, psychoterapia rehabilitacja przez twórczość, ustawodawstwo społeczne) oraz 750 godzin na przedmioty z obszaru specjalności³⁴.

Student w trakcie studiów oprócz 30 tygodni praktyki obowiązany jest zaliczyć 30 przedmiotów wykazanych w standardach nauczania na łączną liczbę 1290 godzin, co stanowi 37,9% ogólnego limitu i określoną przez radę wydziału uczelni liczbę przedmiotów na 2110 godzin, co stanowi 62,1% ogólnego limitu. Zatem nieco ponad 3/5 ogólnego limitu godzin, w tym 750 godzin na przedmioty specjalnościowe, powinna mieć status przedmiotów *o f e r o w a n y c h* (fakultatywnych), a to oznacza, że *s t u d e n c i m o g l i b y d o k o n y w a ć w y b o r u*³⁵ i tym samym wpływać na swoje kompetencje zawodowe.

W 2003 roku³⁶ weszły w życie standardy nauczania na studiach zawodowych, trwających 3 lata.

Studia zawodowe na kierunku pedagogika specjalna, podobnie jak na innych kierunkach, obejmują 2200 godzin zajęć, w tym:

- 270 godzin kształcenia ogólnego,
- 270 godzin kształcenia podstawowego,
- 390 godzin przedmiotów kierunkowych,
- 300 godzin przedmiotów specjalizacyjnych i specjalnościowych.

W trakcie studiów student, oprócz 15 tygodni praktyki, zalicza 26 przedmiotów wykazanych w standardach nauczania na łączną liczbę 930 godzin, co stanowi 42,3% ogólnego limitu i określoną liczbę przedmiotów przez uczelnię na łączną liczbę 1270 godzin (w tym 300 godzin z zakresu wybranej specjalizacji lub specjalności), co stanowi 57,7% ogólnego limitu godzin.

Można wyrazić nadzieję, że uczelnie kierują się dobrem studentów – przyszłych absolwentów i oferują im takie przedmioty – w wymiarze blisko 1300 godzin – które ułatwią im znalezienie zatrudnienia w rejonie funkcjonowania uczelni.

IV. 2. Na kierunku pedagogika

Jednoznaczne „przypieczętowanie” kształcenia pedagogów specjalnych na kierunku pedagogika w formie aktu prawnego nastąpiło w 2002 roku, kiedy Minister Edukacji Narodowej i Sportu 10 września podpisał rozporządzenie w sprawie

³² Dz.Urz. MEN 1996, nr 6, poz. 30.

³³ Dz.U. 2002, nr 116, poz.1004, s. 7594–7597; 2003, nr 144, poz. 1401, s. 9721–9724.

³⁴ Wykaz przedmiotów specjalnościowych ustala rada wydziału.

³⁵ Specjalność obejmująca 750 godzin powinna także być wybierana przez studentów.

³⁶ Dz.U. 2003, nr 144, poz. 1401, s. 9724–9727.

szczególowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli...³⁷, ponieważ w § 5, ust. 1, pkt 1 i 2 oraz § 5, ust. 4, pkt 4 powiada się o ukończonych studiach na kierunku pedagogika lub pedagogika specjalna i dalej wymienia się „w zakresie oligofrenopedagogiki” bądź „w specjalności odpowiedniej do niepełnosprawności uczniów” (s. 1002).

Jak zatem przedstawia się sprawa kształcenia pedagogów specjalnych w świetle standardów nauczania kierunku pedagogika? Ograniczę się tylko do pięcioletnich studiów magisterskich.

Zgodnie ze standardami nauczania³⁸ student obowiązany jest, oprócz 150 godzin praktyki zawodowej, zaliczyć 33 przedmioty na łączną liczbę 1425 godzin, co stanowi 44,5% ogólnego limitu godzin, który wynosi 3200. „Pozostałą liczbę godzin³⁹, uwzględniających także przedmioty umiejętności zawodowych, rady wydziałów wypełnią zgodnie z własnymi preferencjami lub własnymi oryginalnymi programami kształcenia specjalistycznego” (s. 9717). Zalecenie jest jednoznaczne i nic nie stoi na przeszkodzie, aby te ponad 1500 godzin wykorzystać na kształcenie pedagogów specjalnych, a pedagogiem specjalnym zostaje się, gdy w czasie pięcioletnich studiów zostało zaliczonych 17 przedmiotów kierunkowych na łączną liczbę 600 godzin oraz ustaloną przez radę wydziału liczbę przedmiotów specjalnościowych na łączną liczbę 750 godzin. Razem stanowi to 1350 godzin i bez trudu mieści się w „pozostalej liczbie godzin”, która jest wcześniej wyliczona i wynosi aż 1775 godzin.

Wszystko zatem leży w gestii rad wydziałowych tych uczelni, które kształcą na kierunku pedagogika. Chodzi bowiem o problem zarówno, czy kształcić pedagogów specjalnych na kierunku pedagogika, bo nie ma obowiązku, jak i poczucie odpowiedzialności za właściwe kompetencje przyszłych absolwentów. Dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi nie istotne jest bowiem, na jakim kierunku kształcił się ich nauczyciel, wychowawca, terapeuta. Ma ON być osobą wysoce kompetentną:

Oczekiwane ze strony osób niepełnosprawnych, ich rodziców oraz nauczycieli szkół ogólnodostępnych kompetencje i cechy osobowości pedagogów specjalnych należą do najwyższych. Pedagog specjalny postrzegany jest w sytuacjach trudnych jako osoba wysoce kompetentna oraz jako osoba bez wad i słabości (padały określenia „osoba święta, por. J. Pańczyk 1999, s. 310).

Kompetencje merytoryczne muszą wynikać ze zdobytej specjalności, dlatego w 2000 roku zgłoszona została przez Katedrę Pedagogiki Specjalnej Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej propozycja rozszerzenia spe-

³⁷ Dz.U. 2003, nr 155, poz. 1268.

³⁸ Dz.U. 2003, nr 144, poz. 1401.

³⁹ 3200 godzin – 1425 godzin = 1775 godzin.

cialności do 14, jednak biorąc pod uwagę „pedagogikę korekcyjną i pedagogikę resocjalizacyjną” realizowane w innych katedrach, liczba ich będzie nieco większa (J. Pańczyk 2001).

V. Kwalifikacje formalne pedagogów specjalnych

Określone przez Ministra Edukacji Narodowej i Sportu kwalifikacje do zajmowania stanowiska nauczyciela w przedszkolach specjalnych, szkołach specjalnych, specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych i specjalnych ośrodkach wychowawczych⁴⁰ można zdobyć, kończąc studia w zakresie specjalności odpowiedniej do niepełnosprawności uczniów, zarówno w zakładzie kształcenia nauczycieli⁴¹, jak i w szkołach wyższych, czyli na studiach licencjackich, magisterskich i podyplomowych.

Trudno zatem zrozumieć, że kuratorzy oświaty⁴² podają w wątpliwość kwalifikacje osób, które ukończyły studia akademickie w zakresie określonej specjalności i mogą to udokumentować w formie dyplomu bądź dyplomu i dokumentu o przebiegu studiów i żądają od absolwentów dowodów ukończenia studiów nadających uprawnienia do nauczania konkretnego przedmiotu.

Sprawa urosła do takich rozmiarów, że Trybunał Konstytucyjny – na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich – wyrokiem z 12 maja 2004 roku⁴³ zakwestionował uprawnienia kuratora oświaty do orzekania o kwalifikacjach nauczyciela.

Reasumując, tylko kompetencje zdobyte w trakcie studiów z obszaru pedagogiki specjalnej, w formie zaliczenia odpowiednich przedmiotów (zajęć), są wiarygodne, a nie ich interpretacja przez przedstawicieli administracji państwowej bądź samorządowej. Jest to szczególnie ważne teraz, kiedy Minister Edukacji Narodowej i Sportu zamierza wydać rozporządzenie, dzięki któremu absolwent wraz z dyplomem otrzyma suplement w języku polskim i angielskim o przebiegu studiów⁴⁴.

Niepokoји natomiast fakt, że do tej pory nie uregulowano problemu kwalifikacji i statusu nauczycieli klas specjalnych, terapeutycznych i integracyjnych, funkcjonujących w szkołach ogólnodostępnych, oraz nauczycieli (specjalistów) realizujących zajęcia korekcyjne (korekcyjno-kompensacyjne, terapeutyczne).

⁴⁰ Dz.U. 2002, nr 155, poz. 1288.

⁴¹ Są to obecnie „kolegia nauczycielskie”.

⁴² W latach 1999–2002 na mocy rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 25 lutego 1999 r. (Dz.U. 1999, nr 14, poz. 127) dyrektorzy szkół.

⁴³ Wyrok będzie opublikowany w jednym z najbliższych Dzienników Ustaw.

⁴⁴ W 2004 r. wybrane kierunki studiów na Uniwersytecie Jagiellońskim, a od czerwca 2005 r. będzie to powszechna praktyka. Rozporządzenie MENiS z 23 lipca 2004 r. w sprawie rodzajów dyplomów i tytułów zawodowych oraz wzorów dyplomów wydawanych przez uczelnie (Dz.U. 2004, nr 182, poz.1881) zobowiązuje uczelnie – już od 1 stycznia 2005 r. – do wydawania dwuczęściowych dyplomów. Część A jest dowodem odbycia odpowiednich studiów wyższych i uzyskania tytułu zawodowego, a część B jest suplementem odzwierciedlającym przebieg studiów.

VI. Co dalej z kształceniem pedagogów specjalnych?

W najbliższym czasie – zgodnie z Deklaracją Bolońską – przejdziemy na powszechne dwustopniowe kształcenie pedagogów specjalnych, tzn.:

- trzyletnie studia zawodowe;
- dwuletnie studia magisterskie.

Obowiązywać będzie także ECTS, co ułatwi studiowanie zarówno na uczelniach krajowych, jak i w państwach należących do Unii Europejskiej.

Wszystko wskazuje na to, że stosunkowo szybko zostaną zmienione standardy nauczania na poszczególnych kierunkach studiów, w tym także na kierunku pedagogika specjalna. Jak wynika z zapowiedzi Przewodniczącego Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego z 22 kwietnia – standardy nauczania dotyczyć będą 40% ogólnego limitu godzin na danym kierunku studiów i nie będą opracowane odrębnie dla studiów zawodowych i magisterskich lecz wyłącznie kompleksowo – dla studiów magisterskich⁴⁵. Oznacza to, że studia zawodowe będą fragmentem studiów magisterskich – co najmniej 3/5⁴⁶.

Biorąc pod uwagę projekt rozporządzenia w sprawie standardów kształcenia nauczycieli⁴⁷ przyjąć należy jako oczywisty stan, że pedagodzy specjaliści to przede wszystkim nauczyciele, a zatem będą zdobywać dodatkową specjalność w wymiarze 400 godzin na studiach zawodowych i 900 godzin na studiach magisterskich. Tego typu studia będą realne po pierwsze na uniwersytetach, a po drugie – w dużych miastach, w których funkcjonuje kilka uczelni, kształcących na różnych kierunkach studiów.

Bibliografia

Gasik W. (1991), *Kształcenie nauczycieli szkół specjalnych w Polsce do 1939 r.*, WSPS, Warszawa.

Główny Urząd Statystyczny (2003), *Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2002/2003*, Warszawa.

Kirejczyk K. Marek-Ruka M. (1991), *Kształcenie kadr dla szkolnictwa specjalnego*, [w:] K. Kirejczyk (red.), *Uposażenie umysłowe – pedagogika*, PWN, Warszawa.

⁴⁵ Obowiązujące standardy na studiach magisterskich kierunku „pedagogika specjalna” przewidują na obligatoryjne przedmioty i treści kształcenia 1290 godz., co stanowi 37,9% ogólnego limitu godzin.

⁴⁶ To jest tylko dywagacja wynikająca z prostego rachunku trwania studiów.

⁴⁷ <http://www.men.wan.pl/oświata>. Rozporządzenie MENiS z 7 września 2004 r. w sprawie standardów kształcenia nauczycieli (Dz.U. 2004, nr 207, poz. 2110) dotyczy tylko tych studentów, którzy rozpoczną studia po 30 września 2004 r. W stosunku do projektu w rozporządzeniu przewiduje się inną liczbę godzin dodatkowej specjalizacji na studiach magisterskich (550 godzin) – zamiast 900 godzin – oraz zmian dokonano na podyplomowych studiach z pedagogiki specjalnej (350 godzin zamiast 280).

Lipkowski O. (1979), *Pedagogika specjalna*, PWN, Warszawa.

Pańczyk J. (1998), *Rola Wyższej Szkoły Pedagogiki Specjalnej w systemie kształcenia nauczycieli i innych specjalistów w latach 1922–1997*, [w:] *Tożsamość polskiej pedagogiki specjalnej u progu XXI wieku*, WSPS, Warszawa.

Pańczyk J. (1999), *Sprawozdanie z obrad XVI Sekcji III Zjazdu Pedagogicznego*, Roczniki Pedagogiki Specjalnej, t. 10, Warszawa.

Pańczyk J. (2000), *Pedagogika specjalna jako dyscyplina akademicka*, [w:] J. Pańczyk (red.), *Pedagogika specjalna lat dwutysięcznych*, Łódź.

Pańczyk J. (2004), *Trendy w edukacji specjalnej na początku XXI wieku*, referat wygłoszony w Akademii Bydgoskiej im. K. Wielkiego 5 maja 2004 roku.

Repozytorium



UMK

Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną

pod redakcją naukową

Jacka J. Błeszyńskiego, Ditty Baczały i Józefa Binnebesela

Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej w Łodzi 2008

Stanisław Kowalik

Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu

ODSŁANIANIE BRAKUJĄCYCH OGNIW W HISTORII REHABILITACJI

Zadziwiać może to, jak uboga jest nasza wiedza na temat dziejów rehabilitacji. W podręcznikach z tego zakresu albo pomija się całkowicie ten problem, albo nawiązuje się do pojedynczych faktów z czasów starożytnych. Przykładowo, często odwołujemy się do starożytnej Sparty, uwypuklając fakt, że w tych czasach negatywny stosunek do ludzi pełnosprawnych przejawiał się zabijaniem niepełnosprawnych dzieci. Wspomina się też Hipokratesa, którego uznaje się za prekursora rehabilitacji z tej racji, że podejmował próby leczenia skrzywień kręgosłupa i stóp. Podobną rolę przypisuje się zresztą Avicennie. Zdaniem wielu badaczy jego zasługą było przeniesienie doświadczeń Hipokratesa w czasy średniowiecza. Poza tym przywoływana jest jeszcze postać chirurga francuskiego – Ambrożego Pare, który działał na dworze Ludwika XIV i wsławił się opracowaniem metody podwiązywania naczyń krwionośnych u rannych żołnierzy, którzy w bitwie pod Hedyną utracili ręce lub nogi. Tenże lekarz nie tylko celowo przygotowywał kikuty do protezowania, nie tylko skonstruował pierwsze protezy, ale także polecał swym podopiecznym żołnierzom stosowanie ćwiczeń fizycznych, które miały pomóc im w szybkim opanowaniu umiejętności posługiwania się protezami. W tym samym czasie lekarz angielski, Francis Glisson, propagował wykorzystanie ruchu w leczeniu urazów kręgosłupa i deformacji klatki piersiowej (J. S. Coulter 1947; B. Seyda 1962). Te doświadczenia z wykorzystywaniem ruchu rozwijającego musiały być na tyle korzystne, że idee: „poprzez ruch do zdrowia”, „ruch jest dobrym lekarstwem na wszystko”, „w zdrowym ciele zdrowy duch” nigdy nie zostały wymazane z pamięci społecznej.

Wskazane działania miały jednak jednostkowy i sporadyczny charakter. Jeśli można mówić o jakimś ruchu społecznym na rzecz osób niepełnosprawnych, to polegał on na zakładaniu specjalnych placówek opiekuńczych. Starano się w nich zapewnić podopiecznym w miarę godziwe warunki życia, jednak nie była w nich prowadzona działalność usprawniająca. Uważa się, że pierwszą tego typu instytucją opiekuńczą był zakład dla dzieci, założony w Anglii w XVII wieku przez Wincentego à Paulo (G. Cywińska-Wasilewska 2004). W zasadzie wszystkie placówki opiekuńcze utrzymywane były przez organizacje charytatywne lub oświeconych możnowładców.

Generalnie można powiedzieć, że tworzone wizje stosunku wcześniejszych społeczeństw do osób niepełnosprawnych są raczej dla nich mało korzystne. Kreślony obraz losów osób niepełnosprawnych w czasach starożytnych, w średniowieczu, w odrodzeniu i oświeceniu można określić jako fatalny. Uwypuklane są fakty obojętności wobec położenia życiowego tych osób (wyganianie ich ze skupisk ludzkich), uznawanie ich za opętanych przez złe duchy (szczególnie dotyczy to chorych psychicznie) lub uznawanie, że uraz fizyczny lub psychiczny jest karą za grzechy i na tej podstawie usuwanie ich z normalnego życia społecznego (a w skrajnych przypadkach palenia na stosie). Oczywiście przy takiej świadomości społecznej trudno sobie wyobrazić możliwość podejmowania działania na rzecz osób niepełnosprawnych. Zdaniem badaczy, utrzymujące się przez wieki negatywne postawy wobec osób niepełnosprawnych miały tłumaczyć długotrwałą stagnację działań pomocowych wobec tych ludzi (J. Goodman 2003; F. C. Shontz 2003). Tak więc tym bardziej rzuca się w oczy – podkreślana w odpowiednich opracowaniach – zmiana jaka nastąpiła na przełomie XIX i XX wieku, w czasie pierwszej wojny światowej. Dla większości specjalistów z zakresu rehabilitacji udzielanie rzeczywistej pomocy osobom niepełnosprawnym rozpoczęło się bowiem dopiero sto lat temu. Wykazuje się, że dopiero na początku XIX wieku Jean Marc Itard, zajmując się wilczym dzieckiem, potrafił zwrócić uwagę szerszych grup społecznych na losy dzieci upośledzonych umysłowo, a także podjął pierwsze próby systematycznego stymulowania rozwoju tych dzieci. Przy okazji podkreśla się światłe działania innych wybitnych pedagogów i lekarzy, takich jak Heinricha Pestalozziego lub Paula Moora, którzy zrobili wiele na rzecz rozwijania pomocy dla osób niepełnosprawnych (D. Szarkowicz 2007). Znacznie trudniej jest jednak konkretnie wskazać, na czym ta pomoc polegała. Podobnie podkreślane są dokonania Ludwiga Gutmanna, który – zdaniem historyków rehabilitacji – zainicjował i w zasadniczy sposób przyczynił się do wprowadzenia na całym świecie wszechstronnej, kompleksowej rehabilitacji weteranów z czasów drugiej wojny światowej (A. Hulek 1969).

Kontrast między nieoświeconym, niehumanitarnym i nieetycznym postępowaniem ludzi żyjących dawniej a przepełnionym troską stosunkiem do ludzi niepełnosprawnych współcześnie jest szczególnie widoczny, gdy konfrontujemy z dawną tradycją dokonania rehabilitacji po drugiej wojnie światowej. To już nie historia, lecz pamięć historyczna współczesnych pokoleń pozwala przywoływać mnóstwo inicjatyw społecznych, osiągnięć badawczych, akcji rehabilitacyjnych, które ukierunkowane są na poprawienie położenia życiowego osób niepełnosprawnych. Ktoś, kto zechciałby pozwolić sobie na chwilę refleksji nad tą gwałtowną przemianą stosunku ludzi pełnosprawnych wobec niepełnosprawnych mógłby dojść do wniosku, że na początku XX wieku, a potem w jego połowie musiał zdarzyć się chyba cud, który doprowadził do nagłego, powszechnego rozwoju rehabilitacji. W tym opracowaniu chciałbym jednak udowodnić, że cudownego uwrażliwienia na potrzeby osób niepełnosprawnych w XX wieku nie było, a wiele rozwiązań ważnych dla poprawy warunków życia i stanu zdrowia osób niepełnosprawnych można doszukać się w dość zamierzczliwych czasach.

Podjmując się wypełnienia luki – przynajmniej częściowo – między wcześniejszymi epokami cywilizacyjnymi i cywilizacją współczesną, chcę nie tylko przybliżyć się do prawdy historycznej. Jeszcze bardziej zależy mi na wykazaniu, że historia rehabilitacji jest jedna. Odnoszę bowiem wrażenie, że lekarze tworzą własną koncepcję dziejów rehabilitacji, pedagodzy specjalni robią to zaś z własnego punktu widzenia, pracownicy socjalni, jeszcze inaczej odczytują narodziny źródeł własnego zaangażowania w rozwiązywanie tego problemu (F. Armstrong 2002; J. Barclay 1994; P. C. Larson, P. R. Sachs 2000; E. Pettman 2007). Te odrębne, dopasowane do poszczególnych specjalności koncepcje dziejów rehabilitacji służą prawdopodobnie podkreśleniu znaczenia własnych dokonań, ale mimowolnie zamazują one rzeczywistą jedność tej praktyki społecznej, a także utrudniają integrację teoretycznej wiedzy na temat usprawniania osób niepełnosprawnych, tworzonej niezależnie przez psychologów, lekarzy, pedagogów, socjologów, pracowników socjalnych, fizjoterapeutów itd. Przedstawiciele każdego z wymienionych zawodów wzbogacali ofertę pomocową dla osób niepełnosprawnych i przyczyniali się do kolejnych postępów rehabilitacji.

Warto to sobie uświadomić, gdyż inaczej może dojść do stopniowego rozpadu dotychczasowej współpracy poszczególnych służb rehabilitacyjnych. Proces ten już się zaczął. Rehabilitacja szpitalna i rehabilitacja środowiskowa coraz wyraźniej tracą kontakt ze sobą. Usprawnianie ruchowe, aktywizacja zawodowa, psychoterapia, rehabilitacja społeczna lokują się obok siebie, ale bez silnych więzi wzajemnych. Autonomizuje się rehabilitacja osób z organicznymi uszkodzeniami mózgu (neurorehabilitacja), osób z uszkodzeniami narządów zmysłów, rehabilitacja ortopedyczna itd. Coraz bardziej niezależne od siebie stają się rehabilitacja dzieci, osób dorosłych i osób w starszym wieku. W tej sytuacji tylko w historii można odnaleźć wspólną tożsamość w praktykowaniu działań na rzecz osób z trwałymi uszkodzeniami organizmu i psychiki (M. P. Mostert, J. B. Crockett 2002). A że przy okazji odkryjemy wspólnotę humanistycznego stosunku do osób niepełnosprawnych głębiej zanurzoną w czasie, to przecież nie powinno nam przeszkadzać w docenianiu aktualnych osiągnięć rehabilitacji.

Wreszcie warto wspomnieć o jeszcze jednej korzyści, jaka wynika z uprawiania refleksji historycznych nad rozwojem rehabilitacji. Nie bez powodu mówi się o tym, że historia jest najlepszą nauczycielką udoskonalania praktycznej działalności. Historię rehabilitacji można potraktować jako dzieje skutecznego przewycięzania cierpienia ludzi oraz usuwania lęków społecznych związanych z niepełnosprawnością (A. Drenth van 2005). Dzieje te są wyjątkowo skomplikowane. Skuteczne rozwiązania pomocowe mieszają się w nich z szarlatanerią, ortodoksją i pozorantwem. Dobra znajomość źródeł pojawiania się nowych pomysłów rehabilitacyjnych – tych dobrych i tych złych – może pomóc nam w odróżnieniu w przyszłości form efektywnej i nieefektywnej działalności pomocowej. Jeden z najwybitniejszych badaczy problemów osób niepełnosprawnych, Edward Zigler (1986) – słusznie zauważył, że rehabilitacja w takim stopniu jak rzadko która inna praktyka społeczna, narażona jest na wnikanie do niej idei mało racjonalnych, technik niesprawdzonych i teorii niewiarygodnych. Jego zdaniem, średnio raz

w ciągu dekady rehabilitację ogarnia kolejna moda na nowy system usprawniania. Pod wpływem takich mód często zapominane są stare, ale dobrze sprawdzone rozwiązania rehabilitacyjne. Mówiąc inaczej, wartościowe pomysły nie są doskonałe, lecz rewolucyjnie odrzucane tylko dlatego, że są stare. W pogoni za większą skutecznością w niesieniu pomocy osobom niepełnosprawnym, chcemy ciągle czegoś nowego. Ludzie chcą mieć nadzieję, że zostanie kiedyś wymyślona nowa metoda pomocy niepełnosprawnym, która jak „czarodziejska różdżka” uchroni ich od cierpienia. To miłość do tych ludzi, nadzieja na skuteczną pomoc i wiara w nowe rozwiązania powoduje, że do rehabilitacji zbyt pochopnie wdrażane są działania nie tylko niesprawdzone, ale czasami także szkodliwe. Większa refleksja historyczna może skutecznie zablokować pomysły, które mają nas nowatorstwem i obiecują ograniczenie naszej bezradności wobec trudnych problemów życiowych osób niepełnosprawnych.

Nie ulega wątpliwości, że rehabilitacyjne pomysły zostały stworzone poza środowiskiem specjalistów (R. Eldar, M. Jelic 2003). Może to także jest jeden z powodów ciągle łatwego przenikania do tej praktyki społecznej idei, które mają więcej z szarlatanerii niż odwołań do rzetelnej nauki. Nie tylko wśród społeczeństw pierwotnych Afryki, Dalekiego Wschodu i Oceanii można jeszcze odnaleźć uzdrowicieli, których postępowanie jest zbliżone do niektórych praktyk rehabilitacyjnych. Nadal wiara w uzdrowicielską moc obecna jest także w Europie. Przecież kiedyś na naszym kontynencie pierwszymi rehabilitantami byli uzdrowiciele ludowi. Przykładowo w Sparcie nie tylko zrzucano dzieci z zaburzeniami rozwojowymi z Tarpejskiej Skały, ale tam właśnie opracowany został dość skuteczny system opieki społecznej nad inwalidami wojennymi – zalecano usprawnianie ich za pomocą ruchu (R. Eldar, M. Jelic 2003). Te ruchowe zabiegi były systematycznie doskonalone na zasadzie prób i błędów.

Warto zauważyć, że jeszcze w XIX wieku w Kanadzie – mimo rozwijającej się dynamicznie medycyny – Daniel David Palmer, z zawodu ogrodnik, który zajmował się ludowymi metodami uzdrawiania, upowszechnił w takim stopniu tzw. chiropraktykę leczniczą (leczenie za pomocą rąk), że zainteresowali się nią lekarze amerykańscy (A. B. Ward, Ch. Gutenbrunner 2006). W tym samym czasie pielęgniarki angielskie, które uczestniczyły w wojnie turecko-angielskiej – zaskoczone i nieprzygotowane ogromną liczbą żołnierzy angielskich chorujących na choroby zakaźne (pochłonęły one więcej ofiar niż działania wojenne) – zaczęły stosować masaż, który z pewnością przynosił ulgę cierpiącym, nie miał jednakże właściwości leczniczych. Wielu żołnierzy uznało jednak, że właśnie ta forma terapii uratowała im życie. Po wojnie to właśnie oni rozpropagowali masaż jako wartościową formę terapii w Anglii, a przy okazji owe pielęgniarki zostały uznane za bohaterki narodowe, w 1894 roku zakładając pierwsze, oficjalnie zarejestrowane stowarzyszenie masażystów (R. Eldar, M. Jelic 2003).

Niemniej jednak wraz z rozwojem medycyny stopniowo przejmowała ona niektóre z działań uzdrowicielskich, wyjaśniając stopniowo na czym może polegać ich skuteczność w praktyce leczniczej. Niewątpliwie najwięcej osiągnąć w tym zakresie odnotowała ortopedia (V. Fialka-Moser 1999). Pod koniec XVII wieku

zaczęły powstawać pierwsze instytuty ortopedyczne (pierwszy z nich utworzono w 1780 roku w Vaud w Szwajcarii), w których zalecano pacjentom stosowanie ćwiczeń ruchowych, a w przypadku dzieci niepełnosprawnych – organizowano dla nich specjalne kształcenie. Doświadczenia europejskie w zakresie rehabilitacji ortopedycznej były na tyle znaczące, że w czasie wojny między Północą a Południem w Ameryce – 30 tysięcy żołnierzy zostało wyposażonych w protezy kończyn górnych i dolnych (R. Eldar, M. Jelic 2003). W tych czasach poziom medycyny amerykańskiej był wyjątkowo niski – uprawnienia lekarza można było uzyskać po przejściu dwóch semestrów nauki – nic więc dziwnego, że nowości związane z usprawnianiem osób z uszkodzonym narządem ruchu docierały tam głównie z Europy.

Również z Europy, a konkretnie ze Szwecji, dotarł do Stanów Zjednoczonych pomysł wykorzystania gimnastyki w rehabilitacji. (D. L. Gill 1997). W 1840 roku Henrik Ling zaproponował specjalny zestaw ćwiczeń gimnastycznych, które – jego zdaniem – powinny być wykorzystane w czterech dziedzinach życia społecznego: edukacji, szkoleniu wojskowym, przygotowaniu zawodowym artystów (teatr, opera, balet) oraz służbie zdrowia (C. Sherrill, K. P. DePauw 1997). Jeśli chodzi o medycynę, zalecane przez Linga ćwiczenia miały przyspieszać powrót do zdrowia oraz pomagać w odzyskaniu sprawności ruchowej osobom, które ją utraciły w wyniku przewlekłych chorób lub urazów organizmu. Warto podkreślić, że proponowany zestaw ćwiczeń gimnastycznych miał charakter uniwersalny, a więc był stosowany w podobnej formie zarówno dla ludzi zdrowych, jak i ludzi chorych. Dopiero syn Henrika Linga, Hjalmar Ling, rozpoczął opracowywanie specjalnych zestawów ćwiczeń ruchowych dostosowanych do potrzeb i możliwości osób nimi zainteresowanych. Tak więc na bazie gimnastyki szwedzkiej zaczęto opracowywać specjalne programy ćwiczeniowe, które miały na celu stymulację rozwoju fizycznego dzieci i młodzieży, zapewnienie rekreacji ludziom dorosłym, korygowanie wad postawy oraz usuwanie lub zmniejszanie dysfunkcji układu ruchowego u osób chorych (C. Sherrill, K. P. DePauw 1997). Pomysł Lingów wzbudził duże zainteresowanie nie tylko w Europie, ale również w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie.

Jednak Amerykanie nie tylko przejmowali gotowe rozwiązania rehabilitacyjne z Europy. Należy podkreślić, że w dwóch dziedzinach przysługuje im palma pierwszeństwa. Po pierwsze, zapoczątkowali oni rozwój medycyny fizykalnej, wykorzystując ją do usuwania wad postawy. Po drugie, założony w Stanach Zjednoczonych Instytut Perkinsa był pierwszą na świecie placówką, w której skutecznie prowadzono rehabilitację dzieci niewidomych i podjęto próby rehabilitacji dzieci głuchoniewidomych. W 1892 roku Andrew Taylor Nadall – lekarz amerykański – założył w Kirksville Kolegium Osteopatyczne, w którym stosował tzw. techniki manualne w leczeniu różnych chorób (głównie schorzenia neurologiczne, ale także choroby zakaźne, takie jak koklusz lub dyfteryt). W swoim ośrodku wyszkolił przed pierwszą wojną światową około 3 tysięcy lekarzy specjalizujących się w terapii manualnej (J. S. Coulter 1947). Dzięki dużej aktywności edukacyjnej osteopatia szybko zdobyła popularność także w Europie, a szczególnie w Anglii

i w Szwecji (J. Martin Littlejohn, James Cyriox). W tym samym czasie w Bostonie Samuel Howe założył Instytut Perkinsa dla dzieci niewidomych (Smith 1998). Wprowadzono tam wiele nowatorskich metod nauczania. Pionierskie rozwiązania komunikowania się z osobami głuchoniewidomymi, jakie zostały wypracowane w Instytucie Perkinsa, są aktualne do dziś (metoda komunikacji palcowej opracowana prawdopodobnie przez uczennicę Howe'a, Laurę Bridgman). Poza tym amerykańskie nauczycielki zatrudnione w Instytucie Perkinsa, Lillian Curtis Drew i Louisa Lippitt, przyczyniły się do wyodrębnienia z gimnastyki szwedzkiej, gimnastyki korekcyjnej. Ćwiczenia ruchowe zostały wykorzystane do niwelowania wad postawy oraz stymulowania opóźnień w rozwoju nie tylko ruchowym, ale także umysłowym niewidomych dzieci i młodzieży (J. A. Seaman, K. P. DePauw, K. B. Morton, K. Omoto 2003).

Instytut Perkinsa po odniesieniu wielu sukcesów w rehabilitacji dzieci niewidomych, zajął się także stymulowaniem rozwoju dzieci z niepełnosprawnością umysłową. Niestety ta działalność nie przyniosła szczególnie pozytywnych rezultatów. Obie grupy dzieci nie potrafiły się integrować. Jak twierdziła Laura Bridgman, lęk przed „słabszymi braćmi” u dzieci niewidomych był tak duży, że nie pomagały żadne metody pedagogiczne w przezwyciężeniu barier emocjonalnych, które wywoływały wzajemną niechęć obu kategorii dzieci niepełnosprawnych (J. D. Smith 1998). Można powiedzieć, że gdyby pracownicy Instytutu Perkinsa nie wierzyli tak bardzo we własną nieomyślność, to prawdopodobnie mogli uniknąć tych błędów, korzystając z wcześniejszych doświadczeń europejskich.

Szczególnie we Francji i Szwajcarii podejmowane były liczne próby usprawniania dzieci z różnymi rodzajami niepełnosprawności już w XVIII wieku. Prace filozoficzne Adolfa Queteleta na temat zróżnicowania rodzaju ludzkiego, powstanie frenologii zakładającej istnienie wrodzonych różnic w budowie mózgu, co miało skutkować odmiennymi zdolnościami i cechami charakteru ludzi, doświadczenia Phillipe Pinela nad wzbogacaniem doświadczeń społecznych osób z zaburzeniami psychicznymi – stanowiły merytoryczne podstawy do wprowadzenia do edukacji idei segregacjonizmu. Początkowo polegała ona na tworzeniu odrębnych szkół dla dzieci pełnosprawnych i niepełnosprawnych. Szybko jednak przekonano się, że celowe jest również tworzenie odrębnych placówek edukacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych umysłowo, głuchych, niewidomych i niedostosowanych społecznie. Idea segregacji miała w tym czasie duże zalety (A. Drenth van 2005). Pod jej wpływem podejmowano wiele prób opracowania specyficznych programów nauczania dla dzieci z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Niewątpliwie największe zasługi na tym polu miał Eduardo Sequin, francuski psychiatra, który najpierw w swojej ojczyźnie, a potem w Stanach Zjednoczonych propagował nauczanie dzieci niepełnosprawnych w taki sposób, aby efektem tej działalności nie było wyłącznie przyswajanie wiedzy, lecz wszechstronny rozwój fizyczny, psychiczny i społeczny. Jego prace przyczyniły się niewątpliwie do upowszechnienia i utrwalenia segregacyjnego systemu nauczania osób niepełnosprawnych w Europie i Stanach Zjednoczonych (J. D. Smith 1998). Ponieważ segregacja wymagała wczesnego rozpoznawania zaburzeń rozwojowych, trzeba było opraco-

wać procedury diagnozowania dzieci niepełnosprawnych. Problem ten rozwiązał także Francuz, Alfred Binet, który upowszechnił pomiar inteligencji i zdolności specjalnych u tych pacjentów.

Chcąc dopełnić listę różnorodnych działań na rzecz osób niepełnosprawnych, które podejmowano przed XX wiekiem, należy wskazać, że w trosce o los tych ludzi zaczęto prowadzić różnorodne działania promujące rehabilitację. Popularność Karola Dickensa była wykorzystana w upowszechnianiu wiedzy o możliwościach rehabilitacji dzieci niewidomych (był on kilkakrotnie w Instytucie Perkinsa i swe pozytywne wrażenia opisał w kilku artykułach i spotkaniach literackich). W trakcie Światowej Wystawy w St. Louis w 1904 roku znalazła się specjalna ekspozycja prac artystycznych i rękodzieł osób niepełnosprawnych. Miała ona na celu kształtowanie pozytywnych postaw społecznych wobec tych osób. Wreszcie podejmowane były próby organizowania się rodziców dzieci niepełnosprawnych w specjalnych stowarzyszeniach. Pierwszą taką organizację stworzyła w Szwecji w XIX wieku Eve Marquist (A. Drenth van 2005).

Omówiony wyżej okres można nazwać przedprofesjonalną i zindywidualizowaną fazą rozwoju pomocy na rzecz osób chorych i niepełnosprawnych. Charakteryzowała się ona: a) brakiem podstaw teoretycznych dla podejmowanej działalności rehabilitacyjnej, b) brakiem odpowiednio przygotowanych specjalistów z tego zakresu, c) pojawianiem się indywidualnych pomysłów na działania, które mogły łagodzić cierpienie osób niepełnosprawnych, d) skoncentrowaniu się na rehabilitacji osób z uszkodzeniem aparatu ruchu, niewidomych niesłyszących i niepełnosprawnych umysłowo, e) wybiórczym zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych, edukacyjnych i socjalnych tych osób, f) brakiem koordynacji w podejmowanych przez lekarzy, pedagogów i możliwych filantropów działaniach pomocowych, g) udowodnieniu, że poprzez odpowiednie działania usprawniające można poprawić sprawność organizmu i zdolności przystosowawcze człowieka niepełnosprawnego oraz h) objęciem troską stosunkowo małych grup ludzi niepełnosprawnych, co było równoznaczne z pozostawieniem bez pomocy większości osób niepełnosprawnych. W świetle tych konstatacji można przyjąć, że często upowszechniany pogląd o braku zainteresowania losem ludzi niepełnosprawnych przed XX wiekiem nie jest do końca upoważniony.

Nie ulega jednak wątpliwości, że dopiero po I wojnie światowej rozwój rehabilitacji nabrał tempa. Właśnie wtedy całą różnorodność działań, które miały na celu usprawnianie osób niepełnosprawnych, nazwano rehabilitacją. Jako pierwszy pojęciem tym posłużył się w 1918 roku Douglas C. McMurtie, dyrektor Instytutu Czerwonego Krzyża dla Inwalidów w Nowym Jorku. Założył on ośrodek szkoleniowy dla weteranów wojennych, w którym uczył osoby z uszkodzeniem narządu ruchu i narządów wzroku umiejętności życia codziennego. Konkretnie zajęcia rehabilitacyjne prowadzili jednak wolontariusze – nauczyciele i pielęgniarki – nieprzygotowani profesjonalnie do pracy z osobami niepełnosprawnymi (F. C. Shontz 2003). Mimo braków kadrowych w do 1920 roku na terenie Stanów Zjednoczonych działały 53 szpitale rehabilitacyjne. W tym samym czasie podobne ośrodki powstawały w całej Europie, chociaż pod innymi nazwami. W Wiedniu,

we Frankfurcie i Kolonii zostały utworzone dodatkowo ośrodki naukowe zajmujące się opracowaniem nowych technik fizjoterapeutycznych. W Wielkiej Brytanii stworzono cały system zakładów przygotowujących weteranów wojennych do pracy zawodowej. W Belgii powstał pierwszy zakład zajmujący się produkcją protez (1916 rok). W wymienionych krajach zaczęto też przygotowywać odpowiednie kadry fachowców specjalizujących się w rehabilitacji. W 1917 roku został wydany przez Jamesa Mannella pierwszy podręcznik z tego zakresu (*Oddziaływania fizykalne za pośrednictwem ruchu, stymulacji manualnej i masażu*) (J. Barclay 1994; R. Eldar, M. Jelic 2003; V. Fialka-Moser 1999).

Postępy w rehabilitacji leczniczej weteranów wojennych przyczyniły się do rozwoju usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwojowymi. Ogólnie można powiedzieć, że po I wojnie światowej w większości krajów europejskich rozpoczęto wdrażanie systemów powszechnego kształcenia specjalnego, doskonalono metody nauczania, a także przygotowywano specjalistów pedagogów i psychologów, którzy mieli kompetentne przygotowanie do pracy z dziećmi niepełnosprawnymi umysłowo, niewidomymi, niesłyszącymi i wykazujących zaburzenia zachowania (B. Armstrong 2002; J. Goodman 2003). Diagnozy psychologiczne i pedagogiczne stawały się coraz precyzyjniejsze (odkryto wiele nowych zaburzeń rozwojowych: autyzm, dysleksja, zaburzenia mowy, urazy mózgu, a przede wszystkim dziecięce porażenie mózgowie). W wielu krajach wdrożono pomoc socjalną dla rodzin posiadającym dzieci niepełnosprawne (A. Drenth van 2005).

Należy jednak podkreślić, że w początkach XX wieku nie wprowadzono rewolucyjnych zmian w stosowaniu nowych technik usprawniania. Rzeczywistym osiągnięciem było uczynienie z rehabilitacji działalności profesjonalnej, która odwoływała się do racjonalnych podstaw naukowych, a także zorganizowanie takiej sieci placówek rehabilitacyjnych, które mogły objąć opieką coraz więcej osób potrzebujących. Mają też rację Rebecca Renwick i Sharon Friefeld (1996), gdy podkreślają, że w tych czasach postępowanie rehabilitacyjne było skoncentrowane na defekcie organizmu osoby niepełnosprawnej. Chodziło przede wszystkim o usunięcie w miarę możliwości braków fizycznych i skompensowanie występujących dysfunkcji. W tym okresie opracowano coraz doskonalsze technicznie rozwiązania protetyczne (trąbki słuchowe dla niedosłyszących, drewniane i metalowe protezy dla osób po amputacjach kończyn, białe laski dla osób niewidomych itd.). Poza tym stosowano intensywne ćwiczenia, które miały umożliwić odzyskanie – przynajmniej częściowo – utraconych sprawności. Istotą rehabilitacji w początkach XX wieku była koncentracja na kompensowaniu utraconych funkcji fizycznych i psychicznych (Kowalik 2007).

Nowe potrzeby rehabilitacyjne wywołane przez II wojnę światową wykazały, że jest to niewystarczające podejście do rehabilitacji. Okazało się, że nie zawsze kompensowanie dysfunkcji jest możliwe, jeśli nawet przynosi ono pożądane efekty, to i tak nie udaje się rozwiązać wszystkich problemów życiowych osób niepełnosprawnych. Często brak akceptacji uszkodzenia własnego ciała prowadził osobę niepełnosprawną do odrzucenia protezy, ukrywania defektu ciała i innych trudności przystosowawczych. Coraz powszechniej zaczęto dostrzegać konieczność

udzielania pomocy osobom niepełnosprawnym w szerszym zakresie (S. C. Rubin, A. T. McMahon, F. Chan 1998). Do akcji wkroczyły Narody Zjednoczone, powołując International Council of World Organizations Interested in the Handicapped. Działania tej instytucji zapoczątkowały nowe zasady organizacji rehabilitacji na świecie. Można je nazwać podejściem adaptacyjnym. W 1946 roku walne zgromadzenie ONZ uchwaliło Rezolucję 58 – o pomocy społecznej – w której postulowano rozwój rehabilitacji we wszystkich krajach członkowskich (A. Hulek 1969). Ten i następne akty międzynarodowe umożliwiły dynamiczny rozwój wielostronnej rehabilitacji osób z wszystkimi trwałymi uszkodzeniami organizmu (włączono więc w obszar oddziaływań rehabilitacyjnych osoby z przewlekłymi chorobami somatycznymi, chorych psychicznie, ludzi w starszym wieku). Mówiąc bardziej precyzyjnie chodziło o osoby: „które na skutek wad lub defektów wrodzonych albo nabytych w wyniku chorób lub wypadków są niezdolne do zatrudnienia, które umożliwiałyby zarobkowanie lub prowadzenie niezależnego życia” (Rezolucja 1958).

Od tego czasu zaprzestano traktowania osób niepełnosprawnych w sposób wycinkowy, z punktu widzenia posiadanego kalectwa. Zamiast tego rehabilitację zdominowało podejście holistyczne, w którym brano pod uwagę nie tylko aspekty biologiczne uszkodzonego organizmu, ale także konsekwencje psychologiczne i społeczne trwałej utraty zdrowia. To podejście przyczyniło się do poszerzenia grupy specjalistów, którzy praktycznie i profesjonalnie angażowali się w rehabilitację. Lekarze, pedagodzy, pielęgniarki – uzyskali wsparcie ze strony inżynierów specjalizujących się w protetyce, pracowników socjalnych i psychologów. Teraz proces rehabilitacji stał się bardziej wszechstronny, gdyż wykorzystywał nie tylko „słabe”, ale i „mocne” strony osób niepełnosprawnych, a także był bardziej kompleksowy, ponieważ oddziaływania ułatwiające proces adaptacji były bardziej zróżnicowane. Wskazana zmiana spowodowała także upowszechnienie nowej organizacji pracy specjalistów. Zaczęli oni działać w ramach tzw. zespołów rehabilitacyjnych, co przyczyniło się niewątpliwie do wzrostu skuteczności w rozwiązywaniu problemów życiowych osób niepełnosprawnych (Lancaster 1995).

Korzystne efekty rehabilitacji okazały się tak duże, że same osoby niepełnosprawne zaczęły również angażować się w ten proces, dążąc do jego udoskonalenia. Uznały mianowicie, że rehabilitacja ma sens o tyle, o ile daje szansę na powtórne włączenie się w normalne życie społeczne. Głównie pod presją samych ludzi niepełnosprawnych oraz ich rodzin, została w latach siedemdziesiątych wprowadzona do rehabilitacji idea integracji społecznej (T. P. Anderson 1977; S. Z. Nagi 1976). Proces ten następował stopniowo, gdyż ani specjaliści od rehabilitacji, ani tzw. opinia publiczna nie byli przygotowani na zmiany w sposobie traktowania osób niepełnosprawnych i ich rehabilitacji. Początkowo osoby niepełnosprawne zaczęły organizować się w ramach grup samopomocowych. Później zaś, po uzyskaniu wsparcia niektórych lekarzy, psychologów, pedagogów i socjologów, nastąpiło tworzenie bardziej sformalizowanych organizacji, zrzeszających ludzi z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Organizacje te wywierały często dużą presję na władze centralne i administrację lokalną, w celu umożliwienia ludziom

z niepełnosprawnościami włączenia się w tzw. główny nurt życia społecznego. Okazało się, że przynajmniej niektóre cele usprawniania, których nie dopuszczała rehabilitacja kompensacyjna i adaptacyjna (np. sport wyczynowy uprawiany przez niepełnosprawnych zawodników), mogą być osiągnięte wyłącznie przy udziale pełnosprawnej części społeczeństwa. Okazało się również, że cały ten proces usprawniania może być realizowany efektywniej poza zamkniętymi placówkami leczniczymi. Coraz większego znaczenia nabierało usprawnianie, które prowadzono w naturalnych środowiskach osób niepełnosprawnych. Rozwój rehabilitacji środowiskowej wpłynął na pojawienie się zupełnie nieoczekiwanych problemów społecznych. Dotyczyły one relacji wzajemnych osób pełnosprawnych i niepełnosprawnych. Integracja tych środowisk wymagała specjalistycznych oddziaływań nie tylko na niepełnosprawnych, ale także na pełnosprawnych członków społeczeństwa. Tę fazę rozwoju pomocy osobom niepełnosprawnym można nazwać rehabilitacją integracyjną (S. Kowalik 2001).

Rehabilitacja integracyjna „rozwijająca się” jednak zbyt żywiołowo i nie uniknęła zasadniczych błędów. Jednym z nich jest rozbudzanie zbyt dużych nadziei wśród osób niepełnosprawnych i ich rodzin. Często wydawało się im, że nie ma już żadnych barier fizycznych i społecznych, które utrudniałyby proces normalizacji życia osobom niepełnosprawnym. Trudności w pełnej integracji zaczęto interpretować w kategoriach roszczeniowych, a ich istotę można ująć w często powtarzającym się stwierdzeniu: „I znowu biednym ludziom niepełnosprawnym czyni się krzywdę” (S. Kowalik 2001). Wydaje się, że pewnego rodzaju reakcją na mankamenty rehabilitacji integracyjnej jest nowa tendencja, jaka pojawiła się w ostatnich latach XX wieku w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie. Polega ona na uwypuklaniu znaczenia podmiotowości samych osób niepełnosprawnych w organizowaniu przez nich własnego życia. Chodzi o to, żeby nie przeszkadzać i nie narzucać im niczego, co ma wpływ na ich dalsze losy. Oni sami powinni podejmować kluczowe decyzje, powinni też współuczestniczyć w opracowaniu programów własnej rehabilitacji. Zespół rehabilitacyjny powinien tak projektować swoją pracę, żeby nauczyć osoby niepełnosprawne odpowiedzialności za własne postępowanie, jeśli są z tym trudności (L. Pledger 2003). To poszerzenie perspektywy postępowania rehabilitacyjnego nazwałbym etapem rehabilitacji współodpowiedzialnej (S. Kowalik 2007).

Z perspektywy niecałego wieku profesjonalnego rozwoju rehabilitacji można w końcu postawić sobie pytanie: cóż takiego musiało się zdarzyć po I wojnie światowej, że w końcu wiele indywidualnych inicjatyw rehabilitacyjnych mogło przerodzić się w powszechną akcję społeczną, w której uczestniczą obecnie duże rzesze ludzi? Na tak postawione pytanie udzielana jest zazwyczaj prosta odpowiedź: stało się tak, ponieważ I wojna światowa wywołała duże zapotrzebowanie na rozwój rehabilitacji. Jeśli jednak to twierdzenie miałyby być prawdziwe, to trzeba byłoby zapytać: dlaczego kataklizmy militarne – przykładowo wojny napoleońskie – nie stały się takim impulsem do zainteresowania się osobami niepełnosprawnymi? Na to pytanie także można znaleźć odpowiedź: to postęp medycyny spowodował upowszechnienie rehabilitacji. Ta odpowiedź również nie może nas satysfakcjonować. Przecież w tym tekście udowodniłem, że idee rehabilitacji for-

mułowane były ciągle i można było je, być może, wprowadzić w średniowieczu, a z pewnością oświecenie zapewniało już racjonalne podstawy do zainicjowania rehabilitacji traktowanej jako akcja społeczna. Tak się jedna nie stało ani w dobie oświecenia, ani też w XIX wieku.

Moim zdaniem tym, co rzeczywiście mogło wpłynąć na upowszechnienie rehabilitacji jako działalności powszechnej, obejmującej zdecydowaną większość ludzi niepełnosprawnych, był postęp w kształtowaniu się demokracji w państwach Europy i Ameryki Północnej. Dopiero po I wojnie światowej takie właśnie społeczeństwa zaczęły powstawać, a Stany Zjednoczone można uznać za państwo, w którym demokracja stała się największą wartością społeczną. Powstanie demokracji jest równoznaczne z pojawieniem się społeczeństw chcących przejąć odpowiedzialność za los ludzi słabszych, uwrażliwiających ludzi na nierówności społeczne, w tym także pod względem doświadczanego cierpienia. Można jednak i tę tezę próbować podważyć. Przecież po Wielkiej Rewolucji Francuskiej demokracja zdominowała myślenie polityczne Francuzów, a jednak nie doszło tam do rozkwitu idei rehabilitacji osób niepełnosprawnych jako akcji społecznej. Faktem jest jednak to, że po rewolucji właśnie we Francji pojawiło się chyba najwięcej oryginalnych pomysłów związanych z pomocą dla niepełnosprawnych dzieci i dorosłych. Były to jednak działania jednostkowe, które nie przekształciły się w powszechną akcję społeczną. Wydaje się więc, że poza demokratyzacją życia społecznego niezbędny jest jeszcze drugi warunek do upowszechnienia się rehabilitacji. Moim zdaniem, jest nim odpowiednio wysoki poziom rozwoju ekonomicznego społeczeństw. Aby prowadzić rehabilitację jako akcję społeczną muszą zaistnieć **społeczeństwa mogące**. Przy czym społeczeństwo dobrobytu pozbawione zasad demokratycznego życia także nie jest w stanie stworzyć akcji społecznej rozumianej jako rehabilitacja.

Wchodząc w erę społeczeństwa globalnego można zastanawiać się nad tym, czy będzie to społeczeństwo chcące i mogące jednocześnie. Jeśli te dwa warunki zostałby spełnione jestem przekonany, że los osób niepełnosprawnych będzie lepszy niż jest obecnie. Jeśli jednak miałyby się okazać, że rozwój społeczeństw będzie zmierzał w innym kierunku, wówczas historia rehabilitacji traktowana jako dzieje przezwycięzania ludzkiego cierpienia i lęków społecznych, które się z nim wiąza, może być mniej optymistyczna.

Bibliografia

Anderson T. P. (1977), *An alternative frame of reference for rehabilitation*, [w:] R. P. Marinelli, A. E. Dell Orto (red.), *The psychological and social impact of physical disability*, Springer, New York.

Armstrong F. (2002), *The historical development of special education. Humanitarian rationality or "wild profusion of entangled events"?*, *History of Education* 31, s. 47–55.

Barclay J. (1994), *In good hands. The history of the chartered society of physiotherapy 1894–1994*, Butterworth-Heinemann, Oxford.

Coulter J. S. (1947), *History and development of physical medicine*, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 28, s. 600–602.

Cywińska-Wasilewska G. (2004), *Podstawowe problemy rehabilitacji i etyka*, Wydawnictwo AWF, Poznań.

Eldar R., Jelic M. (2003), *The association of rehabilitation and war*, Disability and Rehabilitation 25, s. 1019–1023.

Fialka-Moser V. (1999), *Physical medicine and rehabilitation. Past – present – future*, Disability and Rehabilitation 21, s. 403–408.

Gill D. L. (1997), *Sport and exercise psychology*, [w:] J. D. Massengale, R. A. Swanson (red.), *The history of exercise and sport science*, Human Kinetics, Champaign.

Goodman J. (2003), *Reflections on researching an archive of disability*, Sandlebridge, 1902–1935, Education Review 55, s. 47–55.

Hulek A. (1969), *Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów*, PZWL, Warszawa.

Kowalik S. (2007), *Psychologia rehabilitacji*, WAiP, Warszawa.

Kowalik S. (2001), *Między dyskryminacją a integracją osób niepełnosprawnych*, [w:] B. Kaja (red.), *Wspomaganie rozwoju: psychostymulacja i psychokorekcja*, Akademia Bydgoska im. Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz, t. 3.

Lancaster W. (1995), *The marketing of professional health-care services* [w:] A. J. Gorecny (red.), *Handbook of health and rehabilitation psychology*, Plenum Press, New York

Larson P. C., Sachs P. R. (2000), *A history of division 22 (rehabilitation psychology)*, [w:] D. A. Dewsbury (red.), *Unification through division. History of APA*, University of Florida.

Mostert M. P., Crockett J. B. (2000), *Reclaiming the history of special education for more effective practice*, Exceptionality 8, s. 133–144.

Nagi S. Z. (1976), *An epidemiology of disability among adults in the United States*, Milbank Memorial Fund Quaterly 54, s. 439–446.

Pettman E. (2007), *A history of manipulative therapy*, Journal of Manual and Manipulative Therapy 15, s. 165–174

Pledger L. (2003), *Discourse on disability and rehabilitation issues*, American Psychologist 58, s. 279–284.

Rubin S. E., McMahon B. T., Chan F. (1998), *Research directions related to rehabilitation practice: A Delhi study*, Journal of Rehabilitation 5, s. 19–26.

Seaman J. A., DePauw K. P., Morton Mormon B., Omoto K. (2003), *Making connections. From theory to practice in adapter physical education*, Holcomb Hathway Publishers, Scottsdale.

Seyda B. (1962), *Dzieje medycyny w zarysie*, PZWL, Warszawa.

Sherrill C., DePauw K. P. (1997), *Adapted physical activity and education*, [w:] J. D. Massengale, R. A. Swanson (red.), *The history of exercise and sport science*, Human Kinetics, Champaign.

Shontz F. C. (2003), *Rehabilitation psychology*, Rehabilitation Counseling Bulletin 46, s. 176–181.

Smith J. D. (1998), *Histories of special education. Stories from our past, insights for our future*, Remedial and Special Education 19, s. 1–10.

Szarkowicz D. (2007), *Odkrywanie niepełnosprawności: korzenie ortopedagogiki*, [w:] W. Zeidler (red.), *Niepełnosprawność. Wybrane problemy psychologiczne i ortopedagogiczne*, GWP, Gdańsk.

Drenth van A. (2005), *Doctors, philanthropists and teachers as „true” ventriloquists? Introduction to special issues on the history of special education*, History of Education 34, s. 107–117.

Ward A. B., Gutenbrunner Ch. (2006), *Physical and rehabilitation medicine in Europe*, Journal of Rehabilitation Medicine 38, s. 81–86.

Zigler E., Hall N. (1986), *Mainstreaming and philosophy of normalization*, [w:] C. J. Meisel (red.), *Mainstreaming handicapped children*, Erlbaum, New York.

Repozytorium



UMK

Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną

pod redakcją naukową

Jacka J. Błeszyńskiego, Ditty Baczały i Józefa Binnebesela

Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej w Łodzi 2008

Marzenna Zaorska

Katedra Pedagogiki Specjalnej

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

REHABILITACJA I EDUKACJA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ SPRZĘŻONĄ W KONTEKŚCIE HISTORYCZNYM I STAN AKTUALNY

Wprowadzenie

Osoby z niepełnosprawnością sprzężoną funkcjonowały w społeczeństwie zapewne od zarania dziejów ludzkości. Jednakże przez stulecia instytucje specjalne zajmowały się jedynie opieką, rehabilitacją oraz edukacją niepełnosprawnych z niepełnosprawnością jednorodną. Osoby z niepełnosprawnością wielozakresową – z uwagi na złożoność anomalii rozwojowych – niestety nie znajdowały należytej uwagi i miejsca, ani w płaszczyźnie rozważań teoretycznych, ani praktycznych, choć w wielu instytucjach były obecne. Szersze zainteresowanie kwestią wsparcia ludzi doświadczających stanu niepełnosprawności wielorakiej rozpoczyna się na początku lat 60. XX stulecia i wynika z kilku zasadniczych powodów:

- wzrostu ilościowych wskaźników populacji niepełnosprawnych z niepełnosprawnością sprzężoną,
- osiągnięć medycyny – szczególnie dość znaczącego obniżenia wskaźników śmiertelności noworodków i niemowląt,
- osiągnięć diagnostyki medycznej oraz psychopedagogicznej – nowe, wykorzystujące znakomitą technikę metody oceny stanu zdrowotnego osoby podejrzewanej o obecność anomalii współwystępujących,
- specyficznych problemów rozwojowych, a co za tym idzie także odmiennych potrzeb w sferze wspomagania egzystencji, kształcenia i wychowania,
- humanitaryzacji życia i szerszego otwarcia współczesnych społeczeństw na zagadnienie ludzkiej niepełnosprawności wyrażające się między innymi w tendencjach integracyjnych oraz normalizacyjnych.

Wskazane wyżej tendencje sprawiły, że w gronie specjalistów podjęto oży-

wione dyskusje, przede wszystkim nad zagadnieniem wyodrębnienia niepełnosprawności sprzężonej w odrębną kategorię niepełnosprawności oraz opracowania definicji danego typu nieprawidłowości funkcjonowania. I mimo upływu już wielu lat od momentu podjęcia debat w omawianej kwestii nie ma zgodności ani w jednej, ani w drugiej sprawie. Część naukowców skłania się ku postrzeganiu zjawiska niepełnosprawności wielorakiej jako odrębnej kategorii niepełnosprawności i definiowaniu tejże jako tej, gdzie mamy styczność z co najmniej dwiema wadami organicznymi. Inni z kolei stoją na stanowisku, że jeśli nawet wyłonimy dany typ dysfunkcji w postaci oddzielnej kategorii anormalnej egzystencji jednostki ludzkiej, to i tak takowe funkcjonowanie może dotyczyć osób z uszkodzeniem jednorodnym i dodatkowo współwystępującymi przewlekłymi schorzeniami somatycznymi. Brak jednoznacznych poglądów na zagadnienie niepełnosprawności sprzężonej sprawia, że dla określenia złożonych, współwystępujących wad rozwojowych stosuje się różne (niezdefiniowane jeszcze konkretnie) terminy. W Polsce wykorzystuje się między innymi następujące: niepełnosprawność złożona, wielozakresowa, wieloraka, sprzężona, współwystępująca. Natomiast w świecie można się spotkać z takimi określeniami, jak: we Francji – plurihandicapes, w Niemczech – mehrfachbehindert, w literaturze anglojęzycznej – multiply handicapped, w krajach Beneluksu – polyhandicapes.

Zdaniem A. Twardowskiego:

Z upośledzeniami sprzężonymi mamy do czynienia wówczas, gdy u danej osoby występują dwie lub więcej niepełnosprawności spowodowane przez jeden lub więcej czynników endo- lub/i egzogennych, działających jednocześnie lub kolejno w różnych okresach życia (w tym również w okresie prenatalnym) (1997, s. 258).

Obecnie pojęcie głębokiej wielorakiej niepełnosprawności stało się powszechne nie tylko w naszym kraju, ale także na całym świecie, mimo że – jak już wspomniano wyżej – do literatury naukowej i działalności praktycznej zostało wprowadzone dopiero w latach 60. XX wieku. W latach 70. i 80. ubiegłego stulecia zaś pojawiły się pierwsze prace traktujące o wielorakich niepełnosprawnościach – w Belgii (J. Janssens i współpracownicy 1973; M. van Lier 1985), Austrii (W. Wunsch 1969), Niemczech (H. Bach 1972; A. Fröhlich 1983; S. X. Solorova 1972; H. von Bracken 1972), Holandii (V. Boog i współpracownicy 1979; 1980; C. G. A. de Jong 1986; J. M. H. de Moor 1976, 1977, 1987; P. J. L. de Wit 1975; A. Klapwijk i współpracownicy 1973; A. W. van Wijngaarden 1979, 1980, 1982, 1985; A. du Ville, G. Vandelanotte 1990), Francji (P. Dague i współpracownicy 1969, 1977; H. Faivre 1976), Anglii (W. M. Cruickshank 1971; L. Sternberg, G. L. Adams 1982).

Termin głęboka wieloraka niepełnosprawność może określać różnego rodzaju problemy. Najczęściej chodzi o szczególnie ciężką lub złożoną postać zaburzeń funkcjonowania. Głęboka wieloraka niepełnosprawność dotyczy kompleksowego ograniczenia rozwoju jednostki. Ograniczenie to odnosi się do wszystkich możliwości, doświadczenia i ekspresji osoby wielorako niepełnosprawnej. Jej rozwój emocjonalny, poznawczy, fizyczny jest na ogół wyraźnie zniekształcony. Podobnie

rzecz się ma w odniesieniu do zachowań społecznych i umiejętności porozumiewania się z otoczeniem. Głęboka wieloraka niepełnosprawność „oznacza skrajne trudności we wszystkich aspektach życia” (A. Fröhlich 1998, s. 11).

W interpretacji zjawiska niepełnosprawności wielozakresowych można wyróżnić cztery koncepcje: medyczną, wieloczynnikową, pedagogiczną i zintegrowaną.

Koncepcja medyczna zakłada poznanie czynnika/czynników, który/które spowodował/y niepełnosprawność oraz szczegółową, wnikliwą analizę obrazu klinicznego zaburzeń rozwoju i ich konkretnych objawów/symptomów. Na bazie danej analizy określa możliwości oddziaływań specjalistycznych, rehabilitacji, edukacji oraz terapii osoby wielorako niepełnosprawnej (E. Broekaert 1988, 1989). Zwolennicy niniejszej koncepcji, bazując na etiologii zaburzeń złożonych, sygnalizują następujące fakty:

- różne dysfunkcje rozwojowe mogą być efektem działania tego samego czynnika,
- z czasem pojawiają się zaburzenia wtórne, które są pochodną nawarstwiania się problemów rozwojowych,
- konkretna wada wywołuje swoiste samej sobie dysfunkcje rozwojowe.

Krytycy omawianych założeń teoretycznych zarzucali im brak klarownych, jednorodnych kryteriów pozwalających na włączenie konkretnej osoby do grupy osób z zaburzeniami wielozakresowymi. Zastanawiano się na przykład, czy zaburzenia rozwoju funkcji motorycznych u głębiej upośledzonych umysłowo są rezultatem uszkodzeń intelektualnych, czy samodzielnym uszkodzeniem tworzącym podstawy do włączenia danej osoby do kategorii niepełnosprawnych z zaburzeniami złożonymi. To pozwoliło na opracowania sugestii, w myśl której do osób z zaburzeniami złożonymi zalicza się osoby z poważnymi wadami rozwojowymi, konsekwencje których występują w różnorodnych sferach funkcjonowania jednostki i często są przyczyną bardzo niskiego poziomu rozwoju oraz ograniczenia samodzielności. Są to więc braki intelektualne, motoryczne lub sensoryczne dodatkowo pogłębione chorobami przewlekłymi czy zaburzeniami neurologicznymi.

Koncepcja medyczna zakładała niemożność wpływu na wady rozwojowe, bezsilność wobec ich następstw, brak wiedzy co do możliwości leczenia.

Koncepcja wieloczynnikowa pojawiła się jako alternatywna wobec koncepcji medycznej. Jej zwolennicy (G. van Pelt, A. Bemelmans 1973) podkreślali fakt, że niepełnosprawność jest nie tyle problemem medycznym, ile społecznym. Człowiek nie żyje w izolacji od innych osób, jest członkiem określonych grup społecznych, z którymi wstępuje w różnorodne ilościowo i przede wszystkim jakościowe interakcje. Dzięki takiej interpretacji C. G. A. de Jong (1986) opracował cztery modele zjawiska zaburzeń wielozakresowych:

- **model sumy** – dwie lub więcej wad rozwojowych oraz ich skutki są sumowane. Oznacza to, iż w przypadku dwóch lub więcej dysfunkcji można spodziewać się określonych problemów rozwojowych będących pochodną tych wad;
- **model iloczynu** – konsekwencje wad tworzących zaburzenie złożone są mnożone, gdyż powodują znacznie więcej problemów rozwojowych niż wykazuje ich proste zsumowanie;

- **model schodów** – zwraca uwagę nie tyle na wady budujące obraz zaburzenia złożonego, ile na funkcjonowanie jednostki nimi dotkniętej, a szczególnie obszary najsilniejsze i najsłabsze, kolejno są one analizowane pod kątem czynników powodujących określony stan rzeczy i możliwości oddziaływań terapeutycznych;
- **model koła** – zgodnie z danym modelem dwie lub więcej wad w sposób szczególny wpływają nie tylko na funkcjonowanie człowieka, ale także na siebie wzajemnie.

Zdaniem C. G. A. Jonga (1986) wykorzystanie terminu zaburzenia wielozakresowe możliwe jest wówczas, kiedy spełnione są trzy warunki:

- występują minimum dwa zaburzenia rozwojowe o charakterze patologicznym;
- istnieją specjalne metody, formy i środki oddziaływań specjalistycznych dające możliwości realizacji pracy rehabilitacyjnej i edukacyjnej wobec osoby dotkniętej dysfunkcjami złożonymi;
- w praktyce pedagogicznej wypracowano standardy kompensacji ograniczeń wchodzących w skład zaburzeń złożonych (np. alfabet brajla, symbole jednoznaczne).

Koncepcja pedagogiczna (A. de Block, L. Martens 1983) za podstawę do podjęcia rehabilitacji i edukacji osoby z zaburzeniami złożonymi przyjmuje jej możliwości i potrzeby rozwojowe. Stara się uczynić osobę niepełnosprawną aktywnym budowniczym, konstruktorem własnego rozwoju. T. Oura, biorąc pod uwagę teorie rozwoju człowieka C. Freineta i R. J. Rodgersa, zweryfikował binarną strukturę interakcji pomiędzy wychowawcą a wychowankiem, wskazując na to, że o kontakcie, interakcjach można mówić tylko wówczas, kiedy istnieje określony temat tegoż kontaktu, tych interakcji. Zdaniem autora binarne interakcje blokują rozwój dziecka, dlatego należy przechodzić w procesie wspomaganie rozwoju osoby wielorako niepełnosprawnej od diady do triady przy organizowaniu jej edukacji. Triadę tworzą bowiem zarówno wychowanek/podopieczny, jak i wychowawca/terapeuta oraz konkretna sytuacja wychowawcza wraz z jej elementami.

W koncepcji pedagogicznej zasadniczą rolę odgrywa praktyczne doświadczenie świata i kontakt osoby wielorako niepełnosprawnej z naturalnymi przedmiotami czy zjawiskami, mniejsze znaczenie mają teoretyczne podstawy oddziaływań specjalistycznych. Pracując z osobą z niepełnosprawnością sprzężoną, szczególną uwagę powinno się zwrócić na jej zachowanie, gdyż to ono jest swoistym kodem potrzeb rozwojowych takiego człowieka, a jednocześnie specyficznym weryfikatorem efektów terapii.

Koncepcja zintegrowana – w ramach tej koncepcji podejmowane są próby stworzenia metateorii zaburzeń złożonych łączącej w sobie wszystkie dotychczasowe podejścia do tego zjawiska. Koncepcję zintegrowaną cechuje globalizm w interpretowaniu etiologii, objawów, specyfiki funkcjonowania oraz rehabilitacji i edukacji osób z zaburzeniami wielozakresowymi wyrażający się między innymi w próbach wypracowania ogólnych zasad ich rehabilitacji oraz uczenia tych osób poprzez doświadczenie praktyczne.

Przestawione powyżej rozważania na temat niepełnosprawności sprzężonej doprowadzają – niestety – do wielce przykłej konotacji w kwestii organizacji specjalnej pomocy oraz jakości tej pomocy w wymiarze zarówno krajowym, jak i ogólnoświatowym. Nadmienić należy, iż istnieje grupa ludzi doświadczających stanu anomalii złożonych, która zdołała się wyzwolić z tej jakże niechlubnej prawidłowości – daną grupę tworzą osoby z równoczesnym, poważnym uszkodzeniem słuchu i wzroku, ogólnie określane mianem głuchoniewidomych.

Zagadnienie opieki, rehabilitacji, kształcenia i wychowania głuchoniewidomych bez wątplenia należy percypować jako problem złożony, niejednoznaczny, skomplikowany w wymiarze medycznym, psychopedagogicznym i społecznym. Znajduje się ono bowiem na pograniczu tyflopedagogiki i surdopedagogiki, tj. dwóch subdyscyplin pedagogiki specjalnej obejmujących swoim oddziaływaniem osoby ze zróżnicowanymi uszkodzeniami zmysłów. Jest jednak zagadnieniem jakościowo oraz merytorycznie odmiennym, tak jak odmienną kategorią ludzkiej niepełnosprawności jest głuchoślepotą.

Głuchoniewidomi jako przykład działań na rzecz rehabilitacji i edukacji osób z niepełnosprawnością sprzężoną (ujęcie historyczne)

Osoby głuchoniewidome, podobnie jak i inne osoby z niepełnosprawnością wielozakresową, przez wiele stuleci istnienia cywilizacji pozostawały w cieniu zainteresowań teoretyków i praktyków pedagogiki specjalnej. Aczkolwiek sukcesy wybitnych głuchoniewidomych: Laury Bridgman, Oliwera Casweil, Heleny Keller, Marii i Marty Heurtin, Olgi Skorochodowej sugerowały ogromne, niewyobrażalne możliwości rozwojowe ludzi pozbawionych wzroku i słuchu jednocześnie.

Próby objęcia głuchoniewidomych zorganizowaną specjalną opieką podejmowali przedstawiciele duchowieństwa, szczególnie kościołów chrześcijańskich, w dobroczynnych instytucjach podlegających różnym organizacjom kościelnym: przytułki, domy opieki, szpitale. W owych instytucjach nie organizowano głuchoniewidomym żadnej specjalnej edukacji, sądząc, iż są głęboko niepełnosprawni intelektualnie, koncentrowano się wyłącznie na działalności opiekuńczej. Pierwsze informacje na temat istnienia głuchoniewidomych w społeczeństwie, a także specyficznego sposobu traktowania tych osób, tj. identyfikowania ich z osobami poważnie upośledzonymi umysłowo, pochodzą z końca XVIII wieku. We wspomnianym czasie w Anglii zebrało się specjalne konsylium lekarskie po to, by ocenić możliwości rozwojowe głuchoniewidomego chłopca – Jamesa Mitchalla. Jakież mogło być orzeczenie nie trudno się domyślić – uznano, że niemożliwe jest nauczenie go czegokolwiek, z uwagi na głębokie uszkodzenie intelektu.

Realna perspektywa organizacji specjalnej instytucjonalnej pomocy rehabilitacyjno-edukacyjnej głuchoniewidomym pojawiła się dopiero wówczas, kiedy dr Samuel Gridley Howe (1801–1876) – dyrektor Instytutu Perkinsa w Bostonie (USA), w roku

1837 stworzył metodę nawiązywania kontaktu z głuchoniewidomą dziewczynką Laurą Bridgman (1829–1889). Szkoła Perkinsa w Bostonie rozpoczęła swoją działalność w roku 1829 z inicjatywy Generalnej Komisji zajmującej się komunikacją masową. Wychowankami szkoły zostały dzieci niewidome oraz słabo widzące (aktualnie Instytut Perkinsa mieści się w Watertown pod Bostonem, gdzie został przeniesiony w roku 1912) (<http://www.spedschools.com/schools/perkins.html>).

Pierwszą osobą głuchoniewidomą, wobec której zastosowaną specjalną instytucjonalną rehabilitację i edukację – jak podano wyżej – była Laura Bridgman. Straciła wzrok i słuch w wieku 2 lat i 2 miesięcy. Mając lat 8 została podopieczną Szkoły Perkinsa. I ten oto moment uważany jest za początek pedagogiki głuchoniewidomych – surdotyflop pedagogiki. Laura jest w historii surdotyflop pedagogiki pierwszym głuchoniewidomym dzieckiem, którego rehabilitacja przyniosła znaczące dodatnie efekty. Dzięki swojemu nauczycielowi zdołała, na podstawowym poziomie, opanować umiejętność pisania, czytania, podstawy geografii, przyrody, historii i matematyki. W edukacji dziewczynki skoncentrowano się głównie na zagadnieniu komunikacji. Działania na rzecz rozwijania umiejętności komunikacyjnych polegały na przyklejaniu do przedmiotów codziennego użytku (łyżka, nóż, klucz itp.) kartek z ich nazwami wytłoczonymi z wypukłych liter czarnodrukowych alfabetu łańcusińskiego. Poznając jednocześnie konkretny przedmiot i napisaną na kartce jego nazwę Laura stopniowo uświadomiła sobie, że wszystko, co znajduje się w otoczeniu i ma w nim miejsce posiada adekwatne, stosowne określenie. Kolejno dziewczynka opanowała umiejętność dobierania do podanego przedmiotu kartki z odpowiednim napisem. Następny etap kształcenia Laury dotyczył syntezy pojedynczych liter we właściwe słowa. Pojęła, że każdy przedmiot ma swoje określenie. Tak stworzono podstawy do nawiązywania przez Laurę, rozwijania i doskonalenia interakcji z innymi ludźmi za pomocą mowy niewerbalnej. Dodatkowo nauczyła się czytać litery wypukłe. Nie potrafiła jednak mówić głosem. Opanowała język migowy używany przez osoby głuche, który odbierała dotykiem – do ręki (K. Jernigan 1994, s. 70).

Kolejną (najwybitniejszą jak dotychczas) postacią w rozwoju surdotyflop pedagogiki jest Helena Keller (1880–1968). W wyniku zapalenia mózgu straciła całkowicie wzrok i słuch, mając zaledwie 19 miesięcy. Od 7-ego roku życia była poddana stosownej rehabilitacji i edukacji realizowanej przez specjalnie oddelegowaną ze szkoły Perkinsa nauczycielkę Annę Sullivan Macy. Kształcenie odbywało się w środowisku domowym. W pracy z Heleną Keller Anna Sullivan zastosowała metodę jednoręcznego alfabetu dla głuchoniewidomych wykorzystującą znaki daktylograficzne języka migowego przekazywane do ręki. Dzięki takiej metodzie Helena Keller stosunkowo szybko opanowała umiejętność pisania, czytania, poznała podstawy różnych dyscyplin wiedzy. W wieku 14 lat rozpoczęła edukację w szkole dla głuchoniemych w Nowym Jorku, mając lat 16 w żeńskim gimnazjum w Cambridge. Cztery lata później została studentką Uniwersytetu Harwardzkiego, gdzie uzyskała doktorat z filozofii. Poza językiem angielskim czynnie, na w miarę komunikatywnym poziomie, opanowała język francuski i niemiecki oraz nieco słabiej łacinę i grekę. Bardzo aktywnie uczestniczyła w życiu publicznym. Niosła pomoc, dobre słowo i wsparcie nie tylko osobom

niepełnosprawnym. Podtrzymywała na duchu rannych w czasie pierwszej i drugiej wojny światowej żołnierzy. Cieszyła się szacunkiem i uznaniem znakomitych postaci ze świata nauki, polityki, kultury żyjących w czasach jej współczesnych (należeli do nich np.: M. Ghandi, Ch. Chaplin, W. Churchill, D. Eisenhower, M. Twain i inni). Do grona jej najbliższych przyjaciół należał dyrektor Instytutu Perkinsa dr Alexander Graham Bell. Helena Keller jest autorką wielu prac o charakterze popularnonaukowym i naukowym, w tym biograficznej pt. *Historia mojego życia*, którą zadeedykowała właśnie A. G. Bellowi.

W Europie pierwsze kroki w kształceniu dzieci głuchoniewidomych podjęto we Francji. Stało się to w roku 1860 w Zakładzie dla Głuchoniemych Dziewcząt prowadzonym przez siostry zakonne Notre Dame w Larnay koło Poitiers. Zakład zaczął swoją działalność w roku 1833. Do roku 1847 funkcjonował w Poitiers, potem został przeniesiony do Larnay (5 km od Poitiers). Pierwszą próbę edukacji głuchoniewidomego dziecka w Ośrodku w Larnay – Germaine Cambon (zmarła w roku 1877) podjęła siostra Sainte-Médulle. W roku 1875 do zakładu przyjęto kolejną głuchoniewidomą Martę Obrecht (głuchoniewidoma od 3 roku życia ofiara wojny francusko-niemieckiej). Nauczanie Marty Obrecht – po śmierci siostry Sainte-Médulle – powierzono siostrze Sainte Marguerite. W roku 1895 do zakładu w Larnay trafia następna głuchoniewidoma dziewczynka – Maria Heurtin (10-letnia wówczas, głuchoniewidoma od urodzenia; zmarła na odrę w wieku 36 lat w roku 1921). Siostra Sainte Marguerite kształcenie Marii rozpoczęła od poznawania nazw przedmiotów codziennego użytku przekazywanych za pośrednictwem języka migowego do ręki. Po czym, przystąpiła do nauki czytania i pisania pismem wypukłym i zapoznania uczennicy z podstawami wiedzy o świecie przyrodniczym i społecznym. Nie udało się nauczyć Marii mowy dźwiękowej. W roku 1910 do klasztoru w Larnay przyjechała 8-letnia, także głuchoniewidoma od urodzenia Marta Heurtin – siostra Marii. Opiekę nad Martą sprawowała siostra Saint Louis. Edukacją tego dziecka zajęła się siostra Louis, która przede wszystkim przystąpiła do działań związanych z uświadomieniem Marcie faktu, że między przedmiotem a jego znakiem istnieje ścisły związek – znak jest jednocześnie nazwą przedmiotu. Od początku pracy z Martą siostra Louis wprowadziła daktylografię, pismo zwykłe, mowę dźwiękową. Marta bardzo szybko opanowała daktylografię. Trudniejsze okazało się opanowanie mowy dźwiękowej. Pod koniec pierwszego roku pobytu w zakładzie przystąpiono do nauki gramatyki. Stopniowo rozwijała się w Marcie iskra żądzy wiedzy. Tak, jak jej zmarła siostra, porozumiewała się z otoczeniem za pomocą mimiki, daktylografii, pisma brajla, pisma czarnodrukowego oraz mowy dźwiękowej i pisma maszynowego. Pisała z uwzględnieniem zasad ortografii, znała gramatykę, na dobrym poziomie geografii Francji i świata, historię, Stary i Nowy Testament.

W roku 1927 w zakładzie w Larnay przebywało 95 głuchoniemych, 40 niewidomych i 10 głuchoniewidomych dziewcząt. W czasie wolnym podopieczne klasztoru wyplatały krzesła, wykonywały robótki z nitek, sznurka, robótki na drutach i szydełkiem, wyszywały między innymi szaty liturgiczne (M. Grzegorzewska 1928). O atmosferze panującej w Larnay M. Grzegorzewska pisała następująco:

Niesłuchanie uprzejma i serdecznie dobra siostra Saint Louis zaczęła swą pracę od zapoznania mnie z kilkoma siostrami, prowadzącymi dział głuchociemnych i niewidomych, oraz oprowadzenia mnie po wszystkich zabudowaniach klasztoru i ogrodzie. Ponieważ nadszedł czas przedwieczornego nabożeństwa poprosiła mnie, abym zaszła do kościoła. [...] Nagle drzwi wejściowe cicho się rozchyłają i wolno zaczynają napływać szeregi dzieci i dorosłych głuchoniemych, potem niewidomych i w końcu wchodzi 10 znanych mi już z widzenia istot głuchociemnych, każda za rękę z towarzyszką głuchoniemą. [...] Wszystkie zmierzają zdecydowanym ruchem do swych miejsc – widać, że znają je dobrze. [...] Zaczyna się nabożeństwo; śliczny śpiew niewidomych podnosi nastrój modlących się. Po pewnym czasie śpiew zanika – ksiądz ze stopni wielkiego ołtarza zaczyna mówić kazanie. [...] Z obu stron obok kapłana stoją dwie zakonnice w zwykłych swoich habitach i jednocześnie z księdzem szeptem, ale wyraźnie artykułując, mówią słowa kazania do tych głuchych, które już mówią i z ust czytać umieją. Dalej w środku kaplicy, wsparta o filar stoi zakonnica, która jednocześnie z płynącymi z ust kapłana słowa kazania, miga je dla tych głuchoniemych, które z ust odczytywać nie umieją. Te trzy zakonnice w białych kornetach, pod filarami kaplicy, jak żywe anioły „mówią” słowa księdza różnymi sposobami. A tam, najdalej od wielkiego ołtarza i kapłana, dzieją się jeszcze większe misteria, dziewczęta głuchonieme „odczytując” z ust zakonnicy lub z ich migów słowa księdza jednocześnie „mówią” je rękami do rąk głuchociemnych towarzyszek swoich (M. Grzegorzewska 1928, s. 170–171).

Pod koniec XIX wieku programy kształcenia głuchoniewidomych dzieci opracowano również w Niemczech (Babelberg) i Włoszech (Neapol, Instytut dla Dzieci Niewidomych).

W Rosji pierwszą (początkowo trzyosobową, powiększoną wkrótce o dodatkowe 4 osoby) grupę głuchoniewidomych zorganizowano w roku 1909 w Petersburgu. Aczkolwiek już od roku 1894 w przytułku dla dzieci z wielozakresowymi zaburzeniami im. Matki Bożej prowadzonym przez E. K. Graczową (także w Petersburgu) przebywało kilkoro głuchoniewidomych głęboko niepełnosprawnych dzieci. W ich edukacji wykorzystywano mowę dźwiękową w połączeniu z językiem migowym. Dzieci były pod stałą opieką pielęgniarską oraz lekarską – lekarza ogólnego i okulisty. Za pierwszą osobę głuchoniewidomą poddaną specjalistycznej rehabilitacji w Rosji uważa się Alekseja Fiedosowa. W roku 1911 utworzono następną – pięcioosobową grupę głuchoniewidomych dzieci z równocześnie współwystępującymi innymi niepełnosprawnościami, przede wszystkim upośledzeniem umysłowym. Po rewolucji 1917 roku szkoła dla głuchoniewidomych została zamknięta. Dzieci przeniesiono do Pietrogradzkiego Instytutu Otolaryngologii. W roku 1923 z inicjatywy I. A. Sokołańskiego (1889–1960; skonstruował specjalne pomoce ułatwiające głuchoniewidomym dzieciom zdobywanie informacji o otoczeniu i komunikację: telefon brajlowski, maszynę czytającą teksty płaskie, mechaniczny komunikator; wychowanką I. A. Sokołańskiego była między innymi Olga Skorochodowa – 1914–1982) przy Szkole dla Niewidomych w Charkowie utworzono Szkołę-Klinikę dla Głuchoniewidomych. W czasie okupacji hitlerowskiej Charkowa w Szkole-Klinice Niemcy zorganizowali sztab dowodzenia wojskami. Dzieci wywieziono z miasta do prywatnego domu pod Charkowem. Jeszcze w czasie wojny dom spłonął,

a znajdujące się w nim dzieci zginęły w pożarze. Z przedwojennego składu osobowego szkoły ocalały dwie osoby – głuchoniewidoma dziewczynka – Masza Sokół i I. A. Sokolański (w czasie pożaru przebywali na wakacjach).

Po wojnie, począwszy od roku 1947, I. A. Sokolański podjął kolejne działania na rzecz organizacji placówki edukującej głuchoniewidome dzieci. Były one skoncentrowane przy Instytucie Defektologii Akademii Nauk w Moskwie, a właściwie przy laboratorium zajmującym się problemami rehabilitacji głuchoniewidomych. Dyrektorem tegoż laboratorium do roku 1960 był właśnie I. A. Sokolański.

Po roku 1960 pracę Sokolańskiego kontynuował A. I. Mieszczeriakow (1923–1974). Dzięki jego staraniom w roku 1963 rozpoczął swoją działalność Dom dla Głuchoniewidomych Dzieci w Zagorsku (obecnie Seirgiejew Posad).

Edukację głuchoniewidomych dzieci w Zagorsku oparto na systemie grupowym. Dzieci kwalifikowano do konkretnej grupy, z uwzględnieniem poziomu funkcjonowania oraz rodzaju i stopnia uszkodzenia zmysłów słuchu i wzroku. Przyjmowano wyłącznie osoby w normie intelektualnej.

Pierwszą placówką w Polsce, która podjęła się kształcenia głuchoniewidomych dzieci był Zakład dla Dzieci Niewidomych w Laskach. Stało się to w latach 50. XX wieku, dokładnie w roku szkolnym 1953/1954. W tym to właśnie czasie do Zakładu przyjęto czternastoletnią wówczas Krystynę Hryszkiewicz (przebywała w Laskach przez 8 lat). Bazując jednak na informacjach siostry Emmanueli Jezierskiej można zauważyć, iż jeszcze w roku 1938 w placówce tej przez rok kształciła się 10-letnia głuchoniewidoma Helena Romanowska. Wybuch wojny przerwał jej edukację. Helena Romanowska prawdopodobnie zginęła podczas działań wojennych (przebywała wówczas w domu rodzinnym w Warszawie). Po wojnie ślad po niej zaginął. Przed wojną w Zakładzie w Laskach edukowano także 17-letnią głuchoniewidomą dziewczynkę Barbarę Sobieską (stopniowo, począwszy do 14 roku życia, zaczęła tracić wzrok, a następnie słuch). Zanim trafiła do Lasek, jako widząca i słysząca, skończyła 7-letnią szkołę podstawową masową. Opanowała werbalny sposób porozumiewania się z otoczeniem. W Laskach nauczyła się alfabetu brajla oraz mowy do ręki. Błyskawicznie odbierała, ze zrozumieniem, wszystko, co do niej mówiono lub czytano. Zmarła w wieku 22 lat. Do samej śmierci, dzięki specjalnym metodom komunikacji, była w kontakcie z otoczeniem (E. Jezierska 1972). Bardziej szczegółowe informacje na temat rehabilitacji Heleny Romanowskiej i Barbary Sobieskiej zostały niestety bezpowrotnie utracone w czasie działań wojennych.

Opiekę edukacyjno-rehabilitacyjną nad K. Hryszkiewicz w ośrodku w Laskach powierzono siostrze Emmanueli Jezierskiej. Krystyna Hryszkiewicz straciła słuch, wzrok oraz początki dość dobrze już rozwiniętej mowy dziecięcej w wyniku zapalenia opon mózgowych z recydywą w wieku 15 miesięcy. Czynnikiem, który doprowadził u Krystyny Hryszkiewicz do utraty zmysłów słuchu i wzroku prawdopodobnie wywołał także jej dużą nerwowość. Nie pozwoliło to na włączenie Krystyny w życie społeczne. W nauczaniu dziewczynki stosowano język migowy, mowę do ręki (daktylografię do ręki), pismo brajla, mowę werbalną. W proces edukacyjny włączano wypracowane w środowisku rodzinnym proste znaki znane

wyłącznie najbliższym. Dziewczynka wkrótce pojęła, że wszystko może być określone mową „do ręki”. Znacząco powiększał się jej zasób słownictwa i poszerzała wiedza o świecie zewnętrznym. Jednocześnie zaczęto nauczać ją pisma brajla. Bazując na etykietowaniu przedmiotów oraz kojarzeniu pisma brajla z mową „do ręki”, przystąpiono do nauki pisania i czytania. W ciągu 9 miesięcy Krystyna nauczyła się czytać i pisać proste teksty związane z jej życiem codziennym. Doskonalamo jej styl wypowiedzi pisemnych. Po dwóch latach mogła czytać opowiadania złożone z około 20 zdań. Na ogół były to teksty specjalnie pisane wyłącznie dla niej. Treść opowiadań dotyczyła świata roślin, zwierząt, dróg, pól, podróży, życia na wsi i w mieście, pracy ludzi, różnych rzemiosł i zawodów, zakupów, bogactwa i biedy. Słownik Krystyny po trzech latach przebywania w Zakładzie liczył ok. 2100 słów. Przy nauczaniu mowy werbalnej wykorzystywano umiejętność odczuwania wibracji oraz dostępne w owym czasie urządzenia i pomoce wypukłe. Głoski naśladowała z różnym skutkiem. Opanowała sporo słów mówionych, które wypowiadała bardziej lub mniej zrozumiale. Krystyna używała mowy dźwiękowej tylko w sytuacjach, gdy nie mogła pojąć znaków „do ręki”. Ponadto w dany sposób komunikowała się z ojczymem, który z dobrym rezultatem rozumiał jej mowę. Przyswoiła szereg pojęć abstrakcyjnych: myślę, wiem, nie wiem, chcę, zapomniałam, kocham, uczę się. Nauczanie danych pojęć realizowano w konkretnych sytuacjach życia codziennego, np. tęsknota za domem rodzinnym. Nie były jej obce również pojęcia moralne. Wykazywała wrażliwość na zło i dobro. Okazywała zrozumienie wobec innych ludzi. Podobnie w naturalnych kontekstach sytuacyjnych kształtowano pojęcia przymiotnikowe: zła, dobra, smutna, wesoła, uparta, pracowita, leniwa itd. Nie udało się, mimo ogromnego wysiłku i ciężkiej pracy, wdroyć Krystyny w życie społeczne jako jednostki odpowiedzialnej za siebie i innych ludzi (E. Jezierska 1972). Aktualnie Krystyna Hryszkiewicz przebywa w domu pomocy społecznej dla niewidomych kobiet w miejscowości Żułów.

Wsparcie społeczne, rehabilitacja i edukacja osób głuchoniewidomych we współczesnym świecie

Wypracowane przez lata poszukiwań rozwiązania działań praktycznych na rzecz edukacji głuchoniewidomych pozwoliły wielu krajom świata zbudować narodowe systemy wychowania, kształcenia oraz rehabilitacji danej kategorii osób niepełnosprawnych. Konstruowanie tych systemów uwarunkowane było również sytuacją geograficzną, historią, tradycją, statusem ekonomicznym, poziomem rozwoju poszczególnych społeczeństw i liczebnością populacji głuchoniewidomych.

Szczególne zainteresowanie kwestią wsparcia edukacyjno-rehabilitacyjnego dzieciom i młodzieży z głuchoślepotą wrodzoną pojawiło się w Stanach Zjednoczonych w połowie lat 60. ubiegłego stulecia, kiedy po wielkich epidemiach różyczki przyszło na świat aż około 30 000 dzieci, z czego większość posiadała poważne wady zmy-

słów słuchu i wzroku. W 1969 rok Kongres Stanów Zjednoczonych przyjął ustawę, na mocy której powołano centra i urzędy do spraw głuchoniewidomych dzieci. Podlegały one pod amerykańskie prawo publiczne. W ustawie dotyczącej opieki nad głuchoniewidomymi dziećmi zaznaczono, że należą do szczególnie potrzebujących specjalistycznej pomocy, troski, specjalnego kształcenia i rehabilitacji oraz odmiennych metod wspomaganie rozwoju. W ciągu kolejnych 10 lat około 5000 dzieci rocznie włączano w proces edukacji w szkołach specjalnych i publicznych. W latach, o których mowa, mimo że zasięg różyczki matczynej uległ minimalizacji liczba dzieci poróżyckowych nie zmalała. Minimalizacji natomiast uległy środki przeznaczane na ich kształcenie, z 16 milionów dolarów w latach 70. XX wieku do 12,5 miliona dolarów w latach 90. W latach 80. ubiegłego stulecia w USA oficjalnie zatwierdzono podstawowe świadczenia na rzecz dzieci głuchoniewidomych. Do tego czasu wspierane one były przez fundusze federalne. Świadczenia te objęły także specjalistyczną pomoc rodzinom, rehabilitację dzieci w miejscu zamieszkania (zajęcia z rozwijania resztek wzroku, słuchu, z orientacji w przestrzeni, rehabilitacji zawodowej) oraz wydatki na przygotowanie kadry specjalistów. W roku 1986 z funduszy federalnych wycofano środki przeznaczone na rzecz rodzin i specjalistów pracujących z głuchoniewidomymi dziećmi. Przeniesiono je do budżetu poszczególnych stanów i ulokowano wśród pieniędzy przeznaczonych na wspomaganie rozwoju takich dzieci. W czasie wdrażania w Stanach Zjednoczonych reformy systemu kształcenia upośledzonych dzieci, na mocy ustawy o edukacji upośledzonych z roku 1989, powołano do życia Narodowe Stowarzyszenie Głuchoniewidomych. W jego skład weszli sami głuchoniewidomi, rodzice głuchoniewidomych dzieci i specjaliści pracujący z daną kategorią osób niepełnosprawnych. Celem stowarzyszenia, oprócz okazywania wszechstronnego wsparcia głuchoniewidomym w różnych dziedzinach życia, było także przeciwstawienie się tendencji edukacji takich dzieci w szkołach masowych i integracyjnych. Działania stowarzyszenia zakończyły się sukcesem w postaci poparcia przez Kongres Stanów Zjednoczonych prawa rodziców głuchoniewidomych dzieci do wyboru formy i programu edukacji swojego dziecka. W taki oto sposób zrodził się obecny system edukacji i rehabilitacji głuchoniewidomych w Stanach Zjednoczonych.

Aktualnie system kształcenia i wychowania osób głuchoniewidomych w Stanach Zjednoczonych obejmuje całe ich życie (od momentu przyjścia na świat lub diagnozy niepełnosprawności do śmierci). Zadania rozwiązywania problemów opiekuńczo-wychowawczo-rehabilitacyjnych spoczywa na Instytucie Perkinsa oraz szkołach stanowych. Jeśli idzie o Szkołę Perkinsa to przebywają w niej dzieci głuchoniewidome do 21–22 roku życia. Obejmuje specjalistyczną rehabilitacją osoby z uszkodzeniem wzroku, głuchoniewidome, z wadami wzroku oraz innymi współwystępującymi niepełnosprawnościami w postaci dysfunkcji narządów ruchu, upośledzenia umysłowego, autyzmu. Rocznie w placówce przebywa około 200 dzieci. Szkoła pracuje w systemie całodobowym przez 11 miesięcy, 235 dni w roku kalendarzowym. W celu wyposażenia wychowanków w odpowiedni zasób wiedzy ogólnej i umiejętności praktyczne, niezbędne w pokonywaniu problemów życia codziennego, opracowano specjalne programy edukacyjne dostosowane do potrzeb i możliwości każdego dziecka. Na indywidualne potrzeby stworzono również programy kształcenia integracyjnego.

W Instytucie Perkinsa realizowanych jest 9 programów edukacyjnych odniesionych do:

1. Wczesnego rozwoju (0–3 lata).
2. Okresu przedszkolnego (3–5 lat).
3. Okresu szkoły podstawowej (6–15 lat).
4. Okresu szkoły ponadpodstawowej (15–22 lata).
5. Dzieci głuchoniewidomych z dodatkowymi niepełnosprawnościami (5–22 lata).
6. Zagadnień kształtowania umiejętności komunikacyjnych.
7. Zagadnień związanych z realizacją czynności dnia codziennego.
8. Problemów psychoterapii osób tracących sprawność.
9. Zagadnień rehabilitacji zawodowej.

Cztery ostatnie propozycje odnoszą się do osób z niepełnosprawnością nabytą w późniejszym okresie życia.

Od kilku lat w Instytucie Perkinsa mogą kształcić się niepełnosprawni z innych krajów, z którymi władze placówki podpisały stosowne umowy o współpracy. Instytut prowadzi także szeroko zakrojoną działalność na rzecz kształcenia kadry specjalistów do pracy z osobami głuchoniewidomymi prawie we wszystkich krajach świata (por. <http://www.spedschools.com/schools/perkins.html>).

Dodatkowo, oprócz możliwości opieki i wychowania w instytucji wysoce specjalistycznej, jaką jest Instytut Perkinsa w USA, głuchoniewidome dzieci mają możliwość kształcenia integracyjnego w szkołach publicznych. Klasy w tych szkołach liczą od 12 do 20 uczniów. Dzieci głuchoniewidome posiadają w takich szkołach trzech opiekunów: nauczyciela prowadzącego lekcje z całą klasą, nauczyciela indywidualnego i tzw. koordynatora merytorycznego, zabiegającego o to, by wszystkie niepełnosprawne dzieci uczące się w konkretnej szkole realizowały program adekwatny do ich indywidualnych potrzeb rozwojowych, aby posiadały właściwe pomoce dydaktyczne i sprzęt rehabilitacyjny.

Po opuszczeniu Instytutu Perkinsa lub ukończeniu szkoły masowej osoby głuchoniewidome kierowane są albo do Specjalnego Ośrodka Rehabilitacyjnego im. Heleny Keller w Nowym Jorku, albo otrzymują własne domy, znajdujące się wśród osiedli dla osób pełnosprawnych. W każdym takim domu (odpowiednio wyposażonym, zwłaszcza w sprzęt ułatwiający komunikację mieszkają) umieszcza się grupy nie większe niż 6-osobowe. Jednocześnie głuchoniewidomi mają zapewnioną stałą opiekę i rehabilitację.

W Rosji ciężar edukacji i rehabilitacji głuchoniewidomych dzieci spoczywa przede wszystkim na Ośrodku w Zagorsku, chociaż indywidualnego kształcenia danej kategorii uczniów niepełnosprawnych podejmują się również szkoły dla dzieci głuchych i niewidomych. Od kilku lat Ośrodek w Zagorsku przyjmuje (wbrew wcześniejszym założeniom opracowanym przez I. A. Sokolańskiego i A. I. Mieszczeriakowa) także dzieci z innymi typami złożonych niepełnosprawności, nie tylko z wyłącznym jednoczesnym uszkodzeniem słuchu i wzroku). Z podopiecznymi dziećmi pracuje kadra wysoko wykwalifikowanych specjalistów: tyflopedagogów, surdopedagogów, psychologów, rehabilitantów itd. W ośrodku w Zagorsku głuchoniewidome dzieci podzielone są na kilkusobowe grupy:

przedszkolne, przygotowania do podjęcia edukacji szkolnej, szkolne – z uwagi na poziom funkcjonowania oraz wiek. Dzieci uczące się w klasach młodszych realizują następujące przedmioty nauczania: rozwijanie słuchu, technika, matematyka, rozwijanie mowy, poznawanie świata przedmiotów, czytanie, wychowanie fizyczne – oraz zajęcia dodatkowe: rytmika, plastyka, tkactwo, orientacja w przestrzeni. Uczniowie klas starszych: rozwijanie mowy, matematyka, literatura, biologia, tkactwo, wychowanie fizyczne, szycie, gospodarstwo domowe, czynności życia codziennego, język rosyjski, technika, informatyka. Dodatkowo uczniowie klas starszych korzystają z zajęć w kółkach zainteresowań, obejmujących m.in. zajęcia plastyczne, szycia, robótek ręcznych, dramatyczne, taneczne, „złota rączka”.

Szwecja jest jednym z tych państw świata, w których opieka nad osobami głuchoniewidomymi należy do najlepiej zorganizowanych. Wynika to zapewne z wysokiej stopy życiowej oraz zgromadzonego przez dziesięciolecia doświadczenia w zakresie doskonalenia różnorodnych form pomocy osobom niepełnosprawnym. Organizatorem i równocześnie koordynatorem działań na rzecz głuchoniewidomych w Szwecji jest Szwedzki Związek Głuchoniewidomych, który ma już około 50-letnie tradycje (podobny system funkcjonuje w innych krajach skandynawskich).

Jednym z nadrzędnych zadań Szwedzkiego Związku Głuchoniewidomych jest maksymalna integracja osób głuchoniewidomych ze społeczeństwem. Z myślą o takich właśnie osobach ukazuje się codziennie specjalna gazeta „Nuet” („Terazniejszość”) drukowana alfabetem brajla, powiększonym drukiem oraz nagrywana na taśmach magnetofonowych. Pismo jest finansowane ze środków Ministerstwa Spraw Socjalnych. Natomiast Szwedzkie Ministerstwo Edukacji co pewien czas – zależnie od potrzeb – organizuje 2-letnie kursy przewodników – tłumaczy dla osób głuchoniewidomych.

Szwedzki Związek Głuchoniewidomych aktywnie uczestniczy w organizacji czasu wolnego swoim podopiecznym: obozy narciarskie, rajdy rowerowe, wycieczki górskie. W każdym okręgu administracyjnym pracuje osoba odpowiedzialna za organizację klubów i lokalnych imprez dla głuchoniewidomych.

Problematyką wychowania i rehabilitacji głuchoniewidomych dzieci w Szwecji zajmuje się Szwedzki Instytut do Spraw Niepełnosprawnych. System edukacji i rehabilitacji głuchoniewidomych dzieci w tym kraju obejmuje grupy w specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych dla dzieci z wadami słuchu i wadami wzroku oraz nauczanie integracyjne w szkołach państwowych.

Podobnie jak w Stanach Zjednoczonych, również w Szwecji osoby dorosłe posiadają własne domy, odpowiednio wyposażone oraz dostosowane do indywidualnych potrzeb i możliwości. Jednocześnie znajdują się pod stałą opieką służb socjalnych i rehabilitacyjnych.

Ogólnoświatowa działalność głuchoniewidomych i na ich rzecz skupia się przy Prezydium Światowej oraz Europejskiej Unii Niewidomych w Komisji do Spraw Głuchoniewidomych. Europejska Komisja niniejszej organizacji została powołana do życia w 1985 roku. Jej posiedzenia zwoływane są raz do roku. W 1991 roku obrady Komisji odbyły się w Ośrodku Szkolenia i Rehabilitacji PZN w Bydgoszczy, rok wcześniej we Francji, w roku 1992 w Danii. Dominującym tematem posiedzeń

Komisji jest wypracowanie ogólnoeuropejskiej definicji osoby głuchoniewidomej. Co kilka lat komisje Ogólnoświatowa i Europejska organizują konferencje naukowe im. Heleny Keller. Dotychczas odbyły się one między innymi w Göteborgu (1985), Londynie (1988), Strassburgu (1992) i Osimo (1993), w Holandii (2001), w Prešov – Słowacja (2005).

Kwestie związane z zagadnieniem opieki oraz wychowania głuchoniewidomych stanowią także przedmiot zainteresowań powołanej w roku 1963 Międzynarodowej Organizacji do Spraw Edukacji Głuchoniewidomych – International Association for the Education of Deafblind People (IAEDb). Zrzesza w swoich szeregach głównie osoby zawodowo zajmujące się edukacją zarówno głuchoniewidomych dzieci, jak i dorosłych. Z inicjatywy IAEDb co cztery lata organizowane są konferencje poświęcone zagadnieniom edukacji i rehabilitacji głuchoniewidomych oraz wspomaganie ich rozwoju. Ostatnia konferencja z 2007 roku odbyła się w Perth (Australia). Asocjacja dwa razy do roku w Londynie wydaje specjalne czasopismo pt. „Review”.

Sprawy pomocy głuchoniewidomym w krajach europejskich stanowią też przedmiot zainteresowań Komisji do Spraw Głuchoniewidomych przy Zarządzie Europejskiej Unii Niewidomych. W latach 1985–2000 reprezentantem Polski w tej Komisji, a nawet jej wiceprzewodniczącym, był prezes Towarzystwa Pomocy Głuchoniewidomym – Józef Mendruń. Od roku 2000 kraj nasz w danych strukturach reprezentuje głuchoniewidoma absolwentka informatyki Uniwersytetu Warszawskiego Aneta Świercz.

Obecnie niemalże każde państwo w świecie (poza krajami Trzeciego Świata) ma specjalne programy edukacyjne dla dzieci głuchoniewidomych. Programy takie opracowano np. w: Szwecji, Francji, Niemczech, Danii, Finlandii, Hiszpanii, Holandii, Norwegii, Wielkiej Brytanii, Rosji, Polsce. Inne kraje europejskie, wzorując się na doświadczeniach zagranicznych, podjęły starania na rzecz dostosowania istniejącego systemu kształcenia do specyficznych potrzeb osób głuchoniewidomych. Podobnie kraje rozwijające się w Afryce, Azji i Ameryce Południowej z coraz większym zainteresowaniem postrzegają problemy edukacji danej kategorii niepełnosprawnych.

Wsparcie społeczne, rehabilitacja i edukacja głuchoniewidomych we współczesnej Polsce

Głuchoniewidome dzieci potrzebują szczególnej troski oraz odmiennych – z uwagi na specyfikę niepełnosprawności – form specjalnej opieki. Niestety, w naszym kraju nie tylko nie traktuje się głuchślepoty jako jakościowo odmiennego kategorii niepełnosprawności, ale również nie istnieje żadna placówka specjalistyczna przeznaczona wyłącznie dla osób z daną niepełnosprawnością. Większość dzieci, o których mowa, uczęszcza do szkół specjalnych dla dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, szkół dla dzieci z wadą słuchu lub wzroku.

We wrześniu 1985 roku w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym dla Dzieci Niewidomych i Słabo Widzących w Bydgoszczy uruchomiono pierwszy w Polsce oddział dla dzieci głuchoniewidomych. Pracę specjalistyczną zaczynało z pięciorgiem podopiecznych. Od roku 1992 w ośrodku funkcjonują trzy kilkusobowe grupy głuchoniewidomych nauczone na trzech zróżnicowanych poziomach. Indywidualne próby rehabilitacji głuchoniewidomych dzieci podejmuje również Zakład dla Niewidomych w Laskach i Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci Niewidomych i Słabo Widzących w Radomiu.

Ministerstwo Edukacji Narodowej w zarządzeniu nr 9 (1996), „W sprawie ramowych planów nauczania w publicznych specjalnych szkołach podstawowych, zasadniczych i średnich szkołach zawodowych” przedstawiło ramowy plan nauczania także dla dzieci głuchoniewidomych. Określono w nim obowiązujący tygodniowy wymiar zajęć edukacyjnych w relacji do nauczania początkowego (klasy I–IV) i nauczania przedmiotowego (klasy V–VIII). Okresowi nauczania początkowego nadano charakter całościowy – zajęcia prowadzi jeden nauczyciel. W planie nauczania ujęto także zajęcia dodatkowe z tzw. rewalidacji indywidualnej (zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze, korekcyjno-kompensacyjne, korekcji wad postawy, logopedyczne i inne), które szkoła jest zobowiązana organizować uczniom w zależności od ich potrzeb i możliwości. Dyrektora szkoły zobligowano do decydowania o przenoszeniu nauczania poszczególnych przedmiotów w całości lub częściowo do innej niż wskazana klasy, pod warunkiem, że nie zlikwiduje się żadnego z tych przedmiotów, oraz do zatwierdzania indywidualnych i eksperymentalnych planów nauczania, o ile dysponuje on środkami na ich realizację.

W nauczaniu początkowym (klasy I–IV) głuchoniewidomym uczniom zaproponowano następujące przedmioty: język polski, środowisko społeczno-przyrodnicze, matematyka, technika, plastyka, wychowanie fizyczne, orientacja przestrzenna i poruszanie się. Na ich realizację przeznaczano łącznie 22 godziny w klasie I i II, 25 godzin w klasie III oraz 26 w klasie IV. Określono tygodniowy wymiar zajęć z rewalidacji indywidualnej – po 10 godz. w każdym roku nauki. W klasach starszych (nauczania przedmiotowego) V–VIII wskazano następujące przedmioty: język polski, historia, matematyka, technika (przysposobienie do pracy), plastyka, wychowanie fizyczne, wiedza o społeczeństwie, lekcje wychowawcze. Ogółem na realizację wymienionych wyżej przedmiotów przeznaczano tygodniowo: w klasie V–VI – 26 godzin, w klasie VII – 31 godzin i w klasie VIII – 33 godziny. Uzupełnieniem tygodniowego wymiaru zajęć uczniów są zajęcia z rewalidacji indywidualnej: w klasach V–VI – 8 godzin w tygodniu i w klasach VII–VIII – 6 godzin. Zajęcia z rewalidacji indywidualnej w ogólnej, wskazanej w planie liczbie, przeznaczono na wszystkich uczniów danej klasy.

W roku szkolnym 1999/2000 w Polsce przystąpiono do wdrażania reformy systemu szkolnictwa. Polegała ona na wprowadzeniu 6-letniej szkoły podstawowej, 3-letniego gimnazjum, 3-letniej szkoły średniej, zawodowej lub klas/szkół przysposobienia do pracy. Dokonano wobec tego korekty obowiązujących planów nauczania również w odniesieniu do dzieci głuchoniewidomych. Została ona zawarta w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z 15 lutego 1999

roku, w sprawie sposobu i terminów dostosowania działalności dotychczasowych szkół podstawowych do wymogów nowego systemu szkolnego oraz tworzenia gimnazjów, i w rozporządzeniu w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych (1999). W zarządzeniu stworzono możliwość wydłużenia każdego etapu edukacji dzieci w szkole przynajmniej o rok. Co się tyczy klas I–VI, to nie wprowadzono żadnych istotnych zmian, z wyjątkiem tej, że nauczaniem całościowym objęto klasę V i VI. Nie przedstawiono natomiast ramowego planu nauczania uczniów głuchoniewidomych w specjalnym gimnazjum. Istnieje jedynie jego namiastka w postaci ramowego planu nauczania uczniów ze sprzężonymi niepełnosprawnościami lub autyzmem funkcjonujących w normie intelektualnej.

W rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z 21 maja 2001 roku w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych kształcenie gimnazjalne dzieci z zaburzeniami sprzężonymi przewiduje realizację następujących zajęć edukacyjnych: język polski – 14 godzin tygodniowo w ciągu trzech lat, historia – 6 godzin, wiedza o społeczeństwie – 3 godziny, sztuka (plastyka, muzyka) – 4 godziny, język obcy nowożytny – 9 godzin, matematyka – 14 godzin, fizyka i astronomia, chemia, biologia, geografia – po 4 godziny, technika i informatyka – po 3 godziny, wychowanie fizyczne 9 + 3 godziny, religia/etyka – 6 godzin, godziny z wychowawcą – 3, godziny do dyspozycji dyrektora – 9, alternatywne metody komunikacji – 6 godzin, zajęcia rewalidacyjne – 30 godzin.

Kolejny dokument – z 1 lutego 2005 roku (Dz.U. nr 19) zawiera podstawę programową kształcenia ogólnego dla szkół specjalnych przysposabiających do pracy dla uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym oraz dla uczniów z niepełnosprawnościami sprzężonymi. Niniejsza propozycja została dostosowana do wymogów obowiązujących kraje członkowskie Unii Europejskiej. Natomiast 7 lutego 2005 roku Minister Edukacji Narodowej i Sportu wydał nowe rozporządzenie w sprawie ramowych planów nauczania dla trzyletniej szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy wskazanych wyżej uczniów. Wymieniono w nim następujące zajęcia edukacyjne: 1) zajęcia obowiązkowe – funkcjonowanie osobiste i społeczne (po 7 godzin tygodniowo w każdej z trzech klas), wychowanie fizyczne (po 3 godziny tygodniowo w klasach I, II i III), przysposobienie do pracy (17 godzin w klasie pierwszej, 20 godzin w klasie drugiej i 22 godziny w klasie trzeciej), 2) religia/etyka (po dwie godziny tygodniowo w każdej z klas), 3) zajęcia rewalidacyjne (po 10 godzin tygodniowo w każdym roku nauki), 4) zajęcia sportowe (po 2 godziny tygodniowo na każdy rok kształcenia), 5) zajęcia kształcące kreatywność (po 2 godziny w tygodniu na poszczególne lata edukacji).

Działania na rzecz głuchoniewidomych w naszym kraju prowadzą także: Polski Związek Niewidomych (PZN) i Polski Związek Głuchych (PZG). Zasadniczo problemy głuchoniewidomych podejmuje utworzone 19 października 1991 roku Towarzystwo Pomocy Głuchoniewidomych (TPG). Wśród członków-założycieli znajdowali się pracownicy PZN, PZG, specjaliści z różnych dziedzin nauki i praktyki stykający się z głuchoniewidomymi oraz osoby głuchoniewidome dorosłe. Grupa inicjatywna liczyła 35 osób. Do podstawowych zadań Towarzystwa należy

organizacja wszechstronnej pomocy głuchoniewidomym w Polsce, a szczególnie dzieciom i ich rodzicom. Przedmiotem troski członków Towarzystwa jest rozpowszechnianie problematyki głuchoślepoty w społeczeństwie poprzez środki masowego przekazu oraz stwarzanie warunków do ich bardziej efektywnej edukacji i rehabilitacji. Zadaniem władz TPG należy dążyć do:

Rozwijania różnych form pomocy świadczonej dzieciom głuchoniewidomym oraz ich rodzicom lub opiekunom w szczególności do:

- organizowania turnusów szkoleniowo-rehabilitacyjnych,
- merytorycznego i finansowego wspierania sekcji rodziców dzieci głuchoniewidomych,
- merytorycznego, organizacyjnego oraz w miarę potrzeb i możliwości finansowego wspierania placówek oświatowych i rehabilitacyjnych prowadzących pracę z dziećmi głuchoniewidomymi, w tym również placówek PZG (Polskiego Związku Głuchych),
- uruchomienia małych ośrodków diagnostyczno-rehabilitacyjnych dla dzieci głuchoniewidomych z terenu Polski centralnej, wschodniej, południowej,
- docieranie do społeczeństwa z informacją o problemach dzieci głuchoniewidomych oraz ich rodziców (Uchwała III Walnego Zebrania Towarzystwa Pomocy Głuchoniewidomym).

Od 1985 roku PZN i TPG organizują różnego typu 2-tygodniowe turnusy rehabilitacyjne dla osób dorosłych głuchoniewidomych, w trakcie których prowadzone są zajęcia z nauki alfabetu punktowego do dłoni, pisma brajla, języka migowego, pisania na maszynie czarnodrukowej, usprawniania widzenia oraz słuchu i mowy, samodzielnego poruszania się i orientacji w przestrzeni, zajęcia ruchowe oraz pozwalające na organizację czasu wolnego.

Pierwszy turnus przeznaczony dla głuchoniewidomych dzieci, ich rodziców i opiekunów zorganizowano w Bydgoszczy w 1992 roku. Wzięło w nim udział 17 dzieci w wieku od 4 do 17 lat. Program turnusu obejmował zajęcia grupowe (gry, zabawy) i indywidualne: logopedyczne, psychopedagogiczne, usprawniające widzenie, z czynności dnia codziennego. Do Bydgoszczy, oprócz specjalistów z Polski, przyjechała 4-osobowa grupa przedstawicieli Instytutu Perkinsa ze Stanów Zjednoczonych.

Kolejny turnus szkoleniowo-rehabilitacyjny dla głuchoniewidomych dzieci i ich rodziców-opiekunów przeprowadzono w 1994 roku w Ciechocinku. Jednym z jego zadań było powołanie do życia Ogólnopolskiej Sekcji Rodziców Dzieci Głuchoniewidomych przy TPG. Celem Sekcji jest zapewnienie wielozakresowej pomocy oraz szerokiego wsparcia rodzicom dzieci głuchoniewidomych, a poprzez to i samym dzieciom w:

- pokonywaniu trudów dnia codziennego,
- barier komunikacji interpersonalnej,
- izolacji społecznej,
- zmaganiu się z tak złożonym inwalidztwem,

- rehabilitacji
- oraz koordynacja ich działań w tym względzie.

Sekcja realizuje swoje cele poprzez:

- wyszukiwanie oraz rejestrowanie rodzin posiadających głuchoniewidome dzieci,
- ustalanie potrzeb socjalno-bytowych i rehabilitacyjnych rodzin dzieci głuchoniewidomych oraz okazywanie im na miarę możliwości aktywnej pomocy,
- rozpowszechnianie takich form współpracy rodziców, które służą wymianie doświadczeń rehabilitacyjnych w celu maksymalnej integracji społecznej ich dzieci,
- propagowanie i uświadamianie społeczeństwu problemów głuchoniewidomych dzieci w możliwie dostępnych środkach masowego przekazu,
- udzielanie, w miarę posiadanych środków i możliwości, daleko idącej pomocy rodzicom i dzieciom z jednoczesnym uszkodzeniem wzroku i słuchu,
- organizowanie turnusów szkoleniowych dla rodziców i dzieci głuchoniewidomych,
- otaczanie dzieci specjalistyczną opieką tyflo- i surdologiczną,
- reprezentowanie oraz obronę interesów głuchoniewidomych dzieci i ich rodziców wobec władz państwowych, organizacji samorządowych i społecznych,
- pozyskiwanie środków na działalność merytoryczną i organizacyjną Sekcji,
- nawiązywanie kontaktów z innymi stowarzyszeniami tego typu poza terenem kraju.

W 1992 roku w Polskim Związku Niewidomych dzięki staraniom głuchoniewidomego Grzegorza Kozłowskiego – twórcy polskiego alfabetu punktowego do dłoni, a obecnie również Przewodniczącego Towarzystwa – zorganizowano bank informacji o rozmiarach zjawiska głuchoślepoty w Polsce. Takie rozwiązanie pozwoliło już w roku 1993 oficjalnie zarejestrować 1193 osoby, w tym 110 dzieci.

Z inicjatywy Towarzystwa w roku 1992 w Warszawie powstał klub głuchoniewidomych i kolejne kluby (Wrocław, Lublin). Ponadto organizowane są plenery rzeźbiarskie w Orońsku, wystawy prac członków organizacji oraz działalność wydawnicza – od roku 1993 ukazuje się kwartalnik „Dłonie i Słowo”. W marcu 2000 roku w siedzibie Polskiego Związku Głuchych w Łodzi przy współpracy TPG uruchomiono Warsztaty Terapii Zajęciowej dla osób niesłyszących i głuchoniewidomych. Terapia obejmuje różnorodne zajęcia: wikliniarstwo, rzeźbę, malarstwo, tkactwo, plastykę artystyczną, naukę obsługi komputera i inne.

Towarzystwo szczególną uwagę zwraca na wyposażenie głuchoniewidomych w aparaty słuchowe, pomoce ortopedyczne, sprzęt niezbędny w życiu codziennym: systemy alarmowo-sygnalizacyjne, systemy informujące o dźwięku dzwonka do drzwi, aparatu telefonicznego, zagotowaniu się wody. Dane statystyczne pochodzące z terenu naszego kraju wskazują, że około 30% dorosłych głuchoniewidomych mieszka samodzielnie, 36% w domach pomocy społecznej, pozostali z najbliższą rodziną.

Niestety, obecnie w Polsce nie istnieje klarowny i ogólnodostępny system wczesnej rehabilitacji głuchoniewidomych dzieci, aczkolwiek próby kompleksowej terapii omawianej kategorii potrzebujących od początku lat 80. XX wieku podejmuje Poradnia Rehabilitacji Niewidomych i Słabowidzących w Poznaniu, a ostatnio także Ośrodek w Bydgoszczy. Nadal jednak znaczna część dzieci, albo w ogóle pozbawiona jest specjalnej pomocy, albo sporadycznie korzysta z usług poradni PZG. Dane statystyczne pokazują, że przeważająca większość głuchoniewidomych mieszka w niewielkich miejscowościach, gdzie rodzina nie zawsze orientuje się w możliwościach ich edukacji, a także instytucji mogących okazać wsparcie (M. Zaorska 2002). Przeszło 80% osób zgłaszających swoje uczestnictwo w turnusach rehabilitacyjnych to dorośli. Zazwyczaj nie potrafią oni porozumiewać się z otoczeniem, nie znają żadnego systemu komunikowania się, a także nie byli poddawani żadnej z form rehabilitacji podstawowej, społecznej i zawodowej. Reasumując, w Polsce brak specjalnej szkoły dla takich dzieci, czy przewodników-tłumaczy dla osób dorosłych.

Placówki, w których głuchoniewidome dzieci i ich rodzice powinni otrzymywać należną im pomoc, poradę, specjalistyczną terapię podlegają różnym resortom, przede wszystkim Ministerstwu Zdrowia, Ministerstwu Edukacji Narodowej oraz organizacjom pozarządowym. Większość rodziców swoje pierwsze kroki kieruje do instytucji służby zdrowia, tj. poradni pediatrycznych, okulistycznych, laryngologicznych, neurologicznych. W nich realizowane są na ogół pierwsze prace diagnostyczne oraz sformułowane zalecenia, co do działań rehabilitacyjnych. Następnie dziecko – przeważnie – trafia do Ośrodka Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży z Wadami Słuchu Polskiego Związku Głuchych i w bardzo niewielkim odsetku do Poradni Rehabilitacji Niewidomych i Słabo Widzących. Po wstępnych badaniach psychologicznych, pedagogicznych i logopedycznych kwalifikowane jest do odpowiednich zajęć rehabilitacyjnych. Zajęcia takie odbywają się dość rzadko, w najlepszej sytuacji raz w tygodniu. Nie jest to więc ilość wystarczająca. Badania naukowe podejmowane w celu określenia efektywności rehabilitacji niesłyszących i głuchoniewidomych dzieci (S. X. Sorralova 1972; Y. Csányi 1994; A. Jakoniuk-Diallo 2000; M. Zaorska 2002) dowodzą, że im wcześniej otrzymają one specjalistyczną pomoc i im bardziej będzie ona wszechstronna, tym większe prawdopodobieństwo usamodzielnienia oraz aktywnego udziału w życiu społecznym w dorosłości.

Doniosłą rolę w diagnozowaniu, selekcji oraz kwalifikacji głuchoniewidomych dzieci do różnych form kształcenia odgrywają poradnie psychologiczno-pedagogiczne. Celem poradni jest wspomaganie rozwoju, efektywności uczenia się dzieci, młodzieży, pomoc w wyborze kierunku dalszego kształcenia i zawodu, udzielanie dzieciom i młodzieży, ich rodzicom, opiekunom, nauczycielom, wychowawcom pomocy psychologicznej, pedagogicznej, logopedycznej i rehabilitacyjnej. Poradnie realizują stojące przed nimi zadania przez działalność diagnostyczną, terapeutyczną, doradczą oraz profilaktyczną w środowisku wychowawczym (w szkole, placówkach, a także w środowisku rodzinnym dziecka).

Niestety, nie zawsze zadania stojące przed placówkami tego typu spełniane są relatywnie do założeń organizacyjno-prawnych.

Co się tyczy głuchoniewidomych dzieci w wieku szkolnym – to wiele kształci

się w systemie specjalnym, chociaż są i takie, które uczą się z pełnosprawnymi rówieśnikami. Z grupy dzieci z równoczesnym poważnym uszkodzeniem słuchu i wzroku w wieku szkolnym, biorących udział w latach 1994–1996 w turnusach szkoleniowo-rehabilitacyjnych dla głuchoniewidomych dzieci wraz z opiekunami, liczącej ogółem 22 osoby, 8 kształciło się w szkołach masowych, 1 w szkole integracyjnej, 13 w systemie specjalnym (59%); w tym w szkołach dla głuchych 2 osoby, w szkole dla głuchoniewidomych 4, w szkołach dla upośledzonych umysłowo także 4. Nauczaniem indywidualnym było objęte jedno dziecko (M. Zaorska 2002). W grupie dzieci uczęszczających do placówek masowych u większości występowała słabowzroczność oraz ubytek słuchu w granicach 60-90 dB. Były więc one w stanie sprostać wymogom stawianym przed uczniami placówek ogólnodostępnych. Jedynie w sporadycznych przypadkach realizowały program szkoły specjalnej dla lekko upośledzonych umysłowo. Z powyższych danych wynika, że 41% ogółu analizowanej populacji edukowało się poza systemem specjalnym, a 86% (19 osób) przebywało w domach rodzinnych i było objętych szkolnictwem masowym. Analiza przedstawionych danych pozwala na sformułowanie wniosku, iż optymalna struktura systemu edukacji dzieci głuchoniewidomych winna uwzględniać możliwości kształcenia zarówno w systemie masowym, integracyjnym, jak i specjalnym. Każde bowiem dziecko, zależnie do prezentowanego poziomu funkcjonowania, ma prawo uczęszczać do tej placówki, która jest dla niego najodpowiedniejszą. Szkoła specjalna w tym systemie musi być traktowana nie jak zło konieczne, ale jako najbardziej racjonalne rozwiązanie pozwalające głuchoniewidomemu dziecku rozwijać i ukształtować umiejętności przydatne w przyszłym życiu społecznym, zawodowym, osobistym. Dziecko, które jest w stanie podjąć trudom nauczania integracyjnego czy nawet masowego nie może być pozbawione szansy przebywania wspólnie z pełnosprawnymi rówieśnikami oraz, co równie istotne, w domu rodzinnym z tego względu, że system specjalny wiąże się często z oderwaniem od środowiska domowego, z przebywaniem w internacie. Rola rodziny w stymulacji rozwoju głuchoniewidomego dziecka, w kształtowaniu jego kompetencji społecznych, zaradności życiowej, w tworzeniu klimatu bezpieczeństwa emocjonalnego jest wielka i niepodważalna. Zdaniem R. Ossowskiego

Wiele jest argumentów za kształceniem dzieci niepełnosprawnych w systemie masowym i ich przebywaniem po lekcjach w rodzinnym domu. Rola dziecka realizuje się i ujawnia w całym swym bogactwie przede wszystkim w domu. W rodzinie, jako grupie pierwotnej, najsilniej rozwija się świat uczuć dziecka. Więzy uczuciowe, łączące dziecko niepełnosprawne z pozostałymi członkami rodziny, są nad wyraz istotnym motywem skłaniającym do przejawiania aktywności jako instrumentu rewalidacji. Rodzina najbardziej rozumie i wybacza niepowodzenia wysiłków, ale i najlepiej gratyfikuje powodzenia. [...] Skoro jako nadrzędny cel rewalidacji pojmujemy integrację osoby niepełnosprawnej z pełnosprawnymi, to rewalidacja powinna odbywać się w większym zakresie w systemie otwartym, a nie w placówkach zamkniętych (R. Ossowski 1995, s. 325).

Jak wynika z praktyki pedagogiki specjalnej istnieje wiele przykładów na to, że dzieci głuchoniewidome z powodzeniem realizują kształcenie z pełnosprawnymi rówieśnikami w placówkach ogólnodostępnych. Źródłem sukcesów edukacyjnych głuchoniewidomych dzieci, które mimo głębokich zaburzeń organicznych znalazły swoje miejsce wśród pełnosprawnych rówieśników, są między innymi:

- niecałkowita utrata słuchu i wzroku;
- zaangażowanie w proces wychowania i rehabilitacji dziecka jego rodziny, zarówno rodziców, jak i rodzeństwa, przekonanie najbliższych o możliwości powodzenia procesu terapeutycznego oraz gotowość rodziny do ponoszenia wszelkich, nie tylko materialnych, kosztów wynikających z faktu posiadania w swoich szeregach dziecka głuchoniewidomego;
- odpowiednia współpraca z kompetentnymi specjalistami, życzliwie nastawionymi do dziecka i jego bliskich, którzy traktują rodziców jako równorzędnych partnerów i potrafią w sposób właściwy pracować z dzieckiem, adekwatnie oceniać jego osiągnięcia rozwojowe i efekty swojej pracy;
- aktywność dziecka wyrażająca się staraniach na rzecz poznania otoczenia i nawiązania z nim kontaktu;
- otwartość dziecka na kontakty z pełnosprawnymi rówieśnikami.

Problemów odnoszących się do edukacji integracyjnej głuchoniewidomego dziecka jest wiele. Można je umiejscowić w trzech obszarach: organizacyjnym, merytorycznym oraz ogólnospołecznym.

Obszar organizacyjny pracy szkoły integracyjnej dotyczy uwarunkowań, które decydują o efektywności procesu dydaktyczno-wychowawczego. Należą do nich:

- wyposażenie w specjalistyczny sprzęt i odpowiednie pomoce dydaktyczne (np. zeszyty z właściwą liniaturą, książki z powiększonym drukiem, mapy plastyczne, ławki, oświetlenie miejsca pracy, folie powiększające, lupy, kalkulatory, komputery stacjonarne z synteizatorem mowy oraz oprogramowaniem dającym możliwość powiększania tekstu, drukarki do komputerów: stacjonarne i przenośne, przenośne komputery – tzw. notebooki, elektroniczne powiększalniki, dyktafony, a nawet łatwe w obsłudze, lekkie brajlowskie maszyny do pisania typu Perkins Brailier i inne);
- likwidacja barier architektonicznych (podjazdy, specjalne barierki wewnątrz budynków);
- estetyczne, przestronne pomieszczenia klas i pracowni;
- niezbyt liczne klasy;
- racjonalne planowanie lekcji, tak aby bez dłuższych przerw oraz zbytniego angażowania rodziców dzieci mogły korzystać z zajęć dodatkowych;
- bogacenie oferty zajęć dodatkowych o nowe atrakcyjne formy: logorytmiczne, prowadzone metodą W. Sherborne, hipoterapeutyczne, artterapeutyczne i inne;
- opracowanie takiej koncepcji prowadzenia dokumentacji szkolnej, która rejestrując postępy dziecka w nauce pozwoliłaby równocześnie na adekwatną ocenę jego osiągnięć edukacyjnych, opierającą się na konfrontacji

poziomu wyjściowego z poziomem prezentowanym po pewnym czasie oddziaływać, a nie taką oceną, która dotyczy formalnej weryfikacji zgodności pracy specjalisty z realizowanym programem nauczania;

- umiejętna organizacja współpracy z rodziną, oparta na zasadzie wzajemnego zrozumienia, zaufania i partnerstwa.

Obszar merytoryczny to jakość działalności dydaktyczno-wychowawczej placówek integracyjnych kształcących dzieci głuchoniewidome. Wśród ważnych, choć nie jedynych elementów mieszczących się w zasięgu tego obszaru można wymienić:

- odpowiednie do wieku i możliwości dziecka indywidualne programy edukacyjne. Program nauczania powinien być swoistym kierunkowskazem na drodze uzyskiwania zamierzonych celów edukacyjno-wychowawczych, a nie celem samym w sobie. Dodatkowo program taki powinien uwzględniać najważniejszą dla dziecka formę komunikacji (język migowy, słowo mówione, alfabet do dłoni dla głuchoniewidomych, alfabet brajla, system komunikacji obrazkowej PCS i inne) oraz wykaz metod, form i środków, które pozwalają na osiągnięcie zakładanych celów kształcenia dziecka;
- przygotowanie nauczycieli, wychowawców, pedagogów szkolnych oraz władz szkoły do pracy z głuchoniewidomym dzieckiem z zakresu pedagogiki specjalnej ogólnej i pedagogiki specjalnej szczegółowej w ramach studiów podyplomowych, kursów specjalistycznych, szkoleń lub warsztatów. Takie rozwiązanie pozwala nauczycielom szkół integracyjnych lepiej poznać problemy rehabilitacji, zrozumieć ich istotę oraz zdobyć niezbędną wiedzę teoretyczną i umiejętności praktyczne. Równocześnie powiększa szanse na bardziej wydajną i efektywną pracę edukacyjną;
- wprowadzenie w klasach starszych szkoły podstawowej i gimnazjum opisowej oceny postępów ucznia głuchoniewidomego w nauce. Ocena wyrażona „cyfrą” powinna pełnić funkcję dopełniającą ocenę opisową. „Cyfra” bowiem nie zawsze odzwierciedla faktyczny stan rozwoju i wiedzy każdego dziecka, a tym bardziej dziecka niepełnosprawnego, nie zawsze też jest adekwatną miarą jego osiągnięć. Dzięki ocenie opisowej można sygnalizować to, co uczeń potrafi, co wie i co jest w stanie samodzielnie bądź w miarę samodzielnie wykonać oraz to, czego jeszcze nie wie, czego nie potrafi wykonać bez zewnętrznej pomocy, czego nie w pełni opanował. Ocena opisowa powinna eksponować osiągnięcia danego ucznia, ale także brak osiągnięć;
- ujednolicenie obecnie funkcjonującego systemu integracyjnego tak, aby w konkretnej klasie uczyły się dzieci z identycznymi lub zbliżonymi zaburzeniami rozwoju. Aktualne przepisy stanowią, iż w grupie integracyjnej może kształcić się od 3 do 5 uczniów niepełnosprawnych, w tym z różnymi niepełnosprawnościami. W praktyce łączenie odmiennych zaburzeń nie pozwala nauczycielom szkół integracyjnych na specjalizowanie się w prowadzeniu klas integracyjnych z dziećmi mającymi jednolite dysfunkcje rozwojowe;

- sprowadzenie do niezbędnego minimum działań preferujących wśród uczniów rywalizację opartą na zasadzie „kto pierwszy ten lepszy”. Dzieci niepełnosprawne pracują wolniej, a wykonanie zleconych im zadań zajmuje sporo czasu, dlatego nie uzyskują oceny celującej w sytuacji, kiedy nauczyciel nagradza najlepszych i najszybszych;
- warto postarać się o zmianę sposobu myślenia pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych oraz członków władz szkolnych w zakresie kwalifikacji ucznia głuchoniewidomego do szkoły masowej – chodzi o takie rozwiązanie, by do placówki przyjmowano nie tylko uczniów mieszczących się w tzw. normie intelektualnej.

Obszar ogólnospołeczny, wiąże się ze stosunkiem do osób niepełnosprawnych i postrzeganiem możliwości rozwoju tych osób na ogół w kategoriach negatywnych. Odnosi się to do konkretnych działań podejmowanych na rzecz integracji. Aby zmienić wskazane wyżej tendencje warto zadbać o:

- ukształtowanie w społeczeństwie obrazu człowieka niepełnosprawnego jako autonomicznego, równoprawnego, pełnowartościowego, który może zaimponować, dorównać, zaskoczyć oryginalnością i pomysłowością, zdolnego do kreowania siebie samego i autorewalidacji;
- zastąpienie interpretacji pojęcia „osoba niepełnosprawna” z tej sugerującej coś gorszego, nie w pełni wartościowego – na tą oznaczającą coś zwykłego, mającego prawo do życia w społeczności ludzkiej.

Refleksje końcowe

Każde dziecko – zdrowe i chore, pełnosprawne i niepełnosprawne – ma prawo do pomocy w rozwoju oraz do takiej formy edukacji, która jest dostosowana do indywidualnych możliwości psychofizycznych. W odniesieniu do dzieci głuchoniewidomych, z uwagi na szczególną sytuację egzystencjalną, dodatkowo pojawiła się potrzeba wdrożenia do praktyki pedagogicznej takich rozwiązań systemowych, które – cytując za M. Grzegorzewską (1989) – pozwolą w stronę tych dzieci „rzucić iskrę wyzwolenczą” w celu przygotowania do życia w społeczeństwie na miarę specyfiki funkcjonowania i wyborów osobistych.

Bibliografia

- Bach H. (1972), *Pädagogische Förderung der Mehrfachbehinderten*, in: Solarova S. X.
Bleeker-Wagemakers E. (1981), *On the Causes of Blindness in the mental Retarded*,
Bartimeushage: Doovn, The Netharlands.
Basiłowa T. A. (1987), *Uslowija formirowanija pierwonaczalnych żestow u slepogłuchich detej*, Defiektologja, nr 1, s. 11–16.
Block A. de, Martens L. (1983), *Moderne schoolsystemen*, Standaard, Antwerpen.
Boog V. (1979), *Een visie op het meervoudig gehandicapt kind*, Landelijke Pedagogische

Centra, Amsterdam.

Boog V. (1980), *De problematische opvoedingssituatie van het meervoudig gehandicapt kind*, Tijdschrift voor orthopedagogiek, 11, pp. 542–548.

Bracken H. von (1972), *Mehrfachbehinderungen als heilpädagogische Aufgabe*, in: Solarova S. X., pp. 10–40.

Broekaert E. (1988), *Integrative handelingsorthopedagogiek*, Leuven-Amersfoort, Acco.

Broekaert E. (1988–1989), *Speciale orthopedagogiek*, Rijksuniversiteit Gent (niet-gepubliceerde cursus eerste licentie orthopedagogiek).

Csányi I. (1994), *Sluchowo-werbalne wychowanie dzieci z uszkodzonym narządem sluchu*, WSiP, Warszawa.

Cruickshank W. M. (1971), *The multiply handicapped cerebral palsied Child*, Psychology of Exceptional Children and Youth, pp. 354.

Dague P. (1969), *L'enseignant et les enfants souffrant de handicaps multiples*, Réadaptation, 159, pp. 172–222.

Dague P. (1977), *Les enfants polyhandicapés*, in: Boltanski, pp. 238–253.

Faivre H. (1976), *Les réalisations possibles en faveur des plurihandicapés*, Réadaptation, 227, pp. 17–28.

Fröhlich A. (1998), *Stymulacja od podstaw*, WSiP, Warszawa.

Grzegorzewska M. (1989), *Głuchoniemi*, Wybór pism, WSPS, Warszawa.

Grzegorzewska M. (1930), *Opieka wychowawcza nad dziećmi niewidomymi i głuchociemnymi*, Polski Komitet Opieki nad Dzieckiem, Warszawa.

Grzegorzewska M. (1927), *Głuchociemni*, Szkoła Specjalna, nr 1, s. 16–32.

Grzegorzewska M. (1928), *Głuchociemni* (dokończenie), Szkoła Specjalna, nr 3, s. 161–185.

Jakoniuk-Diallo A. (2000), *Samodzielność i kompetencja komunikacyjna dzieci z wadą sluchu*, Wydawnictwo UAM, Poznań.

Janssens J. (1973), *Inleiding tot de studie van het meervoudig gehandicapte kind, oriënterend literatuuronderzoek*, Leuven (Richting Orthopedagogiek) (niet-gepubliceerde licentiaatsverhandeling).

Jernigen H. E. (1994), *If Blindness comes*, National Federation of the Blind, Baltimore.

Jezierska E. (1963), *Obserwacje nad rozwojem głuchoniewidomej Krystyny Hryszkiewicz*, PWN, Warszawa.

Jezierska E. (1972), *Zagadnienie ludzi głuchoniewidomych*, [w:] T. Gałkowski (red.), *Wybrane zagadnienia z defektologii*, ATK, Warszawa.

Jezierska E. (1959), *Rozwój głucho-ciemnej Krystyny Hryszkiewicz*, Szkoła Specjalna, nr 1/2, s. 26–50.

Jong C. G. A. de. (1986), *Inleiding in het begrip 'meervoudig gehandicapt'*, Guther F.A., pp. 7–34.

Klapwijk A. (1973), *Meervoudig gehandicapte kinderen*, Gravenhage, s.e.

Kok J. F. W. (1973), *Opvoeding en hulpverlening in behandelingshuizen, Residentiële orthopedagogiek*, Rotterdam, Lemniscaat.

Kok J. F. W. (1986), *Specyfiek opvoeden in gezin en school, dagcentrum en internaat*, Leuven-Amersfoort.

Lier M. van (1985), *Omschrijving van de eigenheid van de groep meervoudig gehandicapten in Sint-Lodewijk. Tekstenbundel 10 jaar meervoudig gehandicapten in Sint-Lodewijk*, Kwatrecht, pp. 11–21.

Majewski T. (1998), *Pedagogika dzieci głuchoniewidomych*, [w:] W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna*, UAM, Poznań.

- Majewski T. (1995), *Edukacja i rehabilitacja osób głuchoniewidomych*, PZN, TPG, Warszawa.
- Majewski T. (1979), *Zagadnienia rehabilitacji głuchoniewidomych*, PZWL, Warszawa.
- Moor J. M. H. de. (1976), *De multidisciplinire benadering van het lichamelijk gehandicapte kind in het Pető-systeem*, Tijdschrift voor Orthopedagogiek, nr 9.
- Moor J. M. H. de. (1977), *De geïntegreerde behandeling van gehandicapte kinderen: probleme en mogelijkheden*, Groningen, Wolters-Noordhoff.
- Moor J. M. H. de. (1987), *Therapeutische peutergroep en revalidatiedagbehandeling. Een interventie-onderzoek bij kinderen met motorische stoornissen*, Lisse, Swets en Zeitlinger.
- Ossowski R. (1995), *Wychowanie dzieci niesprawnych sensorycznie*, [w:] I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, WSiP, Warszawa.
- Oura T. (1977), *Phenylketonuria in Japan*, in: Mittler P., pp. 139–146.
- Pelt G. van, Bemelmans A. (1973), *Aanzet tot een functioneel klassificatiesysteem voor zwakzinnigen*, Nederlands Tijdschrift voor Zwakzinnigheid en Zwakzinnigenzorg, 4.
- Rogers C. (1970), *Le développement de la person*, Paris, Dunot.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 lutego 1999 r. w sprawie sposobów i terminu dostosowania działalności dotychczasowych szkół podstawowych do wymogów nowego systemu szkolnego oraz tworzenia gimnazjów, Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, nr 14, 1999.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 lutego 1999 r. w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych, Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, 1999, nr 14.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 13 stycznia 2005 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół, Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, 2005, nr 19.
- Solarova S. X. (1972), *Mehrfach behinderte Kinder und Jugendliche. Aktuelle und grundlegende Beiträge zur Mehrfachbehinderung*, Berlin-Charlottenburg, Carl Marhold.
- Sternberg L., Adams G. L. (1982), *Educating severely and profoundly handicapped Students*, Aspen Systems Corporation, London.
- Twardowski A. (1995), *Wychowanie dzieci o niepełnosprawności sprzężonej*, [w:] I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, WSiP, Warszawa, s. 493–521.
- Uchwała III Walnego Zebrania Towarzystwa Pomocy Głuchoniewidomym (1996)*, Dłonie i Słowo, nr 1–2, s. 14–15.
- Ville A. du, Vandelanotte G. (1990), *Situering van het begrip meervoudige handicap in de orthopedagogiek*, Universiteit Gent.
- Wijngaarden A. W. van (1979), *Specifike voorzieningen voor M.C.G. – kindren? Een onderzoek naar het vraagstellingstype van meervoudig complex gestoorde kindren*, s. 1.
- Wijngaarden A. W. van (1988), *Begripsverduidelijking over meervoudig (complexgestoorde) gehandicapten*, Inleiding gehouden op 20 nov. 1980 te Assen, BOSK-Nieuws, pp. 1–3.
- Wijngaarden A. W. van (1982), *Bibliografie meervoudig gehandicapte kindren 1974–1981*, Rijswijk, s.e.
- Wijngaarden A. W. van (1985), *De zorg meervoudig gehandicapten in Nederland: een overzicht van de stand van zaken*. Tekstenbundel 10 jaar meervoudig gehandicapten in Sint-Lodewijk, Kwatrecht, pp. 117–125.
- Wit P. J. L. de. (1975), *Zorg voor meervoudig gehandicapten*, Tijdschrift voor Orthopedagogiek, nr 3, s. 75–80.
- Wunsch W. (1969), *Das mehrfach behinderte kind, pädagogische und organisatorische*

probleme. Erziehung und Unterricht, Heilpädagogik, s. 1, s.e.

Zaorska M. (1999), *Wybrane problemy kształcenia i rehabilitacji osób głuchoniewidomych. Wybór tekstów z lat 1995-1998*, UWM, Olsztyn.

Zaorska M. (2002), *Głuchoniewidomi w Polsce – specjalna pomoc, edukacja i rehabilitacja*, Wydawnictwo UWM, Olsztyn.

Zarządzenie nr 8 Ministra Edukacji Narodowej z dnia 31 maja 1996 roku w sprawie ramowych planów nauczania w publicznych specjalnych szkołach podstawowych oraz zasadniczych i średnich zawodowych, Dziennik Urzędowy MEN, 1996, nr 5.

Źródła z Internetu

<http://www.spedschools.com/schools/perkins.html>

Repozytorium



UMK

Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną

pod redakcją naukową

Jacka J. Błeszyńskiego, Ditty Baczały i Józefa Binnebesela

Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej w Łodzi 2008

Jadwiga Kuczyńska-Kwapisz

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

ROZWÓJ TYFLOPEDAGOGIKI

W niniejszym opracowaniu przedstawię historię tyflopedagogiki w Polsce, uwzględniając tło światowych tendencji i wzorców.

Osoby niewidome od najdawniejszych czasów były przedmiotem zainteresowania i obserwacji, w związku z czym mają ciekawą wielowiekową historię. Im dalej sięgniemy w głąb dziejów ludzkości, tym większa była liczba niewidomych w stosunku do widzących i odwrotnie – z postępem i rozwojem nauki liczba osób pozbawionych wzroku malała.

W starożytności i średniowieczu większość niewidomych żyła z jałmużny, żebrząc na ulicach, koło świątyń, cmentarzy. W pierwszych wiekach chrześcijaństwa zaczęły powstawać przytulki dla niewidomych. Taka forma opieki przetrwała jako jedyna do połowy XVIII wieku. Uznawano, że ślepotą eliminuje możliwość kształcenia, godnej pracy i przystosowania społecznego. Oczywiście zdarzały się wyjątki, przeważnie w rodzinach zamożnych, które dbały o wykształcenie i wychowanie także dzieci niewidomych. Znano niewidomych mędrców, poetów, uczonych. Wiadomości o tych sukcesach nie wpływały na zakorzenione poglądy o nieprzydatności niewidomych. Od drugiej połowy XVIII wieku stopniowo zmienił się stosunek społeczeństwa do niewidomych. W tym też czasie D. Diderot opublikował książkę *List o niewidomych do użytku widzących*, w której przedstawił możliwości systematycznego kształcenia niewidomych. Na przykładzie opisanych zdolności i sukcesów trzech osób niewidomych dowodził, że niewidomi mają możliwości rozwojowe i można ich kształcić. Początkowo nie pociągało to za sobą żadnych następstw praktycznych. Jednak ukazana swoistość poznawania, odczuwania i sposobów zachowania oraz działania ludzi niewidomych wzbudziła zainteresowanie nimi i przygotowała grunt do prób ich kształcenia. Próbę taką podjął Valentin Haüy.

Valentin Haüy (1745–1822) urodził się we Francji. Pracował w Ministerstwie Spraw Zagranicznych, uzyskał wysoki tytuł tłumacza króla i stolicy Francji. Znał kilkanaście języków obcych. Był człowiekiem niezwykle wrażliwym na cierpienia

ludzkie, widok na ulicy dużej liczby żebrzących niewidomych, a jednocześnie informacje o ich zdolnościach sprawiły, że postanowił się nimi zająć. Początkowo rozpoczął pracę z jednym uczniem i stopniowo dobierał innych. W 1784 roku założył w Paryżu pierwszą na świecie szkołę dla niewidomych. O znacznych osiągnięciach informował koła rządowe i Akademię Nauk w Paryżu. Był zaproszony wraz ze swymi uczniami na dwór królewski Ludwika XVI, gdzie dzieci zdemonstrowały swoje umiejętności, np. czytania, pisania, liczenia. Haüy wynalazł sposób drukowania książek o wypukłych literach. Opracował sposoby ułatwiające niewidomym pisanie i liczenie. Wykonywał mapy geograficzne. Przeprowadził wiele prób w poszukiwaniu zawodów dostępnych dla niewidomych. Zabiegał, aby dzieci niewidome miały kontakt z widzącymi rówieśnikami. Do swojej szkoły przyjmował również dzieci widzące. Po rewolucji francuskiej Haüy nie miał możliwości kontynuowania swojego dzieła. Na zaproszenie cara Aleksandra I wyjechał w 1806 roku do Petersburga w celu zorganizowania szkoły dla niewidomych. Po jedenastu latach wrócił do Francji. Haüy, przedstawiając możliwości zbiorowego kształcenia niewidomych zapoczątkował powstanie dla nich szkół na całym świecie (Gawrysiak 1977).

Kolejnym etapem w poszerzaniu możliwości rehabilitacyjnych niewidomych było wypracowanie wypukłego pisma do odczytania dotykiem. Dokonał tego Louis Braille.

Louis Braille (1809–1852) to twórca rozpowszechnionego dziś na całym świecie wypukłego pisma punktowego dla niewidomych. Był synem rymarza zamieszkałego we wsi Coupvray we Francji. Stracił wzrok wskutek urazu oka, gdy miał 3 lata. Naukę rozpoczął w miejscowej szkole wiejskiej. W wieku dziesięciu lat został uczniem Królewskiego Instytutu dla Niewidomych w Paryżu. Tam poznał Barbiera i opracowany przez niego system pisma punktowego. Zainspirowany pomysłem Barbiera, jako trzynastoletni chłopiec przystąpił do twórczej pracy nad pismem dla niewidomych. W 1825 roku projekt alfabetu Braille'a był już gotowy. Louis – bardzo dobry uczeń instytutu – wyróżniał się w historii, retoryce, filozofii, algebrze, uczęszczał do Collège de France, uczył się gry na organach i wiolonczeli. W roku szkolnym 1827/1828 został nauczycielem instytutu. W 1827 roku przepisano systemem Braille'a pierwszy podręcznik do gramatyki. W 1829 wyszedł pierwszy podręcznik zawierający cały system pisma Braille'a pt.: *Sposób pisania wyrazów i nut za pomocą punktów do użytku niewidomych*. Alfabet Braille'a oficjalnie przyjęto we Francji dopiero dwa lata po śmierci jego autora, w 1854 roku, a wkrótce potem na całym świecie. Słabą stroną tego systemu, a zarazem przyczyną powolnego rozpowszechniania, było to, że służy on tylko niewidomym. Wynalazca wypracował zatem drugi system, nazwany rafigrafia, wyrażający całe kształty liter wypukłymi kropkami, ogłaszając go w roku 1839. Louis Braille zdobył czołowe miejsce w historii tyflopedagogiki (Gawrysiak 1977).

Następny krok w rehabilitacji osób niewidomych zrobił również Francuz – Ludwik Maurycy Monier de la Sizeranne (1857–1924). Jego życie zapowiadało się szczęśliwie. Pochodził z bogatej, arystokratycznej rodziny. Dziewięcioletni Maurycy, będąc w rodowym zamku dziadka, mierzył z łuku do celu i strzała ryko-

szetem trafiła go w oko. Początkowo nikomu się do tego nie przyznawał i usiadł w milczeniu ze spuchniętym okiem do kolacji. Nieopatrzone w porę oko stało się przyczyną tego, że w obojgu oczach wywiązało się zapalenie, które doprowadziło do całkowitej ślepoty. Był to ogromny dramat dla rodziców. Aby przynieść ulgę synowi, postanowili, angażując odpowiednich nauczycieli, stworzyć mu warunki umożliwiające zdobycie wszechstronnej wiedzy w domu. Kiedy Maurycy dowiedział się o istnieniu Instytutu dla Niewidomych w Paryżu, w dwunastym roku życia podjął decyzję, aby właśnie tam go umieszczono. Początki były trudne; jako dystyngowany inteligentny młodzian, czuł się w szkole wyobcowany. Jego ogromna inteligencja, zdolności obserwacji, umysł ściśle matematyczny i wrażliwość artystyczna sprawiły, że myślał, jak udoskonalić dotychczasowy system nauczania niewidomych, przy lepszym wykorzystaniu pisma punktowego Braille'a. Po ukończeniu Instytutu dla Niewidomych zaczął uczęszczać na wykłady do Collège de France i Sorbony. Postanowił nie rozstawać się z instytutem i zatrudnił się w charakterze nauczyciela muzyki: fletu i fortepianu. Ważną decyzją nie tylko dla niego, ale i dla innych osób pozbawionych wzroku, było powołanie w 1889 roku pierwszego zrzeszenia niewidomych, które działa aktywnie do dzisiaj. Nazwał je Stowarzyszeniem dla Dobra Niewidomych im. Valentina Haüy. W stowarzyszeniu działało wiele sekcji odpowiedzialnych za różnorodną działalność. Zadaniem sekcji patronackiej było na przykład docieranie do wszystkich niewidomych w miejscu ich zamieszkania. Stowarzyszenie zajmowało się też niewidomymi muzykami, dostarczając im nuty, organizując naukę i koncerty. Zorganizowało kursy dla niewidomych masażystów. Wydawało czasopismo brajlowskie „Louis Braille”, dzięki któremu niewidomi dowiadywali się o swoich możliwościach życiowych, głównie pod kątem zdobywania pracy, a także współżycia z widzącymi. Zamieszczano tam artykuły dotyczące osiągnięć niewidomych z różnych państw, co poszerzało horyzonty czytelników czasopisma, a jednocześnie pobudzało do podejmowania różnych inicjatyw.

Szczególnie ważne, i jak na XX wiek rewolucyjne, były poglądy Maurycego de la Sizeranne na sprawy związane z niewidomymi. Uważał, że powinno się dać niewidomym szansę podejmowania decyzji o sobie samych. Zarzucał organizacjom filantropijnym, że traktują niewidomych jedynie jako podopiecznych. W instytucjach, które zakładał, zatrudniał niewidomych nawet, jeśli mieli ku temu predyspozycje, na stanowiskach kierowniczych. Sizeranne unikał jednocześnie traktowania niewidomych jako zupełnie samowystarczalnych i niepotrzebujących pomocy ludzi widzących. Jego koncepcja polegała na wprowadzeniu racjonalnej i harmonijnej współpracy pomiędzy niewidomymi i widzącymi. Podobne stowarzyszenia zaczęły powstawać na całym świecie, zależnie od lokalnych potrzeb i możliwości.

Podobnie jak w innych subdyscyplinach pedagogiki specjalnej, również w tyflopedagogice praktyka pedagogiczna wyprzedziła jej teorię. Pierwsze formy kształcenia dzieci niewidomych zaczęły rozwijać się w naszym kraju w XIX wieku, w okresie trudnym, kiedy Polska znajdowała się pod zaborami. Nauczanie polskich dzieci niewidomych rozpoczął ks. J. Falkowski, przyjmując je, po kilkoro,

od 1821 roku do Instytutu Głuchoniemych w Warszawie. Pierwsza klasa powstała przy tym instytucie w 1842 roku; zorganizował ją ks. J. Szczygielski. Jednocześnie placówka zmieniła nazwę na Instytut Głuchoniemych i Ociemniałych. Początkowo przyjmowano do niej jedynie chłopców, a od roku szkolnego 1853/1954 także i dziewczęta. Uczono czytania i pisania. Rozwijano kształcenie muzyczne. Starano się przedłużyć opiekę nad wychowankami poza czas pobytu w szkole. W tym celu zorganizowano Towarzystwo Niewidomych Muzyków, liczące ponad 50 osób. Towarzystwo to pomagało swoim członkom w wynajmowaniu mieszkań, znalezieniu pracy, prowadziło kasę zapomogową (Gasik 1990).

Drugim, chronologicznie ujmując, zakładem dla polskich dzieci niewidomych był Zakład Ciemnych we Lwowie. Placówka ta rozpoczęła swoją działalność w 1851 roku, a powstała dzięki fundacji hrabiego Wincentego Zatemby-Skrzyńskiego, który chciał w ten sposób uczcić pamięć swego niewidomego syna. Nauka trwała tam 6 lat. Uczono dzieci czytania i pisania, liczenia, historii Polski i Austrii, botaniki, zoologii. Rozbudowano zajęcia muzyczne, uczono gry na skrzypcach, fortepianie, organach. W ramach przygotowania zawodowego dziewczęta uczyły się koszykarstwa, robienia na drutach, szydełkowania, chłopcy – szcztokarstwa, wyplatania mat i także koszykarstwa. W założeniach działalności zakładu zobowiązywano się przygotować młodzież do samodzielnego życia, w szczególności chodziło o możliwość podjęcia pracy zarobkowej.

W zaborze pruskim, w Wolsztynie, w 1853 roku powstał zakład dla niewidomych, później przeniesiono go do Bydgoszczy. Uzdolnieni muzycznie uczniowie przygotowywali się do zawodu organisty i stroiciela fortepianów. Innych uczono koszykarstwa, szcztokarstwa, tapicerstwa, masażu.

Na przełomie XIX i XX wieku w zakładach dla niewidomych uczyło się około 200 polskich dzieci. Potrzeby w tym zakresie realizowano tylko w niewielkim stopniu (Grodecka 1960). Sytuacja ta wynikała z kilku względów, a mianowicie: omawiany okres stanowił dopiero początek rozwoju szkolnictwa specjalnego nie tylko na ziemiach polskich, ale również i na świecie, brak było nadrzędnej koncepcji kształcenia niewidomych. Niekorzystny wpływ miały też uwarunkowania społeczno-polityczne. Polska była pod zaborami i każda z wymienionych placówek została utworzona w innym zaborze, a więc w odrębnym systemie oświaty. Ponadto większość dzieci nie mogła uczyć się w języku ojczystym.

Koncepcję szeroko ujmującą sprawy niewidomych, a także ich kształcenia, wypracowała w naszym kraju w początkach XIX wieku Róża Czacka – Matka Elżbieta (1876–1961). Urodziła się ona na Ukrainie w polskiej rodzinie ziemiańskiej. Wychowywała się w atmosferze wielkich tradycji patriotycznych i zaangażowania społecznego. Kształciła się w domu pod kierunkiem guwernantek i dochodzących nauczycieli. Dzięki troskliwości ojca i dobremu doborowi tych nauczycieli z lekcji wyniosła wiedzę gruntowniejszą, niż to się zwykle zdarzało u kobiet jej epoki. Od ojca nauczył się praktycznych spraw gospodarczych. Prowadziła też życie towarzyskie obowiązujące młodą pannę, uczestniczyła w przyjęciach i balach, składała wizyty. Lubiła jeździć konno. Kilkakrotny upadek z konia był jedną z przyczyn utraty wzroku, chociaż już wcześniej nad jej pozornie wygodnym i pogodnym życiem ciążyła ta

groźba, od urodzenia bowiem miała wrodzoną krótkowzroczność wysokiego stopnia. W dwudziestym drugim roku życia utraciła wzrok. Jej rodzice nie mogli się z tym pogodzić, wozili ją do znanych okulistów w kraju i za granicą, wmawiali sobie i córce, że tym razem kuracja się powiedzie, że już jest lepiej. Jeden z warszawskich lekarzy – doktor Gepner – powiedział jej szczerze, że nie ma nadziei na odzyskanie wzroku. Podsunął też jej myśl, żeby potraktowała własną ślepotę jako wezwanie do zajęcia się sprawą niewidomych w Polsce, znajdujących się w ogromnej większości w gorszej od niej sytuacji materialnej i społecznej, a przede wszystkim osobistej. Róża Czacka podjęła się tego zadania. Opracowała i wdrożyła całościową koncepcję opieki i kształcenia niewidomych. Bardzo starannie przygotowywała się do realizacji wyznaczonego sobie celu. Była kobietą wykształconą, znającą języki obce. Korzystała więc z osiągnięć państw bardziej zaawansowanych w zakresie tyflogologii. Zwiedziła ośrodki kształcenia w Austrii, Szwajcarii i Francji. W czasie pobytu we Francji poznała system pisma Braille'a. Tam też spotkała się z Maurice de la Sizerannem. Ta znajomość miała duży wpływ na dalszą działalność Czackiej. Jego całościowa koncepcja opieki, nauczania, zatrudnienia niewidomych, realizowana przez Stowarzyszenie dla Dobra Niewidomych im. Valentina Haüy, oraz poglądy, że niewidomi powinni sami o sobie decydować, muszą być wykształceni i zajmować również kierownicze stanowiska, były wzorem, który przeniosła na grunt Polski. W celu realizacji zamierzonej idei w 1911 roku założyła Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi. Od chwili rozpoczęcia działalności do wybuchu I wojny światowej objęło ono opieką, tzw. patronatem, 55 rodzin. Dzięki inicjatywie Towarzystwa zorganizowano biuro przepisywania książek, zakład dla niewidomych dziewcząt, szkołę dla chłopców, przedszkole oraz dział tyflogiczny, który utrzymywał kontakty z podobnymi organizacjami w Europie, sprowadzał wydawnictwa i pomoce (Mazowiecki 1987).

Po odzyskaniu niepodległości rozpoczął się okres odrabiania zaniechań w dziedzinie oświaty. Szybko zaczęły rozwijać się cztery wymienione zakłady dla dzieci niewidomych, a na przełomie lat 30. powstały dwa następne. Czacka w 1918 roku założyła Zgromadzenie Sióstr Franciszkanek Służebnic Krzyża, którego zadaniem była i jest praca dla dobra niewidomych. W 1922 roku rozpoczęła, w bliskiej współpracy z Antonim Marsylskim, budowę zakładu dla niewidomych w Laskach k. Warszawy. Postawiła przed swoimi współpracownikami ideał wychowawczy, zmierzający do pełnego rozwoju możliwości, uzdolnień i talentów niewidomego. W szkołach laskowskich wychowała pionierskie pokolenie niewidomych zrewalidowanych i aktywnych społecznie. Zainicjowała w Polsce tyflogologię jako naukową wiedzę o niewidomych i ich rehabilitacji. Rozpowszechniła hasło „niewidomy człowiekiem użytecznym”. Odznaczona została Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski. Podstawowe jej publikacje to: *Sprawa niewidomych w Polsce*, Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi, Warszawa 1928; *System Braille'a w Polsce*, Szkoła Specjalna 1931, nr 4; *Dziecko niewidome*, Ku Szczytom X–XI, Wilno 1938.

Niewątpliwie jednym z najbardziej znanych i cennych osiągnięć naukowych w dziedzinie tyflogologii z lat międzywojennych jest dzieło naukowe Marii Grzegorzewskiej *Psychologia niewidomych*. Autorka wyszła z założenia, że pod-

stawą pedagogii niewidomych jest ich psychologia, dlatego zajęła się badaniami, których celem było wyjaśnienie psychicznego życia niewidomych. Naukowej analizie poddała przebieg procesów poznawczych ludzi całkowicie niewidomych od urodzenia. Wyodrębniła następujące struktury: kompensacyjno-przystosowawcze, dynamiczne układy strukturalne, wyobrażenia zastępcze, schematy dotykowe, tzw. zmysł przeszkód oraz strukturę czytania dotykowego. Ważne dla teorii i praktyki tyflopedagogiki były prace nad przystosowaniem metody ośrodków zainteresowań O. Decroly'ego do metodyki pracy w klasach początkowych w szkole dla dzieci niewidomych, którymi kierowała Grzegorzewska. Wyniki prowadzonych wówczas eksperymentów znajdują zastosowanie w szkołach dla dzieci niewidomych. Własne i innych opracowania teoretyczne oraz doświadczenia z praktyki tyflopedagogicznej M. Grzegorzewska zaczęła publikować na łamach założonego przez siebie kwartalnika „Szkoła Specjalna”, poczynając od 1926 roku (Bendych 1992). Ogromną zasługą Grzegorzewskiej jest rozpoczęcie kształcenia nauczycieli – tyflopedagogów – do pracy w szkołach dla niewidomych.

W 20-leciu międzywojennym rozpoczął również działalność naukową Włodzimierz Dolański (1886–1973). Był on synem polskiego emigranta, który za udział w powstaniu styczniowym zmuszony został do opuszczenia kraju. Dolański urodził się w Rumunii. W wieku 10 lat uległ wypadkowi, w wyniku którego stracił wzrok i rękę. Mimo to ukończył studia muzyczne i został pianistą, a później, kiedy z powodu następnego wypadku i przewlekłej choroby nie mógł dalej koncertować, ukończył studia pedagogiczno-psychologiczne na Sorbonie i filozoficzne na Uniwersytecie Warszawskim. W 1931 roku obronił dysertację doktorską na temat: „Czy istnieje zmysł przeszkód” i uzyskał tytuł doktora nauk humanistycznych. Badania wykonywał w zakładzie dla niewidomych w Laskach, w którym także był nauczycielem. Równoległe prowadził wykłady na prośbę Grzegorzewskiej w Państwowym Instytucie Pedagogiki Specjalnej.

Bardzo ważnym zagadnieniem w kształceniu niewidomych jest sposób pisania i czytania. Zagadnienia pisma dotykowego dla niewidomych zawsze znajdowały się w centrum uwagi tyflopsychologów i tyflopedagogów. Były to zasadnicze zadania do rozwiązania w początkach powstawania szkół dla niewidomych i poszukiwania metod pracy. Początkowo w wymienionych placówkach w nauczaniu niewidomych stosowano pismo liniowe, tzn. wyciskano w wilgotnym papierze kształty liter alfabetu łacińskiego. Później wprowadzono alfabet punktowy, w którym linie ciągłe zastąpiono punktami, nie rezygnując ze zwykłego kształtu liter. Najpopularniejszym na świecie wypukłym pismem dla niewidomych jest system opracowany przez Louisa Braille'a w 1825 roku, a zatwierdzony oficjalnie we Francji w roku 1854. Od tego czasu wiele państw zaczęło to pismo dostosowywać do swoich alfabetów i zasad pisowni. Takie też prace podjęto na ziemiach polskich. Przed I wojną światową niemający własnego państwa Polacy nie wypracowali jednolitego wariantu polskiego brajla, choć na ziemiach polskie pismo to dotarło stosunkowo wcześnie. Już w latach 1864–1865 było ono znane w Instytucie Głuchoniemych i Ociemniałych w Warszawie, nieco później w Zakładzie dla Ciemnych we Lwowie i Bydgoszczy. Stosowano jednak różne adaptacje do języ-

ka polskiego. Dopiero na I Zjeździe Nauczycieli Szkół Specjalnych w 1925 roku w Warszawie postanowiono uznać tzw. system bydgoski za polski alfabet dla niewidomych. W związku z pewnymi błędnymi założeniami nie wszystkie środowiska niewidomych w Polsce go stosowały. Zdaniem Czackiej i Landy odbiegał on od norm ustalonych przez twórcę alfabetu i przyjętych już w Europie, co utrudniało kontakty międzynarodowe. Poza tym nie uwzględniał zasad ortografii polskiej, a tym samym oddalał od znanego środowiskowo pisma czarnodrukowego. Dopiero w 1934 roku polskie brajlowskie pismo integralne i skrótowe, opracowane przez Czacką i Landy, zostało zatwierdzone przez ministra wyznań religijnych i oświecenia publicznego. Zaczęto stosować je w szkołach dla niewidomych oraz wprowadzano stopniowo do miesięcznika „Braille'a Zbiór”, który stał się wtedy jedynym polskim materiałem drukowanym brajlem. Poza szkolnictwem skrótowy stosowano przy robieniu notatek i prowadzeniu korespondencji. Po II wojnie światowej alfabet integralny stosowano nadal, jednak stopniowo, niesłusznie i z dużą stratą dla edukacji osób niewidomych, zaczęto rezygnować ze skrótów (Kuczyńska-Kwapisz 1996a).

W latach 1945–1948 wznowiły działalność szkoły dla niewidomych w Warszawie, Łodzi, Bydgoszczy. Zakład w Laskach nie przerwał działalności przez cały okres okupacji. Powstały także nowe placówki w Owińskach, we Wrocławiu i w Krakowie. Wymienione szkoły współpracowały z Państwowym Instytutem Pedagogiki Specjalnej. Maria Grzegorzewska współdziałała w ich tworzeniu i przygotowywaniu kadr. Opracowała także teoretyczne podstawy i konsultowała rozwiązania organizacyjne powstającej w 1950 roku pierwszej w Polsce szkoły dla dzieci niedowidzących (Bendych 1992). Współpracowała z zakładem w Laskach w opracowywaniu metod rewalidacji niewidomych upośledzonych umysłowo oraz głuchoniewidomych. Pod jej redakcją został wydany dziennik rozwoju głuchoniewidomego dziecka, prowadzonego przez s. Emanułę Jezierską. Stanowi on olbrzymi materiał źródłowy do dalszych prac badawczych. Powstanie i rozwój teorii tyflopedagogicznej wiąże się głównie z twórczością naukową Grzegorzewskiej. Opracowała ona bowiem teoretyczne podstawy nauczania początkowego, rewalidacji niewidomych i niedowidzących oraz głuchoniewidomych.

Duży wkład w rozwój metod rewalidacji dzieci niedowidzących wnieśli polscy okuliści, szczególnie zaś Zofia Galewska, wybitna specjalistka w dziedzinie rehabilitacji okulistyki niedowidzących i współtwórczyni pierwszej dla nich szkoły w Polsce. Jej publikacje *Aspekty społeczne w okulistyce* (1978), *W sprawie kształcenia dzieci niedowidzących i szcążtkowo widzących. Uwagi lekarza okulisty* (1982), *Rehabilitacja okulistyki dzieci z uszkodzonym wzrokiem* (1984) stanowią podstawową lekturę dla studentów tyflopedagogiki i nauczycieli pracujących z dziećmi niedowidzącymi. Niezwykle cenne są sformułowane przez nią zasady współpracy okulisty i pedagogów specjalnych oraz wskazówki dla nauczycieli i wychowawców, ułatwiające proces kształcenia i rehabilitacji uczniów niedowidzących.

Rozwój tyflopedagogiki związany jest z działalnością naukową wyższych uczelni pedagogicznych oraz uniwersytetów, w których istniała specjalność

tyflopädagogika lub psychologia defektologiczna. Na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w drugiej połowie lat 70. prowadzono, pod kierunkiem prof. Zofii Sękowskiej, kilkuletnie badania kompleksowe, opublikowane w 1980 roku przez Instytut Programów Szkolnych, dotyczące rozwoju umysłowego, fizycznego, inteligencji, uzdolnień, poziomu sprawności i umiejętności oraz deficytów i dysharmonii rozwoju psychofizycznego uczniów niewidomych. W latach 1978–1984 w zeszytach naukowych UMCS opublikowano wyniki badań oceniających proces rewalidacji uczniów, ich przystosowanie społeczne i emocjonalne, samoakceptację, rozwój fizyczny. Prowadzone były również badania nad diagnozą i poradnictwem psychopedagogicznym, uwarunkowaniami kształcenia dzieci niewidomych i niedowidzących w integracji z widzącymi oraz nad problemami rodzin posiadających dzieci z zaburzeniami widzenia.

Badania z zakresu rehabilitacji dorosłych niewidomych oraz psychologii niewidomych prowadził Roman Ossowski (1979, 1982). Problematyką ociemniałych, głuchoniewidomych, szkoleniem zawodowym i zatrudnieniem oraz psychologią niewidomych zajmował się Tadeusz Majewski (1983, 1995). Badania nad rozwojem fizycznym niewidomych i niedowidzących, metodami rozwoju motorycznego, dostępnymi dyscyplinami sportowymi, orientacją i poruszaniem się prowadził Jan Dziedzic w Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu (1967, 1980). Problematyką nauczania początkowego oraz metodami przygotowania dzieci niewidomych do nauki szkolnej zajmuje się Ewa Bendych (1981, 1985).

Duże zasługi dla rozwoju tyflogologii miał powołany w 1951 roku Polski Związek Niewidomych. Stworzył on Centralną Bibliotekę dysponującą cennymi zbiorami literatury. Powołał dział Tyflogologii w celu wydawania specjalistycznych publikacji, organizowania i publikowania zagranicznej literatury, prowadzenia działalności pedagogiczno-rehabilitacyjnej, głównie na turnusach organizowanych dla rodziców z małymi dziećmi niewidomymi i niedowidzącymi, dla uczniów uczących się w systemie integracyjnym oraz dla osób z dodatkowymi potrzebami, np. chorych na cukrzycę, głuchoniewidomych i innych. Rada Naukowa powołana przy ZG PZN ma za zadanie prowadzić działalność badawczą.

Rozwój nauk oraz zachodzące przemiany społeczne i demograficzne spowodował, że stopniowo rozszerzał się zakres, potrzeby i możliwości oddziaływań rewalidacyjnych. Ostatnie lata przyniosły rozwój następujących działów tyflopädagogiki:

- rehabilitacji wzroku niedowidzących,
- rehabilitacji osób niewidomych i niedowidzących z dodatkowymi utrudnieniami,
- orientacji przestrzennej i lokomocji.

Cele, zadania, jak również metody i środki procesu kształcenia specjalnego i rehabilitacji wiążą się w oczywisty sposób z profilem populacji osób niepełnosprawnych, które stanowią podmiot naszych oddziaływań. W populacji niewidomych zarówno w Polsce, jak i na świecie obserwuje się w ciągu ostatnich dziesięcioleci zmiany, które sygnalizowane są w statystykach, wynikach badań naukowych oraz w publikacjach praktyków, a mianowicie wzrasta liczba osób

niedowidzących i wzrasta liczba osób ze sprzężonymi upośledzeniami. Ta sytuacja jest wyzwaniem dla tyflopedagogów. Na początku lat 60. Natalie Barraga – profesor pedagogiki specjalnej z USA – wskazała na możliwości i potrzeby rozwijania umiejętności widzenia u uczniów szkół dla niewidomych, mających częściową zdolność widzenia. Do tego czasu, czyli ponad czterdzieści siedem lat temu, uważano, że osłabiony wzrok należy oszczędzać, aby go dłużej zachować. Używanie utożsamiano ze zużywaniem, a metody pracy w szkołach i ośrodkach rehabilitacyjnych dla niewidomych nastawione były na techniki poza-wzrokowe. Zwolenników ochraniać wzroku zarówno w Polsce, jak i na świecie spotykamy jeszcze i dziś, mimo że w ostatnich latach nauka i praktyka dostarczyły dowodów na to, że używanie wzroku nie tylko nie jest szkodliwe, ale wręcz sprzyja rozwojowi umiejętności patrzenia i dostrzegania obiektów w otoczeniu. Nie oznacza to, że następuje obiektywne polepszanie wzroku – zwiększenie ostrości lub rozszerzenie pola widzenia. Parametry te zazwyczaj pozostają niezmienione. Zwiększa się natomiast stopień wykorzystania informacji napływających drogą wzrokową. Barraga poddała badaniom 20-osobową grupę uczniów szkoły dla niewidomych w wieku 8–13 lat, bez dodatkowych upośledzeń. Ostrość ich wzroku wynosiła 6/200–20/200 i nie byli oni dotychczas uczeni metodą wzrokową. Teoretycznym założeniem eksperymentalnej serii ćwiczeń była teza, że funkcjonowanie uszkodzonego wzroku można rozwijać, a postępy dają się mierzyć. Wynik przeprowadzonych badań w pełni potwierdził przyjętą tezę, a zastosowana procedura pozwoliła ustalić czynniki i warunki rozwijania umiejętności posługiwania się wzrokiem przez dzieci niedowidzące. Wychodząc z założenia, że już u dzieci słabowidzących proces uczenia się pracy wzrokowej przebiega powoli, ale zgodnie z etapami rozwoju wzroku nieuszkodzonego, Barraga sporządziła indeks „czynności wzrokowych”, odpowiadający kolejnym etapom rozwoju wzroku nieuszkodzonego. Opracowała szczegółowy program, zawierający 150 lekcji z dokładnymi instrukcjami określającymi jak, w jakich warunkach i za pomocą jakich środków można ćwiczyć daną czynność wzrokową. Wybór odpowiednich lekcji spośród całego zestawu, ewentualne ich rozszerzenie, modyfikowanie i wzbogacenie różnymi materiałami pomocniczymi jest dokonywany po diagnozie funkcjonalnej, która obejmuje 40 lekcji, przeprowadzanych na wstępie rozpoczętego cyklu ćwiczeń. Przedstawiony program Barragi, a także inne programy rehabilitacji widzenia (Bockman 1987), niejednokrotnie już wzbogacone o własne doświadczenia, wprowadzane zostały do polskich szkół dla niewidomych. Od 1988 roku w WSPS przygotowuje się specjalistów rehabilitacji wzroku.

Drugie zagadnienie to rehabilitacja dzieci niewidomych i niedowidzących z dodatkowymi potrzebami. Zarówno na świecie, jak i w naszym kraju obserwuje się zwiększenie liczby dzieci niewidomych oraz niedowidzących z dodatkową ograniczoną sprawnością. W dużej mierze z inicjatywy rodziców powstają nowe placówki rehabilitacyjne dla tych dzieci. Tylko w Warszawie w ostatnich jedenastu latach powstały takie trzy. Z tego powodu istnieje ogromne zapotrzebowanie na opracowanie metodyczne programów rehabilitacyjnych, których celem byłoby usprawnianie i rozwijanie samodzielności. Przy współpracy z PZN autorka niniej-

szej pracy zajęła się tą problematyką. Za wzór posłużył programem rehabilitacyjny opracowany przez zespół tyflopedagogów z USA pod kierunkiem dr. Randalla Harleya. Składa się on z dwóch części. Jedna z nich przeznaczona jest dla dzieci niewidomych, druga dla niedowidzących. Każda z wymienionych części dzieli się na cztery testy sprawnościowe i odpowiadające im cztery podręczniki do ćwiczeń rozwijających:

- umiejętności w zakresie samodzielnego poruszania się,
- umiejętności motoryczne,
- umiejętności sensoryczne,
- umiejętności w zakresie posługiwania się pojęciami.

Wszystkie testy i wszystkie podręczniki zaopatrzone są w arkusze ocen. Program może być realizowany przez różne osoby z otoczenia dziecka, przy czym test przeznaczony jest do badania orientacji przestrzennej przez nauczycieli, psychologów, pedagogów specjalnych. Opierając się na wynikach testów przeprowadzanych przez specjalistów, poszczególne ćwiczenia mogą też prowadzić inni nauczyciele, wychowawcy, rodzice. W grudniu 1995 roku zorganizowaliśmy szkolenie dla nauczycieli orientacji przestrzennej pracujących w placówkach dla dzieci niewidomych z dodatkowymi trudnościami. Wszyscy oni poznali i otrzymali omawiany program. W maju 1996 roku ponownie zorganizowaliśmy spotkanie nauczycieli, na którym uczestnicy podzielili się swoimi spostrzeżeniami z zastosowania programu i przedstawili materiał filmowy z prowadzonych przez siebie zajęć. W realizacji programu uczestniczyło 12 dzieci z następujących placówek: ze szkoły życia Ośrodka Szkolno-Wychowawczego dla Dzieci Niewidomych w Radomiu, z Ośrodka Przedszkolno-Szkolno-Rehabilitacyjnego w Poznaniu, z Ośrodka Szkolno-Wychowawczego dla Dzieci Niewidomych i Słabowidzących Stowarzyszenia Rodziców i Przyjaciół Dzieci Niewidomych i Słabowidzących w Warszawie, z Ośrodka Leczniczko-Rehabilitacyjnego dla Dzieci Niewidomych i Słabowidzących w Warszawie, z Poradni Rehabilitacji Niewidomych i Słabowidzących w Poznaniu, z Ośrodka Leczniczko-Rehabilitacyjnego dla Dzieci Niewidomych i Niedowidzących w Rudoltowicach. Wszystkie dzieci były niewidome z dodatkowymi utrudnieniami. Wiek ich wynosił od 5 do 16 lat. Zdaniem nauczycieli prowadzących zajęcia wszystkie dzieci wyniosły korzyści z realizowanego programu, choć czas na jego zastosowanie był zbyt krótki. Zajęcia te są nadal kontynuowane w tempie dostosowanym do indywidualnych możliwości dzieci.

Najważniejszym zadaniem dla nauczycieli i rodziców dzieci niewidomych z dodatkowo ograniczoną sprawnością jest nauczenie dzieci możliwie pełnego wykorzystania swych zdolności do poznawania otaczającego świata. Poznanie takie wymaga umiejętności orientacji i poruszania się, co – mamy nadzieję – ułatwi omawiany program. Przedstawiłam tu program dla dzieci wymagających specjalnych form rehabilitacji. Należy pamiętać, że są też wśród niewidomych osoby ze sprzężeniami upośledzeń, obdarzone szczególnymi uzdolnieniami i talentami. Mamy na to wiele dowodów w literaturze faktu. Taką szczególnie popularną osobą jest głuchoniewidoma Helena Keller, która ukończyła studia uniwersyteckie, jest autorką książek i artykułów, a o jej życiu nagrano kilka filmów. W Polsce –

Michał Kaziów, niewidomy, bez rąk, uzyskał tytuł doktora. Jest autorem m.in. powieści *Gdy moim oczom*, zbioru opowiadań *Zdeptanego podnieść*, licznych artykułów w czasopismach wydawanych przez Polski Związek Niewidomych. Głuchoniewidomy, pan Grzegorz Kozłowski, wspaniały człowiek, mąż, ojciec jest bardzo dobrym informatykiem. Zarówno H. Keller, jak i M. Kaziów, G. Kozłowski spotkali na swojej drodze życia ludzi, którzy pomogli im odnieść sukcesy.

Kolejne zagadnienie to orientacja przestrzenna i samodzielne poruszanie się osób niewidomych i niedowidzących. Ograniczenie swobody poruszania się jest jedną z najpoważniejszych konsekwencji braku wzroku. Często prowadzi do wyobcowania ze społeczeństwa, utrudnia zdobycie i wykonywanie zawodu, kontakty rodzinne, towarzyskie, ogranicza uczestnictwo w życiu kulturalnym itp. Niewidomi od dawna starali się uzyskać samodzielność w poruszaniu się, co przy małym natężeniu ruchu ulicznego było możliwe bez specjalnych metod nauczania. Wraz z rozwojem motoryzacji poruszanie się niewidomych po mieście stawało się jednak coraz bardziej niebezpieczne. Po II wojnie światowej liczba niewidomych znacznie wzrosła. Byli to głównie inwalidzi wojenni – ludzie młodzi i fizycznie sprawni, którzy chcieli prowadzić czynne życie. W związku z tym powołano w wielu krajach organizacje zajmujące się sprawami weteranów wojennych. W Polsce również powstał ośrodek rehabilitacyjny dla ociemniałych żołnierzy, którym kierował Henryk Ruszczyk. Prowadzono tam orientację przestrzenną, ale w inny sposób niż obecnie. Instruktorami byli dobrze usprawnieni niewidomi, którzy przekazywali własne doświadczenia i służyli swoim przykładem. Ten sposób nauczania stosowano też później w Polskim Związku Niewidomych, a także, często, w szkołach i internatach dla dzieci niewidomych. Miejsce ćwiczeń ograniczano do terenu zakładu i do najbliższej okolicy. Nie prowadzono samodzielnych ćwiczeń w mieście.

Ważnym wydarzeniem było zorganizowanie w Polsce w lecie 1979 roku szkolenia, które prowadził prof. Stanley Suterko z Uniwersytetu West Michigan. Przedstawienie przez niego wyników badań naukowych prowadzonych w Stanach Zjednoczonych oraz nowych metod wpłynęło na zmianę sposobu nauczania niewidomych orientacji przestrzennej i samodzielnego poruszania się, a także przygotowania nauczycieli tego przedmiotu oraz kierunku badań tych zagadnień. W nauczaniu niewidomych orientacji przestrzennej zaczęto w Polsce stosować szeroko rozumianą indywidualizację. Na każdej jednostce lekcyjnej nauczyciel pracuje tylko z jednym uczniem według szczegółowego programu, opracowanego dla każdego oddzielnie. Jednym z podstawowych momentów, który bierzemy pod uwagę, jest różnica pomiędzy nauczaniem orientacji przestrzennej ucznia nowo ociemniałego, który uprzednio poruszał się bez trudności jako osoba widząca, a nauczaniem ucznia niewidomego od urodzenia, który nigdy swojego otoczenia nie widział. Pracując z uczniem, który stracił wzrok, odwołujemy się do jego wcześniejszych doświadczeń, do jego pamięci. Uczeń zaś, który nigdy nie widział, może nie rozumieć najprostszych pojęć związanych z orientacją przestrzenną, może nie mieć lub mieć mylne wyobrażenie przestrzeni. Poza tym zdolność uczenia się orientacji przestrzennej jest niejednakowa u poszczególnych uczniów i nie

jest równomiernie uwarunkowana przez ślepotę. Należy uwzględnić nader ważny fakt, że wielu uczniów uczęszczających do szkoły dla niewidomych ma użyteczną zdolność widzenia, pomocną w poruszaniu się. Tę właśnie grupę niedowidzących należy zachęcać w procesie nauczania do możliwie maksymalnego wykorzystania wzroku i posługiwania się – w miarę potrzeby – przyrządami optycznymi. Dużo czasu przeznaczają się na nauczanie interpretacji otoczenia, np. przy ograniczonym polu widzenia przestrzeń widziana jest fragmentarycznie, ułożenie pełnego obrazu wymaga pewnego wysiłku i umiejętności, podobnie jak przy układaniu puzzli. W nauczaniu orientacji obowiązuje duża systematyczność i dokładność. Każdy uczeń opanowuje wszystkie tematy w sobie właściwym tempie. Poza tym stwarza mu się okazję do ćwiczenia już nabytej samodzielności, oczywiście w stopniu odpowiednim do wieku i po uzgodnieniu z jego rodzicami. Obok programów i metod nauczania orientacji przestrzennej bardzo ważnym problemem jest dobór i odpowiednie wykształcenie nauczycieli, którzy mogliby ten przedmiot prowadzić. Zadaniem ich jest, obok nauczania orientacji przestrzennej i samodzielnego poruszania, także oddziaływanie psychoterapeutyczne, tak jak to stwierdza Ossowski (1982). Na zajęciach rehabilitacyjnych jest okazja do podawania wielu komunikatów o możliwościach osoby niepełnosprawnej ze względu na uszkodzenie wzroku, o tym, jak można żyć z tym kalectwem.

W Wyższej Szkole Pedagogiki Specjalnej studenci tyflopedagogiki od 1982 roku poznają podstawy orientacji, równolegle prowadzona jest także specjalizacja z tego przedmiotu w ramach studiów dziennych i podyplomowych. Prowadzone są także badania. Wyniki niektórych z nich zamieszczone są w pracy J. Kuczyńskiej-Kwapisz, pt.: *Efektywność kształcenia młodzieży niewidomej i słabowidzącej w zakresie orientacji przestrzennej i poruszania się* (1994).

Wszystkie omówione tu kwestie, a więc rehabilitacja wzroku, rehabilitacja osób ze sprzężonymi upośledzeniami, rozwijanie orientacji przestrzennej, znajdują się w programie dydaktycznym i naukowym Zakładu Tyflopedagogiki APS. Są one niezwykle ważne, ponieważ w konsekwencji prowadzą do ułatwienia życia osobom niewidomym i niedowidzącym, do ich integracji ze społeczeństwem, a to jest naszym celem i zarazem obowiązkiem. Są to dziedziny, które wpisują się w najnowsze dzieje tyflopedagogiki.

Bibliografia

- Adamowicz-Hummel A., Mendruń J. (1992), *Pomagamy słabowidzącym*, Pochodnia, 1/2.
- Barraga N., Collins M. (1991), *Rozwijanie umiejętności posługiwania się wzrokiem*, Materiały Tyflogiczne, Warszawa.
- Bendych E. (1992), *Powstanie i rozwój tyflopedagogiki w Polsce*, [w:] Pedagogika specjalna w Polsce, U. Eckert, K. Poznański (red.), WSPS, Warszawa.
- Bendych E., Janik M. (1981), *Nauczanie początkowe dzieci niewidomych*, WSPS, Warszawa.

- Bendych E., Nowak J. (1985), *Przygotowanie dzieci niewidomych do nauki szkolnej*, WSiP, Warszawa.
- Bockman O., Inde K. (1987), *Usprawnianie wzroku u słabowidzących*, Zeszyty Tyflogiczne, 4.
- Corn A. (1985), *Wskazówki praktyczne dla słabowidzących. Materiały przygotowane na Krajowe Warsztaty Szkoleniowe dla Słabowidzących*, Chicago 1980, tłum. z ang., WSPS, Warszawa (maszynopis).
- Czacka E. R. (1977), *Dziecko niewidome*, [w:] C. Gawrysiak (red.), Wypisy tyflogiczne ATK, Warszawa.
- Czacka E. R., Landa T. (1931), *System Braille'a w Polsce*, Szkoła Specjalna, 4.
- Dolański W. (1954), *Czy istnieje „zmysł przeszkód” u niewidomych*, PWN, Warszawa.
- Dolański W. (1972), *Czar sześciu punktów*, Niewidomy Spółdzielca, 7–12.
- Dziedzic J. (1960), *Wychowanie fizyczne niewidomych*, PZWS, Warszawa.
- Dziedzic J. (1967), *Z zagadnień orientacji przestrzennej niewidomych*, Zakład Badawczy ZSI, Warszawa.
- Dziedzic J., Remplewicz J. (1980), *Kultura fizyczna w szkołach i zakładach dla niewidomych i niedowidzących*, WSiP, Warszawa.
- Galewska Z. (1978), *Aspekty społeczne w okulistyce*, [w:] W. Ormowski (red.), Okulistyka współczesna, PZWL, Warszawa.
- Galewska Z. (1982), *W sprawie kształcenia dzieci niedowidzących i szcztkowo widzących*. Uwagi lekarza okulisty, Szkoła Specjalna, 5.
- Galewska Z. (1984), *Rehabilitacja okulistyczna dzieci z uszkodzonym wzrokiem*, [w:] E. Bendych (red.), *Rewalidacja dzieci i młodzieży z uszkodzonym wzrokiem*, WSPS, Warszawa.
- Gasik W. (1990), *Rozwój praktyki i teorii pedagogiki specjalnej w wieku XIX i w początkach XX wieku*, [w:] Mauersberg (red.), *Dzieje szkolnictwa i pedagogiki specjalnej*, PWN, Warszawa.
- Gawysiak C. (red.) (1977), *Wypisy tyflogiczne*, ATK, Warszawa.
- Grodecka E. (1960), *Historia niewidomych polskich w zarysie*, PZN, Warszawa.
- Grzegorzewska M. (1930), *Psychologia niewidomych*, Warszawa.
- Grzegorzewska M. (1964, 1989), *Wybór pism*, Warszawa: PWN, Warszawa: WSPS.
- Grzegorzewska M. (1964), *Pedagogika specjalna*, PIPS, Warszawa.
- Harley R. K., Merbler J.B., Wood T. A. (1996), *Program rehabilitacji w zakresie orientacji przestrzennej i poruszania się dzieci słabowidzących z dodatkowymi niesprawnościami* (oprac. merytoryczne J. Kuczyńska-Kwapisz), PZN, Warszawa.
- Józefowicz T., Saloni Z. (1991), *System polskich ortograficznych skrótów brajlowskich*, Zeszyty Tyflogiczne, 8.
- Klimasiński K. (1989), *Organizacja czynności poznawczych przy głębokim defekcie wzroku*, UJ, Kraków.
- Kosakowski C. (1994), *Kształcenie pedagogów specjalnych na tle przemian*, [w:] M. Chodkowska (red.), *Człowiek niepełnosprawny*, Wyd. UMCS, Lublin.
- Kotowski S. (1994), *Pomyślmy i porozmawiajmy o naszych sprawach*, Zeszyty Tyflogiczne, 11.
- Kuczyńska-Kwapisz J. (1994), *Efektywność kształcenia młodzieży niewidomej i słabowidzącej w zakresie orientacji przestrzennej i poruszania się*, WSPS, Warszawa.
- Kuczyńska-Kwapisz J. (1995), *Program orientacji przestrzennej dla dzieci niewidomych i słabowidzących z dodatkowymi utrudnieniami*, Problemy Poradnictwa Psychologiczno-Pedagogicznego, 1, 2.

Kuczyńska-Kwapisz J. (1995a), *Orientacja przestrzenna a przystosowanie społeczne młodzieży niewidomej i słabowidzącej*, Przegląd Tyflogiczny, 1, 2.

Kuczyńska-Kwapisz J. (1995b), *Problemy orientacji i lokomocji osób niewidomych i słabowidzących, Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej*. Centrum Badawczo-Rozwojowe Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, 2.

Kuczyńska-Kwapisz J. (1996), *Dzieci niewidome i słabowidzące, seria: One są wśród nas*, Centrum Metodyczne Poradnictwa Psychologiczno-Pedagogicznego MEN, Warszawa.

Kuczyńska-Kwapisz J. (red.) (1996a), *Pismo dotykowe dla niewidomych– etapy rozwoju i współczesne zastosowanie, Rehabilitacja niewidomych i słabowidzących. Tendencje współczesne*, Centrum Metodyczne Poradnictwa Psychologiczno-Pedagogicznego MEN, Warszawa.

Kuczyńska-Kwapisz J., Kwapisz J. (1996b), *Rehabilitacja osób niewidomych i słabowidzących, seria: Biblioteka Pracownika Socjalnego, Interart*, Warszawa.

Kwapisz J. (1994), *Przygotowanie niewidomego ucznia do kształcenia integracyjnego*, [w:] G. Walczak (red.), *Integracyjne kształcenie niewidomych i słabowidzących dzieci*, WSPS, Warszawa.

Kwapiszowie J. i J. (1990), *Orientacja przestrzenna i poruszanie się niewidomych oraz słabowidzących*, WSiP, Warszawa.

Majewski T. (1983), *Psychologia niewidomych i niedowidzących*, PWN, Warszawa.

Majewski T. (1992), *Od redaktora*, Przegląd Tyflogiczny, 1–2.

Majewski T. (1995), *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych*, Centrum Badawczo-Rozwojowe Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Warszawa.

Mazowiecki T. (1987), *Ludzie Lasek*, Biblioteka „Więzi”, Warszawa.

Ossowski R. (1979), *Zachowanie się inwalidów wzrokowych w sytuacjach trudnych*, PWN, Warszawa.

Ossowski R. (1982), *Kształtowanie obrazu własnej sytuacji i siebie u inwalidów wzroku w procesie Rehabilitacji*, WSP, Bydgoszcz.

Ossowski R. (1994), *Problemy nauczania specjalnego zintegrowanego*, [w:] M. Chodkowska (red.), *Człowiek niepełnosprawny*, Wyd. UMCS, Lublin.

Pałak Z. (1988), *Obraz własnej osoby młodzieży niewidomej*, UMCS, Lublin.

Pilecki, A. Skrzetuska E. (1991), *Nauczanie niedowidzących w klasach 4–8*, WSPS, Warszawa.

Sękowska Z. (red.) (1978), *Czynniki efektywności pracy pedagogicznej szkół dla uczniów niewidomych i niedowidzących*, UMCS, Lublin.

Sękowska Z. (1981), *Tyflopedagogika*, PWN, Warszawa.

Sękowska Z. (1991), *Przystosowanie społeczne młodzieży niewidomej*, WSiP, Warszawa.

Sękowska Z. (1993), *Problemy integracyjnego kształcenia i rewalidacji dzieci niepełnosprawnych*, Kultura i Edukacja, 3.

Sękowski T. (1994), *Pomoc psychologiczna i możliwości adaptacyjne człowieka*, PWZN „Print 6”, Lublin.

Stabińska J. (1981), *Matka Elżbieta Róża Czacka*, Palotinum, Poznań—Warszawa.

Walczak G. (red.) (1994), *Integracyjne kształcenie niewidomych i słabowidzących dzieci*. Materiały z konferencji, Konstancin 29–30 listopada 1993, WSPS, Warszawa.

Walczak G. (1994a), *Formy specjalistycznej opieki dostępne dla małych słabowidzących i niewidomych dzieci*, Roczniki Pedagogiki Specjalnej, 5.

Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną

pod redakcją naukową

Jacka J. Błeszyńskiego, Ditty Baczały i Józefa Binnebesela

Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej w Łodzi 2008

Grażyna Zarębska

Kolegium Nauczycielskie w Zgierzu

HISTORYCZNO-KULTUROWE UWARUNKOWANIA ROZWOJU WYCHOWANIA, EDUKACJI, DIAGNOZY I REHABILITACJI WOBEC JEDNOSTEK NIEPEŁNOSPRAWNYCH INTELEKTUALNIE*

Od zarania dziejów, istnieli ludzie niepełnosprawni, upośledzeni, którzy z uwagi na psychiczne lub fizyczne odchylenia znacznie odbiegali od ogólnie przyjętej normy. Jak dowodzą liczne opracowania historyczne na przestrzeni wieków istotnym zmianom ulegał stosunek społeczeństw do problemów tych osób. Historycznie rzecz ujmując, sytuacja osób niepełnosprawnych była dość zróżnicowana, zależała bowiem nie tylko od czasu, w jakim żyła dana osoba, czy terytorium, ale w dużej mierze od rodzaju i stopnia niepełnosprawności.

W wieku XX ukształtował się szereg pozytywnych wartości i postaw zarówno w odniesieniu do problemu niepełnosprawności człowieka, jak i zagadnień życia ludzkiego jako wartości samej w sobie. Uznano wówczas pełnię praw osób niepełnosprawnych, w tym również upośledzonych intelektualnie, do autonomicznego i godnego życia. Obecnie coraz wyraźniej podnosi się kwestie kompleksowej opieki w zakresie edukacji i rehabilitacji tych jednostek. Jednocześnie akcentuje się konieczność włączenia w ten proces zasad normalizacji i personalizacji jako niezbędnych czynników warunkujących nie tylko podnoszenie jakości życia, ale, przede wszystkim, stwarzania szans pełnego uczestnictwa w życiu społecznym.

Jak słusznie zauważa W. Dykciak (2005), stosunek do jednostek upośledzonych umysłowo podlegał historycznej ewolucji i licznym transformacjom postaw społecznych:

* Od dzieciobójstwa, przymusu do przyzwolenia na istnienie tych jednostek, aż po wyzwolenie, tj. uznanie ich praw na równi z jednostkami pełnosprawnymi.

* Od demonologicznego myślenia o karzącym działaniu sił nadprzyrodzonych poprzez ujmowanie niedorozwoju człowieka w kategoriach defektologicznych jako jednostki chorobowej, aż po interdyscyplinarne – naukowe ujmowanie problemu prowadzące w efekcie do:

* Artykuł jest częścią szerszego opracowania monograficznego

- wskazywania przyczyn niedorozwoju,
- możliwości korygowania i usprawniania,
- prognozowania dalszego rozwoju.

* Od wrogości i izolacji przez opiekę w warunkach segregacji do częściowej bądź pełnej adaptacji, integracji i normalizacji w środowisku życia.

* Od izolacji do adaptacji i uznania autonomii i praw tych jednostek.

Od elementarnej zniewalającej opieki w zakładach zamkniętych do organizowania bezpośredniej i powszechnej edukacji w środowisku otwartym.

* Od koncentracji na wadach i deficytach do promowania mocnych stron.

* Od pomijania rodziny do uznawania jej znaczącej roli w procesie rehabilitacji.

Przedstawiona powyżej analiza dowodzi, że w aspekcie historyczno-kulturowym na przestrzeni wieków dokonały się zasadnicze zmiany w zakresie widzenia i rozumienia potrzeb i praw osób niepełnosprawnych, w tym również osób upośledzonych umysłowo.

W najwcześniejszych strukturach społecznych – wspólnotach plemiennych – sytuacja upośledzonych umysłowo zależała głównie od warunków życia i stopnia upośledzenia. Głębiej upośledzeni, nie mogąc przystosować się do panujących wówczas warunków życia, stosunkowo wcześniej umierali. Lżej upośledzeni radzili sobie w warunkach sprzyjających. Żyli na marginesie społeczności plemiennej i w dostępny dla siebie sposób uczestniczyli w jej życiu. Jednak w warunkach trudnych, w okresie głodu, czy walk między plemionami również i oni szybko ginęli, a niejednokrotnie byli usuwani lub wręcz mordowani jako niepotrzebne obciążenie (K. Kirejczyk 1981).

Świat starożytny a człowiek niepełnosprawny

W kulturze starożytnej stosunek do upośledzonych, chorych i kalekich oddają filozoficzne koncepcje Platona (427–347 p.n.e.) i Arystolesa (384–322 p.n.e.), zgodnie z którymi

należy zastosować dyscyplinę i jurysprudencję nakazującą zajmować się tylko zdrowymi na ciele i umyśle obywatelami. Tym natomiast, którzy nie są zdrowi należy pozwolić umrzeć (M. Balcerek 1977).

Platon, dołączając argumenty eugeniczne, wyznaczył granice ojcostwa i macierzyństwa. Dla mężczyzn granicę tę określił między 30 a 50 rokiem życia, natomiast kobietom ustalił przedział między 20 a 40 rokiem życia. W ramach czystości gatunku dzieci zrodzone poza tymi granicami, zdaniem Platona, należało likwidować.

W Grecji, a zwłaszcza w Sparcie, prowadzono celowo zorganizowany proceder pozbawiania życia dzieci, które zaraz po urodzeniu wykazywały znamiona upośledzenia lub deformacji. Selekcję niemowląt powierzano specjalnie mianowanym do tego celu urzędnikom, tzw. eforom. Te spośród nich, które nie przeszły pozytywnie selekcji, usuwane były poza mury miast bądź stręcane ze skał. Praktyki te

stosowano do IV wieku naszej ery. Wszystkie zdrowe dzieci Platon proponował oddawać pod opiekę wykwalifikowanym, mianowanym przez państwo niańkom.

Również w starożytnym Rzymie funkcjonowało prawo nakazujące ojcu – głowie rodziny – bezwzględne pozbycie się dzieci chorych, kalekich bądź upośledzonych. Dorosłych kalekich i upośledzonych wypędzano z miasta wraz z dziećmi, aby oczyścić społeczeństwo. Jak dalece powszechne były tego typu praktyki, świadczą poglądy prezentowane przez Senekę, który pisze:

My zabijamy potworki i topimy te dzieci, które rodzą się słabowite, chore, cherlawe i zniekształcone. Postępujemy tak nie z zapamiętania w gniewie i zmartwienia, lecz kierujemy się rozumem: oddzielić niezdatność od zdrowia (K. Kirejczyk 1981, s. 14).

Nieco inaczej przedstawiała się sytuacja w Egipcie. Mianowicie głuchotę uważano tu za dar Bogów. Dlatego też osoby dotknięte tą ułomnością były powszechnie szanowane i czczone. Dzieci wykazujące inne upośledzenia były wrzucane do Nilu. Zgodnie z powszechnym przekonaniem, że kto nie umie czytać i pływać nie jest człowiekiem, a więc nie zasługuje na to, aby żyć. Zatem świat starożytny nie uznawał osób słabych, upośledzonych. Kto nie miał sił służyć społeczeństwu i państwu nie miał prawa do istnienia.

Pierwsze elementarne formy organizowania opieki nad niepełnosprawnymi intelektualnie

Czasy nowożytne przynoszą w tej kwestii powolne, lecz radykalne zmiany. Począwszy od średniowiecza, którego początek datowany jest na rok 476 – czas upadku Cesarstwa Rzymskiego, a koniec umownie związany jest z dwoma wydarzeniami: wynalezieniem przez Jana Gutenberga druku (rok 1450) i odkryciem Ameryki (rok 1492) przez Krzysztofa Kolumba – dostrzegamy powolne zmiany postaw społecznych wobec upośledzonych, chorych, kalekich i bezdomnych. Nie bez znaczenia pozostawał fakt, że w średniowiecznej Europie dominujący wpływ na życie społeczne miał Kościół katolicki.

Również w Polsce, jak dowodzą badania prowadzone przez J. Łukasiewicza (1858, 1859, 1863) dotyczące rozwoju szpitali parafialnych i zakładów dobroczynnych, powszechna opieka socjalna w głównej mierze realizowana była przez Kościół katolicki. Najstarszy szpital dla ubogich powstał w 1170 roku w Poznaniu na Śródce. Największe zasługi w początkowej fazie – tzw. charytatywnej – należy przypisać duchowieństwu, w następnej kolejności panującym magnatom i samorządom miast. Na podkreślenie zasługuje fakt, że w okresie tym zaczęto organizować najpierw dla starców, sierot, kalek i niewidomych, później również dla upośledzonych umysłowo i chorych psychicznie szpitale, azyle i przytułki. Szpitale ówczesne były bardzo źle wyposażone, w wielu przypadkach, zwłaszcza w wiejskich parafiach, były to proste chałupy, w których przebywali podopieczni pod nadzorem tzw. prowizorów (M. Sobieszczański 1867). W zakładach tych

przebywali razem starcy, dzieci, chorzy, głęboko upośledzeni, psychicznie chorzy, włóczędzy, a często również zwykli przestępcy. Nie dzielono ich na grupy, nie wychowywano, nie uczono, a nawet nie leczono. Opieka sprowadzała się jedynie do zapewnienia nędznej egzystencji: dachu nad głową, wyżywienia, okrycia (K. Kirejczyk 1981).

Okres średniowiecza charakteryzował się skrajnymi postawami społeczeństwa wobec upośledzonych umysłowo. Z jednej strony rodziły się pierwsze humanitarne formy działalności filantropijnej ukierunkowanej na pomoc tym jednostkom, z drugiej zaś mamy do czynienia z demonologicznym myśleniem o upośledzeniu umysłowym czy chorobach psychicznych, przejawiającym się w przesądach i zabobonach stanowiących, że ludzie ci są opętani przez demony. W literaturze znane są przypadki stosowania w czasach inkwizycji wobec upośledzonych i chorych psychicznie tortur łamania kołem, a nawet palenia na stosie jako opętanych przez szatana (K. Kirejczyk 1981). Równoległe jednak istnieją dowody świadczące o zrozumieniu potrzeby organizowania opieki nad upośledzonymi umysłowo i chorymi psychicznie. Powstają pierwsze akty prawne – statut wiślicki z roku 1347, biorący w obronę bezdomnych, potrzebujących pomocy, czy statut litewski (1529 r.), zawierający postanowienia dotyczące organizowania opieki tym osobom (J. Wyczęsany 2005).

Humanistyczne idee odrodzenia prowadzą do aktywnego rozwoju opieki nad dziećmi potrzebującymi pomocy, osieroconymi, bezdomnymi, kalekimi. Podobnie jak w okresie poprzednim dominujący wpływ na organizowanie opieki w przytułkach i szpitalach miały zakony, między innymi Zakon Braci Miłosierdzia i założony przez Wincentego à Paulo i Ludwikę de Marillac Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia (K. Kirejczyk 1981).

Także w Polsce powstające w tym czasie przytułki dla osób potrzebujących pomocy (kalekich, upośledzonych, chorych, włóczęgów, występnych) powoływane były z inicjatywy Kościoła. Wspomniany wcześniej zakon bonifratrów w 1610 roku założył w Krakowie szpital, w 1650 zaś przytułek w Warszawie. Podobne zasługi w tym zakresie miał żeński Zakon Sióstr Miłosierdzia (M. Dycht 2006, s. 74).

Działalność zakonów niewątpliwie przyczyniła się do poprawienia warunków panujących w ówczesnych szpitalach. Jednak, mimo inicjowania różnorodnych apeli i sugestii wskazujących na konieczność otoczenia opieką pedagogiczną również dzieci i młodzieży upośledzonej umysłowo – zdecydowane kroki w tym zakresie poczyniono właściwie dopiero w XVIII wieku. Pierwszym z propagatorów nowych idei był jeden z największych pedagogów, twórca współczesnej dydaktyki Jan Amos Komeński (1592–1670). Problem powszechnej edukacji podjął w swoim dziele pt. *Wielka dydaktyka*, twierdząc,

że wszystkim, którzy urodzili się ludźmi potrzebne jest wykształcenie [również upośledzonym], któż by bowiem wątpił, że głupim ludziom potrzebna jest nauka dla usunięcia wrodzonej tępoty (L. Grochowski 1990, s. 27).

Po raz kolejny kwestię powszechnego kształcenia Komeński podnosił w *Pampaedii*. Autor uzasadniał w niej potrzebę objęcia edukacją ludzi upośledzonych z uwagi na fakt, że może ona spełniać dwie funkcje. Mianowicie może być ważnym czynnikiem wyrównywania braków rozwojowych, jak również pełnić funkcję kompensacyjną, polegającą na zastępowaniu defektywnego narządu zdrowym. Przytoczone powyżej koncepcje świadczą o tym, że Komeński jako pierwszy dał podwaliny dla formującej się znacznie później teorii kompensacji jako jednego z zasadniczych komponentów tworzących proces rehabilitacji osób dotkniętych upośledzeniem. Pod wpływem tych i wielu innych idei humanistycznych, a w odpowiedzi na potrzeby społeczne zrodził się w XVIII wieku nowy, ważny etap w rozwoju opieki społecznej nad dzieckiem upośledzonym umysłowo.

Począwszy od XVI wieku w wielu krajach Europy zaznacza się tendencja do podejmowania przez państwo kontroli nad przytułkami i szpitalami. Jednym z pierwszych państw podejmujących tego typu próby była Francja (L. Grochowski 1990). Już w 1543 roku król Franciszek I zalecił przekazanie paryskich szpitali pod nadzór władz świeckich, rok później zarządzenie objęło całą Francję. W dalszej kolejności, wzorując się na doświadczeniach angielskich, podjęto próbę wprowadzenia podatku na rzecz pomocy ubogim i zapewnienie opieki dzieciom porzuconym i zagrożonym moralnie. Natomiast w 1656 roku Ludwik XIV powołał w Paryżu zespół szpitali *Hospal General* świadczących opiekę ponad 6 tysiącom podopiecznych (M. Kalinowski, J. Pełka 1996, s. 32, 33).

W Polsce z podobną praktyką spotykamy się w 1761 roku, wówczas Król August III nadał Szpitalowi Dzieciątka Jezus w Warszawie przywilej szpitala generalnego. W jego strukturze znajdowały się zarówno szpitale dla dorosłych, jak i dzieci, przytułek dla starców, kalekich, upośledzonych umysłowo, chorych psychicznie oraz dom pracy.

Praktyka zapoczątkowana we Francji dała asumpt do przejmowania przez kolejne państwa nadzoru i finansowania tych placówek.

Pierwsze formy opieki pedagogicznej nad dziećmi głębiej upośledzonymi

Chociaż pierwsze próby kształcenia upośledzonych umysłowo przypadają na pierwszą dekadę XIX wieku, to już w XVIII stuleciu zauważono taką potrzebę.

Dominującą grupą zawodową podejmującą działania na rzecz upośledzonych umysłowo byli wówczas lekarze psychiatrzy, głównie z terenu Francji. Wiązało się to z dwoma faktami.

Po pierwsze – próbą przeniesienia rewolucyjnych haseł „wolność, równość, braterstwo” na ludzi niepełnosprawnych, w tym również upośledzonych umysłowo.

Po drugie – dzieci i dorośli upośledzeni umysłowo przebywali wówczas w szpitalach psychiatrycznych. Lekarze psychiatrzy, posiadając najlepsze przygotowanie merytoryczne i ciągły, bezpośredni kontakt z tymi osobami, jako pierwsi

dostrzegli błędy w postępowaniu z nimi. Wielu z nich podjęło trud wprowadzenia zmian w postępowaniu wychowawczym realizowanym wobec tych jednostek (K. Kirejczyk 1981, S. Mauersberg (red.) 1990).

Prekursorską rolę w tej mierze odegrał **Filip Pinel** (1745–1826), który pełniąc funkcję naczelnego lekarza paryskich szpitali psychiatrycznych w Bicetre w 1792 przeprowadził reformy w zakresie postępowania z psychicznie chorymi. Zniósł brutalne metody postępowania (zakuwanie w kajdany, upusty krwi poprzedzające stosowanie środków przeczyszczających). Wspólnie ze swoim uczniem J. E. Esquirolelem opracował i wprowadził nowe metody leczenia przez pracę, zapewniając przy tym chorym troskliwą opiekę. Podjął pierwszą próbę zdefiniowania upośledzenia umysłowego jako: zahamowanie zdolności intelektualnych i uczuciowych.

W traktacie poświęconym zagadnieniom upośledzenia umysłowego *Traite Medico – Philosophieque Sur L'Alienation Mentaleou La Manie* (1801) dokonał klasyfikacji upośledzeń, wyodrębniając dwie formy kliniczne upośledzenia: nabytą i wrodzoną oraz cztery stopnie idiotyzmu:

1. stan najgłębszy, zbliżony do zwierzęcego, cechujący się brakiem świadomości i uczuć;
2. stan głęboki, w którym występują pewne formy świadomości oraz odczuwanie fizjologicznych potrzeb organizmu;
3. głuptactwo, gdzie pojawiają się elementarna inteligencja i mowa;
4. imbecylizm kwalifikuje jako lżejszą formę upośledzenia od głuptactwa (K. Kirejczyk 1981).

Zdaniem Pinela pierwszy i drugi stopień upośledzenia kwalifikował się do wychowania i nauczania. Natomiast w przypadku jednostek dotkniętych „głuptactwem” i „idiotyzmem” sugerował jedynie podejmowanie działań w zakresie przygotowania do życia.

Drugim autorytetem w tej dziedzinie był uczeń Pinela, **Jean E. Dominik Esquirol** (1772–1840). Samodzielną karierę naukową rozpoczął od wprowadzenia nowych terminów „umysłowego opóźnienia” oraz idiotyzmu jako cięższej od imbecylizmu formy upośledzenia. Ponadto rozróżnił idiotyzm wrodzony i nabyty, twierdząc, iż jest to stan, a nie choroba, trwający przez całe życie. Rozumiejąc złożoność zjawiska dokonał szeregu klasyfikacji osób upośledzonych, stosując między innymi jako kryterium stopień rozwoju intelektualnego oraz poziom rozwoju mowy.

Ze względu na stopień rozwoju mowy wyodrębnił:

1. imbecyli pierwszego stopnia ze swobodną i zrozumiałą mową;
2. imbecyli drugiego stopnia cechujący się zrozumiałą mową, lecz ograniczonym słownictwem,
3. idiotów pierwszego stopnia posługujących się prostymi wyrazami i krótkimi zwrotami;
4. idiotów drugiego stopnia posługujących się jednosylabowymi wyrazami i wykrzyknikami;
5. idiotów trzeciego stopnia, niepotrafiących mówić.

Natomiast biorąc pod uwagę stopień niedorozwoju, zastosował trójstopniową klasyfikację, wyróżniając:

1. idiotów,
2. imbecyli,
3. opóźnionych w rozwoju.

Złożoność zjawiska, jakim jest upośledzenie umysłowe, wymagało od Esquirola kompleksowego ujęcia problemu w aspekcie klinicznym, etiologicznym, symptomatologicznym, psychologicznym i socjalnym.

Jean Marc Gaspard Itard (1774–1838) lekarz i pedagog, swoją pracę rozpoczął w szkole dla głuchych w Paryżu. Jednak sławę przyniósł mu eksperyment związany z nauczaniem i wychowaniem dziko żyjącego 11–12-letniego chłopca. Chłopiec ten na zlecenie Francuskiej Akademii Nauk został objęty przez Itarda systematyczną opieką pedagogiczną. Itard, sądząc, iż ma do czynienia jedynie ze zjawiskiem zdziczenia, twierdził, że w wyniku właściwych zabiegów wychowawczo-stymulujących ukierunkowanych na ćwiczenie sprawności motorycznej, zmysłów, pobudzanie wrażliwości nerwowej i funkcji intelektualnych, jak również rozwijanie u chłopca zainteresowań otaczającym światem – będzie on w stanie się rozwijać.

Eksperyment trwał 4 lata i chociaż nie przyniósł oczekiwanych rezultatów, Wiktor nie opanował prawidłowej mowy i zachowania, ponieważ był nie tylko „dziki”, lecz także głęboko upośledzony umysłowo, to jednak dowiódł, że jednostki te w wyniku intensywnej stymulacji mogą się rozwijać. Eksperyment zmienił istniejące dotychczas poglądy na wychowanie głębiej upośledzonych i dał początek praktyce nauczania i wychowania. Od tego momentu zaczęto wydzielać w szpitalach oddziały dla upośledzonych umysłowo i prowadzić z nimi pracę wychowawczą.

Edward Seguin, francuski lekarz, psycholog i pedagog, stworzył podstawy oligofrenopedagogiki. Przeciwstawiał się poglądom P. Pinela i J. E. D. Esquirola dotyczącym niewyuczalności dzieci głęboko upośledzonych umysłowo. Rozwinął idee Itarda dotyczące kształcenia i wychowania upośledzonych umysłowo. W 1839 roku objął kierownictwo oddziału dziecięcego dla upośledzonych umysłowo w szpitalu w Bicetre, gdzie wcześniej, bo w 1837 roku wspólnie z Esquirolelem założył pierwszą na świecie szkołę dla dzieci z głębszym niedorozwojem umysłowym, odnosząc znaczne sukcesy. Fakt ten spowodował, że Komisja Francuskiej Akademii Nauk uznała Seguina za pioniera w kształceniu i wychowaniu jednostek upośledzonych umysłowo. Prowadzona przez niego szkoła stała się wzorem dla innych krajów, zdobywając jednocześnie uznanie w świecie.

Podczas pobytu w Stanach Zjednoczonych rozwinął swoją działalność praktyczną, opracowując fizjologiczny system wychowawczy. Przyczynił się w ten sposób do wzrostu zainteresowania problematyką kształcenia specjalnego upośledzonych umysłowo.

Seguin, uwzględniając podejście fizjologiczne, brał pod uwagę różnice jakościowe, wynikające z uszkodzenia lub defektu ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego. Jego metoda jednak w obu przypadkach uwzględniała taki sam system postępowania wychowawczego. Pracę nad rozwojem rozpoczął od fizycznego

usprawniania organizmu, następnie stopniowo przechodził do usprawniania funkcji nerwowych. Zalecał przy tym zachowanie następującej kolejności:

- usprawnianie funkcjonowania zmysłów w zakresie odbierania wrażeń, tworzenia spostrzeżeń i pojęć,
- kształtowanie zasad moralnego postępowania (K. Kirejczyk 1981).

Takie działania rehabilitacyjne podyktowane były przekonaniem, że rozwój tych dzieci może dokonywać się jedynie w warunkach ich aktywności, która powinna się rozpoczynać zawsze tam, gdzie poprzednio się zakończyła i stopniowo obejmować wszystkie funkcje organizmu. Przy nauce mowy zalecał wykorzystanie metody naśladownictwa oraz muzycznego opracowania dźwięków. Po zapoznaniu się z metodą Jacotta – całościowego czytania wyrazów – zaczął ją polecać w pracy z głębiej upośledzonymi umysłowo (S. Dziedzic 1970, s. 38).

Ponadto Seguin sprecyzował i z powodzeniem stosował podstawowe zasady procesu rehabilitacyjnego:

- zalecał ćwiczenia mięśni i zmysłów;
- podkreślał znaczenie dobrych relacji pomiędzy nauczycielem a dzieckiem;
- brał pod uwagę konieczność przyjęcia za punkt wyjściowy potrzeb i pragnień dziecka oraz uwzględnienie jego indywidualnych cech;
- dążył do harmonijnego i skutecznego rozwoju moralnego, intelektualnego i fizycznego dziecka;
- zalecał ćwiczenia rozwijające motorykę;
- zalecał przede wszystkim poznanie dziecka i każdej jego funkcji, a następnie szukanie związku pomiędzy poszczególnymi funkcjami.

Podstawowe założenia i zasady pracy metodą fizjologiczną Seguin zawarł w pracy *Idioci i ich leczenie metodą fizjologiczną* (1866). Metoda ta stanowiła inspirację dla wielu ówczesnych i późniejszych pedagogów (M. Montessori) do pracy z upośledzonymi umysłowo. Jak twierdzi T. Gałkowski (1998, s. 79), niektóre metody wykorzystywane przez Seguina stosowane są również współcześnie, choćby Tablica Seguina (bezsłowna skala inteligencji). Dorobek Seguina przyczynił się do rozwoju metod stosowanych w pracy z głębiej upośledzonymi umysłowo, obecnie uwzględnianych w indywidualnych programach rehabilitacyjnych.

Równie ważną rolę w zakresie opieki i wychowania osób upośledzonych umysłowo odegrał **Jan Guggenbuhl** (1816–1863), szwajcarski lekarz i pedagog. Przyjął on w postępowaniu wychowawczym z upośledzonymi metodę wychowania przez naśladownictwo. Szerokim echem w świecie odbił się jego apel dotyczący roztoczenia opieki nad upośledzonymi umysłowo, o większe zainteresowanie społeczeństwa tymi, którzy wymagają szczególnej opieki i specjalnej troski.

W roku 1841 założył w górach zakład opiekuńczo-wychowawczy, który mimo stosunkowo krótkiej działalności, to jednak przyczynił się do rozwoju pracy edukacyjnej skierowanej na dzieci z niedorozwojem. Zasługi Guggenbuhla w tym względzie dotyczą wykorzystania w pracy z upośledzonymi metody naśladownictwa.

Powstanie i rozwój szkolnictwa dla dzieci lekko upośledzonych umysłowo

Powstanie szkolnictwa dla dzieci lekko upośledzonych umysłowo wiąże się z rozwojem przemysłu wymagającego od robotników coraz wyższych kwalifikacji zawodowych. W konsekwencji doprowadziło to do powszechności nauczania. Dopiero, kiedy zdecydowana większość dzieci została objęta edukacją szkolną, okazało się, że część z nich ma trudności z opanowaniem programu w odpowiednim czasie, a często w ogóle w ciągu całej nauki. Grupę tę stanowiły niewyodrębniane wcześniej dzieci lekko upośledzone umysłowo. Uczniowie ci pozostawali na kolejne lata w tych samych klasach. Z czasem stawali się dziećmi trudnymi wychowawczo, dezorganizującymi pracę i obniżającymi wyniki nauczania. Często odchodzili ze szkół nie kończąc ich i nie przygotowując się do życia. Ażeby przyjść tym dzieciom z pomocą zaczęto organizować dla nich najpierw tzw. klasy pomocnicze zwane klasami specjalnymi, a następnie przystąpiono do organizowania szkół specjalnych (K. Kirejczyk 1981).

Rozwój szkolnictwa specjalnego był jednak słaby. Nie radzono sobie z powszechnym nauczaniem upośledzonych umysłowo w szkołach ogólnodostępnych. Dlatego też problemy związane z kształceniem tej grupy starano się przerzucić na działalność samorządową i społeczną. Nawet w krajach, gdzie wykazywano duże zainteresowanie kształceniem specjalnym nie potrafiąco w odpowiednim czasie rozwinąć niezbędnej sieci szkół i zakładów specjalnych.

Jedynym z takich przykładów jest Francja. Kraj, w którym powstała pierwsza szkoła dla głębiej upośledzonych umysłowo, jednak edukacją dzieci lekko upośledzonych władze oświatowe zajęły się dopiero na początku XX wieku.

Początki szkolnictwa specjalnego we Francji

Francja, mimo że była prekursorem w dziedzinie wychowania jednostek głęboko upośledzonych umysłowo, to w zakresie edukacji i wychowania osób z lekkim upośledzeniem, tak jak już wspomniano, pierwsze próby podjęto dopiero w początkach XX wieku. Dane statystyczne z tamtego okresu dowodzą, że osób z niedorozwojem było wówczas około 40 tysięcy, możliwość kształcenia i opieki w zakładach opiekuńczych znajdowało zaś zaledwie 3,5 tysiąca (M. Balcerek 1981).

Ożywienie nastąpiło dopiero w 1904 roku, kiedy powołano specjalną komisję do zbadania możliwości kształcenia specjalnego dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim. Konieczność powołania tej komisji podyktowana była ustawową edukacją, w wyniku której wprowadzony został we Francji w 1896 roku obowiązek szkolny. Rodziło to nowe problemy wynikające z faktu, iż nie wszystkie dzieci mogły uczęszczać do szkół powszechnych ze względu na występujące u nich deficyty intelektualne. Wymagały one specjalnych form i metod pracy rehabilitacyjnej. Do zadań wspomnianej komisji należało:

- zebranie danych statystycznych dotyczących liczby upośledzonych umysłowo,
- zaplanowanie różnych form kształcenia odpowiednich dla dzieci z niedorozwojem,
- ustalenie zasad selekcji do szkół specjalnych,
- określenie i opracowanie metod pracy rewalidacyjnej z tą grupą dzieci.

Komisja próbowała znaleźć obiektywne kryteria oceny rodzaju stopnia upośledzenia, do czego w bardzo dużym stopniu przyczynił się Binet i Simon. Opracowane przez nich testy stały się punktem wyjścia do dalszych badań nad metodami ustalania i określania poziomu inteligencji jako miernika rozwoju umysłowego dziecka (M. Balcerek 1981, s. 112).

Niewątpliwie do budowania zrębów oligofrenopedagogiki na terenie Francji przyczyniła się wydana w 1909 roku *ustawa o nauczaniu dzieci upośledzonych umysłowo*. Na jej mocy mogły być tworzone klasy specjalne przy szkołach podstawowych powszechnych i samodzielne szkoły dla dzieci w wieku od 6 do 13 lat, a w wyjątkowych przypadkach do lat 16. Na terenach wiejskich przewidziano zakładanie szkół z internatami, co rozwiązało problem dojazdu. W praktyce jednak przepisy ustawy nikogo nie zobowiązywały do zakładania szkół specjalnych. Dlatego też w 1912 roku istniało ich tylko 30, gdzie naukę pobierało zaledwie 720 dzieci.

Wyraźne tendencje wzrostowe w zakresie powstawania nowych placówek kształcenia specjalnego zarysowały się w roku 1921. Szokujące wrażenie na społeczeństwie francuskim wywarły opublikowane wówczas dane statystyczne dotyczące upośledzeń, z których wynikało, że spośród wszystkich dzieci upośledzonych kształci się zaledwie 10 procent. Jednak rozwój kształcenia specjalnego w okresie międzywojennym we Francji postępował bardzo wolno. W 1924 roku było zaledwie 67 klas specjalnych, w roku 1932 około 118. Natomiast w końcu 1937 roku łącznie 225 klas zorganizowanych w szkołach masowych bądź w samodzielnych szkołach specjalnych (M. Balcerek 1981, s. 113).

W pierwszych latach po wojnie nadzór nad szkołami pełnili inspektorzy generalni podlegający Ministrowi Oświaty. Inspektorzy akademii i inspektorzy nauczania początkowego mieli obowiązek nadzorowania klas i szkół specjalnych. Szczególne miejsce w powojennej dydaktyce francuskiej szkoły specjalnej zajęła zasada pogłębłości. Jak wynika z opracowań przedstawionych przez F. Felhorską (1965), w szkołach tych dominowało nauczanie konkretne, często indywidualizowane, nastawione na zdobywanie przez uczniów wiadomości wykorzystywanych w sytuacjach praktycznych. Przygotowanie do zawodu odbywało się w zawodowych szkołach specjalnych. Młodzież otrzymywała wykształcenie w zawodach: stolarz, ślusarz, malarz, kaletnik. W latach sześćdziesiątych każdą tego typu szkołą zajmowały się komitety opieki, organizujące absolwentom miejsca pracy w zakładach pracy chronionej. Dopiero na wiele lat po II wojnie światowej stworzono we Francji system uregulowań prawnych pozwalający na pełną edukację i rehabilitację tej kategorii osób.

Początki szkolnictwa specjalnego w Niemczech

W Niemczech inicjatywa kształcenia dzieci upośledzonych, w przeciwieństwie do Francji, wyszła od pedagogów, a nie od lekarzy. Głównymi formami kształcenia dzieci upośledzonych stały się w tym kraju szkoły specjalne i klasy specjalne, podobnie jak we Francji i Belgii, tworzone przy szkołach elementarnych. Rozwój tych form kształcenia przypada na koniec XIX wieku, co dowodzi, że Niemcy były jednym z pierwszych państw podejmujących problem edukacji upośledzonych.

Dużą rolę w dynamizowaniu rozwoju kształcenia specjalnego odegrał Związek Szkół Specjalnych Niemiec założony przez aktywnych pedagogów, lekarzy, psychologów, którzy wskazywali na konieczność organizowania szkół specjalnych.

Pierwsza klasa specjalna dla dzieci upośledzonych umysłowo powstała w Dreźnie w 1867 roku przy szkole „normalnej”. Proces tworzenia placówek specjalnych postępował tu dość szybko, gdyż w roku 1893 funkcjonujące w 32 miastach klasy specjalne kształciły 2260 dzieci (K. Kirejczyk 1981).

W 1900 roku szkoły i klasy specjalne istniały już w 90 miastach niemieckich, w których uczyło się 8 tysięcy uczniów. W latach 1904–1905 w 143 miastach Niemiec było już 230 szkół specjalnych dla 15 tysięcy dzieci, a w latach 1907–1908 szkoły funkcjonowały już w 210 miastach dla 21,5 tysięcy dzieci upośledzonych umysłowo. Tuż przed wybuchem I wojny światowej (1914) do 1544 klas uczęszczało 32 771 dzieci (M. Balcerk 1981; K. Kirejczyk 1981). Niemcy były zatem krajem, gdzie rozwój szkolnictwa specjalnego postępował intensywnie w sposób bardzo dynamiczny. Wraz z rozwojem kształcenia specjalnego podjęto kwestię ustawowego określenia obowiązku szkolnego wobec dzieci upośledzonych umysłowo. Najwcześniej, bo już w 1894 roku, wydano specjalne przepisy regulujące kwestie organizacji nauczania dzieci w szkołach i klasach specjalnych oraz wychowania w zakładach specjalnych. Na tej podstawie kierowano dzieci do szkół lub klas specjalnych po jedno- i dwuletnim okresie pobytu w szkole powszechnej, gdzie odbywała się wstępna diagnoza. W klasie specjalnej uczyło się nie więcej niż 25 osób, natomiast czas trwania lekcji nie przekraczał 30 minut (M. Balcerk 1981).

Do szkoły specjalnej dziecko kierowano bezpośrednio ze szkoły masowej. Często było to następstwem tego, że uczeń pozostawał na drugi rok w tej samej klasie. Kierowano go wówczas na badania do specjalnej komisji, w skład której wchodził lekarz, dyrektor i inspektor szkolny. Komisja kierowała ucznia do klasy przygotowawczej lub pozostawiała go w szkole masowej. Przez rok pod kierunkiem przygotowanego do tej pracy nauczyciela, uczniowie klasy przygotowującej realizowali ten sam materiał nauczania, co ich rówieśnicy, lecz w lepszych warunkach. Klasa przygotowawcza liczyła 18 uczniów, a czas nauki skrócony był do 20 godzin tygodniowo. Nauczyciele pracujący we wspomnianych klasach przygotowujących wykorzystywali metody nauczania zaczerpnięte ze szkół specjalnych.

Jak sygnalizowano już wcześniej w pierwszej połowie XX wieku w Niemczech na szeroką skalę rozwinięto system kształcenia specjalnego dla dzieci upośledzo-

nych umysłowo. Struktura szkolnictwa w tym okresie przedstawiała się następująco:

1. przedszkola specjalne dla dzieci w wieku 3–7 lat,
2. szkoły specjalne z 5- lub 6-letnim okresem nauczania dla dzieci w wieku od 8 do 14 lat,
3. zakłady specjalne dla dzieci upośledzonych umysłowo i psychopatów,
4. zakłady leczniczo-pedagogiczne dla upośledzonych umysłowo, sierot i dzieci pozbawionych opieki rodzicielskiej do 16 lat,
5. szkoły zawodowe specjalne,
6. zakłady i kolonie pracy dla młodzieży upośledzonej umysłowo (M. Balcerek 1981).

Absolutną nowością w owym czasie było objęcie dzieci upośledzonych umysłowo wychowaniem przedszkolnym.

Struktura niemieckiej szkoły specjalnej opierała się na 5 lub 6 oddziałach. Poszczególne oddziały przyporządkowano trzem poziomom:

I stopień obejmował klasy 6, 5, 4;

II stopień klasy 3, 2;

III najniższy stopień ograniczał się do klasy 1.

Tak więc w szkole podstawowej wyodrębniono trzy etapy nauczania.

Nauczyciel uczący na danym etapie (klasie) na każdej lekcji realizował tematykę programową z dwóch przedmiotów, aby uchronić dzieci przed znużeniem. Program w szkole specjalnej obejmował 4-letni kurs nauczania szkoły masowej oraz dodatkowe zajęcia techniczne i logopedię.

Obok znacznej liczby zakładów i szkół specjalnych rozwinęły się w Niemczech klasy specjalne tworzone przy szkołach powszechnych, wypracowano również oryginalne metody zróżnicowanego nauczania elementarnego w ramach tzw. systemu mannheimskiego, opracowanego przez J. A. Sickingera. Zdaniem autora każda szkoła powinna posiadać trzystopniowy system nauczania – w zależności od możliwości uczniów. Wyróżniano w nim następujące grupy dzieci:

1. o średnich i wyższych możliwościach;
2. normalne, ale posiadające pewne trudności;
3. upośledzone umysłowo.

Zgodnie z tą klasyfikacją powstały trzy typy klas równoległych:

1. klasy podstawowe dla dzieci w normie;
2. klasy specjalne (wspomagające), dla tych uczniów, którzy sami nie radzą sobie w klasach podstawowych;
3. klasy specjalne, dla dzieci, które nie radzą sobie w klasach wspomagających. (M. Balcerek 1981)

System mannheimski w latach późniejszych zyskał sobie jeszcze większą popularność i stał się jeszcze bardziej zróżnicowany. W 1909 roku obowiązywał w 30 miastach niemieckich. W praktyce jednak okazało się, że klasy wspierające skupiały głównie dzieci najuboższe i zamiast wyrównywać szanse edukacyjne, jeszcze bardziej je pogłębiały.

Wzrost liczby szkół specjalnych w Niemczech nastąpił po I wojnie światowej, co wyni-

kało z rosnących potrzeb społecznych w tym zakresie, jak również udoskonalenia systemu diagnozy pozwalającego na lepszą wykrywalność jednostek upośledzonych.

Uczniowie, którzy ukończyli szkołę specjalną mogli kontynuować naukę w 3-letnich szkołach zawodowych, przyuczających do zawodu. Edukacja w tego typu szkołach sprowadzała się do nauki w zakładzie pracy bądź u rzemieślnika przez 5 dni w tygodniu, jedynie szóstego dnia odbywały się zajęcia szkolne.

W czasie II wojny światowej naziści przyjęli programy eugeniczne mające na celu stworzenie „czystej” rasy germańskiej. Prowadzono szeroko zakrojone, okrutne eksperymenty, dokonując sterylizacji i eksterminacji osób upośledzonych umysłowo, chorych psychicznie, kalekich, starców. W ramach „akcji T 4” dokonano na terenie Niemiec i Europy eutanazji dziesiątek tysięcy osób uznanych za gorsze (S. Lipiński 2007, s. 45).

Po II wojnie światowej, jak już wspomniano, rozwój sieci szkolnictwa specjalnego na terenie Niemiec (RFN) uległ znacznemu przyspieszeniu. Duże znaczenie miały tu zmiany w przepisach prawnych. Dopuszczały bowiem możliwość tworzenia szkół specjalnych, już wówczas, gdy udało się zgrupować zaledwie 15 uczniów upośledzonych umysłowo. Nadzór merytoryczny nad placówkami specjalnymi pełniło Ministerstwo Oświaty. Dużą wagę przywiązywano do metod nauczania. W pracy dydaktycznej kierowano się zasadą indywidualizacji, nauczania zespołowego, kształcenia praktycznego itp. Na uwagę zasługuje dobrze rozwinięty w tym czasie system opieki nad absolwentem szkoły specjalnej: „Biura porady zawodowej zajmowały się dawnymi uczniami szkoły dla debilów” (F. Felhorska 1965).

Początki szkolnictwa specjalnego w Szwecji

W Szwecji, podobnie jak w wielu innych krajach, pierwsze próby opieki i kształcenia dzieci upośledzonych umysłowo podejmowano w XIX wieku, głównie przez osoby prywatne i instytucje charytatywne. Obowiązek szkolny wprowadzono tu już w 1842 roku, ale pierwszą placówkę dla dzieci upośledzonych otwarto dopiero 24 lata później (M. Balcerek 1981).

Początkowo odpowiedzialność za opiekę i kształcenie dzieci upośledzonych spoczywała na samorządach lokalnych oraz władzach miejskich, które jednocześnie odpowiadały za leczenie i udzielanie pomocy społecznej. Regulacje te dotyczyły przede wszystkim dzieci upośledzonych umysłowo zaliczanych do kategorii „wyuczalnych”. Znacznie później podjęto starania o zapewnienie właściwej opieki wszystkim dzieciom specjalnej troski, bez względu na stopień upośledzenia. Obowiązek szkolny obejmował dzieci upośledzone umysłowo w wieku od 7 do 21 roku życia.

Przyjęty w Szwecji system kształcenia specjalnego, stanowiący integralną część systemu ogólnego, pozwolił na wprowadzenie nowatorskiej formy kształcenia integracyjnego. Uczniowie niepełnosprawni intelektualnie uczęszczali do klas ogólnodostępnych. W ramach integracji włączono po 3–4 uczniów upośledzonych umysłowo do klas dla dzieci w normie intelektualnej. Organizując jednocześnie dodatkowe

zajęcia wspierające, starano się niwelować występujące u tych dzieci trudności dydaktyczne. Obok klas integracyjnych funkcjonowały tu oddziały specjalne, gdzie realizowano program dostosowany do możliwości lekko upośledzonych intelektualnie. Natomiast dla uczniów głębiej upośledzonych tworzono szkoły specjalne wraz z internatami. Równie ciekawa była realizowana w Szwecji praktyka edukacji zawodowej. Uczniowie wykazujący niewielki stopień upośledzenia po ukończeniu edukacji na szczeblu podstawowym mogli się ubiegać o przyjęcie do „normalnej” szkoły zawodowej. Równolegle organizowane były szkoły zawodowe specjalne, a dla dzieci głębiej upośledzonych powoływano „szkoły życia” (M. Balcerek 1981).

W Szwecji podstawowy obowiązek zarejestrowania dziecka w szkole spoczywał na rodzicach lub prawnych opiekunach, podczas gdy władze szkolne miały zapewnić dziecku możliwości uczęszczania do szkoły.

Początki szkolnictwa specjalnego w Belgii

Bardzo istotną rolę w rozwoju kształcenia dzieci upośledzonych umysłowo w Belgii odegrała Belgijska Liga Nauczania. W drugiej połowie XIX wieku wprowadzono w Belgii pierwsze uregulowania prawne dotyczące działalności opiekuńczej. W 1891 roku wydana została ustawa o opiece społecznej, która dała podstawę do organizacji opieki nad dziećmi dotkniętymi różnymi upośledzeniami.

Podstawę prawną do organizacji opieki i wychowania szkolnego w Belgii stanowiły ustawy z 1914 i 1921 roku o obowiązkowym nauczaniu oraz inspekcji lekarskiej szkół powszechnych. Powyższe regulacje prawne obejmowały swym zakresem system przedszkoli, szkół publicznych elementarnych i średnich oraz szkół i klas specjalnych. Pod koniec XIX wieku powstały w Belgii pierwsze placówki, w których podejmowano próby kształcenia dzieci upośledzonych. Pierwsza samodzielna szkoła dla dzieci upośledzonych umysłowo powstała z inicjatywy D. De Moora dopiero w 1897 roku w Brukseli, a druga rok później w Antwerpii. Natomiast trzecią szkołę specjalną pod nazwą Instytutu Nauczania Specjalnego założył O. Decroly w 1901 roku w Brukseli.

W 1907 roku istniało w Belgii jedynie siedem szkół specjalnych, do których uczęszczało 791 dzieci upośledzonych umysłowo, o słabych osiągnięciach. Dość słabe efekty w zakresie organizowania sieci tego typu szkolnictwa wynikały z późnego wprowadzenia powszechnego obowiązku szkolnego, który ustanowiono w Belgii dopiero w 1914 roku (St. Mauersberg 1990).

Twórca pierwszej szkoły – D. De Moor w badaniach nad etiologią upośledzenia umysłowego wyróżnił zaburzenia mózgu oraz czynniki społeczne i niedorozwojowe. Dzieci upośledzone umysłowo podzielił na dwie grupy: „medycznie upośledzone” i „pedagogicznie zaniedbane”. W opracowanym przez siebie systemie kształcenia specjalnego nawiązywał do koncepcji Seguina poprzez twierdzenie, że należy pobudzać dzieci do wysiłku fizycznego i psychicznego. Ponadto zalecał gimnastykę, rytmikę, wycieczki, kontakty z przyrodą i społeczeństwem, prace

ręczne itp. Mniejszą uwagę przywiązywał do umiejętności językowych i matematycznych.

Owidiusz Decroly – lekarz, psychiatra, pedagog, zajmując się wychowaniem i nauczaniem dzieci upośledzonych umysłowo, odegrał zasadniczą rolę w opracowywaniu nowych metod kształcenia. Tworząc metodę ośrodków zainteresowań przyczynił się do ukształtowania współczesnej oligofrenopedagogiki. Metoda ta została wprowadzona do wszystkich szkół podstawowych w Belgii. Z niej to po II wojnie światowej wyrosła w Polsce „metoda ośrodków pracy”. Założenia metody Decroly’ego koncentrowały się wokół takich zagadnień, jak:

1. wychowanie do życia przez życie (radzenie sobie w życiu),
2. uznanie zainteresowań dzieci za podstawowy czynnik doboru materiału nauczania dla poszczególnych klas,
3. całościowe ujmowanie materiału nauczania bez rozbijania go na poszczególne przedmioty (całościowe ujmowanie zjawisk i umiejętności);
4. uznanie prawa rekapitulacji za naturalną drogę rozwoju człowieka (G. Tkaczyk 1997).

Całodziennej pracy służył ośrodek zainteresowań. Tematyka była realizowana w trzech etapach:

- obserwacja – (w naturalnych warunkach) miała na celu rozwój zmysłu obserwacyjnego u dzieci;
- asocjacja – kojarzenie nowej wiedzy z wiadomościami uprzednio zdobytymi, obejmowała ćwiczenia mające na celu kształcenie umiejętności wnioskowania i myślenia logicznego;
- ekspresja – zastosowanie wiedzy w praktyce.

Treści z różnych dziedzin zgrupowane były wokół tematu dziennego ośrodka zainteresowań.

Tok logiczny, według którego nauczyciel opracowywał z dziećmi poszczególne tematy, uwzględniał:

1. uświadomienie dzieciom korzyści wynikających z poznania danego przedmiotu czy zjawiska,
2. ukazanie stron ujemnych i sposobów zabezpieczania się przed nimi,
3. sformułowania wniosków praktycznych dotyczących sposobów postępowania w konkretnych sytuacjach, zgodnie z dobrem jednostki i ogólnoludzkim (G. Tkaczyk 1997, s. 23).

Wśród najważniejszych założeń programu Decroly wyróżnia kwestie dotyczące właściwego doboru treści nauczania przy zachowaniu:

- ciągłości nauczania,
- metody ośrodków zainteresowań,
- podziału nauczania na obserwację, kojarzenie i ekspresję,
- metod opartych na działalności praktycznej (G. Tkaczyk 1997, s. 25).

Ponadto zdaniem Decroly’ego szkoła musi zapewniać wychowanie wszechstronne i przygotowanie dziecka do życia w społeczeństwie. Przystosowanie do życia społecznego w metodzie zainteresowań następowało w sposób praktyczny, co pozwalało dziecku na poznanie swojej osobowości oraz warunków środowiska, w którym żyje.

Nowatorstwo metody ośrodków zainteresowań polegało na całościowym ujmowaniu materiału nauczania oraz samodzielnym i aktywnym zdobywaniu przez uczniów wiedzy. Wymagało to od nauczyciela rzetelnego przygotowania merytorycznego i pomysłowości. Szkoły pracujące tą metodą musiały być bardzo dobrze wyposażone w pomoce naukowe oraz bogate w materiał obserwacyjny. Omawiana metoda zdobyła szerokie uznanie w całej Europie. W Polsce stała się podstawą do opracowania teoretycznych założeń metody ośrodków pracy. Okres międzywojenny charakteryzował się w Belgii dość słabą organizacją szkolnictwa specjalnego. Przepisy prawne dotyczące nauczania specjalnego zostały opracowane i wprowadzone do szkół belgijskich dopiero w latach sześćdziesiątych XX wieku. Jednak w dziedzinie rozwoju metod nauczania i wychowania osiągnięto tu najlepsze rezultaty w Europie.

Początki szkolnictwa specjalnego w Anglii

Pierwszą decyzję w sprawie otwarcia szkół dla uczniów lekko upośledzonych umysłowo podjęła Szkolna Rada Londynu w 1891 roku. Przyjęcie do tych szkół poprzedzono badaniem lekarskim i pedagogicznym z udziałem dyrektora szkoły. Zachowano drożność pomiędzy typami szkół. Po wyrównaniu braków w szkole specjalnej, dzieci mogły wracać do szkoły masowej. Pierwsze szkoły powstały w 1892 roku w Londynie i Manchesterze, a w 7 lat później wydano pierwszą ustawę o obowiązku nauczania dzieci upośledzonych umysłowo w wieku od 5 do 16 roku życia (W. Gasik 1990).

Do szkół specjalnych kierowano jedynie dzieci zbadane i zakwalifikowane przez komisję. Ustawa dawała samorządom możliwość nakładania na rodziców kar za wzbranianie się przed posyłaniem dziecka na badania i do szkoły specjalnej.

W 1903 roku powstało Towarzystwo Pomocy Dzieciom Upośledzonym – jego działalność znacznie dynamizuje rozbudowę sieci szkół specjalnych (poprzez wywieranie presji na samorządy lokalne). W 10 lat później w Anglii istniało już 177 szkół skupiających 12,5 tys. uczniów (K. Kirejczyk 1981).

W 1913 roku parlament angielski przyjął ustawę o dalszym ulepszaniu opieki nad upośledzonymi i w inny sposób odchylonymi. Dokument ten regulował kwestie dotyczące kształcenia specjalnego. Ponadto podjęto w nim próbę zdefiniowania upośledzenia umysłowego jako zahamowania w rozwoju umysłu, wydzielając jednocześnie 4 kategorie upośledzenia:

1. idioci – nie zdają sobie sprawy z grożącego niebezpieczeństwa i nie potrafią się przed nimi ustrzec,
2. imbecyle – nie mogą sami żyć w społeczeństwie, zarobić na swe utrzymanie i samodzielnie załatwić swych spraw,
3. niedorozwinięci umysłowo i upośledzeni, którzy potrzebują pomocy i rady w wielu sprawach.

Wyróżniono jeszcze 4. grupę – moralnie upośledzonych, którzy zdradzają cechy agresywności i przestępczości, nad którymi należy rozciągnąć kontrolę i objąć nadzorem, by zapewnić społeczeństwu bezpieczeństwo (W. Gasik 1990).

Dokonana w 1914 roku nowelizacja ustawy przewidywała cztery rodzaje placówek dla dzieci upośledzonych:

1. przedszkola,
2. specjalne klasy przy szkołach normalnych,
3. samodzielne 11-letnie szkoły specjalne,
4. przytulki dla dzieci głęboko upośledzonych umysłowo (W. Gasik 1990).

Szkolnictwo specjalne w Anglii przed pierwszą wojną światową charakteryzowało się dobrymi warunkami socjalnymi. W niewielkich budynkach stworzono uczniom właściwe warunki do nauki, zapewniono dobrze rozwiniętą opiekę medyczną, a nawet opracowano zasady dowożenia do szkoły. W procesie edukacji niepełnosprawnych umysłowo zakładano osiągnięcie przez ucznia maksymalnej autonomii życiowej. Jak ocenia J. Hellman, analizując angielskie źródła statystyczne, w latach dwudziestych ubiegłego stulecia 40% absolwentów szkół angielskich dla upośledzonych umysłowo było w stanie prowadzić samodzielnie życie. Świadczyło to niewątpliwie o wysokim poziomie ówczesnych szkół. W okresie międzywojennym szkolnictwo specjalne Anglii przeżywało kryzys, co nie zmienia faktu, że to właśnie w tym kraju wypracowano bardzo sprawny i skuteczny system uregulowań prawnych gwarantujących właściwą organizację kształcenia specjalnego.

Początki kształcenia dzieci upośledzonych umysłowo w Austrii

Początki opieki wychowawczej nad dziećmi anormalnymi w Austrii datuje się na rok 1779, kiedy powołano Instytut dla Głuchych w Wiedniu.

Decentralizacja ustroju szkolnego w państwie uniemożliwiła jednak ujednolicenie regulacji prawnych obowiązujących we wszystkich republikach. W wyniku czego w wielu regionach kraju lekceważono problemy organizacji kształcenia specjalnego. Wyjątek stanowił Wiedeń, gdzie dzięki ustawie o organizacji szkolnictwa specjalnego, wydanej w 1923 roku, wspomniane szkolnictwo rozwijało się w szybkim tempie. Wzrosła liczba klas dla upośledzonych umysłowo: z 68 w 1919 roku do 111 w roku 1925, mimo równoczesnego zmniejszenia się populacji dzieci w wieku szkolnym z 195 597 do 133 146 (M. Wawrzynowski 1925, s. 206).

Niezwykle ważnym elementem dynamizującym rozwój szkolnictwa specjalnego w Wiedniu była uchwała Rady Miejskiej z 22 września 1920 roku, na mocy której funkcjonujące przy szkole powszechnej klasy specjalne przekształcono w samodzielne jednostki organizacyjne.

§ 1. Szkoła specjalna dla dzieci upośledzonych umysłowo jest samoistną publiczną jednostką organizacyjną dla dzieci w wieku szkolnym, które z powodu braków psychicznych nie mogą uczęszczać do normalnej szkoły powszechnej.

Celem jej jest rozwój sił fizycznych i duchowych tych dzieci drogą odpowiedniego wychowania oraz przystosowanie ich do pracy i najprymitywniejszych warunków życiowych.

§ 2. Przyjęcie do szkoły specjalnej następuje w zasadzie tylko po bezskutecznym, przynajmniej 1-rocznym uczęszczaniu dziecka do szkoły powszechnej. Pozostawienie dziecka w szkole specjalnej uzależnione jest od opinii nauczyciela szkoły specjalnej i lekarza szkolnego (na podstawie dłuższej obserwacji dziecka), a zatwierdzonej przez Radę szkolną miejską (Stadtschulrat). Powrót dziecka do szkoły normalnej jest w każdej chwili możliwy.

§ 3. Szkoła specjalna posiada 6 wstępujących klas. Klasa 1 i 2 tworzy stopień niższy, 3 i 4 średni, 5 i 6 klasa stopień wyższy. W razie potrzeby zakłada się przy szkole specjalnej przedszkole, które ma służyć dzieciom, tak głęboko upośledzonym, że do szkoły specjalnej przyjmuje się je tylko na próbę.

§ 4. Liczba dzieci w klasie dla upośledzonych umysłowo w zasadzie nie powinna być większą niż 15, w przedszkolu zaś 10, w żadnym jednak wypadku nie może przekraczać 20 w szkole, a 15 w przedszkolu.

§ 5. Szkoła specjalna jest koedukacyjną.

§ 6. Każdy nauczyciel obowiązany jest prowadzić swoją klasę przynajmniej przez 1 stopień (2 lata).

§ 7. W szkole specjalnej należy stosować indywidualizację w jaknajszerszym znaczeniu.

§ 8. Przejście do klasy wyższej uzależnione jest tylko od ogólnego rozwoju dziecka.

§ 9. Dzieci, które były w wieku szkolnym, a ukończyły najwyższą klasę szkoły specjalnej otrzymują świadectwo ukończenia (Entlassungszeugnis), inne świadectwo odejścia (Abgangszeugnis).

§ 10. Dzieci w wieku pozaszkolnym mogą uczęszczać do szkoły specjalnej.

§ 11. Przy szkołach specjalnych według możliwości należy udzielać rad i pomocy przy wyborze zawodu. (M. Wawrzynowski 1926, s. 206–207).

Szybka realizacja postanowień uchwały spowodowała, że jeszcze w tym samym roku z klas pomocniczych zorganizowano 10 samoistnych szkół specjalnych dla upośledzonych umysłowo, które posiadały własne budynki, administrację i kierownictwo.

W przypadkach, gdy nie było odpowiedniej liczby kandydatów do uruchomienia szkoły specjalnej otwierano klasy – ekspozytury przy szkołach powszechnych, które podlegały najbliższej szkole specjalnej.

Problem dojazdu do szkoły starano się rozwiązywać poprzez umożliwienie bezpłatnych przejazdów tramwajowych dla dzieci mieszkających w odległości 2 kilometrów od szkoły.

W ten sposób prawie wszystkie dzieci upośledzone umysłowo objęte zostały nauczaniem w szkołach specjalnych. W 111 miejskich szkołach specjalnych uczyło się 1700 dzieci. Dzieci głęboko upośledzone umieszczano na koszt miasta w przytułkach. Przyjęcie do szkoły specjalnej poprzedzało brak sukcesów w szkole normalnej. Kierownik szkoły powszechnej przysyłał dzieci podejrzane o niedorozwój do najbliższej szkoły specjalnej, gdzie przez 4–6 tygodni

podlegały obserwacji. Wyniki obserwacji przesyłano do Rady Szkoły, która podejmowała ostateczną decyzję odnośnie przyjęcia kandydatów do szkoły.

Początki szkolnictwa specjalnego w Czechach i na Słowacji

W republice Czechosłowackiej przez długi czas nie wypracowano jednolitego aktu ustawowego normalizującego opiekę pedagogiczną nad dziećmi upośledzonymi. Jednak ustawa austriacka z roku 1863 nakładała na władze krajowe i samorządowe obowiązek tworzenia i utrzymywania szkół dla dzieci anormalnych. Podobne regulacje dotyczyły obowiązku nauki, który również podyktowany był ustawodawstwem austriackim. Ustawa o obowiązku szkolnym z 1869 roku obejmowała dzieci anormalne do 14 roku życia, dotyczyła jednak tylko szkół powszechnych normalnych.

W latach dwudziestych XX wieku istniejące na ziemiach republiki zakłady i szkoły dla dzieci anormalnych były w Czechach – prywatne, na Morawach – krajowe i gminne, na Słowacji – państwowe (M. Wawrzynowski 1926, s. 163). Dopiero opracowany przez Ministerstwo Oświaty Narodowej projekt opieki wychowawczej nad anormalnymi regulował kwestie związane z zakładaniem szkół specjalnych. W myśl projektu w każdej miejscowości, w której znajdowało się co najmniej 15 dzieci upośledzonych jednego typu, miano obowiązek zakładania szkoły specjalnej.

Wykaz zakładów i szkół dla dzieci upośledzonych umysłowo na podstawie zebranych danych statystycznych z 1.01.1925 roku:

1. Krajowy zakład w Opożanach założony w roku 1887 jako zakład psychiatryczny, a w roku 1924 przemianowany na zakład dla imbecylów i idiotów dla 101 dzieci.
2. Ernestinum – zakład prywatny założony w roku 1871 w Pradze, a w roku 1920 przeniesiony do Budenic, w którym znajdowało się 53 dzieci z 3 klasami i 1 klasą przedszkola.
3. Prywatny zakład w Hradce Kralove założony w roku 1910 dla 60 dzieci (posiada tylko 2 klasy).
4. Prywatny zakład dla 21 dzieci w Houbeline założony w roku 1913.
5. Zakład sióstr Dominikanek w Brnie dla 72 dzieci o 2 klasach.
6. Zakład sióstr Dominikanek w Strelcicach dla 103 dzieci o 3 klasach.
7. Prywatny zakład w Kelci dla 21 dzieci o 3 klasach założony w roku 1923.
8. Zakład Sióstr Niepokalanego Poczęcia w Frystaku dla 29 dzieci o 3 klasach założony w roku 1919.
9. Zakład Sióstr Niepokalanego Poczęcia w Sternbach dla 31 dzieci o 3 klasach założony w roku 1920.
10. Zakład św. Ludwika w Trsicich dla 18 dzieci założony w roku 1922.
11. Marjanum sióstr Bożej Łaski w Orawie dla 97 dzieci o 2 klasach założony w roku 1920.
12. Prywatny zakład Horaka w Plesivcu na Słowaczyźnie dla 111 dzieci, założony w roku 1898.

13. Państwowy zakład w Sevljus na Rusi Podkarpackiej dla 65 dzieci o 2 klasach założony w roku 1904 (M. Wawrzynowski 1926, s. 165).

Oprócz wymienionych zakładów, na terytorium republiki istniało 105 klas pomocniczych w 48 miejscowościach, które pod względem administracyjnym i pedagogicznym należały do szkół powszechnych, przy których zostały otwarte; jedynie w większych miastach, jak np. Brno, istniały samodzielne 2–3 klasowe szkoły specjalne dla dzieci upośledzonych umysłowo. Do tej kategorii zakładów można także zaliczyć 3 zakłady dla epileptyków:

- „Valentinum” dla 52 osoby w Libni,
- krajowy zakład w Vizovicich dla 42 osób założony w roku 1912,
- prywatny zakład w Liptal (M. Wawrzynowski 1926, s. 165).

Nie najlepszą organizację szkolnictwa specjalnego w Czechach i Słowacji pogłębiał niski poziom tych placówek pod względem metodycznym i wychowawczym. Wystarczy wspomnieć, że dzieci upośledzone umysłowo przyjmowane były do szkoły jedynie na podstawie opinii nauczyciela. Natomiast do utworzonych przy szkołach powszechnych klas kierowano dzieci z różnych oddziałów i tworzono jedną klasę łączoną, w której umiejętności dzieci odpowiadały poziomowi klas od I do IV szkoły specjalnej. W szkole specjalnej nauczyciel obniżał jedynie poziom nauczania realizowany w szkole normalnej. Trudno więc było mówić tu o właściwym procesie rewalidacji czy edukacji ukierowanym na potrzeby psychofizyczne tej grupy dzieci.

Początki szkolnictwa specjalnego we Włoszech

Maria Montessori (1870–1952), podobnie jak O. Decroly, przedstawicielka nurtu „nowego wychowania”, lekarka, pedagog, założyła w Rzymie w 1898 roku państwową szkołę dla dzieci umysłowo upośledzonych. W szkole tej stosowała ćwiczenia zmysłów i ćwiczenia motoryczne zaczerpnięte z metody fizjologicznej Seguina. Ogromną rolę w stosowanej przez nią systemie pedagogicznym odgrywały środki dydaktyczne ukierunkowane na funkcję samokontroli. W pracy pedagogicznej z dzieckiem upośledzonym umysłowo wyróżniła trzy etapy:

- kojarzenie odbieranie wrażeń z mową,
- poznawanie przedmiotów na podstawie wymawianych nazw,
- nazywanie pokazanych przedmiotów (K. Kirejczyk 1981).

Przygotowując do pisania liter, stosowała rysunki, zaczynając od prostych oraz zgiętych kresek, kółek rysowanych palcem i patykiem na piasku, ołówkiem i piórem na papierze. Następnie zapoznawała z nazwami liter i przechodziła do czytania prostych i znanych wyrazów, potem zaś całych zdań. Szeroko stosowała też w pracy z upośledzonymi gry i zabawy. Adaptacja tego systemu w pracy z dziećmi w normie uczyniła z autorki twórczynię wychowania przedszkolnego.

Najwybitniejszą postacią, obok Marii Montessori, zajmującą się problematyką upośledzonych był niewątpliwie Sancte de Sanctis (1862–1954), który w 1899

roku otworzył w Rzymie pierwszą szkołę z pólinternatem dla upośledzonych umysłowo dzieci z biednych rodzin.

W procesie diagnozy i kwalifikacji podkreślał rolę lekarzy. Doceniał podejmowane przez nich działania zwłaszcza w zakresie wykrywania indywidualnych różnic, oddziaływania na zdrowie, rozwijania i wzmacniania systemu nerwowego oraz pomocy pedagogicznej.

W budowanym przez siebie systemie opieki kierował się przekonaniem, że do szkoły specjalnej należy kierować tylko dzieci upośledzone umysłowo na tle organicznym. Natomiast dzieciom o obniżonym rozwoju wynikającym z zaniedbań pedagogicznych należy zapewnić opiekę w klasach specjalnych prowadzonych przez dobrych nauczycieli w szkołach masowych.

We Włoszech szkolnictwo dla upośledzonych umysłowo rozwijało się powoli. Szkoły powstawały przeważnie przy klasztorach i zakonach, państwo zaś nie brało w tym udziału.

Jeszcze w latach sześćdziesiątych przepisy prawne nie nakładały na władze szkolne obowiązku organizowania szkół specjalnych dla omawianej grupy dzieci. W tym czasie przy Ministerstwie Oświaty istniał jedynie wydział zajmujący się szkołami specjalnymi. Brakowało inspektoratu jako organu nadzorującego te placówki.

Początki szkolnictwa specjalnego na Węgrzech

Pierwsza szkoła specjalna powstała w 1897 roku w Rakos Palota pod Budapesztem. Całokszałem spraw związanych z kształceniem specjalnym zajmował się Wydział Pedagogiki Specjalnej powołany przez Ministerstwo Kultury i Nauki, tj.:

- organizacją zakładów opiekuńczych dla wszystkich upośledzonych umysłowo,
- tworzeniem zakładów dla głębiej upośledzonych umysłowo nadających się do przysposobienia do prostej pracy,
- organizacją szkół specjalnych dla dzieci z lżejszym stopniem upośledzenia.
- W 1904 roku w Budapeszcie powstało Laboratorium Pedagogiki Specjalnej i Psychologii, zajmujące się przeprowadzeniem badań dzieci upośledzonych i kwalifikowaniem ich do odpowiednich szkół.

Okres międzywojenny na Węgrzech owocuje dalszym rozwojem sieci szkół specjalnych, stawiając ten kraj w czołówce państw europejskich (K. Kirejczyk 1981, s. 41).

Początki szkolnictwa specjalnego w Rosji

W dziedzinie opieki nad upośledzonymi Rosja przez długi czas należała do najbardziej zacofanych krajów Europy. Pierwsza klasa dla dzieci upośledzonych umysłowo powstała w 1908 roku w Moskwie. W latach 1909–1910 roku powstała w Moskwie Komisja do Spraw Klas Specjalnych, która opracowała szereg zaleceń

do pracy z tą grupą dzieci:

- wczesnego wykrywania i kierowania do szkół specjalnych dzieci upośledzonych umysłowo,
- przedłużenie czasu nauczania z okresu czteroletniego na sześćioletni,
- stosowania indywidualizacji,
- wykorzystania zasady pogładowości, wycieczek i prac ręcznych,
- korygowanie wad wymowy,
- przedłużenie zajęć w ogniskach szkolnych,
- nie przyjmowanie do szkół dzieci zaniedbanych podlegało grzywnie (K. Kirejczyk 1981, s. 33, 34).

Zalecenia te jednak zaczęto wykorzystywać w praktyce dopiero po rewolucji.

Jeszcze na długo po II wojnie światowej widoczna była niedoskonałość funkcjonującego tu systemu. W latach sześćdziesiątych stosowano następujący model kształcenia upośledzonych umysłowo:

- w szkole specjalnej w miejscu zamieszkania dziecka,
- w szkole specjalnej z internatem – jeśli w miejscu zamieszkania nie istniały takie szkoły,
- w szkole normalnej,
- zwolnienie z obowiązku nauki (F. Felhorska 1965, s. 295–296).

Początki szkolnictwa specjalnego w USA

System opieki i kształcenia upośledzonych umysłowo w USA rozwinął się pod wpływem doświadczeń europejskich. W 1848 roku w stanie Massachusetts utworzono eksperymentalną szkołę dla upośledzonych umysłowo. W dwa lata później przybycie Seguina do USA dało asumpt do otwierania nowych szkół. W ten sposób w niedługim czasie powstały zakłady dla tej grupy dzieci. I tak: w 1857 roku w Ohio, w 1860 roku w Kentucy, w 1865 roku w Illinois. W roku 1866 w Stanach Zjednoczonych sprawowano opiekę nad ok. tysiącem upośledzonych. Były to instytucje zarówno prywatne, jak i państwowe (W. Gasik 1990, s. 94).

W 1903 roku po wprowadzeniu ustawy o obowiązku szkolnym istniało w USA 20 państwowych i 12 prywatnych szkół dla 1250 upośledzonych dzieci. W USA powszechnie stosowano testy Bineta i Simona, co było związane z brakiem w owym czasie wystandaryzowanych innych narzędzi psychometrycznych.

Jak wcześniej wspomniano omawiany okres cechuje zainteresowanie głównie dziećmi niepełnosprawnymi intelektualnie w stopniu lekkim. Wprowadzenie powszechnego obowiązku nauczania w krajach rozwiniętych, pozwoliło na wyłonienie grupy uczniów mających trudności w opanowaniu programu, wśród których znajdowały się dzieci lekko upośledzone umysłowo.

Wyłonienie lekkiego upośledzenia umysłowego spowodowało przyjęcie trójstopniowej klasyfikacji:

1. Debil – lekki stopień upośledzenia,
2. Imbecyl – umiarkowany stopień,
3. Idiota – znaczny stopień.

Uznanie prawa do edukacji dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną w specjalnie dostosowanych do tego celu placówkach spowodowało utworzenie nowego typu szkół przeznaczonych wyłącznie dla tej grupy uczniów. Tak więc obok istniejących placówek medyczno-wychowawczych powstawały klasy i szkoły specjalne (W. Gasik 1990).

Wobec pokutującego wówczas przekonania, że głębiej upośledzone to dzieci „wychowalne” lecz „niewyuczalne”, organizowano im jedynie zakłady wychowawcze, w których uczono prawidłowych kontaktów z otoczeniem, właściwych form zachowania i wykonywania czynności samoobsługowych. Zdaniem K. Kirejczyka (1981) w tym należało upatrywać przyczynę niskich rezultatów w pracy pedagogicznej.

Również w tym okresie zrodziło się prawo do rekapitulacji (wpływ Stanleya Halla) nakazujące szkole ujmowanie zjawisk w ich historycznym rozwoju, co szeroko stosował Decroly, wiążąc szkołę z życiem. Innym ogromnym osiągnięciem, zwłaszcza w dziedzinie diagnostyki, było powstanie psychometrycznej skali Bineta, która ujmowana w postaci ilorazów inteligencji służyła do klasyfikowania i kierowania uczniów do szkoły specjalnej.

Pierwsze doświadczenia praktyczne przyczyniły się do wypracowania nowych metod pracy z dziećmi upośledzonymi umysłowo, np. *metoda ośrodków zainteresowań* Decroly’ego oraz metoda Montessori. Metody te do dziś wykorzystywane są przez pedagogów w pracy z dzieckiem o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Te i inne osiągnięcia plasują pedagogikę specjalną wraz z jej subdyscypliną oligofrenopedagogiką w kategorii nauk empirycznych, a jednocześnie przyczyniają się do szybkiego jej rozwoju jako dyscypliny teoretycznej służącej wypracowaniu zasad skutecznego oddziaływania na osoby niepełnosprawne umysłowo.

Przyjmuje się, że początek dla rozwoju teorii pedagogiki specjalnej stanowił rok 1861, kiedy to po raz pierwszy pojawiła się nazwa pedagogika lecznicza, później w Holandii i Anglii określona mianem ortopedagogiki.

Jak twierdzi O. Lipkowski (1981), przenikanie terminologii medycznej do nazewnictwa pedagogiki specjalnej podyktowane było współpracą tych dwóch dyscyplin na polu rewalidacji osób odbiegających od normy. Tendencja ta występowała również w odniesieniu do nazewnictwa niektórych działów pedagogiki specjalnej. I tak do momentu wprowadzenia przez Krepelina nowego określenia (oligofrenia) pedagogikę upośledzonych umysłowo nazywano psychopatologią stosowaną.

W tym miejscu należy zaznaczyć, że termin oligofrenia nie zadowalał przedstawicieli tzw. nurtu rozwojowego, dla których największe znaczenie miała problematyka dynamizowania rozwoju dzieci upośledzonych umysłowo. Jak zgodnie twierdzili – oligofrenia nie polega na zahamowaniu rozwoju, lecz na jego istotnym utrudnieniu. W wyniku takiego stanowiska doszło do zastąpienia terminu „oligofrenia” pojęciem „niedorozwój umysłowy” (S. Kowalik 2005, s. 137–138).

Druga połowa XX wieku przynosi zupełnie nowe spojrzenie na kwestie upośledzenia umysłowego. Jak zauważa Kosakowski (2003, s. 25) odstąpiono od

biologicznego modelu ujmowania tego odchylenia, na rzecz pełnego i kompleksowego wykazywania możliwości rozwojowych tych osób.

Apogeum rozwoju tej dyscypliny przypada na wiek XXI, w którym to problematykę rewalidacji tych jednostek ujmuje się kompleksowo, w kategoriach interdyscyplinarnych jako proces obejmujący zarówno działania z zakresu kompensacji, usprawniania, korygowania, jak i dynamizowania ogólnego rozwoju jednostki niepełnosprawnej.

Rozwój diagnozy i orzecznictwa

Początkowe próby w zakresie diagnostyki upośledzonych umysłowo wynikały z konieczności usprawniania selekcji do szkół specjalnych. Duże zasługi w tym zakresie miała psychologia eksperymentalna i rozwijająca się na tym gruncie psychometria.

Jak podaje W. Gasik na przełomie XIX i XX wieku wyodrębniły się dwa podejścia do istoty upośledzenia umysłowego: anatomiczno-fizjologiczne i psychologiczno-pedagogiczne (W. Gasik 1990, s. 89). Przedmiotem zainteresowań pierwszej grupy była przede wszystkim sfera upośledzenia umysłowego, a więc etiologia, objawy somatyczne zaburzeń i próby klasyfikacji upośledzonych umysłowo. Przedstawicielem tego nurtu był Emil Krepelin (1856–1926), niemiecki psychiatra, który odróżnił wczesne zaburzenia ogólnego rozwoju psychicznego uwarunkowane czynnikami organicznymi od zewnętrznych, nazywając tę postać zaburzenia „oligofrenią” (J. Kostrzewski, I. Wald 1981, s. 51).

Również Krepelinowi zawdzięczamy próbę symptomatologicznej kwalifikacji jednostek niepełnosprawnych intelektualnie na dwie grupy:

1. zahamowanych (biernych, apatycznych),
2. eretycznych (pobudzonych, niestałych i ruchliwych) (J. Kostrzewski, I. Wald).

Zaprezentowana powyżej klasyfikacja przyniosła nie tylko nowe spojrzenie na problem upośledzenia umysłowego, ale przyczyniła się do wytyczenia nowych kierunków w pracy dydaktyczno-wychowawczej z tą grupą osób.

Jak wcześniej nadmieniono, innym dużym osiągnięciem w dziedzinie diagnostyki była dokonana przez Krepelina, autora *Psychiatrii* (1915) trójstopniowa klasyfikacja niedorozwoju umysłowego:

- głęboki – idiotyzm,
- średni – imbecylizm,
- lekki – debilizm (J. Kostrzewski, I. Wald 1981).

Klasyfikacja zaproponowana przez Krepelina znacznie ułatwiła proces kierowania dziećmi upośledzonych do odpowiednich placówek, przyczyniając się tym samym do budowania systemu kształcenia specjalnego w ramach realizowania idei powszechnej oświaty.

Drugi nurt psychologiczno-pedagogiczny, reprezentowany m.in. przez psychologów Alfreda Bineta, Teodora Simona, charakteryzowała problematyka związana z lekkim upośledzeniem, zwracając szczególną uwagę na sferę psychofizyczną dziecka odbiegającego od przyjętych norm (J. Wyczesany 2005, s. 64). Obydwa

psychologowie na zlecenie Ministerstwa Oświaty Francji opracowali narzędzie psychometryczne służące do pomiaru inteligencji dzieci w wieku od 3 do 15 roku życia (wersja z 1911 roku) Narzędzie zawierało zestaw testów dostosowanych pod względem stopnia trudności do wieku dziecka. Metoda ta pozwalała na ustalenie wieku inteligencji oraz dawała możliwość ustalenia stopnia opóźnienia czy upośledzenia lub przyspieszenia rozwoju.

Udoskonalenie przez W. Sterna w 1912 roku metody polegało na opracowaniu sposobu obliczania ilorazu inteligencji wg wzoru: $J.J. = WJ/W\dot{Z}$ (J. Kostrzewski, I. Wald 1981). Opracowany wówczas wzór wykorzystuje się również obecnie przy obliczaniu ilorazu inteligencji, a uzyskany wynik w celu zlikwidowania ułamka mnoży się przez 100 ($J.J. = WJ/W\dot{Z} \times 100$) (J. Kostrzewski, I. Wald 1981).

Równie ciekawe efekty w psychometrii osiągnęła Charlotta Bühler, autorka testu inteligencji opracowanego dla niemowląt w wieku od 2 do 11 miesięcy, który opiera się na momentach aktywności dziecka. Narzędzie to w wysokim stopniu uwzględnia specyfikę rozwoju niemowląt w poszczególnych etapach życia. Daje możliwość oceny funkcjonowania dziecka w ważnych sferach jego rozwoju, np:

- opanowanie ruchów i pozycji ciała,
- operowanie rzeczami,
- zachowanie się socjalne,
- naśladownictwo,
- pamięć,
- celowość i wykonanie (Ch. Bühler 1928).

W metodzie Bühlerowej istnieją różnice zarówno w sposobie wartościowania testów, jak i kolejności ich stosowania w odniesieniu do dotychczas stosowanych skal Bineta i Simona. U Simona i Bineta przechodzi się do kolejnej serii testów, wówczas kiedy dziecko wykona zadanie wcześniejsze odpowiadające jego wiekowi. W przypadku, gdy jednak nie wykona przewidywanych dla swego wieku prób poddaje się je próbom dla dzieci młodszych. Tymczasem u Ch. Bühler przeprowadza się z każdym dzieckiem pięć serii prób, a więc serie odpowiadające jego wiekowi (w miesiącach), testy dla dzieci o 1 i o 2 miesiące młodszych i analogicznie o 1 i 2 miesiące starszych. Takie rozwiązanie zastosowano w celu wykluczenia ewentualnych błędów (W. Szuman 1929/1930, s. 165). W ujęciu historycznym metoda Ch. Bühler stanowiła ważny wkład w rozwój współczesnej oligofrenopedagogiki, dawała podstawy postępowania diagnostycznego, warunkującego właściwy proces wczesnej stymulacji.

Ciekawe poglądy dotyczące diagnozy jednostek upośledzonych przedstawił H. Rorschach w opublikowanej w 1921 roku pracy pt. *Psychodiagnostik*. Dokonał on interpretacji wyników zebranych w toku eksperymentu nad wyobrażeniami dzieci i dorosłych w normie intelektualnej i upośledzonych umysłowo. Metoda, którą badacz wykorzystał, została zaczerpnięta z zabaw interpretacyjnych odnoszących się do przypadkowych kształtów, np.: chmur, wilgotnych plam czy kleksów atramentowych. W badaniach posługiwał się 10 obrazkami, które powstały przypadkowo i nic nie oznaczały. Zadaniem badanego było dokonanie interpretacji obrazka

na poziomie wyobrażeń. W eksperymencie wzięło udział łącznie 200 osób w normie intelektualnej oraz 28 dzieci upośledzonych umysłowo. Badania dowiodły, że wśród osobników w normie intelektualnej częściej występuje skłonność do interpretacji niż do odpoznawania. Natomiast u dzieci upośledzonych umysłowo przeważa tendencja do odpoznawania, co wynika niewątpliwie z ograniczeń w sferze wyobrazeniowej. Zdaniem H. Rorschacha ze sposobem przedstawiania obrazka wiążą się ponadto czynniki afektywne. Osoby o negatywnym nastawieniu częściej interpretują, a te o samopoczuciu dodatnim częściej odpoznają (S. M. Studencki 1930, s. 43). H. Rorschach szczególne znaczenie przypisywał wyobrażeniom kinestezyjnym, które, jego zdaniem, pozostawały w ścisłym związku z „produkcyjnością inteligencji”, bogactwem skojarzeń i aktywnością duchową”. W swych rozważaniach wysunął tezę, iż człowiek ruchliwy – posiada mało wyobrażeń kinestezyjnych, człowiek o motoryce zrównoważonej, stabilnej ma znacznie większe pod tym względem możliwości (S. M. Studencki 1930, s. 43).

Jednak największe znaczenie autor przypisywał interpretacjom barwy i kształtu. Jego zdaniem miało to bezpośredni związek ze sferą emocjonalną człowieka. W badaniach wykazuje, że u osób o usposobieniu depresyjnym występuje tendencja do interpretowania ze względu na kształt przy jednoczesnym pomijaniu barw. Tendencja przeciwna występuje u osób o usposobieniu pogodnym. Natomiast stosunek pomiędzy ilością odpowiedzi kinestezyjnych a barwnych (Ki:Ba), jego zdaniem, jest przesłanką do określenia osobowości (w zależności od typu przeżywania) introwertyka bądź ekstrawertyka. Prawdopodobne wydaje się twierdzenie, iż opracowania H. Rorschacha stanowiły istotny wkład w rozwój badań nad upośledzeniem umysłowym, odnosząc szczególne zasługi zwłaszcza na polu psycho-diagnozy. Zdaniem Studenckiego (1930, s. 52) metoda pozwala nie tylko na diagnozę upośledzenia umysłowego, lecz umożliwia również analizę jakościową właściwości charakteru, temperamentu i usposobienia.

Na początku XX wieku oprócz wzrostu zainteresowania problemem upośledzenia umysłowego (zwłaszcza lekkiego stopnia) prowadzono szereg badań mających na celu udoskonalenie metod diagnostycznych. Prekursorami w tej dziedzinie byli A. Binet i T. Simon. Metody diagnozy służące w początkowej fazie oszacowaniu defektów mózgowych zaczęto wykorzystywać nie tylko jako narzędzie umożliwiające odróżnianie dzieci upośledzonych od zdrowych, ale również jako narzędzie do oceny potencjału poznawczego (S. Kowalik 2005, s. 137).

Pierwotnie diagnoza opierająca się głównie na psychometrii służyła wyodrębnianiu dzieci upośledzonych umysłowo z ogólnej populacji oraz kwalifikowaniu ich (dawniej tzw. selekcja do kształcenia specjalnego) (J. Wyczesany 2005, s. 46).

W późniejszej praktyce przybrało to formę postępowania psychologiczno-pedagogicznego w celu wyboru i kwalifikacji ludzi według ustalonych kryteriów (wiadomości, umiejętności, poziomu inteligencji, cech osobowości) do odpowiednich szkół, zawodów i form kształcenia. Nieocenione zasługi dla spopularyzowania systemu diagnozy i orzecznictwa odegrał w przeszłości Walter Fernald, lekarz, który w grudniu 1914 roku z pracowników swojej przychodni utworzył jednostkę „wędrującą” – zajmującą się diagnozą dzieci podejrzanych o niedorozwój w szko-

łach na terenie stanu Massachusetts. W wyniku ścisłej współpracy Fernalda z Departamentem Chorób Umysłowych i Departamentem Oświaty i Wychowania zalegalizowano działalność tych jednostek. Zajęto się również organizacją klas specjalnych w każdym mieście mającym 10 i więcej dzieci opóźnionych o 3 lata w nauce (ta granica wiąże się z koncepcją Bineta na upośledzenie umysłowe).

Najlepszym dowodem na liczne potrzeby w tym zakresie była rosnąca liczba tego typu jednostek. W roku 1921 w stanie Massachusetts odnotowano 14 punktów diagnostycznych. Personel wędrujących klinik składał się z psychiatry, psychologa, pracownika socjalnego. Zakres diagnozy obejmował dziesięć elementów, m.in.:

1. Historia rodziny.
2. Historia rozwoju dziecka.
3. Historia postępów szkolnych.
4. Historia rozwoju społecznego dziecka.
5. Cechy osobiste i społeczne zachowanie (social conduct).
6. Wydajność ekonomiczna (użyteczność ekonomiczna).
7. Wiedza praktyczna.
8. Praca szkolna.
9. Egzamin fizyczny.
10. Testy psychologiczne (K. Dąbrowski 1933/1934, s. 170).

W wyniku tak przeprowadzonej diagnozy w przypadku stwierdzenia istotnych deficytów w zakresie rozwoju intelektualnego wydawano zalecenie do dalszego kształcenia. W 50% zalecano umieszczenie w klasie specjalnej, dla 4% badanych wskazywano konieczność przeniesienia do zakładów specjalnych dla głębiej upośledzonych umysłowo. Natomiast w pozostałych przypadkach zalecano cofnięcie do niższego oddziału szkoły masowej w celu wyrównania braków (K. Dąbrowski 1933/1934, s. 170).

Z analizy danych statystycznych wynika, że w pierwszym (1915) roku działalności klinik wędrownych w stanie Massachusetts zbadano 126 przypadków. W kolejnych latach: 1921 r. – 2284, w 1930 r. – 6527. Łącznie od roku 1914 do 1931 liczba zdiagnozowanych dzieci wynosiła 51 205 (K. Dąbrowski 1933/1934, s. 171).

Inne rozwiązania przyjęto w krajach europejskich. Jak donoszą opracowania wykonane przez Międzynarodowe Biuro Wychowania w Genewie – w 1936 roku kierowaniem, diagnozą i wykrywaniem zaburzeń psychicznych u dzieci zajmował się Urząd Medyczo-Pedagogiczny Departamentu Oświaty. Selekcja dzieci upośledzonych umysłowo zaczynała się już w przedszkolu, a więc poniżej siódmego roku życia i opierała się głównie na obserwacji. Natomiast we Francji do stałej praktyki należało powoływanie komisji medyczo-pedagogicznej, która regularnie wyodrębniała przypadki dzieci upośledzonych uczęszczających do szkół masowych. W skład tej komisji wchodził lekarz, nauczyciel szkoły specjalnej i inspektor nadzorujący szkołę. Ciekawe rozwiązania wprowadzono w niektórych stanach Australii, gdzie zastosowano kompleksową praktykę diagnostyczną. W zakres diagnozy wchodziły tu wielospecjalistyczne badania, a mianowicie rozwój fizyczny, ogólny, moralny i społeczny, badano także środowisko domowe, powodzenia szkolne i uzdolnienia ucznia (J. Krahelska 1946/1947, s. 87–88).

Instytucją powołaną do celów diagnozy w Ekwadorze był natomiast w latach trzydziestych XX wieku Departament Higieny Szkolnej dysponujący zespołem specjalistów zajmujących się selekcją dzieci upośledzonych umysłowo w szkołach publicznych i prywatnych. Diagnoza obejmowała zarówno „badanie inteligencji metodą testową, badanie emocjonalności i charakteru, jak i ankietowanie dotyczące stosunków społecznych i rodzinnych” (J. Kraheńska 1946/1947, s. 87–88).

Jak donoszą cytowane wcześniej źródła (materiały opracowane przez Międzynarodowe Biuro Wychowania w Genewie z 1936 r.) w Polsce selekcja dzieci upośledzonych umysłowo przebiegała w następujących etapach:

1. obserwacja dziecka przez nauczyciela-wychowawcę w pierwszym roku edukacji w szkole,
2. badanie dzieci podejrzanych o anomalie psychiczne w pracowni psychologicznej,
3. obserwacja dziecka anormalnego w szkole specjalnej, gdzie nauczyciele prowadzili szczegółowy zeszyt obserwacji, później ulepszony i funkcjonujący w wielu placówkach do dziś w postaci arkuszy obserwacyjnych.

Podstawą kwalifikacji w wielu krajach okresu międzywojennego było badanie inteligencji najbardziej popularnym wówczas narzędziem – skalą Bineta-Simona – zrewidowaną przez Termanna w 1916 roku. Dostosowaniem skali do warunków polskich zajęło się Laboratorium Psychologiczne PIPS-u. Jak twierdziła A. Stefanowicz-Moskiewiczowa, w latach 1924/1925 skalą tą w laboratorium Instytutu Pedagogiki Specjalnej w celu selekcji do szkół specjalnych przebadano 610 dzieci i młodzieży niepełnosprawnej umysłowo. Uzyskane wyniki ilustruje poniższa tabela

Tabela 1. Wyniki badań nad dziećmi Skalą Binet-Simona

Wiek	Iloraz Inteligencji							Razem
	...29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80...	
6 lat					3			3
7 lat		1	5	7	13	25	20	71
8 lat		2	4	8	29	43	29	115
9 lat		2	5	14	47	50	33	151
10 lat		2	7	15	37	43	23	118
11 lat	2		1	9	34	17	14	77
12 lat	2	1	4	8	13	8	3	39
13 lat	1	1	3	5	6	7	3	26
14 lat			2	3	2			7
15 i 16	1		1	1				3
Razem	6	9	32	70	184	184	125	610
Liczba dzieci w %	1%	2%	5%	11%	30%	30%	21%	

Źródło: A. Stefanowicz-Moskiewiczowa 1926, s. 158.

Z danych zebranych przez Międzynarodowe Biuro Wychowania w Genewie (1936) wynika, że w tym czasie w diagnozie wykorzystywano również inne testy, których autorami są m.in.: Ballard, Burt, Decroly, Descoedres, Drewer-Collins, De Sanctis, De Saeqner, Rorschach, Vermeylen.

Jednak nie wszystkie kraje europejskie realizowały omówiony wyżej model postępowania w procesie kwalifikacji do szkolnictwa specjalnego, niektóre z nich (Luksemburg, Rumunia) za podstawę diagnozy i selekcji przyjęły jedynie badania lekarskie i pedagogiczne.

W pierwszych latach po II wojnie światowej w Polsce kwalifikowanie dzieci do kształcenia specjalnego opierano na przepisach z okresu międzywojennego. Dodatkowych trudności nastręczała nadmiernie sformalizowana diagnoza i selekcja realizowana w ośrodkach powiatowych. Z czasem wobec nasilającej się krytyki badania testowego inteligencji, jako podstawowej metody rozpoznawania upośledzenia umysłowego, zaczęto wydawać przepisy (Zarządzenie Ministra Oświaty i Wychowania z 30 V 1975 r. Dz. Urz. Ministra Oświaty i Wychowania nr 7, poz. 66) zmieniające zasady przeprowadzania badań i wydawania orzeczeń kwalifikujących dzieci z odchyleniami (upośledzone) do odpowiednich form kształcenia specjalnego (K. Kirejczyk 1981, s. 333; J. Wyczesany 2005, s. 48).

W nowym zarządzeniu opiekę nad dziećmi z zaburzeniami rozwoju, orzekanie i kwalifikowanie powierzono poradniom wychowawczo-zawodowym. Jednocześnie ograniczono nadużywanie badań testowych na rzecz kompleksowych badań lekarskich, psychologicznych, socjalnych, socjalno-bytowych oraz organizowania pomocy korekcyjno-wyrównawczej dla dzieci wykazujących odchylenia od normy. Przyjęte rozwiązania wskazują wyraźnie, że w rozpoznawaniu upośledzenia intelektualnego przestano ograniczać się jedynie do rozpatrywania problemu w kategoriach deficytów funkcji intelektualnych utrudniających proces poznawczy. Poza analizą psychologiczną inteligencji zaczęto uwzględniać inne aspekty funkcjonowania dziecka.

Współczesna diagnoza – zdaniem Kostrzewskiego – musi odnosić uzyskane wyniki badań zarówno do wieku badanego, jak i środowiska wychowawczo-kulturowego, w którym on przebywa (J. Kostrzewski, 1997, s. 222).

Funkcjonujący obecnie w Polsce system diagnozy i orzecznictwa nie poprzestaje na wykryciu anomalii rozwojowych w ujęciu etiologicznym, ale przede wszystkim dąży do określenia specjalnych potrzeb edukacyjnych jednostki niepełnosprawnej intelektualnie. Jest to proces złożony, oparty na wielowymiarowym charakterze działań wynikających z różnorodności uwarunkowań, problemów oraz trudności przeżywanych przez omawianą grupę osób (T. Witkowski 1993; W. Loebel 1996).

Z dotychczasowych rozważań jednoznacznie wynika, że rozwój diagnostyki wspierany właściwym postępowaniem kwalifikacyjnym służył wypracowaniu najlepszych metod edukacyjno-rehabilitacyjnych prowadzących do normalizacji życia jednostek niepełnosprawnych intelektualnie.

Powstanie i rozwój szkolnictwa specjalnego w Polsce

W Polsce, w porównaniu z krajami Europy Zachodniej, dość późno zajęto się problematyką edukacji dzieci upośledzonych umysłowo. Mimo że w krajach europejskich był to proces powolny, to jednak konsekwentny, zwłaszcza od schyłku Wielkiej Rewolucji Francuskiej i ogłoszenia Deklaracji Praw Człowieka i Obywatela (J. Sowa, F. Wojciechowski 2001).

W kraju rozwój szkolnictwa specjalnego napotkał na znaczne trudności, spowodowane głównie faktem rozbioru ziem polskich, utratą suwerenności, a co za tym idzie, brakiem możliwości tworzenia niezależnej, narodowej polityki oświatowej. Szkoły powoływane w poszczególnych zaborach były w różny sposób zorganizowane. Stosowano w nich różne metody nauczania i programy – w zależności od nakreślonych przez zaborcę wymagań. Jednak z reguły nie wykraczały one poza podstawowe umiejętności szkolne, tj. czytanie, pisanie i rachowanie. Generalnie zatem szkolnictwo, także to specjalne, organizowane na ziemiach polskich przez zaborców służyło wyznaczeniu.

Z analizy danych dotyczących początków szkolnictwa specjalnego w Polsce, jaką przeprowadził K. Kirejczyk, wynika, że pierwszą szkołę dla dzieci lekko upośledzonych umysłowo utworzono w zaborze pruskim w Poznaniu – 1897 rok. Następna powstała w Gorzowie – 1900, w Katowicach i Bytomiu – 1904, w Gorzowie – 1906, w Piekarach – 1908, w Świętochłowicach – 1909, w Rudzie – 1910, w Siemianowicach i Szopienicach – 1913. W tym roku powstały też pierwsze klasy specjalne na Pomorzu w Bydgoszczy i Toruniu. Jak słusznie autor twierdzi, wszystkie te szkoły i klasy służyły władzom pruskim do germanizacji dzieci polskich chociażby z uwagi na fakt, że uczono w nich w języku niemieckim (K. Kirejczyk 1981, s. 34).

W zaborze rosyjskim pierwszą szkołę dla dzieci lekko upośledzonych umysłowo zorganizowała na terenie Warszawy (gmina wyznaniowa ewangelicko-augsburska) w 1904 roku. W roku 1907 samorząd miasta Warszawy utworzył dla podobnych dzieci zakład w Karolinie pod Warszawą. Natomiast pierwszą publiczną szkołą specjalną (oddziały) dla grupy 22 dzieci upośledzonych umysłowo wyselekcjonowanych ze szkół normalnych założyła w 1917 roku Michalina Stefanowska w Warszawie przy ul. Złotej 24. Jako psycholog badała, kwalifikowała i kierowała dziećmi do tej szkoły. „Stopniowo przybywało coraz więcej oddziałów tak, że w roku 1918 było 7 oddziałów w oddzielnych pomieszczeniach lub przy szkołach powszechnych” (J. Kubeczko 1962). Również w roku 1917 powstała przy ul. Ogrodowej klasa dla dzieci pochodzenia żydowskiego.

W tym samym roku S. Kociński podejmuje pierwsze starania o utworzenie szkoły na terenie Łodzi. W ich wyniku w 1919 roku przy ulicy 6-go Sierpnia 50 rozpoczęła działalność oznaczona numerem 88 pierwsza w mieście szkoła specjalna. Szkoła mieściła się w dwupiętrowym budynku i miała zaledwie cztery izby lekcyjne, kancelarię i salę rekreacyjną – będącą równocześnie salą gimnastyczną i obiadową.

Placówka nie posiadała właściwego zaplecza kadrowego i socjalnego (brak gabinetu lekarskiego, kuchni). Cały personel pedagogiczny stanowiły 3 osoby: 2 nauczycielki i kierownik. Szkoła nie była właściwie wyposażona w środki dydaktyczne (T. Jałmużna, J. Lisowski, T. Sujczyński 1993). Mimo trudnej sytuacji starano się jednak wypełniać podstawowe zadania w zakresie opieki i edukacji dzieci upośledzonych umysłowo. W tym miejscu należy wspomnieć, że szkoła ta kilkakrotnie zmieniała swoją siedzibę, ostatnią był gmach przy ulicy Wierzbowej 37. Niestety placówka ta została zlikwidowana w 2005 roku.

W zaborze austriackim rozwój szkolnictwa dla dzieci lekko upośledzonych umysłowo przebiegał najwolniej. Dopiero w 1910 roku powstała pierwsza szkoła we Lwowie i przez wiele lat była jedyną na tym terenie placówką tego typu.

Okres międzywojenny stanowił ważny moment w dziejach rozwoju kształcenia dzieci niepełnosprawnych intelektualnie. Wówczas tworzone zwały polskiego systemu kształcenia specjalnego (T. Lewandowski 1998, s. 63). Stosunkowo szybko rosła liczba szkół specjalnych dla tej kategorii dzieci. Jak donosi M. Stefanowska, badając stan szkół dla dzieci upośledzonych umysłowo, w Warszawie w roku szkolnym 1924/1925 istniały 22 klasy zlokalizowane w 10 szkołach. Duża liczba klas spowodowała ustanowienie dwóch szkół obwodowych mających nadzór nad przyporządkowanymi do nich klasami.

Pierwsza z nich – Szkoła nr 147, mieściła się w następujących lokalach przy szkołach powszechnych normalnych przy: ul. Chłodnej 11, Chłodnej 37, Kaweczyńskiej 39, Tarczyńskiej 11, Pelcowizna 1, Skaryszewskiej 15, Szczęśliwieckiej 14. Do rozporządzenia kierowniczką szkoły nr 147 oddano w powyższych lokalach 11 sal szkolnych, w których uczyło się 204 dzieci w 13 klasach; w ośmiu salach nauka odbywała się rano, a w pięciu po południu.

Druga szkoła nr 177 mieściła się w trzech lokalach: przy ulicy Ogrodowej 42 (lokal niezależny), przy ulicy Solec 46 (lokal niezależny) i przy ulicy Poznańskiej 11, przy szkole nr 171. Szkoła nr 177 posiadała razem 5 sal szkolnych, w których uczyło się 163 dzieci, podzielonych na 9 klas: cztery ranne, a pięć popołudniowych (M. Stefanowska 1925, s. 219).

Warunki, w jakich funkcjonowały te pierwsze placówki najlepiej oddaje relacja autorki – sprawozdanie

Te szczupłe lokale bynajmniej nie odpowiadają wymaganiom ani higieny, ani pedagogiki; niektóre z nich są źle oświetlone, inne umieszczone zbyt wysoko – na trzecim, czwartym piętrze, większość klas mieści się „kątem” przy wielkich szkołach normalnych, co w wysokim stopniu krępuje nauczycielstwo i dzieci szkoły specjalnej. Powyższe braki i wiele innych wypływają stąd, że dla dzieci upośledzonych umysłowo w Warszawie nie oddano dotąd ani jednego lokalu, który nazwać można było właściwym lokalem szkolnym. Są to pokoje wynajęte w domach prywatnych lub też pojedyncze sale, przygodnie i czasowo odstąpione przez kierowników szkół normalnych. Trudno sobie wyobrazić jakie trudności przedstawia kierowanie taką szkołą, rozrzuconą w kilkunastu punktach miasta Warszawy, i nie mającą nawet połączenia telefonicznego (M. Stefanowska 1925, s. 219).

Zadanie budowy szkolnictwa specjalnego od podstaw w tym okresie podjęli, poza Michaliną Stefanowską, tak wspaniali pedagodzy, jak Maria Grzegorzewska, Józefa Joteyko, Jan Hellmann czy Stefan Kopciński (który miał ogromne zasługi dla rozwoju łódzkiej oświaty).

Równolegle podjęto działania mające na celu wypracowanie nowoczesnego systemu oświaty i wychowania, uwzględniając w nim także szkolnictwo specjalne. Pierwszą próbę w tym zakresie stanowił Dekret o obowiązku szkolnym z 7 lutego 1919 roku, na mocy którego wprowadzono do szkolnictwa 7-letni okres kształcenia. Wprawdzie regulacja ta dotyczyła edukacji wszystkich dzieci to jednak dopuszczał pewne odstępstwa. W przypadku dzieci niepełnosprawnych z pobierania nauki w szkole powszechnej mogły być zwolnione dzieci chore fizycznie (szczególnie z gruźlicą otwartą) lub umysłowo niedorozwinięte. Jeśli jednak w obrębie miejsca zamieszkania (3 km) znajdowała się szkoła specjalna, to i one podlegały obowiązkowi szkolnemu (M. Balcerek 1990). Zwolnione z obowiązku szkolnego były również dzieci mieszkające powyżej 3 km od najbliższej szkoły. W rzeczywistości realizacja obowiązku szkolnego na danym terenie zależała od istniejącej sieci szkół bądź ewentualnych zakładów czy szkół specjalnych.

Fundamentalnym osiągnięciem w budowaniu polskiego systemu oświaty była Konstytucja z 1921 roku będąca podstawowym aktem normatywnym gwarantującym wszystkim dzieciom prawo do bezpłatnej nauki w szkołach publicznych.

Istniejąca wówczas liczba placówek specjalnych nie zapewniała nauki i wychowania wszystkim dzieciom upośledzonym umysłowo (J. Wyczasany 2005, s. 66). Znaczne utrudnienie dla ich rozwoju stanowiło przyjęcie przez ówczesne państwo polskie możliwości zwolnienia z realizacji obowiązku szkolnego w przypadku braku na danym terenie odpowiednich szkół.

Potrzeby w zakresie szkolnictwa specjalnego w Polsce w pierwszych latach po odzyskaniu niepodległości trafnie określa J. Hellmann w artykule zamieszczonym na łamach „Szkoły Specjalnej”. Jego zdaniem w tym okresie było w Polsce około 75 tysięcy dzieci upośledzonych umysłowo w wieku szkolnym, a tylko 2000 uczęszczało do szkół bądź przebywało w zakładach specjalnych (J. Hellmann 1924/1925).

Po wstępnej analizie potrzeb dokonanej przez J. Hellmanna, ostatecznie doprowadzono do opracowania programu w tym zakresie. Program ów przewidywał wybudowanie 22 zakładów (instytutów) dla 4300 wychowanków upośledzonych umysłowo oraz 1827 klas specjalnych, tzw. pomocniczych, dla 36 540 uczniów opóźnionych bądź zaniedbanych wychowawczo. (W. Gasik 1990)

Rozwój kształcenia i opieki nad dzieckiem upośledzonym umysłowo w omawianym okresie nie był prosty. Wynikało to zarówno z braku zrozumienia i poparcia społecznego dla tego typu inicjatyw, problemów ekonomicznych z jakimi borykało się „młode” państwo, jak również braku wykwalifikowanej kadry.

Zasadniczy wpływ, zwłaszcza na kwestie rozwoju kształcenia kadr, miało powołanie w 1921 roku przez Ministerstwo Wyznań Religijnych półrocznego Kursu Seminaryjnego Pedagogiki Specjalnej, a w 1922 roku utworzenie przez M. Grzegorzewską Instytutu Pedagogiki Specjalnej. Należy podkreślić, że PIPS zajmował się nie tylko kształceniem nauczycieli do pracy z dziećmi anormalnymi,

ale również przeprowadzeniem badań naukowych dotyczących szkolnictwa specjalnego, ulepszaniem metod w zakresie diagnozy i pracy z tą grupą dzieci.

Równie doniosły wpływ na proces ulepszania szkolnictwa specjalnego miała powstała 1 czerwca 1924 roku, pod przewodnictwem M. Grzegorzewskiej, Sekcja Szkolnictwa Specjalnego.

Kolejnym wydarzeniem mającym wpływ na propagowanie idei kształcenia i wychowania dzieci upośledzonych było wydanie w tym samym roku (1924) kwartalnika „Szkoła Specjalna”, który w całości poświęcony był problematyce wychowania i nauczania osób anormalnych. Redaktorem naczelnym czasopisma została M. Grzegorzewska. W periodyku podjęto ambitny program publikowania materiałów naukowych, informacyjnych i sprawozdawczych, a dzięki wytrwałości i wielkiej ambicji autorów pismo konsekwentnie realizowało program i stało się drogowskazem dla nauczycieli szkół specjalnych, co czyni po dziś dzień.

Problematykę rozwoju szkolnictwa podjęto ponownie w 1925 roku na Zjeździe Nauczycieli Szkół Specjalnych, podczas którego sformułowano podstawowe postulaty dotyczące tak fundamentalnych zagadnień, jak:

1. opracowania ustawy o systemie kształcenia specjalnego,
2. przygotowania programu rozwoju sieci szkół i zakładów specjalnych.

W tym czasie powstał również inny dokument będący odpowiednikiem dzisiejszej podstawy programowej, a dotyczący kształcenia specjalnego.

Mimo kryzysu gospodarczego powodującego zahamowanie działań opiekuńczo-wychowawczych podejmowanych przez samorządy i państwo, głównie dzięki inicjatywie społecznej udało się doprowadzić w latach 1930/1931 do wzrostu liczby klas specjalnych przy szkołach powszechnych. Stanowiły one podstawę, zwłaszcza w okresie późniejszym, do utworzenia szkół specjalnych. Jednak sieć tych placówek powstawała nierównomiernie. W okręgu warszawskim istniało ich najwięcej, uczyło się w nich 46,4% ogólnej liczby uczniów, najmniej w woj. lubelskim, bo tylko 5,3%. Dysproporcje te widoczne były również w latach późniejszych (J. Wyczesany 2005).

Drastycznie zwiększająca się liczba dzieci nierealizujących obowiązku szkolnego powoduje, że 11 marca 1932 roku zostaje przyjęta ustawa o ustroju szkolnym w Polsce. Ustawa jednak nadal nie gwarantowała powszechności nauczania, nawet w zakresie szkoły podstawowej, choć artykuł 13 ustawy stwierdzał, że „wychowanie i kształcenie dzieci anormalnych odbywa się w zakładach i szkołach powszechnych specjalnych”; to już w artykule 8 tej ustawy nie zapewniało realizacji obowiązku szkolnego gdyż przewidywano w nim możliwość zwolnienia z w/w obowiązku te dzieci, które nie mogą uczęszczać na zajęcia z powodu oddalenia miejsca zamieszkania (M. Balcerek 1981). Szczegółowy wykaz szkół specjalnych dla dzieci upośledzonych umysłowo obrazują dane z 1938/1939 roku.

Tabela 2. Liczba szkół specjalnych dla umysłowo upośledzonych w poszczególnych województwach w roku szkolnym 1938/39.

Województwo	R. szk.	Liczba dzieci	Liczba oddziałów	Liczba uczniów			Przeciętne obciążenie oddziału
				ogółem	w tym		
					chłopców	dziewczynek	
Ogółem		63	363	8421	4802	3619	23,2
M. Warszawa		9	78	1758	931	827	22,6
Warszawskie		2	9	189	117	72	21
Łódzkie		9	56	1297	710	587	23
Lubelskie		2	15	348	185	163	23,3
Kieleckie		6	34	855	517	338	25,1
Krakowskie		4	16	398	231	167	23
Lwowskie	1938/39	1	7	155	100	55	22,1
Wileńskie		2	16	419	213	206	26,2
Białostockie		2	9	200	115	85	22,2
Poleskie		1	4	108	43	65	27
Wołyńskie		1	6	142	84	58	23,7
Poznańskie		6	21	467	290	177	22,2
Pomorskie		7	31	756	470	286	24,4
Śląskie		11	61	1329	796	533	21,8

Źródło: H. Ryll 1946/1947, s. 19.

Z przedstawionych powyżej danych wynika, że w ostatnich latach okresu międzywojennego zauważalne są tendencje do poprawy warunków opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym intelektualnie, mimo istniejących dysproporcji w sieci szkół specjalnych. W latach 1938/1939 istniały w Polsce 63 szkoły specjalne dla ponad 84 tysięcy dzieci upośledzonych.

Zasięg opieki nad tą kategorią dzieci był wciąż niewystarczający, świadczyć mogą o tym poniższe dane:

Ogólna liczba dzieci w roku 1937/1938

skierowanych do badań	–	6500
zbadanych	–	6138
zakwalifikowanych jako upośledzone umysłowo	–	2410
przyjętych do szkół specjalnych	–	1861

(H. Ryll 1946/1947, s. 17).

W ogólnej liczbie dzieci upośledzonych (8421) objętych edukacją szkolną w szkołach specjalnych znajdowało się 871 (16%) imbecyli, 7386 (88%) debili oraz 160 (2%) dzieci z ilorazem inteligencji powyżej 70 (H. Ryll 1946/1947).

W Polsce okresu międzywojennego mimo niesprzyjających warunków ekonomicznych rozwijało się szkolnictwo i opieka nad dzieckiem upośledzonym. W latach tych liczba placówek dla dzieci upośledzonych wzrosła do 104, jednak

była wciąż niewystarczająca. Znaczący udział w organizowaniu tego typu placówek miały towarzystwa wyznaniowe i świeckie, osoby prywatne, samorządy lokalne wspólnie z Państwem. Równie istotną funkcję w dziedzinie edukacji specjalnej pełniło wówczas Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, gdzie pracowało wielu wybitnych pedagogów.

Reasumując należy podkreślić, że dokonania okresu międzywojennego miały zasadniczy wpływ na budowanie powojennego systemu kształcenia dzieci niepełnosprawnych intelektualnie jak i przygotowania zawodowego nauczycieli.

W porównaniu z innymi krajami europejskimi w Polsce okresu międzywojennego ciągle mało rozwinięty był system kształcenia zawodowego młodzieży upośledzonej umysłowo. Wprawdzie pierwsze próby podjęto w roku 1936 w szkole ćwiczeń przy Państwowym Instytucie Pedagogiki Specjalnej w Warszawie, która liczyła 96 uczniów, a w 1939 roku w jeszcze dwóch szkołach specjalnych, to nie nastąpiły jednak zasadnicze zmiany w tym zakresie. Podjęto też próby organizowania warsztatów przy istniejących szkołach podstawowych specjalnych. I tak w roku szkolnym 1938/1939 na 63 szkoły tego typu w 20 z nich istniało 20 warsztatów szkolnych, gdzie łącznie 518 uczniów pobierało naukę w zawodach: szewc, stolarz, introligator, bielizniarz i pomoc w gospodarstwie domowym (H. Ryll, 1946/1947). Najbardziej jednak dostępną, również dla tej grupy młodzieży, była powszechnie stosowana praktyka terminowania w prywatnych zakładach pracy (J. Wyczesany 2005).

Lata okupacji hitlerowskiej to okres, który uderzył w elementarne prawo człowieka, w prawo do życia. Nie mogło być mowy o jakimkolwiek rozwoju szkolnictwa w tym okresie. Osoby upośledzone i psychicznie chore podlegały eksterminacji. W Polsce po II wojnie światowej szkolnictwo specjalne podlegało powolnemu procesowi reaktywacji. Taki stan rzeczy spowodowany był zniszczeniami wojennymi kraju, a także brakiem fachowej kadry pedagogicznej. O tym jak wielkie były to zniszczenia świadczy fakt, że po wojnie pozostało zaledwie 14 szkół specjalnych skupiających 1010 dzieci. Rosnące potrzeby społeczeństwa w tym zakresie spowodowały, że już w rok później na terenie kraju, takich placówek funkcjonowało 37, a uczyło się w nich 2731 dzieci (H. Ryll 1946/1947, s. 18–19), a w roku 1947 z inicjatywy Dyrekcji Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej oraz Sekcji Szkolnictwa Specjalnego zorganizowano eksperymentalną publiczną szkołę zawodową specjalną dla młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie. W dalszej kolejności Ministerstwo przygotowało reformę (1969) w zakresie kształcenia zawodowego, szkolenia i przyuczenia do pracy upośledzonych umysłowo. Celem reformy było przekształcenie szkoły powszechnej specjalnej z ogólnokształcącej na ogólnokształcącą zawodową. W związku z powyższym, począwszy od klasy VI, wprowadzono 12 godzin zajęć warsztatowych, a w klasach VII i VIII, 18 godz. tygodniowo, przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby godzin ogólnokształcących. Po ukończeniu tej szkoły przewidywano dalszą edukację w szkołach zawodowych dających młodzieży upośledzonej umysłowo pełne przygotowanie zawodowe (H. Ryll 1947). Natomiast dla młodzieży upośledzonej umysłowo w stopniu umiarkowanym pierwsze działania w zakresie przyuczenia do pracy zostały podjęte przez Ministerstwo Oświaty dopiero w 1963 roku. Dla tej grupy przewidywano nastę-

pujące formy przygotowania zawodowego:

1. dla opóźnionych w nauce o 3 lata – przyuczenie do pracy w trzech ostatnich klasach,
2. szkolenie kursowe przysposabiające do pracy w okresie nie dłuższym niż 1 rok.

Dla uczniów upośledzonych w stopniu znacznym oferowano przyuczenie do wykonywania prostych prac przez zakłady pracy chronionej.

Jak wcześniej wspomniano, potrzeby społeczne w pierwszych latach powojennych spowodowały, że podejmowane działania w zakresie pedagogiki specjalnej koncentrowały się głównie na poczynaniach praktycznych. W tym okresie najważniejsze było objęcie opieką i edukacją wszystkich dzieci potrzebujących pomocy i rehabilitacji. W następnej kolejności zajęto się przygotowaniem nauczycieli do pracy z tymi dziećmi. Korzystano w tym zakresie z doświadczeń okresu międzywojennego.

Odpowiedzią na rosnące potrzeby był dynamiczny przyrost szkół specjalnych dla upośledzonych umysłowo. Na przestrzeni lat 1945–1955 nastąpił trzykrotny wzrost liczby tych placówek, a w kolejnym dziesięcioleciu liczba ta ulega podwojeniu, co ilustruje poniższa tabela:

Tabela 3. Liczba uczniów i szkół dla dzieci upośledzonych umysłowo

Upośledzeni umysłowo w stopniu:	1945/1946		1955/1956		1965/1966	
	Liczba szkół	Liczba uczniów	Liczba szkół	Liczba uczniów	Liczba szkół	Liczba uczniów
Lekkim	37	2 885	115	14 335	242	45 934
Umiarkowanym	-	-	-	-	5 + 10	545
Znacznym	-	-	-	-	Oddziały przy szkołach podstawowych specjalnych	

Źródło: J. Wyczęsany 2005, s. 70.

Mimo znacznego przyrostu liczby szkół podstawowych, lata 50. nie były pomyślne dla rozwoju pedagogiki specjalnej w Polsce. Władze komunistyczne nieprzychylnie patrzyły na działalność pedagogiczną kojarzoną z wzorami zachodnioeuropejskimi. Twierdzono, że w społeczeństwie socjalistycznym nie istnieje problem opieki nad ludźmi niepełnosprawnymi, a w związku z tym działalność na tym gruncie nie ma sensu. W ten sposób doprowadzono do zwolnienia z pracy wielu specjalistów, a pedagogikę specjalną i związane z nią zakresy działalności poddano ograniczeniom. W to miejsce próbowano przeszczepić defektologię, dyscyplinę uprawianą w Związku Radzieckim. (T. Lewowicki 1998)

Wystarczy wspomnieć, że w roku 1955 Ministerstwo Oświaty zakazało stosowania metody ośrodków zainteresowań w polskich szkołach, argumentując, że nie

stwarza ona możliwości do kształtowania socjalistycznego światopoglądu. Jedyne wielka determinacja Marii Grzegorzewskiej w walce o przywrócenie metody oraz zmiana nazwy na „ośrodki pracy” przekonała władze do wycofania niekorzystnej decyzji. Począwszy od roku 1956/1957 ponownie wprowadzono ją do szkół specjalnych, lecz pod zmienioną nazwą.

Dopiero „odwilż” polityczna w 1956 roku umożliwiła przywrócenie szerszej działalności osobom i instytucjom zajmującym się teorią i praktyką pedagogiki specjalnej (reaktywowano PIPS) (T. Lewowicki 1998, s. 65). Następuje dalszy rozwój sieci i bazy materialnej szkolnictwa. W latach 1960–1973 powstaje 105 nowych szkół i zakładów specjalnych (M. Balcerek 1977).

W latach sześćdziesiątych rozpoczęto organizację klas specjalnych przy szkołach masowych. Ten sposób usprawniania szkolnictwa specjalnego podyktowany był zarówno dużymi potrzebami, jak i względami ekonomicznymi. Dlatego też dość szybko inicjatywa ta znalazła uznanie ówczesnych władz i samych nauczycieli. Szybki rozwój tej formy kształcenia specjalnego obrazuje tabela 4.

Tabela 4. Klasy specjalne dla dzieci upośledzonych umysłowo przy szkołach podstawowych

Lata	1961/1962	1970/1971	1990/1991	1995/1996
Liczba klas specjalnych	14	800	1 379	958
Liczba uczniów upośledzonych umysłowo	257	8 560	17 363	11 747

Źródło: J. Wyczęsany 2005, s. 370.

W roku 1964/1965, spośród ogólnej populacji 83 800 dzieci upośledzonych umysłowo do szkół specjalnych uczęszczało 35 313, do szkół masowych 42 087, nie uczęszczało do żadnej szkoły 6400. Dzięki organizacji klas specjalnych przy szkołach podstawowych objęto kształceniem specjalnym znacznie większą liczbę dzieci bez konieczności umieszczania ich w internacie (J. Nowakowski 1965).

Nakreślony przez Ministerstwo Oświaty plan rozwoju szkolnictwa specjalnego w latach 1966–1970, zgodnie z wytycznymi zawartymi w piśmie z dn. 20 marca 1965 roku nr S04-729/65, miał uwzględniać następujące zadania:

1. wyrównanie w miarę możliwości dysproporcji istniejących w szkolnictwie specjalnym między województwami,
2. wykorzystanie możliwości uzyskania budynków i pomieszczeń dla szkolnictwa specjalnego poza planem inwestycyjnym,
3. uzupełnianie sieci szkół podstawowych specjalnych punktami klas specjalnych przy szkołach podstawowych normalnych dla dzieci umysłowo upośledzonych.

Równoległe do rozwoju sieci szkół podstawowych specjalnych rozwija się szkolnictwo zawodowe. Ta dość „młoda” forma kształcenia stanowi istotny wkład

w przygotowanie do życia dzieci niepełnosprawnych intelektualnie. W latach 1974/1975 objęto kształceniem zawodowym 68% absolwentów szkół podstawowych specjalnych łącznie w 85 zawodach (J. Wyczęsany 2005).

Edukacja zawodowa opierała się w Polsce na rozporządzeniu Ministerstwa Oświaty i Wychowania z 1969 roku i obejmowała następujące formy:

Kształcenie w zasadniczej szkole zawodowej odbywało się po 8-letniej szkole podstawowej specjalnej w cyklu trzy- i dwuletnim. Program tych szkół, poza przedziałami ogólnokształcącymi i pomocniczymi, obejmował także przedmioty zawodowe i praktyczną naukę zawodu.

Przysposobienie zawodowe realizowane w trzech ostatnich klasach szkoły podstawowej, w których realizowany program przewidywał zarówno realizację przedmiotów ogólnych, jak też zawodowych oraz przysposobienia zawodowego w wymiarze od 15 do 18 godzin.

Kursowe szkolenie absolwentów szkoły podstawowej specjalnej oraz uczniów, którzy ukończyli V klasę tejże szkoły, a nie mogą, z uwagi na posiadane deficyty, ukończyć szkoły w trybie normalnym.

Wartym podkreślenia jest fakt, że programy nauczania realizowane w szkołach zawodowych cechowały się dość dużą dowolnością, z uwagi na możliwość ich modyfikacji przez dyrektorów i rady pedagogiczne. W ten sposób dostosowywano je do bieżących potrzeb i sprawności uczniów (M. Balcerek 1981).

W okresie PRL-u oferta kształcenia zawodowego dla młodzieży upośledzonej umysłowo była niewystarczająca. Przez wiele lat szkoły zawodowe specjalne uczyły zawodów zanikających, nisko opłacanych, mało atrakcyjnych. Do dalszych mankamentów należało: przestarzałe wyposażenie i park maszynowy warsztatów szkolnych, wieloletni brak programów, a co się z tym wiąże – brak podręczników i zorganizowanego systemu poradnictwa zawodowego. Wąski i przestarzały wachlarz zawodów nie zapewniał młodzieży o różnym stopniu upośledzenia wystarczającego przygotowania do zawodu w dostępnym dla niej zakresie (B. Górecki 1974).

Brak jednolitych standardów wpływał ujemnie na poziom wykształcenia zawodowego uczniów. Obecnie (po reformie systemu edukacji), doceniając znaczenie kształcenia zawodowego w rehabilitacji niepełnosprawnych intelektualnie, w celu zapewnienia wysokiej jakości przygotowania zawodowego określa się standardy wymagań egzaminacyjnych dla potwierdzenia kwalifikacji zawodowych absolwentów szkół zawodowych specjalnych (Dz.U. z 2003 r., nr 49, poz. 411).

Dużą zdobyczą w polskim systemie kształcenia specjalnego było wprowadzenie do jego struktury przedszkoli specjalnych, mających za zadanie przygotowanie dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych do pracy w szkole. Dalszym ulepszeniem istniejącego systemu było wyodrębnienie placówek rewalidacyjnych, tzw. szkół życia przeznaczonych dla umiarkowanie i znacznie upośledzonych umysłowo. W pierwszej fazie dzieci te organizowano w wydzielonych klasach tworzonych przy istniejących już szkołach specjalnych. Pierwsza samodzielna szkoła dla dzieci upośledzonych w stopniu głębszym powstała w 1963 roku w Warszawie. Jej inicjatorami byli rodzice zrzeszeni w Komitecie Pomocy Dzieciom Specjalnej

Troski przy TPD.

W roku szkolnym 1974/1975 funkcjonowało w Polsce 7 „szkół życia” i 8 przedszkoli specjalnych. Jednak pierwszy program nauczania w tych szkołach opracowano dopiero w 1975 roku przez Instytut Programów Szkolnych Ministerstwa Oświaty i Wychowania (J. Wyczesany 2005).

Reforma systemu edukacji z 1999 roku wprowadziła zmiany programowo-strukturalne zarówno w systemie kształcenia ogólnego, jak i specjalnego. W wyniku zmian systemowi kształcenia w cyklu 6-letniej szkoły podstawowej specjalnej oraz 3-letniego gimnazjum podlegają zarówno dzieci i młodzież lekko upośledzona umysłowo, jak i z głębszymi upośledzeniami. Jednak w zakresie edukacji zawodowej uczniów upośledzonych w stopniu umiarkowanym i znacznym reforma stwarza jedynie możliwość kształcenia w oddziałach przysposobienia do pracy. Oddziały te organizowano przy szkołach zawodowych dla uczniów z lekkim upośledzeniem umysłowym lub przy gimnazjach specjalnych. Konieczność prowadzenia w tych oddziałach kształcenia zawodowego zgodnie z podstawą programową dla poszczególnych typów zawodów powodowała trudności w prawidłowej ich realizacji. Wynikały one z braku uwzględnienia w regulacjach prawnych dotyczących kwalifikacji zawodowej specyfiki niepełnosprawności tej grupy uczniów (T. Serafin 2005, s. 11). W konsekwencji uczniowie z upośledzeniem umiarkowanym i znacznym kończyli edukację szkolną na poziomie gimnazjum. Przełomem w tej sprawie było utworzenie we wrześniu 2004 roku, zgodnie z art. 9 ust. 1, pkt 3, lit. h ustawy o systemie oświaty, trzyletnich szkół przysposobienia do pracy. Obecnie zatem przysposobienie do pracy dla tej grupy niepełnosprawnych może być zorganizowane w sposób dostosowany do ich możliwości psychofizycznych. Zwiększa to szansę na osiągnięcie przez te jednostki autonomii życiowej oraz stwarza możliwość na godne życie w środowisku otwartym. Ponadto osoba posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności może być włączona w system rehabilitacji zawodowej w zakładach pracy chronionej. Warto zaznaczyć, że zakłady pracy chronionej wypełniły istniejącą w systemie rehabilitacji lukę między warsztatami terapii zajęciowej a zakładami pracy (J. Sowa, F. Wojciechowski 2001).

System oświaty i wychowania w Polsce do roku 1997 nie uwzględniał kształcenia osób głęboko upośledzonych umysłowo. Dopiero na mocy rozporządzenia MEN (Dz.U. nr 14, poz. 76) w sprawie zasad organizacji zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży upośledzonych w stopniu głębokim zorganizowano pierwsze formy w zakresie edukacji i wychowania. W szkołach specjalnych powstały zespoły rewalidacyjno-wychowawcze bądź, zgodnie z zaleceniami zawartymi w orzeczeniu, zapewnia się tym dzieciom rewalidację w domu, w ramach nauczania indywidualnego.

W ostatnich latach obserwuje się dość szybki rozwój nowych instytucji specjalizujących się w opiece i rehabilitacji osób upośledzonych umysłowo. Wystarczy wymienić ośrodki wczesnej interwencji dla dzieci od 0 do 7 lat, dzienne centra aktywności, warsztaty terapii zajęciowej, hostele czy kluby. Wszystkie wymienione instytucje służą zarówno dzieciom, jak i dorosłym niepełnosprawnym intelektualnie w procesie wyzwalania różnorodnych form aktywności dostosowanej do

wieku i stopnia upośledzenia.

Równolegle, w ramach tzw. normalizacji życia jednostek niepełnosprawnych intelektualnie, wzrasta zainteresowanie kształceniem integracyjnym organizowanym w szkołach ogólnodostępnych. Tylko w roku 2000/2001 w klasach integracyjnych w szkołach podstawowych i gimnazjach uczyło się 8006 uczniów niepełnosprawnych (J. Wyczesany 2005). System kształcenia osób upośledzonych umysłowo staje się zatem coraz bardziej otwarty.

Ostatnio więcej uwagi poświęca się edukacji włączającej (inkluzyj), akcentując jednocześnie konieczność odpowiedniego przygotowania nauczycieli. Wymóg ten, zdaniem wielu specjalistów, bezpośrednio wynika z tego, że inkluzyja opiera się na przekonaniu, iż sukces ucznia niepełnosprawnego intelektualnie zależy od interakcji zachodzących pomiędzy nauczycielem a innymi uczniami w klasie. Równie wiele uwagi w edukacji specjalnej poświęca się nowym technologiom komunikacyjnym umożliwiającym również niepełnosprawnym intelektualnie kształcenie na odległość. Jednak często zdarza się, że optymalne warunki dla rozwoju i edukacji tych dzieci może zapewnić jedynie szkoła specjalna. Tak więc szkoły specjalne nadal stanowią alternatywę dla integracyjnych form kształcenia.

Chociaż we współczesnej pedagogice coraz wyraźniej zaznacza się tendencja do poszukiwania optymalnych kierunków służących rozwojowi jednostek niepełnosprawnych intelektualnie poza pedagogiką specjalną, to jednak wydaje się, że dyscyplina ta jeszcze długo służyć będzie tym osobom. Nadal aktualne są słowa Janiny Doroszewskiej:

Zadania specjalne, jakie stawiamy sobie wobec dzieci oligofrenicznych, nie dadzą się realizować w najlepszej nawet szkole normalnej – nawet takiej, która tworzy na wzór szwedzki wiele klinik douczających dziecko upośledzone umysłowo (J. Doroszevska 1981, s. 120).

Bibliografia

- Balcerek M. (1977), *Dzieje opieki nad dzieckiem w Polsce*, Wyd. WSPS, Warszawa.
- Balcerek M. (1981), *Rozwój wychowania i kształcenia dzieci upośledzonych umysłowo. Zarys historyczny*, WS i P, Warszawa.
- Borzyszkowska H. (1985), *Oligofrenopedagogika*, PWN, Warszawa.
- Bühler Ch. (1928), *Zur Psychologie d. Kleinkindes*, Zeitschrift für Psychologie, Lipsk.
- Dąbrowski K. (1933/1934), *Organizacja wydziałania dzieci słabych umysłowo ze szkół powszechnych w stanie w Massachusetts*, Szkoła Specjalna, nr 3, s. 169–172.
- Doroszevska J. (1981), *Pedagogika specjalna. Podstawowe problemy teorii i praktyki*, t. I, „Ossolineum”, Wrocław.
- Doroszevska J. (1981), *Pedagogika specjalna. Podstawowe problemy teorii i praktyki*, t. II, „Ossolineum”, Wrocław.
- Dycht M. (2006), *Rozwój polskiej pedagogiki specjalnej w świetle dokonań jej twórców. Szkic do portretu historycznego pedagogiki rewalidacyjnej i resocjalizacyjnej*, Wyd. Uniwersytetu Kardynała Wyszyńskiego, Warszawa.

- Dykciak W. (2005), *Pedagogika specjalna wobec aktualnych sytuacji i problemów osób niepełnosprawnych*, WN PTP, Poznań.
- Dziedzic S. (1970), *Rewalidacja upośledzonych umysłowo. Zarys podstawowej problematyki*, PZWS, Warszawa.
- Felhorska F. (1965), *Przegląd Stanu Szkolnictwa Specjalnego dla oligofreników na świecie*, Szkoła Specjalna, nr 4, s. 292–305.
- Galkowski T. (1998), *Pionierzy pedagogiki specjalnej we Francji*, [w:] M. Chodkowska (red.), *Pedagogika specjalna wobec potrzeb teraźniejszości i wyzwań przyszłości*, Wyd. UMCS, Lublin.
- Gasik W. (1990), *Rozwój praktyki i teorii pedagogiki specjalnej w wieku XIX i w początkach XX wieku*, [w:] S. Mauersberg (red.), *Dzieje szkolnictwa i pedagogiki specjalnej*, PWN, Warszawa.
- Górecki B. (1974), *Rola kształcenia zawodowego w adaptacji upośledzonych umysłowo*, Szkolnictwo Specjalne w Łodzi – Studia i Materiały.
- Grochowski L. (1990), *Początki nauczania dzieci upośledzonych i zorganizowanej opieki nad moralnie zaniedbanymi*, [w:] S. Mauersberg (red.), *Dzieje szkolnictwa i pedagogiki specjalnej*, PWN, Warszawa.
- Grzegorzewska M. (1964), *Wybór pism*, PWN, Warszawa.
- Hellmann J. (1924/25), *Stan potrzeby szkolnictwa specjalnego w Polsce*, Szkoła Specjalna, nr 1.
- Jałmużna T., Lisowski J., Sujczyński T. (1993), *Szkolnictwo specjalne w Łodzi do 1939 roku*, Łódź.
- Kalinowski M., Pełka J. (1996), *Zarys dziejów resocjalizacji nieletnich*, Wyd. WSPS, Warszawa.
- Kirejczyk K. (1981), *Metoda Decroly'ego, metoda ośrodków zainteresowań a metoda ośrodków pracy*, [w:] K. Kirejczyk (red.), *Upośledzenie umysłowe – Pedagogika*, PWN, Warszawa.
- Kirejczyk K. (1981), *Z historii pedagogiki specjalnej*, [w:] K. Kirejczyk (red.), *Upośledzenie umysłowe – Pedagogika*, PWN, Warszawa.
- Korzon A. (2004), *Mity i stereotypy myślowe o niepełnosprawnych intelektualnie*, [w:] Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną. t. II: Wybrane problemy społecznego funkcjonowania oraz rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną*, OW „Impuls”, Kraków.
- Kosakowski C. (2003), *Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej*, Wyd. Edukacyjne „Akapit”, Toruń.
- Kostrzewski J., Wald I. (1981), *Podstawowe wiadomości o upośledzeniu umysłowym*, [w:] K. Kirejczyk (red.), *Upośledzenie umysłowe – Pedagogika*, PWN, Warszawa.
- Kostrzewski J. (1997), *Ewolucja poglądów AAMR dotyczących niedorozwoju umysłowego. Od Ricka Hebera (1959) do Ruth Luckasson i in. (1992)*, [w:] J. Pańczyk (red.), *Roczniki Pedagogiki Specjalnej*, t. 8, Wyd. WSPS, Warszawa.
- Kościełak R. (1995), *Integracja społeczna niepełnosprawnych umysłowo*, Wyd. UG, Gdańsk.
- Kościelska M. (1995), *Oblicza upośledzenia*, PWN, Warszawa.
- Kowalik S. (2001), *Pomiędzy dyskryminacją a integracją osób niepełnosprawnych*, [w:] B. Kaja (red.), *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokreacja*, Wyd. Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz.
- Kowalik S. (1989), *Upośledzenie umysłowe. Teoria i praktyka rehabilitacji*, PWN, Warszawa – Poznań.

- Kowalik S. (2005), *Psychologia niepełnosprawności umysłowej*, [w:] H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*, t. 2, PWN, Warszawa.
- Krahelska J. (1946/1947), *Kronika zagraniczna, Szkoła Specjalna*, s. 84–92.
- Kubeczko J. (1962), *Dzieje wychowania upośledzonych umysłowo (skrypt)*, PIPS, Warszawa.
- Lewowicki T. (1998), *Miejsce pedagogiki specjalnej w nauce polskiej*, [w:] J. Pańczyk (red.), *Tożsamość polskiej pedagogiki specjalnej u progu XXI wieku*, WSPS, Warszawa.
- Lipiński S. (2007), *Pedagogika specjalna w sporze o „innego” z eugeniką*, [w:] B. Jachimczak, B. Olszewska, D. Podgórska-Jachnik (red.), *Miejsce Innego we współczesnych naukach o wychowaniu*, Wyd. Satori, Łódź.
- Lipkowski O. (1981), *Pedagogika specjalna. Zarys*, PWN, Warszawa.
- Loebel W. (1996), *Dylematy pedagogiczne w rewalidacji osób*, Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Łukasiewicz J. (1858), *Opis historyczny kościołów parafialnych w dawnej diecezji poznańskiej*, t. I, Nakładem Księgarni Jana Konstantego Zuprańskiego, Poznań.
- Mauersberg S. (1990), *Dzieje szkolnictwa i pedagogiki specjalnej*, Wyd. PWN, Warszawa.
- Nowakowski J. (1965), *Drogi rozwoju szkolnictwa specjalnego*, Szkoła specjalna, nr 4.
- Ryll H. (1946/1947), *Odbudowa szkolnictwa specjalnego*, Szkoła Specjalna, s. 12–24.
- Sadowska S. (2005), *Ku edukacji zorientowanej na zmianę społecznego obrazu osób niepełnosprawnych*, Wyd. Edukacyjne „Akapit”, Toruń.
- Sadowska S. (2006), *Jakość życia uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*, OW „Impuls”, Kraków.
- Serafin T. (2005), *Uzasadnienie funkcjonowania specjalnej szkoły przysposobienia do pracy*, [w:] T. Serafin (red.) *Ponadgimnazjalna, specjalna szkoła przysposobienia do pracy, organizacja, metody pracy, scenariusze, regulacje prawne. Poradnik dla nauczycieli i specjalistów*, MENiS, Warszawa.
- Sękowska Z. (2001), *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Wyd. APS, Warszawa.
- Sobieszkański M. (1867), *Encyklopedia Orgelbranda*.
- Sowa J., Wojciechowski F. (2001), *Proces rehabilitacji w kontekście edukacyjnym*, Wyd. Oświatowe „FOSZE”, Rzeszów.
- Speck O. (2005), *Niepełnosprawni w społeczeństwie. Podstawy ortopedagogiki*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Stefanowicz-Moskiewiczowa A. (1926), *Wyniki badań nad dziećmi skalą Binet-Simona*, Szkoła Specjalna, nr 3, s. 158–162.
- Stefanowska M. (1925), *Stan szkół specjalnych dla dzieci upośledzonych umysłowo w Warszawie w r. 1924/25*, Szkoła Specjalna, nr 3, s. 218–221.
- Studencki S. M. (1930), *Psychodiagnostyka dzieci umysłowo upośledzonych metodą Rorschacha*, Szkoła Specjalna, nr 1, t. VII, s. 39–52.
- Szuman W. (1929–1930), *Testy inteligencji Ch. Bühler dla niemowląt*, Pedagogika Specjalna nr 3, 149–168.
- Szumski G. (2006), *Integracyjne kształcenie niepełnosprawnych*, PWN, Warszawa.
- Tkaczyk G. (1997), *Metodyka nauczania i wychowania początkowego w szkole specjalnej*, Wyd. UMCS, Lublin.
- Tomasik E. (1998), *„Ocalić od zapomnienia”. Maria Grzegorzewska w relacjach ze współczesnymi*, Wyd. WSPS, Warszawa.
- Tomasik E. (2002), *Aktualność poglądów Marii Grzegorzewskiej i Janiny Doroszewskiej na deontologię pedagoga specjalnego*, [w:] E. Górniewicz, A. Krause (red.), *Dyskursy pedagogiki specjalnej. Od tradycjonalizmu do ponowoczesności*, Wyd. UWM, Olsztyn.

Wawrzynowski M. (1925), *Szkolnictwo specjalne w Austrii*, Szkoła Specjalna nr 3, s. 205–211.

Wawrzynowski M. (1926), *Szkolnictwo specjalne w Czechosłowacji*, nr 3, s. 163–170.

Witkowski T. (1993), *Podmiotowość osób niepełnosprawnych umysłowo w placówkach opiekuńczo-wychowawczych*, Wyd. KUL, Lublin.

Wyczesany J. (2005), *Pedagogika upośledzonych umysłowo*, OW „Impuls”, Kraków.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z 3 lutego 2003 roku w sprawie standardów wymagań będących podstawą przeprowadzania egzaminu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe (Dz.U. z 24 marca 2003 roku).

Repozytorium



UMK

Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną

pod redakcją naukową

Jacka J. Błeszyńskiego, Ditty Baczały i Józefa Binnebesela

Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej w Łodzi 2008

Dorota Podgórska-Jachnik

Wyższa Szkoła Pedagogiczna

w Łodzi

HISTORIA WYCHOWANIA I EDUKACJI GŁUCHYCH Z PERSPEKTYWY SURDOPEDAGOGIKI POCZĄTKU XXI WIEKU

Lubo już Arystoteles i Hipokrates utrzymywali, że niemota jest następstwem głuchoty, że głuchoniemi posiadają normalnie rozwinięte narządy mowy, mimo to odsądzano głuchoniemych od społeczeństwa ludzkiego i od kościoła, jako niezdolnych do przyjęcia nauki religii i stawiano ich narówni z idjotami. Byli parjasami narodu. Skala Tarpejska w starożytnej Grecji nie w jednym wypadku decydowała o losie głuchoniemego. Dopiero w końcu wieku XVII i w początkach XVIII zablęsa jutrzienka wyswobodzenia głuchoniemych i zrównania ich w prawach człowieczych i lepszej przyszłości

*Kalendarz-Informator Polskiego Związku
Towarzystw Głuchoniemych 1933–1934¹*

Wprowadzenie

Wychowanie i kształcenie osób z uszkodzonym słuchem przez całe wieki stanowiło – i nadal stanowi – wielkie wyzwanie dla pedagogów. Spowodowane jest to wyjątkowo rozległymi skutkami rozwojowymi nieskompensowanej głuchoty, metody kompensacji zaś i ich wybór nie są ani proste, ani oczywiste, ani nawet zbadane naukowo w stopniu niepozostawiającym żadnych wątpliwości co do mechanizmów i skutków ich stosowania. W efekcie tego uszkodzenie słuchu przez długi okres łączono z dysfunkcjami natury poznawczej i intelektualnej, w złożonym kompleksie wtórnych skutków głuchoty, obejmujących przede wszystkim mowę, język i myślenie. Powszechnie zwraca się uwagę na

¹ Kalendarz (pisownia tekstu – oryginalna) ze zbiorów Profesora Bogdana Szczepankowskiego, za udostępnienie których składam serdeczne podziękowania. Dziękuję także Panu Profesorowi, jak również Paniom Profesor Kazimierze Krakowiak i Anieli Korzon za przeczytanie roboczej wersji tekstu, konsultacje i cenne uwagi, które starałam się jak najpełniej wykorzystać.

etymologiczne i brzmieniowe związki wyrazów *glu-chy* i *glu-pi* (B. Szczepankowki 1999, s. 28), przy podobnych uwikłaniach tych słów w innych językach. Miało to swoje konsekwencje w przypisywaniu głuchym ograniczonych możliwości umysłowych, co znalazło potwierdzenie już w czasach starożytnych w przekonaniu, głoszonym między innymi przez jednego z najbardziej znanych greckich filozofów, Arystotelesa (IV w. p.n.e.), iż głusi nie mogą się uczyć. Poprzez brak słuchu, dla Arystotelesa głusi nie odróżniali się niczym od zwierząt, natomiast dla Platona pozbawieni byli boskiego pierwiastka obecnego w człowieku (T. Adamiec 2003, s. 237). Taki pogląd jeszcze długo ciążył nad osobami z uszkodzonym słuchem i tłumaczył ich powszechną dyskryminację: głusi byli izolowani, pozbawieni dostępu do edukacji, prawa dziedziczenia, ubezwłasnowolnieni, usytuowani poza prawem, dyskryminowani, nie dopuszczani do udziału we wspólnocie Kościoła (T. Adamiec 2003, s. 238–251). Współcześnie zupełnie inaczej postrzegamy możliwości głuchych, jednak widać, że historia surdopedagogiki to bardzo powolne i mozolne zgłębianie tajemnic głuchoty, walka z przewyciężaniem stereotypów, uprzedzeń, dziedzictwa dyskryminacji ze strony słyszących, stopniowe zwiększanie możliwości rozwojowych i edukacyjnych głuchych oraz ich szans na życiową samorealizację. To także fascynujący obszar wiedzy, w którym obraz komplikuje się wraz z jej pogłębianiem, z nakładaniem się – na wiedzę potoczną i doświadczenia pierwszych nauczycieli – późniejszych interpretacji medycznych, psychologicznych, w końcu zaś społecznych. To ścieranie się kontrowersji i alternatywnych wyborów: opozycji język migowy – język ojczysty, komunikacja manualna – komunikacja oralna, izolacja (segregacja) – integracja, wychowanie do świata słyszących – wychowanie do świata głuchych itd. Przy tym rzadko były to proste alternatywy, gdyż wikłały w sobie wiele innych problemów historycznych, rozwojowych i społecznych. Przy obecnym stanie wiedzy, jak również na obecnym poziomie emancypacji społeczności głuchych, wybory te zyskały nową perspektywę i nowe możliwości rozwiązania. Perspektywa historyczna staje się dla pedagoga specjalnego płaszczyzną ułatwiającą zrozumienie rewolucyjnych przemian we współczesnej surdopedagogice², jak również niezwykle dynamicznych procesów społecznych w emancypujących się społecznościach głuchych.

Wczesny okres indywidualnego nauczania głuchych i jego wybitni przedstawiciele

Z analizy złożonych przyczyn głuchoty wynika, że musiała ona towarzyszyć ludzkości od zarania dziejów. Choć już starożytni wypowiadali się na ten temat, to jeden z najwcześniejszych zachowanych opisów nauczania głuchych pochodzi

² Chciałam wyraźnie zaznaczyć, że pokazanie perspektywy historycznej z punktu widzenia pedagoga specjalnego, a nie historyka wychowania, jest w przypadku niniejszej publikacji działaniem zamierzonym, choć – oczywiście – obciążonym ryzykiem typowym dla wszystkich granicznych obszarów nauki. Warto jednak podjąć to ryzyko, gdyż obecny stan rozwoju surdopedagogiki wymaga wielopłaszczyznowych analiz dla zrozumienia szeregu pojawiających się tu zjawisk i procesów.

dopiero z 1538 roku. Opis ten, zamieszczony w książce *De inventione dialectica*, holenderskiego filozofa Rudolfa Agricoli (1433–1485) (B. Szczepankowski 1999, s. 204), dotyczył pojedynczego przypadku głuchego chłopca. Nauczenie go czytania i pisania zostało określone przez autora jako „cud”, i rzeczywiście, na ówczesnym poziomie wiedzy o głuchocie, potrafili nauczać jedynie nieliczni, wybitni nauczyciele, najczęściej skwapliwie skrywający przed światem swoje metody nauczania. Aż do XVIII wieku, gdy w ogóle pojawiają się jakieś opisy nauczania głuchych, informacje na ten temat są bardzo skąpe i dotyczą wyłącznie kształcenia indywidualnego pojedynczych uczniów z zamożnych rodów w Hiszpanii, Anglii, Francji czy Niemiec (S. Mauersberg [red.] 1990, s. 35).³

Pierwszym znanym nauczycielem głuchych był najprawdopodobniej włoski lekarz, filozof, matematyk z Padwy, Geronimo (Girolamo) Cardano (1501–1576) (S. Mauersberg [red.] 1990, s. 26). Chodziło o naukę jego głuchego syna, a pierwszym źródłem wiedzy na ten temat była wspomniana wyżej książka Agricoli. Z niej to Cardano przyjął założenie, iż zmysł słuchu i wypowiedanie słów nie są niezbędne do zrozumienia pojęć. Obaj byli przy tym zgodni, że nauka i myślenie są możliwe tylko „przez oczy”. Nie były to popularne poglądy w czasach, gdy mowa uważana była za siłę napędową i niezbędny warunek rozwoju umysłowego, jednak Cardano był przekonany, iż myśli można wyrażać równie dobrze za pośrednictwem słów, jak i gestów. Twierdził też, że głusi mogą i powinni uczyć się czytać i pisać – *Naprawdę, to trudne, ale możliwe* (http://members.aol.com/deafcultureinfo/deaf_history.htm). Cardano opracował nawet swoisty kod do nauczania symbolicznego zapisu językowego, ale nie rozwinął bardziej tej metody, zajmując się studiowaniem innych problemów medycznych.

Pierwszy, bardziej szczegółowy opis metod nauczania odnajdujemy w książce z 1620 roku pt. *Reducción de las letras y arte para enseñar a ablar los modus* (O redukcji liter i sztuce nauczania mowy głuchoniemych), która w literaturze z zakresu historii surdopedagogiki odnotowywana jest jako pierwsze znane dzieło na temat nauczania mowy niesłyszących osób. Autor książki, Juan Pablo Bonet (1579–1629)⁴, przedstawiany jest jako zwolennik wczesnego języka migowego, a nawet jako wynalazca języka migowego i alfabetu palcowego. Opisana przez niego metoda zawiera m.in. ilustracje obrazkowe ułożenia dłoni w jednoręcznym alfabecie, odpowiadających dźwiękom mowy. Poznanie pozycji dłoni dla każdej litery poprzedzało czytanie i czytanie z ust. Epokową wartość dzieła J. P. Boneta oraz przypisywane mu zasługi deprecjonuje jednak fakt, iż on sam nigdy nie nauczał głuchych, a nawet miał tylko niewielkie doświadczenie w kontaktach

³ W Polsce opisywany jest przypadek głuchoty w rodzinie królewskiej króla Stanisława Augusta. W źródłach czytamy, że możliwościami kształcenia głuchych zainteresował się też sam król Stanisław Leszczyński, na tyle, iż osobiście uczestniczył w 1754 r. w czasie pobytu za granicą w pokazach metod ich nauczania.

⁴ Rok śmierci 1629 podają za B. Szczepankowskim (1999, s. 205), za: Per Erikssonem (*The History of Deaf People*), choć w literaturze wymieniane są także inne daty, np. rok 1633 (por. Mauersberg 1990, s. 25) lub 1644 (por. A. Löwe 1995, s. 16), w *Encyclopaedia Britannica* odnajdujemy zaś rok 1620.

z nimi. Poznał bowiem jedynie sposób nauczania synów konstabla Kastylii, Juana Fernández de Velasco y Towar, na dworze którego zatrudniony był jako sekretarz. Prawdziwymi nauczycielami młodych głuchych arystokratów byli dwaj inni Hiszpanie: najpierw benedyktyn Pedro Ponce de Leon (1520–1584)⁵, zakonnik, który skutecznie uczył głuchych od urodzenia, potem Manuel Ramirez de Carrión. A więc metoda – zręcznie i prawdopodobnie dla rozgłosu – opisana przez Boneta, naprawdę została zapoczątkowana przez Ponce de Leona, a potem częściowo lub w całości zapożyczona i rozwinięta przez de Carrióna (S. Plann 1997). Warto też zwrócić uwagę, iż – mimo wykorzystania gestów i daktylografii – najważniejszym celem nauczania głuchych chłopców z rodu de Velasco stała się nauka artykulacji, a stawką za jej skuteczność był rodowy majątek. Ówczesne prawo nie przewidywało bowiem możliwości sukcesji przez osobę, która nie mówiła (T. Adamiec 2003, s. 256). Nawet umiejąc czytać i pisać, głuchy, który nie potrafił mówić – nie był osobą względem prawa! Taka sytuacja utrzymywała się aż do XVIII wieku: głusi nie mogli zakładać i prowadzić firm rzemieślniczych, kupować nieruchomości, a nawet podpisać aktu ślubu! Dlatego też nietrudno przewidzieć, iż – nie licząc się z kosztami – robiono wszystko, by brak artykułowanej mowy u głuchego dziedzica nie stanął na przeszkodzie przekazania rodzowego majątku. Tak więc i cel nauki, i miara osiągniętego sukcesu znaczyły tylko jedno. Nie było alternatywnej ścieżki kształcenia, jak tylko ta prowadząca do sprawności artykulacyjnej, a komunikacja gestowa (migowa) mogła mieć wyłącznie charakter pomocniczy, pośredni. Pedro Ponce de Leon doczekał się miana „ojca metody głosowej” i w jego prekursorskich poczynaniach możemy dopatrywać się korzeni współczesnego nurtu wychowania słuchowego, które – choć stanowi jeden z najbardziej aktualnych i żywo rozwijających się trendów w obecnej surdopedagogice – szacowane jest przez A. Löwe na strategię o bardzo długiej, bo około 450-letniej tradycji (A. Löwe 1995, s. 16). Bardzo znamienity dla tego nurtu oddziaływań jest tytuł książki z 1672 roku, holenderskiego lekarza J. K. Ammanna: *Surdus loquens* (*Głuchy, który mówi*). Książka przedstawia udoskonaloną metodę głosową opisaną przez Boneta, a oryginalny tytuł – intrygujący i postulatyczny, jak na XVII wiek – należy do często i chętnie przywoływanych tytułów wczesnych dzieł naukowych z zakresu surdopedagogiki.

Udoskonalenie i rozpowszechnienie wykorzystania manualnego alfabetu w surdopedagogice wiąże się natomiast z nazwiskiem Jacoba Rodrigueza Pereiry (1715–1780) (B. Szczepankowski 1999, s. 206–207). Alfabet manualny stanowił dla niego początkowo wsparcie w nauczaniu mowy głuchej siostry, co było wstępem do długiej i błyskotliwej kariery w nauczaniu innych głuchych. Pereira uchodził za jednego z najwybitniejszych nauczycieli głuchych tego okresu. Niestety, niewiele wiemy o szczegółach jego metody, którą utrzymywał w ścisłej tajemnicy (E. Nurowski 1983). Wiadomo jednak, że korzystał z jednoręcznego alfabetu, zaadaptowanego dla potrzeb dydaktycznych przez własne modyfikacje ułożenia

⁵ Tu z kolei pojawiają się sprzeczne zapisy roku urodzenia: A. Löwe (1995, s. 16) podaje – choć ze znakiem zapytania – rok 1510.

rak (każdy znak odpowiadał innemu dźwiękowi), z dodatkowymi 30 znakami dla oznaczenia cyfr i znaków przestankowych.

Okres indywidualnego kształcenia, ograniczonego do elit wynikał – zdaniem B. Hoffmanna – z dwóch powodów. Były to:

- brak powszechnej oświaty;
- dopiero rozwijająca się wiedza metodyczna (B. Hoffmann 2001).

Jednak – na tle tych wyjaśnień – i tak należy zdać sobie sprawę z tego, iż jeszcze do połowy XVIII wieku aż 99,9% głuchych od urodzenia osób nie miało żadnych szans na naukę szkolną, opanowanie umiejętności czytania i pisania, zdobycie wykształcenia (B. Hoffmann 2001).

Pierwsze szkoły dla głuchych

Pierwsze próby kształcenia instytucjonalnego głuchych pojawiły się z końcem średniowiecza. To, że w krótkim czasie zaczęły powstawać szkoły dla niesłyszących w różnych krajach, gdzie próbowano pracy różnymi metodami, dowodzi, iż potrzeby w tym zakresie były już naprawdę nabrzmiałe. Niewątpliwie należy mieć też na względzie wpływ Wielkiej Rewolucji Francuskiej, z jej hasłami Wolności, Równości i Braterstwa, z których zrodził się w Europie ruch na rzecz upowszechnienia dostępu do szkół. Francja stała się pod koniec XVIII wieku wiodącym regionem aktywności w zakresie tworzenia szkół dla osób niepełnosprawnych (niewidomych, głuchych, upośledzonych umysłowo).

Początek kształcenia instytucjonalnego głuchych wiąże się z nazwiskiem księdza Charlesa Michela de l'Épée (1712–1789). Wprawdzie wiele źródeł jako założyciela pierwszej szkoły wymienia Tomasza Braidwooda (Edynburg, rok 1760), jednak data ta nie wszędzie jest potwierdzona (S. Mauersberg [red.] 1990, s. 77)⁶, a metoda nauczania w szkole pozostała okryta tajemnicą. Tak czy inaczej, to ks. Michel de l'Épée uznany jest za twórcę pierwszej szkoły o światowej sławie, wprowadzającej nauczanie nie indywidualne, ale w grupie uczniowskiej przy użyciu odpowiednio zaadaptowanych dla potrzeb nauki znaków gestowo-mimicznych (migowych). Z pewnością taka jakościowa różnica w sposobie myślenia o głuchocie i metodzie nauczania uzyskała wsparcie, płynące z rozwijającej się w tamtym czasie filozofii racjonalizmu: pozytywny wniosek, wypływający z niej, to brak określenia, w jakiej postaci wyrażać się ma ludzka myśl. Otwiera to szeroki dostęp do różnych sposobów kompensacji braku słuchu. Ch. M. de l'Épée dostrzegł taki potencjał w metodzie migowej. Nowością były gestowe znaki metodyczne, ułatwiające identyfikację czytanego tekstu oraz wzbogacające składnię i morfologię wypowiedzi. Celem miała być „gramatyzacja” języka migowego, na wzór języka fonicznego. Metoda została z rozmachem wprowadzona do

⁶ B. Szczepankowski (konsultacja) zwraca uwagę, iż niektóre źródła podają, że w 1760 roku podjął nauczanie indywidualne, jednego chłopca, a dopiero w 1767 założył szkołę.

Paryskiego Instytutu Głuchoniemych, założonego w roku 1770. Na ile niezwykle okazały się umiejętności szybko zdobywane przez niesłyszących po zastosowaniu w nauczaniu naturalnej dla nich formy komunikacji, niech zaświadczą zapiski wspomnień ks. Michała Bohusza, odwiedzającego paryski Instytut:

Byłem u księdza nazwiskiem L'Épée: ten ksiądz porzuciwszy wszelką nadzieję wyższych dostojęstw kościelnych, którychby się przy swym rozumie i talentach mógł spodziewać, przestając na kilku beneficjach, które na uczciwe jego wyżywienie dostarczyć mogą, całego siebie poświęcił uczeniu głuchych i niemych od urodzenia, czytać, pisać, i za pomocą giestów naysubtelniejsze abstrakcyjne i myśli wyrażać. Pierwszy on iest, który się tego domyślił w Paryżu, pierwszy tak łacne podał sposoby, on jeden zdaniem moim, projektowaną tak dawno i za chymerę od niektórych miana uniwersalną gramatykę ułożyłby potrafił, wszystkim on słowom, których osobny ułożył słownik, iak naturalniejszy giest naznaczył. Tempora tychże werbów giestami wydystyngował, modusy też tak, iak deklinacye nominów i kazusy, numera, adverbia, partykuły, interiekcje etc. Za pomocą tych giestów nic nie ma takiego, czego oni nie wyrażali i nie napisali. Czytają księgi, i giestami ią całą tłumaczą. Cokolwiek im na giestach powiesz, na wszystko dokładną i roztropną odbierzesz odpowiedź! (Wspomnienie ks. Michała Bohusza z 1777 – fragmenty pracy A. Wolfganga, za: E. Nurowski 1978, t. 1).

Metodę księdza de l'Épée rozbudował później Ambroise Cucurron Sicard (1742–1822), uwzględniając dostęp do słowa pisanego. W tej postaci doczekała się nazwy "metoda francuska" (lub "paryska") i przeniknęła do innych krajów, między innymi do USA.

Metoda de l'Épée, mimo spektakularnych, szybkich osiągnięć edukacyjnych większości podopiecznych, nie zdobyła jednak aprobaty wszystkich surdopedagogów. Jednym z głównych jej przeciwników był Samuel Heinicke (1727–1790), założyciel szkoły dla głuchych w Lipsku (1778), prezentujący skrajnie odmienną, neohumanistyczną koncepcję filozofii języka: mowa ściśle wiązana była z myśleniem, a myślenie językowe możliwe jest tylko poprzez nauczanie mowy dźwiękowej.

Metoda „niemiecka” („lipska”) – głosowa, oralna – pozostawała w skrajnej opozycji do francuskiej metody migowej i żywe dowody tego sporu odnajdujemy jeszcze we współczesnych dyskusjach. Istnieją uzasadnione przesłanki, że mamy tu do czynienia także z osobistym sporem, podszytych emocjami, nie rozstrzygniętym w płaszczyźnie racjonalnej, a przez to ze sztucznie zaostrzonymi stanowiskami. L. Długolecka, analizując początki sporu, jako zasadnicze tezy S. Heinickego, wymienia następujące:

- słuchu nie można zastąpić wzrokiem;
- pojęcia abstrakcyjne są niedostępne umysłom głuchych, nawet wprowadzane za pomocą pisma czy znaków;
- znaki i słowa wyuczone na podstawie znaków metodycznych są bardzo szybko zapominane,
- słowa drukowane lub pisane tworzą plątaninę, trudną do zapamiętania wzrokowego.

Natomiast przytoczone argumenty księdza de l'Epée:

- metoda Heinickego jest szkodliwa dla uczniów, bo przez kilkanaście miesięcy „nie odżywia ich umysłów”;
- trudne do wyobrażenia i wątpliwe do uzasadnienia jest – deklarowane przez Heinickego – zastąpienie zmysłu słuchu zmysłem smaku;
- naturalna dla głuchych jest metoda, w której oko zastępuje ucho;
- w metodzie oralnej „język jest uwolniony, a umysł uwięziony w ciemności” (L. Długolecka 2004).

Rzeczywiście: powierzchowny, dogmatyczny charakter niektórych argumentów wskazuje na to, iż przy dobrej woli przed adwersarzami mogło się otworzyć naukowe pole do owocnej dyskusji, jałowy zaś, emocjonalny spór być może opóźnił znalezienie wspólnych, może bardziej konstruktywnych rozwiązań. XX wiek przyniósł ze sobą np. zarzucenie podejścia alternatywnego (*albo-albo*), na rzecz podejścia komplementarnego, redukujące negatywy, a podnoszące pozytyw każdej z metod (T. Gałkowski 1998) (do nowych kontekstów metod oralnych i manualnych jeszcze wrócę w dalszej części tekstu).

Po szkole edynburskiej, paryskiej i lipskiej szybko zaczęły powstawać następne: w Austrii (Wiedeń) – 1779, Rzymie (1784), Bordeaux i Pradze (1786), w Schlezwiugu–Holsteinie (1787), Berlinie (1788), w Holandii – 1790, w Londynie – 1792, Hiszpanii – 1984, Danii – 1807 (wg S. Mauersberga (1990, s. 77) – w roku 1805), Szwecji – 1809, w Hartford (USA) i w Warszawie (Królestwo Polskie) – 1817 (*Kalendarz-Informator...*; S. Mauersberg [red.] 1990). W uzupełnieniu poloników B. Szczepankowski wskazuje, iż za pierwszą polską szkołę – choć na terenie zaboru rosyjskiego, ale założoną przez polskiego księdza i pierwszego odnotowanego w historii polskiego nauczyciela głuchych, Anzelma Zygmunta w roku 1806 – należy uznać szkołę w Pawłowsku pod Petersburgiem (B. Szczepankowski, *Ks. Anzelm Zygmunt – pierwszy surdopedagog polski. Referat na konferencji Podróż do świata głuchych*, 23.10.2007 – Warszawa – z okazji 190-lecia Warszawskiego Instytutu Głuchoniemych). Przed szkołą w Warszawie funkcjonowała już także na terenie zaboru pruskiego szkoła we Wrocławiu (Breslau), natomiast pierwszą szkołą w Galicji był Galicyjski Zakład dla Głuchoniemych we Lwowie (1830).

Przełom XIX i XX wieku to okres, gdy sieć szkół dla głuchych, zwłaszcza w Europie, można już było uznać za dobrze rozbudowaną i dynamicznie zwiększającą się: w Niemczech w tym czasie funkcjonowało już ponad 90 zakładów (blisko 6 tys. uczniów), we Francji 67 zakładów, w Anglii 46, 35 – we Włoszech, w USA – 55 (S. Mauersberg [red.] 1990, s. 77). Ważne też stało się stworzenie systemowych podstaw do organizacji szkolnictwa dla dzieci niesłyszących przez wprowadzanie w poszczególnych krajach obowiązku szkolnego dla głuchych. W roku 1817 jak pierwsza wprowadziła go Dania, w 1874 – Niemcy⁷, w 1890 – Szwecja, 1894 – Anglia, 1911 – Prusy i Poznańskie, 1922 – Węgry, 1929 – Czechosłowacja (*Kalendarz-Informator...*, s. 39).

Jak już wspomniano, w Polsce (dokładnie w Królestwie Polskim) pierwsza szkoła dla dzieci głuchych – Instytut Głuchoniemych w Warszawie – powstała w roku

⁷ W niektórych landach nawet dopiero w 1911 roku.

1817 (S. Mauersberg [red.] 1990), choć niektóre źródła wskazują już na rok 1816, w którym to ks. Jakub Zebedeusz Falkowski (1775–1848) założył w Szczuczynie tzw. szkołę wydziałową, połączoną ze szczuczyńską szkołą podstawową. Było tu tylko kilku uczniów głuchoniemych⁸. Rok później szkoła została przeniesiona do Warszawy i od tego czasu oficjalnie notuje się działalność Warszawskiego Instytutu Głuchoniemych, działającego do dziś pod zachowaną – oryginalną, historyczną – nazwą na Placu Trzech Krzyży. Z pracami Instytutu skojarzone są trwale dwie wybitne postaci: pierwsza – to jego założyciel, ksiądz pijar Jakub Falkowski, druga – Jan Sierzyński. Ksiądz Jakub Falkowski był autorem kilku rozpraw na temat opieki pedagogicznej nad głuchymi dziećmi, a także na temat działalności Instytutu. Zdobywaniu informacji na temat nowoczesnych metod nauczania podporządkował m.in. swoje podróże, w czasie których odwiedzał zagraniczne ośrodki, np. w Lipsku i Wiedniu. W latach 1815–1816 ukończył kurs dla nauczycieli w Wiedniu. Ks. Falkowski zdobył doświadczenie i wiedzę, tak w zakresie metody oralnej, jak i migowej. Zatrudnił w Instytucie Głuchoniemych lekarza, Jana Sierzyńskiego, który pracował z uczniami metodą głosową. Opracowaniem książki *Mechanizm i terapia mowy* Sierzyński wpisał się w historię jako „ojciec polskiej logopedii”. Warto odnotować, iż w Instytucie wypracowano stosunkowo wszechstronny model przygotowania uczniów do samodzielnego życia, włączając do oferty programowej przygotowanie do wykonywania zawodu. Sierzyński uruchomił w Instytucie zakład litograficzny – pierwszy w Polsce wprowadzający nową, atrakcyjną technikę drukarską. Był więc prekursorem kształcenia zawodowego głuchych, jak i prekursorem nowej technologii drukarskiej. Niestety, na skutek różnicy poglądów z ks. Falkowskim, co do metody nauczania, Sierzyński po trzech latach pracy w Instytucie zdecydował się wrócić do zawodu lekarza i opuścić Warszawę. Mimo tej straty, Instytut funkcjonował nadal (i funkcjonuje do dziś), kształcąc wiele pokoleń głuchych dzieci i młodzieży.

W ciągu XIX wieku powstawały na terenie ziem polskich poszczególnych zaborów kolejne ośrodki dla niesłyszących, jednak w historii polskiej pedagogiki specjalnej Warszawski Instytut Głuchoniemych odegrał wyjątkową rolę: była to nie tylko pierwsza w naszym kraju szkoła dla niesłyszących, ale także pierwsza polska szkoła specjalna w ogóle⁹. Współcześnie szkoła, współpracując z wyższymi uczelniami, Polskim Komitetem Audiofonologii, polskimi i zagranicznymi placów-

⁸ Rok podaję za S. Mauersbergiem (1990); wyjaśnienie za B. Szczepankowskim – konsultacja. Tak naprawdę pierwsze doświadczenia w kształceniu głuchych ks. Falkowski zebrał jeszcze wcześniej, gdyż od 1802 r. w szczuczyńskiej szkole nauczał indywidualnie głuchego od urodzenia chłopca, Piotra Gąsowskiego. W roku 1803 wyjechał do Berlina, a następnie Lipska, aby poznać tamtejsze metody nauczania głuchych, a gdy w roku 1807 wrócił do Szczuczyna – podjął prace z byłym wychowankiem za pomocą nowo poznanej metody głosowej (M. Manteuffel, t. 6, 1948).

⁹ Od roku 1842 w Instytucie działał też pion klas dla dzieci niewidomych, a więc można go nazwać także pierwszą szkołą dla niewidomych (Mauersberg 1990). Natomiast warto wspomnieć, iż obecność niewidomych dzieci w Instytucie trwała jeszcze długo – zakończenie wspólnego kształcenia uczniów niewidomych i głuchych w roku 1962 – wspomina B. Szczepankowski.

kami badawczymi i edukacyjnymi dla niesłyszących, stała się również ośrodkiem innowacyjności, badań naukowych i wymiany doświadczeń, miejscem ważnych naukowych spotkań, seminariów i konferencji, z udziałem gości krajowych i zagranicznych, kształtujących współczesny obraz surdopedagogiki.¹⁰

Korzenie edukacji głuchych w Stanach Zjednoczonych Ameryki sięgają Europy, bo tu – z myślą o konkretnym głuchym dziecku, Alice Cogswell¹¹ – rozpoczął poszukiwania odpowiedniego nauczyciela pastor z Hartfordu, Thomas Gallaudet. Pastor wybrał się najpierw do pierwszej ze szkół dla głuchych, o jakiej słyszał – do szkoły Thomasa Braidwooda w Edynburgu, prowadzonej w tamtych latach metodą oralną. Ponieważ po przybyciu na miejsce okazało się, że metoda nauczania jest otoczona bezwzględna tajemnicą, swoje poszukiwania kontynuował we Francji. Tam poznał głuchego nauczyciela paryskiego instytutu dla głuchych, o nazwisku Laurent Clerc. Clerc zgodził się pojechać do Ameryki. Przez 52 dni podróży uczył się języka angielskiego, a Thomas Gallaudet – języka migowego. Skutkiem wyprawy Gallaudeta było powstanie w roku 1817 pierwszej szkoły dla głuchych w USA: Amerykańskiego Ośrodka Pomocy Głuchym (*American Asylum for the Deaf*) w Hartford (O. Sacks 1998, s. 43). Ośrodek ten w dużym stopniu przyczynił się do ukształtowania i rozpowszechnienia ASL (*American Sign Language* – Amerykańskiego Języka Migowego), powstałego na bazie języka narodzonego w XVIII wieku w jednej wiosce w stanie Massachusetts, w której aż 25% mieszkańców było dotkniętych głuchotą dziedziczną. W tym czasie jedna z głuchych mieszkanek, Martha Vineyard, rozwinęła własną formę języka migowego, który został przyswojony przez pozostałych mieszkańców wioski, a za ich pośrednictwem rozpowszechnił się dalej (<http://deafness.about.com/od/deafhistory>). Oznacza to, iż za sprawą Clerca nie przeniesiono automatycznie do USA francuskiego języka migowego, a ASL jest autonomicznym, odrębnym językiem, zrodzonym w naturalny sposób z potrzeby lokalnej społeczności głuchych.

W roku 1864 została zatwierdzona ustawa powołująca do życia pierwszą na świecie wyższą uczelnię dla głuchych, *Columbia Institut for Deaf and Blind* (Kolumbijski Instytut dla Głuchych i Niewidomych), w kolejnych latach przekształconą w *Columbia College*, a w końcu w *Gallaudet University*. Pierwszym

¹⁰ Aktywność naukowa nauczycieli Instytutu zaowocowała np. kilkoma doktoratami (np. T. Adamec, P. Tomaszewski), w Instytucie realizowano również pilotażowo innowacje metodyczne inspirowane metodą Schmidt-Giovannini, metodą dwujęzyczną, pioniersko wprowadzono naturalny, polski język migowy (PJM), tak w nauce szkolnej, jak i na lekturze dla rodziców, zatrudniono liczną grupę głuchych pedagogów i in.. W ciągu ostatnich lat w seminariach organizowanych w Instytucie uczestniczyli najwięksi polscy specjaliści w zakresie zaburzeń słuchu, mowy i komunikacji (np. J. Cieszyńska, T. Gałkowski, A. Korzon, K. Krakowiak, H. Skarżyński, B. Szczepankowski, M. Świdziński i in.). Wydarzeniami były też wizyty specjalistów zagranicznych, autorów najnowszych, poczytnych pozycji z literatury surdologicznej: D. Bouvet, J. Kyle'a, H. Lane'a, M. Marscharka.

¹¹ Pomnik dziewczynki uczonej znaków daktylograficznych przez Thomasa Gallaudeta znajduje się dziś przed wiktoriańskim budynkiem rektoratu Uniwersytetu Gallaudeta w Waszyngtonie i należy do chętnie fotografowanych i rysowanych obiektów. Innym popularnym obiektem na terenie kampusu jest pomnik Laurenta Clerca.

rektorem Instytutu został syn Thomasa – Edward Gallaudet (O. Sacks 1998, s. 45). Specyfiką rozwoju edukacji głuchych w USA jest relatywnie (do krajów europejskich) pozytywny stosunek do języka migowego (uczono go w wielu collegach, szkoły dla głuchych chętnie zatrudniały głuchych nauczycieli) oraz filozofia komunikacji totalnej, przekładająca się m.in. na tworzenie w szkołach równoległych klas, oferujących różne metody komunikacji w zależności od indywidualnych potrzeb i możliwości dziecka.

Tak przychylny stosunek do języka migowego nie oznacza jednak, że w USA nie pojawiały się głosy przeciwne tej formie komunikacji. W drugiej połowie XIX wieku ujawniły się tam bowiem ruchy uznane za reformatorskie, które stanowczo odrzucały język migowy jako „przestarzały”, preferując „postępowe”, czysto oralne, metody nauczania (O. Sacks 1998, s. 45). Pierwszą taką szkołą, założoną w 1867 roku w Northampton (stan Massachusetts) była *Clarke School for the Deaf*. Najbardziej znanym przedstawicielem tego nurtu w USA był Aleksander Graham Bell, nauczyciel głuchych, znany jednak ludzkości przede wszystkim jako wynalazca telefonu (1876). W historii głuchych Bell jest prototypem oralisty, traktującego głuchotę jako groźną dla ludzkości patologię, którą należy zwalczać. Głuchota, traktowana jak „choroba” wymaga „leczenia”, a celem surdowychowania miałyby być maksymalne upodobnienie dziecka głuchego do słyszącego. Nie ma tu miejsca na akceptację głuchoty i nie udaje akceptacji A. G. Bell, pisząc np. w 1883 roku *Rozprawę o kształtowaniu się głuchej odmiany rasy ludzkiej (Memoir Upon the Formation of a Deaf Variety of the Human Race)*. Bell dobrze znał środowisko głuchych (uszkodzony słuch miała jego matka, poślubił swą głuchą uczennicę), a jednocześnie postulował zaprzestanie korzystania z języka gestów, wyeliminowanie ze szkół głuchych nauczycieli, kontrolę imigracji głuchych, zakaz zawierania wśród nich małżeństw, ostrzegał, że szkoły z internatem dla głuchych, mogą stać się „wylęgarnią głuchego gatunku ludzkiego”, a „produkcowanie defektywnej rasy ludzkich istot może stać się tragedią” (M. S. Miller, D. F. Mores 2000, s. 222). Także idea skonstruowania aparatu słuchowego (czego nieoczekiwanym efektem było właśnie wynalezienie telefonu) ożywiana była nadzieją na techniczne zwalczenie głuchoty¹². W środowisku amerykańskich głuchych postać Bella traktowana jest z niechęcią, a nawet z nienawiścią, natomiast mężami opatrznościowymi – nie tylko za swoje zasługi, ale również wzór postawy prawdziwej akceptacji głuchoty – zostali obwołani przez to środowisko Thomas Gallaudet i Laurent Clerc. Pomniki obu mężów zdobią dziedziniec Uniwersytetu Gallaudeta. Laurent Clerc w środowisku amerykańskich niesłyszących jest wręcz postacią kultową, o czym zadecydowało również to, że jest pierwszym, najbardziej znanym i uważanym za genialnego nauczyciela głuchym surdopedagogiem (M. Dobrowolska 2003, s. 8).

¹² O fenomenie A. G. Bella w historii głuchych piszę szerzej w artykule pt. *Jak nie kochać Aleksandra Grahama Bella? O nieoczekiwanych aspektach emancypacji głuchych* (Publikacja z konferencji „Edukacja alternatywna” pod. red. B. Sliwerskiego z roku 2006 – aktualnie w druku w Wydawnictwie „IMPULS”).

Tradycyjna i współczesna opozycja metod migowych i oralnych

Spór w surdopedagogice „mówić czy migać” wydaje się sporem klasycznym, jednak powtarzanie tego pytania w czasie wcale nie prowadzi do takich samych rozstrzygnięć jak sprzed laty. Po pierwsze dlatego, że sam problem wyboru jest naprawdę bardzo złożony i zawsze dodatkowo zawieszony w kontekście indywidualnych potrzeb: to, co może być optymalnym rozwiązaniem dla jednego dziecka, może być rozwiązaniem fatalnym dla innego. Z tego też powodu spór ten mógłby się toczyć przez stulecia i zawsze można byłoby znaleźć jakieś nowe kontrargumenty. Jednak z historycznego punktu widzenia znacznie ważniejsze jest pytanie, czy współczesna alternatywa „mówić czy migać” jest tą samą alternatywą, co np. 200 czy 100 lat temu. Odpowiedź brzmi: nie jest. Mówiąc o metodzie oralnej mamy obecnie na myśli zupełnie inne uwarunkowania rozwoju mowy dźwiękowej dziecka z uszkodzonym słuchem. Mówiąc o metodzie migowej – musimy mieć na względzie nie tylko całkowicie odmienny system/systemy komunikacji, ale także rewolucyjne zmiany mentalne. W odniesieniu do jednej i drugiej grupy metod dysponujemy coraz większą liczbą empirycznie potwierdzonych analiz naukowych, dających coraz lepszy wgląd w mechanizmy rozwojowe leżące u podstaw rozwoju dziecka głuchego i kompensacji uszkodzenia słuchu. Na czym więc polegają te różnice?

Tradycyjne metody oralne (głosowe, dźwiękowe, werbalne), o których można było mówić jeszcze sto lat temu, oparte były na zasadzie wyuczenia ucznia odczytywania mowy z ust osoby mówiącej i nadawania możliwie czytelnej mowy artykułowanej. Współcześnie wiemy, że odczytywanie mowy z ust jest złożoną czynnością psychiczną, angażującą – paradoksalnie – tylko w niewielkim stopniu percepcję wzrokową, angażującą za to własny analizator kinestetyczno-artykulacyjny mowy osoby głuchej, domysł i kombinowanie odczytanymi fragmentami wypowiedzi, wreszcie bardzo ważne: choćby minimalne resztki słuchowe, uzupełniające informacje zdobyte w inny sposób. Wiedza ta pozwala zaplanować odpowiednie, wszechstronne ćwiczenia, łącznie z ćwiczeniami logopedycznymi, dostarczającymi doświadczeń artykulacyjnych i wewnętrznych wzorców wymowy. Pozwala też uniknąć nieskutecznych strategii odbioru i przetwarzania jednostek językowych wyłącznie w kierunku *dół–góra* (scalanie wyrazów z rozpoznanych głosek, zdań z wyrazów itd.), a wzmocnić odbiór przetwarzaniem *góra–dół* (rozpoznawanie całości frazeologicznych, domysł z kontekstu tekstowego i sytuacyjnego itd.). Uruchamia się w ten sposób pozytywne sprzężenie zwrotne: *gdy znam lepiej język – lepiej odczytuję mowę z ust, gdy lepiej odczytuję mowę z ust – lepiej poznaję język*. Znajomość psychologicznych mechanizmów procesu sprzyja skuteczności jego kształtowania. Pozwala też realistycznie wytyczyć rzeczywiste możliwości niesłyszącego, by w obszarach niedostępnych percepcyjnie (brak jednoznaczności odbieranych informacji wizualnych) uruchomić działania kompensacyjne (jak np. w metodzie fonogestów czy przy zastosowaniu transliteratorów).

Jeszcze większe różnice między metodami historycznymi a współczesnymi dotyczą kształtowania kompetencji artykulacyjnych. Pierwsze próby pomocy dziecku głu-

chemu w przełamaniu niemoty przedstawiają żalony obraz bezradności nauczycieli wobec ograniczeń uczniów, którym np. przyprawiano „protezy” w postaci drewnianych uszu, wzorowanych na małżowinach zwierząt, podcinano wędzidelka (w przekonaniu, że to mało ruchliwy język ponosi winę za niemotę), golono głowy (aby włosy nie tłumili dźwięków), a nawet stosowano cudowne diety, które obiecywały poprawę słyszenia. Przykład takiej kuracji, opisaną przez R. E. Bender, przedstawia A. Korzon: najpierw podawano dziecku ciemiernik czarny, jako środek przeczyszczający; następnie golono włosy na ciemieniu i wcierano w to miejsce maść z saletry potasowej, olejku migdałowego, brandy i nafty; rano myto głowę, czesano i mówiono głośno do wygolonego ciemienia tak, by dziecko mogło odczuć głos i w ten sposób nauczyć się mówić (A. Korzon 1996, s. 22).

Co pojawiło się współcześnie w miejsce tajemniczych praktyk (A. Korzon 1996; A. Löwe 1995; 1999)¹³? Większość z nich przestała mieć rację bytu, gdy XX wiek przyniósł aparaturę wzmacniającą dźwięk i wspomagającą słyszenie: urządzenia nagłaśniające, aparaturę stacjonarną, indywidualne aparaty słuchowe, implanty ślimakowe, a nawet implanty pniowe (wszczepiane w delikatne struktury pnia mózgu). Rewolucja w tym zakresie jest tak wielka¹⁴, że nie da się już porównać pracy oralnej z dzieckiem w XVIII czy XIX wieku z obecną rehabilitacją. Z rewolucji technicznej i coraz powszechniejszego aparatownia, wypływa jeszcze jedna różnica: niegdysiejsza metoda oralna była nią – zgodnie z nazwą – dosłownie pracą nad mówieniem. Teraz wykorzystuje się naturalne rozwojowe sprzężenie zwrotne, mówimy więc nie tyle o metodzie oralnej, ile o metodzie audytywnej (słuchowej) lub też audytywno-werbalnej (słuchowo-werbalnej). Kształtowanie mowy opiera się na naturalnym związku rozwojowym: słyszenie nie tylko innych, ale i samego siebie, dostarcza stymulacji, która powoduje, że mowa kształtuje się jako efekt słyszenia. Trzecia zasadnicza różnica w metodach oralnych dawniej i dziś polega na tym, że niegdyś kształtowanie mowy było zadaniem szkoły. Zaczynając rehabilitację w tak późnym wieku nie wykorzysty-

¹³ W opisach działań wczesnych ćwiczeń oralnych, będących źródłem późniejszej fali wychowania słuchowego i praktyk surdologopedycznych, odnajdujemy też metody może zadziwiające ze współczesnego punktu widzenia, lecz racjonalne przy ówczesnym poziomie zaawansowania technicznego (np. używanie sztucznego języka ze skóry bądź nawet ozora bydłęcego dla demonstracji niewidocznych z zewnątrz ruchów artykulacyjnych, słuchanie z pręcikiem umieszczonym w zębach, odbierającym wibracje i in.).

¹⁴ Zobacz: tabele z kalendarium historii edukacji głuchych na końcu rozdziału. Chociaż z konieczności nie uwzględniono w nich wszystkich rewolucyjnych technologii, które w błyskawicznym tempie powodują wypieranie jednych rozwiązań technicznych przez nowsze, doskonalsze, i tak widać, że druga połowa XX wieku i perspektywy rozwojowe technologii w wieku XXI diametralnie zmieniają obraz sytuacji dziecka z uszkodzonym słuchem, które może jednak słyszeć coraz więcej, coraz lepiej, coraz selektywniej, coraz bardziej przestrzennie, z coraz mniejszym efektem zakłóceń i szoku akustycznego. Jest to, oczywiście, sytuacja absolutnie nieporównywalna nie tylko do tej sprzed 100 lat, ale nawet 50 czy 20. Zmienia się względna wartość funkcjonalna zachowanych resztek słuchowych, które kiedyś były wykorzystywane tylko w minimalnym stopniu lub też wcale. Oczywiście, spodziewamy się dalszego postępu oraz dotarcia z tą zdobyczą cywilizacyjną do tych ciągle ok. 75% osób z uszkodzonym słuchem, które z różnych powodów nie korzystają ani z aparatów, ani też z innych urządzeń technicznych wspomagających słyszenie.

wano plastyczności mózgu, okresów sensorywnych, mechanizmów wpływających z naturalnych potrzeb rozwojowych młodszego wieku. Obecnie działania wspomagające rozwój przesuwa się na jak najwcześniejszy okres życia, aż po wprowadzone niedawno w naszym kraju – jako pionierskie rozwiązanie w skali światowej! – powszechne przesiewowe badania słuchu na oddziałach noworodkowych. Takie postępowanie umożliwia naprawdę wczesną diagnozę, aparatonie, i – nawet nie tyle rehabilitację, co habilitację, a więc wczesne nabywanie sprawności w zakresie posługiwania się słuchem i głosem (A. Löwe 1999).

Jeśli chodzi o metodę migową, pierwsza różnica historyczna wynika z wewnętrznego zróżnicowania tego, co niegdys się kryło pod tym pojęciem, będącej wówczas parasolem zbiorczym dla prawie każdego rodzaju komunikacji gestowo-mimicznej. Językowi migowemu jeszcze do niedawna odmawiano statusu pełnoprawnego języka, ale nawet dla tych, którzy mają wątpliwości w tym zakresie, obca jest stylistyka z początku XIX wieku, kiedy to wspomniany już J. Siestrzyński pisał:

1. znaki migowe nie stanowią żadnego języka, a są tylko ucieczką nieszczęśliwych w potrzebie;
2. język migowy jest językiem sztucznym, który nie rozwija ucznia, lecz go tresuje;
3. głuchoniemy bez znajomości języka dźwiękowego, posługujący się wyłącznie mową migową, nie jest nawet na najniższym stopniu człowieczeństwa (E. Nurowski 1983, s. 202).

Niestety, nie był to pogląd odosobniony: utrzymywano, iż język migowy nie posiada gramatyki, jest prymitywnym, uproszczonym systemem, który nie zawiera elementów relacyjnych, pojęć abstrakcyjnych, ogranicza rozwój intelektualny itd. Jest rzeczą oczywistą, że sądy takie brały się przede wszystkim z niezajomości języka migowego: paradoksalnie, im specyficzna gramatyka i morfologia języka migowego trudniejsza, tym bariera do pokonania przez słyszących większa i tym łatwiej o niezrozumienie, które zaowocowało deprecjonującymi opiniami. B. Szczepankowski zwraca uwagę, iż tak naprawdę sam J. Siestrzyński miał bardzo małe doświadczenie w pracy i kontaktach z głuchymi (zaledwie 3 lata – o czym wspominałam, opisując spór z ks. J. Falkowskim), a poza tym wówczas język migowy dopiero się kształtował (właściwie – trafnie zauważa B. Szczepankowski – też miał wtedy dopiero 3 lata!) i z konieczności musiał być – rzeczywiście! – ubogi i dość prymitywny. Z tych powodów osąd Siestrzyńskiego nie może być uznany za wiarygodny z dzisiejszego punktu widzenia. Obecnie sytuację zmienia zarówno rozwój samego języka migowego (języków migowych), zainteresowanie nim jako środkiem komunikacji, triumfalnie wracającym do życia społecznego i do edukacji, jak i poważne uznanie go za fenomen psycholingwistyczny, a co za tym idzie – specyficzny obiekt naukowych badań lingwistycznych. Wprawdzie historia odnotowała jako pierwszy traktat o języku migowym dzieło Giovanniego Bonifacio (1547–1635) z 1616 roku pt. *Of the Art of Signs*, jednak z pierwszym prawdziwie lingwistycznym opis języka migowego (ASL) mieliśmy do czynienia

dopiero w 1960 w książce Wiliama Stokoe pt. *Sign Language Structure* (Struktura języka migowego) (zob. tabela z kalendarium historii edukacji głuchych). W tym też okresie (lata 60. i 70.) zaczynają się pojawiać w różnych krajach naukowe zainteresowania językami migowymi oraz pierwsze próby gramatycznego ich opisu.

W Polsce praktyczne początki języka migowego sięgają czasów utworzenia pierwszej społeczności głuchych, w której dopuszczano, a nawet świadomie wprowadzano, komunikację gestową, tj. roku 1817, gdy powstał Warszawski Instytut Głuchoniemych. Względy historyczne (wojny, zmiany granic, migracje ludności, w końcu rezolucja mediolańska, utrudniająca naturalny rozwój języka migowego¹⁵) spowodowały zróżnicowanie lokalne odmian języka migowego używanego w różnych ośrodkach w Polsce. W roku 1964 powołano specjalną komisję językową przy Polskim Związku Głuchych i rozpoczęto żmudne prace nad unifikacją znaków ideograficznych (tzw. migów) polskiego języka migowego. B. Szczepankowski, współtwórca Komisji Unifikacji Języka Migowego, jej sekretarz, a później przewodniczący, podaje, iż w ciągu 20 lat zunifikowano ok. 5 tys. znaków ideograficznych i upowszechniono je w formie słowników, podręczników, kaset, programów telewizyjnych itd. (B. Szczepankowski 1999, s. 114).

Propagowanie ujednocionej formy komunikacji migowej spowodowało również opracowanie specjalnej wersji języka migowego, zachowującej gramatykę języka polskiego, przy wykorzystaniu leksykonu znaków ideograficznych języka migowego głuchych (języka naturalnego). Tak więc zaczęto wyraźnie odróżniać naturalny język migowy głuchych (z własną ideografią i własną gramatyką) od sztucznego języka migowego i systemu językowo–migowego¹⁶. Język migany i system językowo–migowy (SJM) rozpoczęto upowszechniać w Polsce na kursach organizowanych pod patronatem Polskiego Związku Głuchych (B. Szczepankowski 1999; 1988 i inne książki do nauki SJM tego autora). Monitorowanie rozwoju SJM jest ważnym zadaniem z punktu widzenia podtrzymania efektu wieloletnich prac unifikacyjnych, a jego upowszechnianie stanowi przemyślane rozwiązanie na styku języka polskiego i naturalnego (polskiego) języka migowego (PJM), przynajmniej do czasu upowszechnienia się tego ostatniego. Na razie brakuje jeszcze nauczycieli biegle władających naturalnym PJM i jednocześnie o odpowiednich kwalifikacjach dydaktycznych, aby można było na dużą skalę wprowadzać PJM do szkół i jako alternatywę komunikacyjną dla słyszących rodziców dzieci niesłyszących. Jednak i takie pierwsze próby są już podejmowane: w Polsce lektoraty PJM organizuje dla swych studentów Wydział Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego (pod kierunkiem prof. M. Świdzińskiego), Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego (pod kierunkiem prof. T. Gałkowskiego) oraz Zakład Pedagogiki

¹⁵ O rezolucji mediolańskiej i jej skutkach będzie jeszcze mowa w następnym punkcie rozdziału.

¹⁶ Autor zwraca uwagę, że nie są to zupełnie zamienne pojęcia: system językowo–migowy polega na równoległym, symultanicznym przekazie informacji językiem mówionym i językiem migowym, więc język migany jest elementem systemu językowo–migowego – ilustracją migową wypowiedzianych tekstów w języku fonicznym. Sam nie może funkcjonować, lecz tylko razem z mową dźwiękową w ramach systemu.

Specjalnej Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego (pod kierunkiem prof. K. Krakowiak) (P. Tomaszewski, T. Gałkowski, P. Rosik 2002, s. 7-20).

Warto dodać, że mimo ciągle braku pełnego opisu gramatycznego PJM, dysponujemy już pewnymi opisami częściowymi, a zaawansowanie prac badawczych pozwala już na przedstawienie wielu specyficznych właściwości gramatyki naturalnego języka migowego (P. Tomaszewski, T. Gałkowski, P. Rosik 2002; M. Świdziński, D. Mikulska 2002; P. Tomaszewski, P. Rosik 2002 i in.), a przede wszystkim zamknąć ostatecznie dyskusje, czy PJM jest, czy też nie jest pełnoprawnym językiem. Jeden z największych autorytetów z zakresu psycholingwistyki w naszym kraju, prof. I. Kurcz, wspierając się argumentacją znanych w świecie badaczy tej problematyki, E. Klimy i U. Bellugi, wskazuje na obecność w języku migowym wszystkich atrybutów pełnoprawnego języka, a jedyną pragmatyczną różnicę między językiem migowym a fonicznym sprowadza do „większej efektywności komunikacji fonicznej, uwalniającej ręce i nie angażującej kanału wzrokowego (możliwość porozumiewania się przy braku światła)” (I. Kucz 2002, s. 252).

Nowe strategie edukacyjne

W literaturze surdopedagogicznej istnieje wiele szczegółowych opisów specyficznych metod pracy stosowanych w pracy z dziećmi niesłyszącymi. Nie zatrzymując się na pogłębieniu ich prezentacji, a uwzględniając przedstawione różnice można powiedzieć, że spięcie klamrą wcześniejszych i obecnych doświadczeń, dotyczących wykorzystania elementów oralnych i manualnych, nakazuje współcześnie mówić nie tyle o metodach oralnych i migowych, ale całych strategiach edukacyjnych, uwzględniających metodycznie zaplanowanie elementy: oralne i migowe. Wiodące programy edukacyjne można zatem ująć obecnie w trzy główne kategorie:

1. wychowanie słuchowe,
2. programy manualne (migowe),
3. komunikacja totalna (D. Podgórska-Jachnik 2005, s. 94-95)¹⁷,

a ponieważ nie wszystkie stosowane współcześnie metody da się opisać w prosty sposób wyłącznie na płaszczyźnie wyznaczonej tym kryterium, dodać należy do tego przynajmniej jeszcze jedną kategorię:

4. wychowanie językowe (K. Krakowiak, dalej: www.fonogesty.org).

Wychowanie słuchowe, będące kontynuacją strategii oralnych, oznacza współcześnie zastosowanie wszystkich możliwych środków pedagogicznych umożliwiających wykorzystanie resztek słuchu osób z głębokim, prelingwalnym uszkodzeniem

¹⁷ Autor zwraca uwagę, że nie są to zupełnie zamienne pojęcia: system językowo-migowy polega na równoległym, symultanicznym przekazie informacji językiem mówionym i językiem migowym, więc język migowy jest elementem systemu językowo-migowego – ilustracją migową wypowiedzianych tekstów w języku fonicznym. Sam nie może funkcjonować, lecz tylko razem z mową dźwiękową w ramach systemu.

tego zmysłu (A. Löwe 1995). W odniesieniu do wychowania słuchowego mają zastosowanie wszystkie wskazówki dotyczące opisanego wyżej nowego kontekstu metod oralnych, a kluczowa informacja praktyczna sprowadza się do oczekiwania, iż przy dobrze zrealizowanym programie wczesnego wychowania słuchowego, po wczesnym i prawidłowym aparowaniu i rehabilitacji, możemy oczekiwać rozwinięcia mowy nawet przy średnim ubytku ok. 120 dB. Uznając ciągłość strategii oralnych i audytywnych, można powiedzieć, że metody wychowania słuchowego ewoluują już od 400 lat. Jest to bardzo rozległa problematyka, obejmująca szereg szczegółowych rozwiązań metodycznych, które nie sposób przedstawić w krótki sposób. Całą paletę metod oraz galerię znakomitych postaci przedstawia A. Löwe (1922–2004), sam będąc wybitnym przedstawicielem nowoczesnego wychowania słuchowego i autorem koncepcji wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci z uszkodzonym słuchem. W Polsce dostępna jest monografia autora pt. *Wychowanie słuchowe. Historia – metody – możliwości* (1995). Wśród postaci wymienianych przez A. Löwego są przedstawiciele nie tyle kilku pokoleń, co całych epok. Autor wymienia następujące nazwiska:

1. Indywidualne wychowanie słuchowe w XVIII wieku: Pereira, Ernaud, Deschamps;
2. Początki szkolnego wychowania słuchowego ok. 1800 roku: Itard;
3. Wychowanie słuchowe w szkołach specjalnych ok. 1900 roku (tzw. pierwszy ruch na rzecz wychowania słuchowego): Urbantschitsch, Bezold, Kroiss, Brauckmann;
4. Wychowanie słuchowe w szkołach specjalnych w latach 1930–1960 (tzw. drugi ruch na rzecz wychowania słuchowego): Goldstein, Bérczi, Beri, Kern, Steinbauer, Hofmarksrichter, Braun;
5. Wychowanie słuchowe od około 1960 roku: Oedenberg, I. i A. Ewing, van Uden, Pollack, Ling, Löwe;
6. Czołowi przedstawiciele współcześni: Crawford, Grammatico, Griffiths, Rhoades, Schmid–Giovannini, Diller, Perdoncini, Leonard, Clark, Markides, Nolan, Tucker, Stecewicz, Csányi (A. Löwe 1995).

W Polsce trudno na razie mówić o jednym dominującym modelu wychowania słuchowego, choć A. Löwe¹⁸ wylicza wśród czołowych specjalistów nazwisko A. Stecewicz. Stosowane w Polsce rozwiązania mają raczej charakter eklektyczny (heurystyczny?), a na sposób realizacji zadań wychowania słuchowego w naszym kraju niewątpliwie miał dotychczas sam A. Löwe, jak i popularni: A. van Uden, S. Schmid-Giovannini czy Y. Csányi (te trzy ostatnie postacie inspirowały m.in. rozwiązania metodyczne w przedszkolach dla dzieci głuchych). Do tego dodać należy doświadczenia metodyczne W. Eastbrooksa (kontynuatora koncepcji D. Pollack), upowszechnione na prowadzonych w Polsce seminariach szkoleniowych z zakresu metody audytywno–wermalnej oraz metodę Urszuli Horsch, która przez kilka lat prowadziła w naszym kraju wykłady, będąc profesorem na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim. Widoczne jest też zainteresowanie części polskich

¹⁸ Przyczyniło się do tego zarówno tłumaczenie kilku prac profesora, jak i jego osobiste przyjazdy do Polski.

surdopedagogów i surdologopedów belgijską metodą werbotonalną (Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie).

Współczesne programy migowe na nowo definiują miejsce języka migowego w wychowaniu i edukacji niesłyszącego dziecka. Uznając go za pełnoprawny, autonomiczny system komunikacyjny, powinniśmy też zwrócić uwagę na jego rolę w rozwoju poznawczym, emocjonalnym i społecznym. W literaturze pojawiają się wprawdzie badania wskazujące na to, iż jego wartość rozwojowa może być przeceniana (A. Löwe 1995; K. Krakowiak 2006), ale problemy metodologiczne owych badań są barierą zarówno przy podważeniu, jak i potwierdzeniu tej tezy¹⁹. Problemem natomiast pozostaje ocena tego, czy rzeczywiście możemy mówić o języku migowym u każdego dziecka z uszkodzonym słuchem i czy poziom kompetencji osiągniętych w tym języku jest wystarczający, by odgrywać znaczącą rolę w rozwoju, w tym w nabywaniu kompetencji w językach innych niż migowy (także w ojczystym języku fonicznym) (K. Krakowiak 2006).

Z punktu widzenia metodyki pracy z dzieckiem niesłyszącym możliwe i korzystne wydają się dwie podstawowe strategie:

1) system językowo-migowy, czyli metoda bimodalna jednojęzykowa (SJM), zaliczana przez B. Szczepankowskiego – ze względu na jednoczesny przekaz informacji mówionej i miganej – do metod oralno-migowych (B. Szczepanowski 1999);

2) bilingwilizm, czyli metoda bimodalna dwujęzykowa, gdzie jednym – najczęściej pierwszym – językiem jest naturalny język migowy, a drugim język foniczny (choć może być też zastosowany inny wariant metodyczny) (D. Bouvet 1996).

Warto odnotować, że po blisko stu latach zakazu stosowania, język migowy w świetle prawa wrócił do polskich szkół jako środek pomocniczy w nauczaniu głuchych w roku 1985. Od tego czasu istnieje możliwość wprowadzenia nauki języka migowego (systemu językowo-migowego) do szkolnych programów nauczania.

Trzecią strategią, dopuszczającą wszystkie możliwe formy komunikowania się w różnych konfiguracjach, jest **komunikacja totalna**. Zaliczane są tu zarówno

¹⁹ Stałym problemem w surdopedagogice są małe niejednorodne grupy kliniczne i wielość czynników, wymykających się kontroli badacza. W opisach badań rzadko podaje się rzetelne informacje na temat rzeczywistego sposobu komunikowania się dzieci (*notabene*: sam A. Löwe – 1995, s. 67 – mówi aż o 11 zidentyfikowanych badawczo sposobach komunikowania się dzieci niesłyszących), a w praktyce w przytaczanych przez niego badaniach, wszystkich badanych przyporządkowuje się nie więcej niż do 4–5 grup badawczych! Autor, niezwykle rzetelny w precyzyjnym relacjonowaniu różnych kategorii stymulacji dźwiękowej, sam nie różnicuje w opisach różnych form komunikacji migowej, wszystko nazywając językiem migowym. Nawet to, czy dziecko w komunikacji wykorzystuje język migowy, czy migany – wydaje się w relacjach autora raczej obojętne. Zagadnienie, które jest kluczowe przy konstruowaniu hipotezy badawczej, zostaje sprowadzone do banalnej uwagi: „Nawiasem mówiąc, w szkołach tych nie używano *American Sign Language*...” (1995, s. 68). Postawę autora usprawiedliwia poniekąd fakt, iż on sam nie deklaruje zainteresowania komunikacją migową, gdyż koncentruje się przede wszystkim na wczesnym wspomaganie rozwoju funkcji słuchowo-werbalnych.

mowa artykułowana i język migowy, jak również takie sposoby komunikowania się jak daktylografia, fonogesty, system językowo-migowy, mowa ciała, czytanie mowy z ust, mimika, pantomimika, pismo, rysunki, piktogramy i in. Co do niektórych z tych metod można mieć pewne wątpliwości, np. czy metodycznie zlokalizowane jako dopełniające mowę ustną znaki daktylograficzne, lub jeszcze bardziej fonogesty – powiązane funkcjonalnie tylko i wyłącznie z bieżącym przekazem ustnym – należy umieszczać w kategorii komunikacja totalna czy może w kategorii wychowanie słuchowe (przecież wspomaga odczytywanie mowy z ust), a może nawet komunikacja manualna (ze względu na charakter przekazywanych informacji)? Z punktu widzenia założenia komunikacji totalnej, gdzie skuteczne komunikowanie się i rozwój doświadczeń pozajęzykowych jest najważniejszym celem, wydaje się, że takie zaszeregowanie tych metod może być zasadne, tym bardziej że bardziej niż o metodzie komunikacji totalnej możemy mówić o jej filozofii, i wtedy termin ten staje się pojęciowym „parasolem” obejmującym wszystkie możliwe sposoby porozumiewania się.²⁰

Problem z zaklasyfikowaniem fonogestów tak naprawdę tkwi jednak w innej płaszczyźnie analizy problemu, która nie sprowadza się do modalności zastosowanych środków, ale celu ich zastosowania. Można więc, za K. Krakowiak, ukazać tu jeszcze jedną – czwartą z kolei – strategię edukacyjną, określoną mianem **wychowania językowego** (www.fonogesty.org). Sama nazwa strategii nie wskazuje jeszcze na zasadniczą różnicę wobec strategii opartych na języku migowym – i tu, i tu można byłoby zakładać realizację podstawowego celu surdowychowania, za jaki B. Hoffmann (2001) uważa akwizycję językową – nie precyzując, jaki nabywany język mamy na myśli. Jednak K. Krakowiak (www.fonogesty.org) za wychowanie językowe uważa „wychowanie do władania językiem ojczystym (rodzimy, językiem rodziców) zarówno w komunikowaniu się (w mowie zewnętrznej), jak i w cerebracji (w mowie wewnętrznej)”. Strategia ta nie pozostawia zatem innego wyboru, jak stworzenie warunków do jednoznacznego odbioru mowy werbalnej osób z otoczenia dziecka możliwie w jak najwcześniejszym okresie rozwojowym. Niedostępne bodźce dźwiękowe kompensowane mogą być np. sygnałami wizualnymi w postaci gestów uzupełniających mowę. Taka idea leżała u podstaw metody mowy wskazywanej, czyli amerykańskiej metody *cued speech*.

Twórcą metody *cued speech* był w roku 1966 Robert Orin Cornett, matematyk i fizyk, profesor Uniwersytetu Gallaudeta. Zawiedziony nieskutecznością komunikacji totalnej, (w tym stosowanych na uczelni metod audio-werbalnych, audio-oralnych, a także języka migowego), potwierdzonych przeprowadzonymi badaniami, które wykazały niski poziom umiejętności czytania i ogólnych kompetencji językowych, Cornett opracował system manualny ułatwiający dostęp do języka fonicznego, przez wspomaganie odczytywania mowy z ust (www.fonogesty.org). Znaki ręczne miały pomóc różnicować dźwięki mowy podobne wizualnie, a przy tym umożliwiać eurytmiczny – zgodny z naturalnym tempem mówienia – przekaz

²⁰ Znamienne jest, że np. B. Hoffmann używa w pewnym miejscu swojego wywodu określenia „totalne kształcenie słuchowe” (za: A. Korzon 1996, s. 34).

słowny. Metoda *cued speech* miała pomóc zarówno głuchym w dostępie do tego, co mówią słyszący, jak i słyszącym w odbiorze zaburzonej artykulacji mówiących głuchych, a np. różnica między nią a daktylografią jest taka, iż same gesty *cued speech* nic nie znaczą, bez obrazu wypowiedzianych dźwięków mowy (zatem nie zastępują ich). Skuteczność pierwszych prób okazała się na tyle atrakcyjna, iż w roku 1967 rozpoczęto w USA pierwsze szkolenia dla nauczycieli i rodziców. Metoda rozpowszechniła się najpierw w krajach anglojęzycznych (USA, Kanada, Wielka Brytania, Australia), a następnie także w innych – obecnie została już adaptowana na potrzeby 60 języków na świecie, z uwzględnieniem ich specyfiki fonologicznej (www.fonogesty.org). Autorką polskiej adaptacji *cued speech* o nazwie fonogesty była w roku 1984 profesor Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego – Kazimiera Krakowiak, językoznawca, audiofonolog, logopeda, a także matka niesłyszących synów. K. Krakowiak rozpropagowała opracowaną przez siebie metodę fonogestów, szkoląc liczną grupę nauczycieli i rodziców. Fonogesty są stosowane w szkołach i klasach specjalnych w Kaliszu, Radomiu, Lublinie, Toruniu, Długopolu Zdroju, Wrocławiu, Łodzi, Elblągu, Płocku i Legnicy. Kalisz stał się również od roku 1999 Polskim Centrum Metody Fonogestów (www.fonogesty.org).

Metoda *cued speech* i jej narodowe adaptacje (m.in. polskie fonogesty) mają swoich gorących zwolenników, przeciwników, jak również powściągliwych w ocenie sceptyków. Za metodą przemawia jej udokumentowana empirycznie efektywność, której wskaźnikiem jest wysoki poziom kompetencji językowych uczniów, w tym duża sprawność gramatyczna i w zakresie rozumienia czytanego tekstu. Badania oparte są na rzetelnych procedurach badawczych: w Polsce przybrał formę trwającego już 10 lat eksperymentu pedagogicznego, z systematyczną prezentacją uzyskiwanych efektów (K. Krakowiak 1995 i in.). Potwierdzono też efektywność metody w innych krajach (A. Warsfold 2005; www.fonogesty.org), a w celu dalszego inicjowania, wspierania i upowszechniania wyników badań nad metodą powołano w roku 2006 międzynarodową akademicką radę konsultacyjną Academic Advisory Council przy National Cued Speech Association (NCSA), stowarzyszeniu powstałym w 1982 roku. Przeciwnicy dostrzegają w *cued speech* i fonogestach tendencje oralistyczne, czemu współczesne ruchy społeczne głuchych przypisują wartość negatywną (będzie o tym jeszcze mowa w dalszej części rozdziału). Sceptycy oczekują na dalszy rozwój wiedzy i obserwują emancypację i rozwój społeczności głuchych, skupionych wokół kultury języka migowego. Znamienne jest, że w niektórych krajach rośnie zainteresowanie *cued speech*, w innych zaś przeciwnie. Według aktualnych statystyk populację użytkowników francuskiej wersji tej metody należy szacować na ok. 5 000 osób, podczas gdy w ojczyźnie *cued speech*, ogromnym kraju – w Stanach Zjednoczonych ich liczba wynosi (zaledwie) ok. 1 500. Z przeglądu dwudziestu największych ofert programowych dużych ośrodków (od ok. 400 do blisko 2 500 uczniów!) dla dzieci z głębokim uszkodzeniem słuchu w USA w latach 1997–1998 wynika, że *cued speech* pojawia się tylko w trzech z nich (New York City Public Schools – trzeci co do wielkości ośrodek szkolny dla głuchych w USA, Orange County (Florida) Public Schools oraz Fairfax County (Virginia) Public Schools). I w każdym przypadku jest to jedna z czterech alternatywnych metod, oferowanych uczniom (M. S. Miller, Moores 2000). Nawet

na Uniwersytecie Gallaudeta jest to system praktycznie nie używany, nawet zapomniany – zdominowany ekspansją naturalnego języka migowego. W Polsce populację głuchych użytkowników fonogestów określa się na poziomie 200 osób. Wskazuje to na pewne bariery w rozwoju tej metody, chociaż – należy przyznać – poszerza ona systematycznie krąg swoich oddziaływań. Tak czy inaczej, istotne jest, że wszystkie cztery wymienione strategie, poprzez włączanie najnowszych zdobyczy wiedzy surdologicznej, stale się doskonala, a efekty pracy z niesłyszącymi – choć ciągle jeszcze nie zawsze zadowolające – pozostają na coraz wyższym poziomie.

Trzy stulecia edukacji głuchych

W dążeniu do uporządkowania głównych zmian, które dokonały się w świadomości społecznej od początków powszechnej edukacji głuchych, można wyróżnić trzy następujące okresy:

1. „Stulecie nadziei” – od końca XVIII do końca XIX wieku.
2. „Stulecie hańby” – od końca XIX wieku (ściślej od Kongresu w Mediolanie w roku 1880) do końca XX wieku (do Kongresu w Hamburgu w 1980 roku).
3. „Stulecie nowych możliwości” – od końca XX wieku – oficjalnie po kongresie w Hamburgu, lecz zmiany przypieczętowane kongresem zaczęły się dokonywać na świecie już w latach 60. i 70. (D. Podgórska-Jachnik 2006).

Ad. 1. Powstanie pierwszych szkół dla głuchych, upowszechnienie dostępu do edukacji dzieciom z uszkodzonym słuchem z biednych środowisk i niższych warstw społecznych, rozwój języka migowego, alternatywy wyboru migowej lub oralnej metody komunikacji i kształcenia – wszystko to sprzyjało uzasadnionej nadziei na znaczącą poprawę sytuacji osób niesłyszących na świecie, a przede wszystkim w Europie i Ameryce Północnej. Wyrazem tej nadziei było powstawanie kolejnych szkół dla głuchych w różnych krajach i stopniowe zwiększanie się populacji osób z uszkodzonym słuchem, korzystających z możliwości kształcenia.

Ad. 2. „Stulecie hańby” to nazwa bezprecedensowego okresu w pedagogice specjalnej, gdy zablokowano racjonalną i wpisaną w naturalną formę ekspresji metodę komunikowania się osób niesłyszących, przez wydanie na międzynarodowym kongresie nauczycieli głuchych, arbitralnego, restrykcyjnego zakazu używania języka migowego w roku 1880 i ogłoszenie bezwzględного prymatu metody oralnej. Okres ten zmienił z pewnością kierunek rozwoju światowej surdopedagogiki, ograniczył naturalny proces rozwoju języka migowego, zniewolił w prawie do wyborów sposobu kształcenia kilka pokoleń głuchych, ich rodziców oraz nauczycieli. Spowodował znaczący spadek liczby głuchych nauczycieli w ośrodkach dla dzieci z uszkodzonym słuchem (www.deafness.about.com/od/seafhstory). W ciągu następnych 10 lat, do roku 1890, musiało odejść ze szkół ok. 75% nauczycieli stosujących metody manualne, oczywiście głównie głuchych. Straty wynikające z arbitralnego narzucenia „jedynie słusznej drogi” trudno dziś oszacować.

Historia oddała jednak sprawiedliwość wydarzeniom z Kongresu Mediolańskiego, symbolicznie odwołując haniebny zakaz w roku 1980 (Kongres w Hamburgu) i wprowadzając do literatury, jednoznacznie potępiającą, nazwę dla minionego stulecia. Można powiedzieć, że tak jawny paternalizm spowodował wzrost uwrażliwienia na doznawane przejawy dyskryminacji społeczności głuchych. Znamienne jest, że rok 1880 to także rok powstania w Stanach Zjednoczonych Narodowego Stowarzyszenia Głuchych (NAD – National Association of the Deaf) w bezpośredniej reakcji na rezolucję mediolańską (H. Lane 1996)²¹. Obecne logo stowarzyszenia zawiera w sobie dwie daty wyznaczające stulecie od 1880 do 1980 oraz znamienne hasło stowarzyszenia: A Century of Deaf Awareness (Wiek świadomości głuchych). Można by więc przewrotnie nazwę „stulecie hańby” używać zamiennie z nazwą „stulecie rodzącej się świadomości”.

Ad. 3. Oficjalne odwołanie zakazu mediolańskiego otworzyło na nowo ścieżki wyborów edukacyjnych – także i związane z tym ryzyka, ale przede wszystkim nowych szans w rozwiązywaniu problemów związanych z głuchotą. Lekcja historii z zakazem stosowania języka wywarła z pewnością silne piętno na refleksyjnych pedagogach i osobach odpowiedzialnych za kształt rozwiązań systemowych w edukacji, jednak nie do wszystkich dotarło znaczenie nowych kontekstów historyczno-społecznych surdopedagogiki. Dla wielu – mimo deklaratywnego przejścia od medycznego do społecznego modelu niepełnosprawności – głuchota nadal pozostaje problemem medycznym, uszkodzeniem, które trzeba leczyć, a wspomaganie rozwoju osoby z uszkodzonym słuchem ma polegać na pomocy w tym, aby mogła się ona jak najmniej różnić od osób słyszących. Inaczej – pozostaje upośledzona. Nie na tym polegają otwierające się szanse nowego stulecia. Nowe szanse to doskonalenie dawnych metod i przeobrażanie ich w systemowe strategie edukacyjne, poparte wiedzą i badaniami naukowymi, w rezultacie czego coraz więcej głuchych osiąga najwyższe standardy edukacyjnej samorealizacji, np. studiując, zdobywając kwalifikacje w wymarzonych, atrakcyjnych zawodach, realizując się twórczo w dziedzinach jeszcze nie tak dawno zastrzeżonych rzekomo wyłącznie dla słyszących (np. literatura, poezja czy teatr).

Historia najnowsza i współczesne konteksty surdopedagogiki

Obraz współczesnej surdopedagogiki musi uwzględniać zarówno historyczne korzenie wyłaniających się strategii w kształceniu i wychowaniu głuchych, nowoczesne podejście do problemu niepełnosprawności, aktualne trendy społeczne, jak i poziom zaawansowania różnych nauk, uzupełniających interdyscyplinarnie pedagogikę specjalną (np. medycyny, otolaryngologii, genetyki, audiologii).

²¹ Poczucie frustracji i bezradności musiało być silne u amerykańskich uczestników kongresu, gdyż tylko Amerykanie i Brytyjczycy przeciwstawili się uchwaleniu rezolucji zakazującej stosowania języka migowego.

Niewątpliwie, nowy kontekst dla edukacji głuchych stwarza współczesna medycyna i technika. Jak już zostało to przedstawione, dzięki osiągnięciom tych nauk, metody pedagogiczne sprzed dziesiątków i więcej lat nie są już tymi samymi metodami. Dynamiczny rozwój nowoczesnych technologii²² w drugiej połowie XX wieku nie tylko stale zwiększa możliwości poprawy słyszenia (aparatura nagłaśniająca, pętle induktofoniczne, systemy FM, indywidualne aparaty słuchowe kolejnych generacji, implanty ślimakowe, implanty pniowe), ale dostarcza narzędzi ułatwiających naukę, umożliwiających bezproblemowe komunikowanie się, wykonywanie pracy: tradycyjny telefon (wyposażony w odpowiednie przystawki, umożliwiające transmisję dźwięków do aparatu słuchowego poprzez indukcję) technologia TTY (teletypewriter, przesyłanie wiadomości tekstowych korzystając z sieci telefonicznej) (B. Szczepanowski 1999)²³, usługa RELAY (połączenie tekstofonu z pośrednictwem asystenta komunikacyjnego), telefonia komórkowa, pagery, internet. Coraz większe możliwości techniczne doskonale uzupełniają opisane współczesne strategie komunikacyjne: ciągle doskonalona aparatura wzmacniająca słyszenie buduje optymistyczne perspektywy dla wychowania słuchowego, implanty ślimakowe i pniowe uważane są za „idealnych partnerów” do metody cued speech i fonogestów (A. Warsfold 2005). Koncepcje psycholingwistyczne pozwalają zaś lepiej rozumieć i wspomagać rozwój językowy, także na bazie prymarnego języka migowego.

Zwiększone możliwości interwencji medycznej pozwalają na ograniczanie rozmiarów i indywidualnych skutków uszkodzenia słuchu. Trzeba jednak zaznaczyć, że poprzez swoisty paradoks postępu medycznego – widoczny szczególnie w zakresie medycyny prenatalnej i neonatalnej – nie należy jednak oczekiwać radykalnego zmniejszenia się populacji głuchych na świecie: nowoczesna nauka pozwala np. ratować życie coraz młodszym wcześniakom, z coraz mniejszą wagą urodzeniową, ale zwiększa w ten sposób jednocześnie statystyki przeżywalności noworodków z ciężkimi uszkodzeniami, także uszkodzeniami słuchu. Dzięki współczesnej medycynie można ograniczać skutki uszkodzeń słuchu w różnym wieku (od operacji małych dzieci, zabiegów korekty czy rekonstrukcji w obrębie układu słuchowego – plastyka małżowiny usznej, przewodu słuchowego, błony bębenkowej itd., poprzez usuwanie różnego rodzaju guzów, nowotworów, do interwencji w przypadku starczej otosklerozy): rozwinięta otochirurgia pozwala na skomplikowane zabiegi chirurgiczne przede wszystkim dzięki wynalazkowi mikroskopu operacyjnego (1953). Z pewnością nowoczesne metody diagnostyczne, badania przesiewowe, praktyka coraz wcześniejszej diagnozy, aparatownia

²² Z niezwykle ciekawą historią rozwoju technologii wspomagających słyszenie czytelnik może zapoznać się osobiście, korzystając z oferty wirtualnych muzeów aparatów słuchowych i pomocy technicznych American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery www.etnet.org/museum/exhibitis/hearingaids_index.cfm oraz <http://beckerexhibits.WUSH.edu> Washington University School of Medicine. Niektóre daty z historii rozwoju medycyny i techniki audiologicznej zostały zawarte w kalendarium na końcu rozdziału.

²³ Polski odpowiednik TTY, wynalezionego w USA w 1965, to tekstofon; obecnie technologia jest już wycofana na całym świecie w związku z rozwojem komunikacji internetowej i sms-owej.

i wczesnej interwencji terapeutycznej, dają na tyle duże szanse minimalizacji negatywnych rozwojowych konsekwencji uszkodzenia słuchu, że nowoczesne strategie pomocy dziecku głuchemu trzeba budować, dążąc do wczesnego wspomagania rozwoju jako podstawowego standardu edukacyjnego.

Niewątpliwie na nowy obraz edukacji głuchych znaczący wpływ ma odejście od medycznego modelu niepełnosprawności do modelu społecznego i modelu opartego na prawach. Wykreowanie modelu społecznego samo w sobie jest efektem podniesienia się świadomości społecznej, ale wymaga dalszego jej wzrostu, gdyż powoduje konieczność przejścia współodpowiedzialności za likwidację istniejących barier przez osoby pełnosprawne. Natomiast dostrzegalnym efektem dotychczasowych zmian jest zwiększenie się autonomii samych osób niepełnosprawnych, a szczególnie widoczne jest to w środowisku głuchych. Trzeba się liczyć, że głusi coraz częściej chcą i powinni sami decydować o sprawach, które ich dotyczą: o wyborze sposobu komunikacji, drogi kształcenia, metod rehabilitacji, stylu życia. Koniec XX wieku przyniósł zdemaskowanie i napiętnowanie praktyk wobec głuchych, dyktowanych takimi postawami, jak: bezrefleksyjny oralizm (zakazujący języka migowego), audyzm (Audism – discrimination against the deaf, to utrzymywanie zafalszowanego, stereotypowego, negatywnego obrazu głuchych przez słyszących specjalistów), paternalizm (decydowanie o sprawach głuchych, bez liczenia się ich zdaniem, a często nawet wbrew nim i ich potrzebom) (H. Lane 1996). Z pewnością XX i XXI wiek to okres prawdziwej emancypacji osób niesłyszących, przybierającej czasem nawet dramatyczne formy masowych protestów społecznych. Wprawdzie pierwsze stowarzyszenia głuchych powstały w różnych krajach już pod koniec XIX wieku (jako przykład warto to odnotować działające już od 1876 roku Lwowskie Towarzystwo Głuchoniewidomych „Nadzieja”), jednak dopiero ostatnie stulecie przynosi tendencję do połączenia działań lokalnych (np. w Polsce w roku 1925 założono Polski Związek Towarzystw Głuchoniemych), a nawet tworzenia organizacji czy przedsięwzięć o charakterze międzynarodowym (w roku 1924 zorganizowano Międzynarodowy Kongres Sportu Głuchych; w 1951 roku odbył się pierwszy ze zwoływanych cyklicznie do dziś światowych kongresów WFD – Word Federetion of the Deaf, czyli Światowej Organizacji Głuchych, zrzeszającej obecnie 123 członków narodowych (L. Długołęcka 2001); w roku 1989 i 2002 odbyły się w Waszyngtonie niezwykle w swoje skali wydarzenia o charakterze kulturalnym, naukowym i społecznym, Międzynarodowe Festiwale Sztuki i Konferencje Głuchych Deaf Way i Deaf Way II). W powstających stowarzyszeniach i organizacjach środowiskowych coraz bardziej widoczna jest potrzeba podkreślania odrębnej tożsamości, dumy z bycia głuchym, a nawet potrzeba prawdziwej walki o uznanie praw tej społeczności (organizacje takie jak Deaf Pride, Deaf Liberation Front, Deaf Power czy też Deaf Power Now), wykreowanie pojęcia „kulturowo głuchy” na określenie osoby niesłyszącej, identyfikującej się z językiem migowym i kulturą głuchych, wprowadzenie pisowni słowa „Deaf/Głuchy” z wielkiej litery, jako wyróżnika przynależności do tej społeczności, przy pełnej świadomości różnicy pomiędzy głuchym a Głuchym – „Being deaf and being Deaf are not the same thing” (M. Marschark 1997).

Dostrzegana fala emancypacji jest zapewne powiązana obustronnie z zwią-

kiem przyczynowo-skutkowym ze wzrostem poziomu wykształcenia niesłyszących. Upowszechnienie dostępu do edukacji dzieci głuchych to niewątpliwie stan osiągnięty w XX wieku, choć – jak wspomniano – pierwsze ustawy o obowiązku kształcenia tych dzieci w kilku krajach pojawiły się już w XIX wieku. W XX wieku zmieniła się jednak jakość tego kształcenia, umożliwiającą osiąganie wyższych stopni edukacji. Tym niemniej, aż trudno uwierzyć, że pierwsza matura głuchych w Polsce odbyła się dopiero w roku 1979 w pierwszej szkole średniej dla niesłyszących w Polsce – Technikum Budowlanym w Wejherowie, założonym zaledwie 3 lata wcześniej, po intensywnym lobbingu Polskiego Związku Głuchych. Do tego czasu polski system edukacji nie przewidywał w ścieżce kształcenia niesłyszących perspektywy studiów wyższych. Na studia trafiali nieliczni, na tyle dobrze funkcjonujący w języku polskim i komunikacji oralnej, że mogli bez dodatkowych ułatwień uczyć się w szkołach średnich ogólnodostępnych, zanim ustawa oświatowa wprowadziła możliwość kształcenia integracyjnego. Warto dodać, że poziom tych pierwszych matur, zdawanych w Wejherowie, a później również w Warszawie, nie był oceniany najwyżej. Sytuacja zmieniła się dopiero po roku 1985, gdy MEN zezwolił oficjalnie na wykorzystywanie języka migowego w nauczaniu.

Obecnie poziom kształcenia głuchych poprawił się na tyle, że można się już doliczyć setek osób z uszkodzonym słuchem na różnych uczelniach w naszym kraju, przy czym ci bardziej niezależni komunikacyjnie (lepiej funkcjonujący w języku polskim, dobrze odczytujący z ust, niewymagający – a czasem nawet nieznający języka migowego!) trafiają na różne kierunki studiów, do uczelni nieoferujących nawet specjalnych form pomocy. Osoby korzystające głównie lub tylko z języka migowego – to nowa jakość kształcenia niesłyszących na studiach wyższych. Wobec tego obserwuje się większe skupiska tych studentów tam, gdzie mają zapewnioną pomoc tłumacza języka migowego. Na polskich uczelniach najwięcej studentów niesłyszących studiuje z pomocą tłumaczy w Akademii Podlaskiej w Siedlcach, Katolickim Uniwersytecie Lubelskim, Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie, Wyższej Szkole Pedagogicznej w Łodzi, Dolnośląskiej Szkole Wyższej Edukacji we Wrocławiu. Obserwuje się przy tym pewną nadreprezentatywność wyboru kierunku pedagogika (w minionych latach w Akademii Podlaskiej większość z ponad 80 głuchych studentów studiowała pedagogikę). Wynika to jednak z tego, że pedagogika, zwłaszcza pedagogika opiekuńczo-wychowawcza oraz surdopedagogika, dają największe szanse zatrudnienia niesłyszących absolwentów i to w środowisku niesłyszących, stwarzającym poczucie wspólnoty i bezpieczeństwa. Stopniowo jednak repertuar wyborów – choć wolno – poszerza się, co z jednej strony świadczy o uzyskiwaniu coraz wyższego poziomu kompetencji akademickich niesłyszących absolwentów, z drugiej zaś o coraz większym zrozumieniu potrzeb niesłyszących studentów na kolejnych wyższych uczelniach. Warto dodać, że systematyczny wzrost liczby głuchych studentów jest też wynikiem finansowania usług tłumaczy na uczelniach ze środków programu celowego „Pitagoras – program pomocy dla osób z uszkodzonym słuchem” Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Wzrost poziomu wykształcenia powoduje zwiększenie się tendencji emancypacyjnych. Wykształceni głusi są coraz bardziej świadomi własnej sytuacji, własnych praw, własnych potrzeb. Podejmują walkę z przejawami dyskryminacji. Domagają się rozwiązań nie zawsze zrozumiałych dla słyszących. Przejawem tego może być np. manifestowanie przez organizacje niesłyszących niechęci wobec aparatów słuchowych czy implantów ślimakowych, domaganie się prawa do bycia głuchym. Podobny charakter miała fala strajków, które przetoczyły się przez ośrodki dla głuchych w Ameryce i Europie, głównie w latach 80., w obronie prawa do używania języka migowego. Ciekawe, że w strajkach tych czasem solidarnie uczestniczyli uczniowie, ich rodzice, przyjaciele, a także nauczyciele, co wskazuje na to, iż decyzje o odrzuceniu języka migowego jako metody komunikacji i metody nauczania miały charakter zewnętrzny, opór środowiska zaś był emanacją i demonstracją frustracji jego rzeczywistych potrzeb.

Bezprecedensowym i zwrotnym w historii głuchych wydarzeniem był jednak strajk na Uniwersytecie Gallaudeta w Waszyngtonie w marcu 1988 roku – w obronie wyboru głuchego rektora. Wydarzenia poprzedziła ekscytująca głuchą społeczność uczelni kampania wyborcza, pokazująca jako najlepszego z trojga kandydatów niesłyszącego profesora UG, Irvina Kinga Jordana. Nadzieja na to, iż pierwszym rektorem w historii uczelni dla głuchych zostanie głuchy profesor, zderzyła się z brutalną rzeczywistością wyboru nie tylko nie głuchej, ale także nieznaną środowiska waszyngtońskiej uczelni i problemów głuchych innej kandydatki, dr Elizabeth Ann Zsiner. Tygodniowy strajk – z blokadą bram, oskarżycielskimi transparentami, przybywaniem posiłków głuchych i osób popierających ich z innych miast USA, z marszem na Biały Dom pod sztandarem Marcina Lutera Kinga (wydartym po drodze z Muzeum Ameryki) – stał się niezwykle medialnym, dzięki któremu świat usłyszał o głuchych. Kilkuniedniowe negocjacje z władzami uczelni, kongresmanami, przedstawicielami rządu – doprowadziły ostatecznie do wyboru I. Kinga Jordana na rektora, ale przede wszystkim pozwoliły na wyartykułowanie potrzeb tego środowiska, pragnącego uzyskać status nie tyle zależnych od innych, wymagających pomocy osób niepełnosprawnych, lecz autonomicznej mniejszości językowej (H. Lane 1996). W takim kierunku potoczyły się też późniejsze regulacje legislacyjne, uznające język migowy. W polityce USA zaczęli pojawiać się przedstawiciele głuchej mniejszości.

Dnia 15 maja 2006 roku, niczym replika wydarzeń z roku 1988, na terenie kampusu uczelnianego Uniwersytetu Gallaudeta wybuchł protest przy wyborze następcy odchodzącego na emeryturę rektora Irvina Kinga Jordana. Głucha kandydatka na to stanowisko, szanowana profesor waszyngtońskiej uczelni, Jane Kelleher Fernandes, okazała się bowiem niewystarczająco głucha, by zadowolić uniwersytecką społeczność, walecznie stojącą na straży ASL (Amerykańskiego Języka Migowego). Negatywna ocena kompetencji prof. Fernandes wynikała z tego, iż była ona wprawdzie osobą z uszkodzonym słuchem, lecz wychowywaną i kształconą metodą oralną, w języku amerykańskim – odczytywanym z ust, w publicznej szkole ogólnodostępnej, do 23 roku życia poza środowiskiem głuchych (F. Hiatt 2006). Protest wywołał mieszane reakcje, dla wielu był dowodem na nieuzasadnioną eskalację dziwacznych

żądań głuchych, jednak ich tło powinno dostarczyć nowych refleksji na uwarunkowaniach rozwoju i emancypacji tej społeczności.

Poznanie problemów związanych z głuchotą jest coraz bardziej interesującym obszarem badawczym, a zanurzenie się w tę problematykę pokazuje jej ogromną złożoność. Dlatego XX wiek przyniósł również dynamiczny rozwój badań naukowych z zakresu psychologii, psycholingwistyki, socjologii, pedagogiki i innych nauk skoncentrowanych wokół zjawiska głuchoty. Szczególnie atrakcyjna okazała się problematyka języka migowego, jego rodzajów, struktury, gramatyki, akwizycji, znaczenia dla rozwoju psychicznego, kulturotwórczej roli. Można zaobserwować, że wraz z oficjalnym zatwierdzeniem języka migowego jako pełnoprawnego języka, poszerza się też liczba krajów, które podejmują takie badania. To również istotny kontekst współczesnej surdopedagogiki. Z pewnością podjęte obecnie badania w perspektywie najbliższych kilku–kilkunastu lat przyczynią się do pisania nowego, jeszcze bogatszego scenariusza najnowszej historii głuchych i ich edukacji.

Bibliografia

Adamiec T. (2003), *Głuchoniemi i ich świadectwa życia od starożytności do końca XVIII wieku – przegląd problematyki*, [w:] M. Świdziński T. Gałkowski (red.), *Studia nad kompetencją językową i komunikacyjną niesłyszących*, Warszawa: Uniwersytet Warszawski, Polski Komitet Audiofonologii, Instytut Głuchoniemych im. Ks. J. Falkowskiego.

Bouvet D. (1996), *Mowa dziecka. Wychowanie dwujęzyczne dziecka niesłyszącego*, Warszawa: WSiP.

Długolecka L. (2004), *Początki sporu pedagogów: oralizm czy metoda wizualna!*, Świat Ciszy VII, VIII.

Długolecka L. (2001), *Światowa Federacja Głuchych – rys historyczny*, Świat Ciszy.

Dobrowolska L. (2003): *Historia społeczności głuchych* – Laurent Clerc, Świat Ciszy III, IV.

Gałkowski T. (1998), *Przestrzenne i ruchowe komponenty komunikacji z dziećmi niesłyszącymi*, Warszawa: Polski Komitet Audiofonologii.

F. Hiatt (2006), *Signs of Change At Gallaudet*, dok. elektr.: <http://www.washingtonpost.com>

Hoffmann B. (2001), *Surdopedagogika w teorii i praktyce*, Warszawa: Wyd. WSP TWP.

Kalendarz-Informator Polskiego Związku Towarzystw Głuchoniemych 1933–1934, ze zbiorów B. Szczepankowskiego.

Korzon A. (1996), *Totalna komunikacja jako podejście wspomagające rozwój zdolności językowych uczniów głuchych*, Kraków: Wyd. Naukowe WSP, s. 22.

Krakowiak K. (2006), *Studia i szkice o wychowaniu dzieci z uszkodzeniami słuchu*, Lublin, Wyd. KUL.

Krakowiak K. (1995), *Fonogesty jako narzędzie formowania języka dzieci z uszkodzonym słuchem. Komunikacja językowa i jej zaburzenia*, t. 9, Lublin: Wyd. UMCS oraz dalsze publikacje autorki i nauczycieli realizujących projekt badawczy.

Kurcz I. (2002), *Język i komunikacja*, [w:] J. Strelau, Psychologia. Podręcznik akademicki, Warszawa: PWN.

Löwe A. (1995), *Wychowanie słuchowe. Historia – metody – możliwości*, Warszawa: PWN.

Löwe A. (1999), *Każde dziecko może nauczyć się słyszeć i mówić*, Poznań: Media Rodzina.

- Lane H. (1996), *Maska dobroczynności. Deprecjacja społeczności głuchych*, Warszawa: WSiP.
- Marschark M. (1997), *Raising and Educating a Deaf Child*, Oxford University Press, Inc. Oxford–New York.
- Mauersberg S. (red.) (1990), *Dzieje szkolnictwa i pedagogiki specjalnej*, Warszawa: PWN.
- Miller M. S., Moores D. F. (2000), *Bilingual/Bicultural Education for Deaf Students*, [in:] *Special Education in the 21st Century*, M. A. Winzer, K. Mazurek (ed.), Gallaudett University Press, Washington, D.C.
- Nurowski E. (1983), *Surdopedagogika polska. Zarys historyczny*, Warszawa.
- Plann S. (1997), *A Silent Minority: Deaf Education in Spain, 1550–1835*, Berkeley and Los Angeles, University of Kalifornia Press, [za:] *The American Historical Reviews*, Vol. 105, No. 2.
- Podgórska-Jachnik D. (2005), *Przekaz pantomimiczny w komunikacji z dzieckiem niesłyszącym*, Łódź: Wyd. UŁ.,
- Podgórska-Jachnik D. (2006), *Podstawy rozwiązań systemowych w edukacji osób z uszkodzonym słuchem*, [w:] Z. Palak, A. Lewicka, A. Bujnowska (red.), *Jakość życia a niepełnosprawność. Konteksty psychopedagogiczne*, Lublin: Wyd. UMCS.
- Podgórska-Jachnik D. (2007), *Jak nie kochać Aleksandra Grahama Bella? O nieoczekiwanych aspektach emancypacji głuchych* (publikacja z konferencji „Edukacja alternatywna” – B. Sliwerski (red.) – z roku 2006 – w druku w Wyd. „IMPULS”).
- Polski Słownik Biograficzny* (1948), W. Konopczyńskiego (red.), t. 6, Kraków.
- Sacks O. (1998), *Zobaczyć głos. Podróż do świata ciszy*, Poznań: Wyd. Zysk i S-ka, s. 33.
- Sękowska Z. *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*. Warszawa: WSPS.
- Szczepankowski B. (1986), *Lektorat języka migowego. Kurs wstępny*, Warszawa: CZSI i PZG.
- Szczepankowski B. (1988), *Podstawy języka migowego. Podręcznik dla nauczycieli*, Warszawa: WSiP.
- Szczepankowski B. (1999), *Niesłyszący – Głusi – Głuchoniemi. Wyrównywanie szans*, Warszawa: WSiP.
- Świdziński D., Mikulska (2002): *Reprezentacja linearna tekstu Polskiego Języka Migowego*, *Czasopismo Psychologiczne Psychological Journal*, t. 8, nr 1.
- Tomaszewski P, Gałkowski T, Rosik P. (2002), *Nauczanie polskiego języka migowego jako obcego języka: Czy osoby słyszace mogą przyswoić język wizualny?*, *Czasopismo Psychologiczne Psychological Journal*, t. 8, nr 1, s. 7–20.
- Tomaszewski P, Rosik P. (2002), *Czy Polski Język Migowy jest prawdziwym językiem?*, *Czasopismo Psychologiczne Psychological Journal*, t. 8, nr 1.
- Warsfold A. (2005), *Implanty ślimakowe i fonogesty. Doświadczenia międzynarodowe*. Przedruk za: British Association of Teachers of the Deaf. (tłum. M. Brenton, P. Cove i E. Domagała-Zyśk), dok. elektr.: <http://www.fonogesty.org>.
- Wolfgang A. (1825), *Wspomnienie ks. Michała Bohusza z diariusza podróży po Europie z roku 1777 – fragmenty pracy Profesorowie Instytutu Romanowskiego i Historia krótka o głuchoniemych*, Wilno, [w:] E. Nurowski (1978), *Wybór tekstów źródłowych. Wybrane zagadnienia z surdopedagogiki*, t. 1, Warszawa.

Źródła internetowe

<http://beckerexhibits.WUSH.edu> Washington University School of Medicine

<http://deafness.about.com/od/deafhistory>

http://members.aol.com/deafcultureinfo/deaf_history.htm

<http://www.historycooperative.org/cgi-bin> – Plann S.(1997), *A Silent Minority: Deaf Education in Spain, 1550–1835*, Berkeley and Los Angeles, University of Kalifornia Press, [za:] The American Historical Reviews, Vol. 105, No. 2.

www.aslinfo.com

www.cuedspeech.org

www.deaflinx.com

www.etnet.org/museum/exhibitis/hearingaids_index.cfm – American Academy of Otolaryngology Head end Neck Surgery

www.fonogesty.org

www.handspeak.com

www.washingtonpost.com – May 15th 2006, F. Hiatt: *Signs of Change At Gallaudet.*



*Kalendarium historii edukacji i wydarzeń istotnych z punktu widzenia
rehabilitacji medycznej i społecznej niesłyszących*

XVI wiek	
	Gerolamo Cardano (1501–1576), włoski filozof, matematyk, lekarz, napisał książkę pt. <i>De Subtilitate</i> , w której przedstawia teorię kostnego przewodnictwa dźwięków (m.in. opisał drogę dźwięku do receptora słuchowego przez dźwazkę umieszczony między zębami). W innym dziele pt. <i>Paralipomena</i> opisał także teoretyczne podstawy nauczania niesłyszących.
	Hiszpański zakonnik Pedro Ponce de Leon (1520–1584) rozpoczyna nauczanie metodą indywidualną niesłyszącego dziecka. W ciągu kolejnych lat wykształcił skutecznie 12 głuchych od urodzenia uczniów, głównie szlacheckiego pochodzenia.
	Włoski lekarz Giovanni Battista Porta (1535–1615) zamieścił w swojej pracy <i>Magia Naturalis</i> opis drewnianych aparatów w kształcie zwierzęcych uszu, wspomagających słyszenie.
XVII wiek	
1616	Traktat <i>Of the Art of Signs</i> Giovanniego Bonifacio (1547–1635) na temat języka migowego.
1620	Pierwsza książka o nauczaniu głuchych napisana w języku hiszpańskim przez Juana Pablo Boneta (1579–1633) <i>Reduction de las letras y arte para enseñar a ablar los mundos</i> (O redukcji liter i sztuce nauczania głuchoniemych mowy).
1650–1670	Początki naukowych zainteresowań konstrukcją trąbek słuchowych (później bardzo popularnych w XVII i XIX wieku). Opisy w książkach niemieckich badaczy Athanasiusa Kirchera i Wolfganga Hoefera. Pierwsze modele trąbek wykonane przez Sir Samuela Morelanda: szklana o długości 2 stóp i 8 cali, blaszana o długości 4,5 stopy i miedziana o długości 16 stóp.
1692	Wydanie książki pod znamiennym tytułem <i>Surdus loquens</i> (Głuchy mówiący) przez holenderskiego pedagoga Jana Konrada Ammana (1669–1724).
XVIII wiek	
1767	Thomas Braidwood (1715–1806) otwiera pierwszą angielską szkołę dla głuchoniemych w Edynburgu, przeniesioną później do Londynu.
1770	Otwarcie pierwszej publicznej szkoły dla głuchych w Paryżu przez ks. Charles'a Michela de l'Épée.
1776	Ks. Charles Michel de l'Épée wydaje książkę o nauczaniu głuchoniemych znaczenia migowych znaków metodycznych pt. <i>Institution des sourds et muets par la voice des signes methodiques</i> .
1778	Pierwsza publiczna szkoła w Niemczech, założona przez Samuela Heinicke'go (1727–1790), twórcy metody oralnej, kładącej główny nacisk na mówienie i czytanie z ust.
1779	Pierwsza książka napisana przez głuchego od urodzenia pisarza – <i>Observation</i> (Obserwacje) Pierre Deslogesa.
1782	Roch Ambroise Cucurron Sicard (1742–1822), kontynuator dzieła ks. de l'Épée, późniejszy autor książki <i>Theorie Des Signes</i> (Teoria znaków) i słownika znaków języka migowego, otwiera szkołę dla dzieci głuchych w Bordeaux (niektóre źródła 1786).
1784	Pierwsza szkoła dla dzieci głuchych w Rzymie
XIX wiek	
1800	Pierwsza fabryka F.C. Rein and Son w Londynie, produkująca pomoce techniczne wspomagające słyszenie: nielektryczne aparaty słuchowe, trąbki słuchowe, tuby wzmacniające głos i in.
1812	Doświadczenia Jean Marca Gasparda Itarda (1773–1838), francuskiego chirurga-otologa, nauczyciela w paryskim Instytucie Głuchoniemych, nad wykorzystaniem przewodnictwa kostnego dla wzmocnienia dźwięków. Itard zasłynął również tym, że zlecono mu – jako specjalistę od nauczania mowy dzieci niesłyszących – przeprowadzenie eksperymentu nauczania mowy dzikiego chłopca, znalezionego w lasach Aveyronu.

1815	Podróż Thomasa Hopkinsa Gallaudeta do Europy w celu poznania metod nauczania głuchych. Gallaudet powrócił do USA w towarzystwie Laurenta Clerca, głuchego nauczyciela języka migowego.
1816	Szkoła dla dzieci głuchych w Szczuczynie, założona przez ks. Jakuba Falkowskiego (1774–1848), przeniesiona w roku 1817 do Warszawy, znana odąd jako Warszawski Instytut Głuchoniemych – pierwsza szkoła dla głuchych w Królestwie Polskim (od 1842 r. – po stworzeniu klasy dla dzieci niewidomych – nazwę zmieniono na Warszawski Instytut Głuchoniemych i Ociemniałych).
1817	Pierwsza publiczna szkoła dla głuchych w USA The Asylum for the Education for Deaf and Dumb w Hartford (Connecticut), założona przez Thomasa Hopkinsa Gallaudeta (1787–1851). W szkole nauczał francuski głuchy nauczyciel, Laurent Clerc (1785–1869), który języka migowego nauczył się w szkole ks. de l'Épée. Laurent Clerc był pierwszym głuchym nauczycielem głuchych w USA.
1817	Dania jako pierwszy kraj na świecie wprowadziła obowiązek szkolny dla dzieci głuchych.
1819	Niemiecki wytwórca pomocy optycznych Johann Heinrich August Duncker opatentował pierwsze urządzenie do mówienia do słabosłyszących na odległość. Składało się ono z krótkiej, krytą skórą trąbki do mówienia, długiej (5–10 m) elastycznej tuby i obszernej metalowej słuchawki, przykładanej do ucha.
1836	Pierwszy brytyjski patent na aparaty słuchowe – Alphonsus William Webster.
1855	Pierwszy amerykański patent na aparaty słuchowe – Edward G. Hyde.
1864	Powstanie w Waszyngtonie Columbia Institute for the Deaf (później Gallaudet College, obecnie Gallaudet University), najślniejszej na świecie wyższej uczelni dla głuchych. Założycielem szkoły był syn Thomasa Gallaudeta – Edward Miner Gallaudet.
1867	Powstanie Clarke School for the Deaf w Northampton (stan Massachusetts) – pierwszej amerykańskiej szkoły dla niesłyszących, wykorzystującej wyłącznie metodę oralną.
1874	Wprowadzenie obowiązku szkolnego dla dzieci głuchych w Niemczech.
1876	Aleksander Graham Bell, amerykański nauczyciel głuchych, pracując nad aparatami słuchowymi dla swej niesłyszącej narzeczonej – wynalazł telefon.
1876	We Lwowie powstaje pierwsze w Polsce Towarzystwo Głuchoniemych „Nadzieja”.
1877	Pierwsza szkoła dla głuchych w Japonii.
1878	Pierwszy opis zabiegu myringoplastyki – zabiegu chirurgicznej naprawy błony bębenkowej po perforacji – co zapoczątkowało zainteresowanie możliwościami chirurgicznej interwencji w obrębie narządu słuchu.
1878	Odkrycie transmitterów węglowych przez Francisa Blake'a i Davida Edwarda Hughesa, które przyczyniły się do udoskonalenia konstrukcji aparatów słuchowych. Kolejne odkrycia na przełomie XIX/XX wieku oraz w wieku XX prowadzą do upowszechnienia aparatów (głównie w krajach rozwiniętych), do ich miniaturyzacji, zwiększenia możliwości wzmacniania i selekcji dźwięku.
1879	David Edward Hughes opracował jeden z pierwszych testów audiometrycznych do diagnozy pacjentów.
1879	Wydanie polskiego <i>Słownika mimicznego dla głuchoniemych i osób z nimi styczność mających</i> przez ks. Józefa Holaka i ks. Teofila Jagodzińskiego
1880	Międzynarodowy Kongres Nauczycieli Głuchych w Mediolanie uchwalił rezolucję zakazującą stosowanie języka migowego w szkołach dla niesłyszących.
1890	Wprowadzenie obowiązku szkolnego dla dzieci głuchych w Szwecji.
1898	Uruchomienie pierwszej komercyjnej produkcji aparatów słuchowych na transmitterach węglowych przez Dictograph Company w USA.
XX wiek	
1911	Wprowadzenie obowiązku szkolnego dla dzieci głuchych na ziemiach polskich zaboru pruskiego.
1912	Fizjolog Earl C. Hansen opracowuje pierwsze aparaty słuchowe, wyposażone w lampę triodową i zasilanie baterią.

1923	Utworzenie polskiego Stowarzyszenia Nauczycieli Szkół dla Głuchoniemych i Niewidomych z siedzibą Zarządu w Instytucie Głuchoniemych w Warszawie.
1924	Powstaje Międzynarodowy Komitet Sportu Głuchych, przygotowujący pierwsze światowe igrzyska głuchych w Paryżu. W jego skład weszli przedstawiciele sześciu krajów: Belgii, Czechosłowacji, Francji, Wielkiej Brytanii, Holandii i Polski.
1925	Powołanie Polskiego Związku Towarzystw Głuchoniemych – naczelnej organizacji zrzeszającej lokalne towarzystwa głuchych.
1938	Juliusz Lempart opublikował wyniki skutecznego przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego zapobiegającego otosklerozie.
lata 50–te	Wprowadzenie słuchowych aparatów zausznych – najpopularniejszego do dziś modelu aparatów na świecie.
1951	Pierwszy Światowy Kongres Światowej Federacji Głuchych (WDF – World Federation of the Deaf) w Rzymie, na który przyjechali przedstawiciele 25 krajów. Rozpoczęto na nim prace nad międzynarodowym językiem migowym Gestuno (prace wstrzymano w latach 90., gdyż ten system komunikacji nie przyjął się).
1952	Pierwsze aparaty słuchowe tranzystorowe – hybrydy tranzystorów i trąbek próżniowych
1953	Słynna fabryka optyczna Zeiss Optical Company wprowadza pierwszy operacyjny mikroskop, specjalnie do zabiegów otochirurgicznych.
1955	Wyprodukowanie pierwszych wewnątrz-usznych (wewnątrz-kanalowych) aparatów słuchowych, stosowanych przy mniejszych ubytkach słuchu.
1955	John Shea przeprowadził zabieg mikrochirurgii strzemiączka do leczenia otosklerozy
1956	Powstanie pierwszej polskiej szkoły dla dzieci niedosłyszących w Warszawie
1957	André Djourno (Francja) przeprowadza pierwszą eksperymentalną operację wszczepienia implantu ślimakowego.
1960	Pierwszy lingwistyczny opis amerykańskiego języka migowego, w książce Sign Language Structure autorstwa Wiliama Stokoe.
1964	Początek unifikacji znaków ideograficznych polskiego języka migowego
1966	Opracowanie metody <i>Cued Speech</i> przez O. Cornetta, profesora matematyki z Uniwersytetu Gallaudetta w Waszyngtonie.
1967	Otwarcie amerykańskiego National Theatre of the Deaf, wystawiającego spektakle w języku migowym.
1972	Założenie Deaf Pride – amerykańskiej organizacji propagującej świadomość odrębnej tożsamości społeczności głuchych oraz dumę z bycia jej członkiem.
1973	Opracowanie przez Światową Federację Głuchych międzynarodowego języka migowego Gestuno.
1980	Zwołanie Międzynarodowego Kongresu Edukacji Głuchych w Hamburgu w stulecie Kongresu Mediolańskiego, na którym odwołano ustanowiony wówczas zakaz stosowania języka migowego w szkołach dla głuchych. Okres 1880–1980 okrzyknięto „stuleciem hańby”.
1982	Utworzenie National Cued Speech Assotiation (NCSA) – stowarzyszenia, którego misją jest wspieranie efektywnego rozwoju językowego i umiejętności czytania dzieci głuchych w różnych krajach poprzez metodę cued speech i jej narodowe adaptacje.
1983	Wydarzeniem w amerykańskiej telewizji stała się znakomicie przyjęta przez widzów emisja słynnej kreskówki Smerfy z wykorzystaniem języka migowego.
1984	Opracowanie metodyczne Fonogestów – polskiego odpowiednika cued speech – przez K. Krakowiak.
1984	Przyznanie językom migowym statusu języka na roboczym posiedzeniu UNESCO.
1984	Dopuszczenie do sprzedaży pierwszych implantów kochlearnych.

1984	Uznanie za błędną decyzję Rezolucji Mediolańskiej z 1880 r. w Raporcie Końcowym z międzynarodowej konferencji UNESCO w Paryżu na temat Alternatywnych Podejść do Wychowania Głuchych.
1985	Powrót języka migowego do polskich szkół jako środka pomocniczego w nauczaniu głuchych.
1986/1987	Marlen Matleen jako pierwsza głucha aktorka, posługująca się językiem migowym, otrzymała nagrodę Oscara dla Najlepszej Aktorki za rolę Sary w filmie <i>Dzieci gorszego Boga</i> .
1988	Strajk na Gallaudet University w obronie wyboru głuchego rektora I. Kinga Jordana.
1988	Parlament Czeskiej Republiki uznaje język migowy za pierwszy język głuchych.
1989	Międzynarodowy Festiwal Sztuki i Konferencja Głuchych Deaf Way w Waszyngtonie. Uczestniczyło w niej ponad 6 tys. gości z ponad 80 krajów.
1990	American with Disabilities Act (Ustawa o Niepełnosprawnych Amerykanach) wprowadza działania przeciw dyskryminacji niepełnosprawnych, co w przypadku niesłyszących oznacza m.in. upowszechnienie usług tłumacza języka migowego, udostępnienie niesłyszącym usług telekomunikacyjnych, teletekst w TV i in.
1991	Firma Oticon zaprezentowała pierwsze w pełni automatyczne dwukanałowe aparaty słuchowe z nielinearnym procesem adaptacji dźwięku do potrzeb odbiorcy.
1994	Wybór na Miss Ameryki, po raz pierwszy w historii konkursu narodowego, głuchej kandydatki, Heather Whitestone.
1995	Uznanie języka migowego za pełnoprawny język komunikacji głuchych przez: Słowację, Finlandię, Ugandę.
1996–1997	Rozwój technologii cyfrowych w aparatach słuchowych (Widex, Siemens, Philips, Oticon). Pierwsze w pełni cyfrowe aparaty wprowadzone na rynek zostały znakomicie przyjęte przez klientów.
1998	Journal of the American Geriatrics Society publikuje wyniki badań, z których wynika, iż tylko ok. 25% populacji osób z uszkodzonym słuchem na świecie, która mogłaby odnosić korzyści z aparatów słuchowych, posiada je i ich używa.
1999	Powstanie Polskiego Centrum Metody Fonogestów w Kaliszu
1999	Oficjalne uznanie języka migowego w Tajlandii i Wenezueli
Początek lat 2000	Dynamiczny rozwój technologii cyfrowej i analogowej powoduje prawdziwy wyścig patentów w zakresie nowych rozwiązań na rynku aparatów słuchowych, jak również komputerów, pagerów, telefonów komórkowych na użytek osób z uszkodzonym słuchem.
2002	Międzynarodowy Festiwal Sztuki i Konferencja Głuchych Deaf Way II. Tym razem do Waszyngtonu przyjechało ponad 8 tys., a nieoficjalnie ponad 10 tys. osób związanych z kulturą głuchych z całego świata.
2003	Zapowiedź rządu Nowej Zelandii uznania nowozelandzkiego języka migowego jako trzeciego oficjalnego języka kraju.
2004	Oficjalne uznanie irlandzkiego języka migowego i brytyjskiego języka migowego w Irlandii Północnej.
2004	Oticon opracowuje technologię Sztucznej Inteligencji do przetwarzania sygnałów dźwiękowych, odbieranych przez użytkownika aparatów słuchowych. Technologia pozwala na zbieranie danych o sposobach i warunkach użytkowania aparatów, kontrolę głośności, wykrywanie różnic między dźwiękami mowy a hałasem.
2006	Powołanie Międzynarodowej Akademickiej Rady Konsultacyjnej Academic Advisory Council przy National Cued Speech Association (NCSA) w celu inicjowania, wspierania i upowszechniania wyników badań naukowych, dowodzących skuteczności stosowania metody cued speech i jej narodowych odpowiedników.
2006	Protest na Uniwersytecie Gallaudeta przeciwko wyborowi nowego rektora, Jane K. Fernandes, pod hasłem „Nie dość głucha dla Głuchych”.
2006	Liczba osób z uszkodzonym słuchem na świecie została oszacowana na ok. 560 mln.

Źródła: S. Mauersberg (red.) 1990; E. Nurowski 1983; O. Sacks 1998; B. Szczepankowski 1999; <http://deafness.about.com/od/deafhistory/>; www.aslinfo.com; http://members.aol.com/deafcultureinfo/deaf_history.htm; www.cuedspeech.org; www.deafinfx.com; www.etnet.org/museum/exhibits/hearingaids/; www.fonogesty.org; www.handspeak.com

Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną

pod redakcją naukową

Jacka J. Błeszyńskiego, Ditty Baczały i Józefa Binnebesela

Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej w Łodzi 2008

Elżbieta M. Minczakiewicz

Uniwersytet Pedagogiczny KEN – Kraków

WSPARCIE LOGOPEDYCZNE W UJĘCIU HISTORYCZNYM W WYBRANYCH OBSZARACH I ZAKRESACH DZIAŁALNOŚCI SPECJALISTYCZNEJ

Nic nie powoduje większego niezrozumienia,
krytycyzmu i wrogości, niż niezdolność człowieka do mówienia
lub też utrata tej zdolności.

Glenn Doman 1996

Uwagi wstępne

Podejmując się zadania wymuszonego tytułem niniejszego opracowania, wnet uświadomiłam sobie, jak trudne wyzwanie stoi przede mną. Historia wszak, która ma stanowić jego tło, stawia nie lada wymóg synchronizacji chronologii, faktografii i obiektywizmu. Stąd jednym z zasadniczych pytań, jakie postawiłam sobie na wstępie, to pytanie: „Od czego zacząć?”

Otóż w wyniku kwerendy literatury przedmiotu i namysłu nad postawionym sobie celem zdecydowałam, iż za kryterium, które pozwoli uporządkować fakty osadzone w biegu historii związanej z rozwojem opieki i wsparcia logopedycznego, przyjmę przepiękne przykłady działalności wielu znaczących postaci, które na stałe wpisały się w historię polskiej logopedii, a pośród których nie może zabraknąć takich nazwisk, jak: Jan Siostrzyński (1788–1824), Jan Baudouin de Courtenay (1845–1929), Władysław Ołtuszewski (1855–1922), Aleksandra Mitrinowicz-Modrzejewska (1898–1975), Jan Szmurło (1967–1952), Benedykt Dylewski (1894 – brak daty śmierci), Franciszek Popiół (1903–1980), Irena Styczek (1924–1981), Genowefa Demel (1926) oraz Leon Karczmarek (1911–1996). To wokół tychże wielkich postaci wije się ścieżka historii, pozwalająca ukazać trud zmagania jednych, w trosce o pomoc

i wsparcie dla drugich. Wchodząc na ową ścieżkę spróbujemy z jednej strony zauważyć wyraźnie artykułowane potrzeby dzieci i młodzieży z diagnozą wad i zaburzeń mowy, a z drugiej sposoby ich widzenia i trud podejmowanych wysiłków, będących odpowiedzią na nie. Tak nakreślone relacje: oczekujących pomocy i niosących ją potrzebującym, będą treścią i myślą przewodnią niniejszego opracowania.

Początki praktyki logopedycznej i wsparcia specjalistycznego udzielanego dzieciom i młodzieży z wadami i zaburzeniami mowy

Posiłkując się kartami historii, spójrzmy jak piękne świadectwo rozumienia stanu i potrzeb osób dotkniętych wadami i zaburzeniami mowy oraz gotowości niesienia im wsparcia i pomocy daje Jan Sierzyński (1788–1824) – lekarz, pedagog, a właściwie surdopedagog i surdologopeda. To jemu poczesne miejsce w historii opieki logopedycznej, zapewnia do dziś nieopublikowana praca zatytułowana *Teoria i mechanizm mowy* (1820). Praca ta jest, niewątpliwie, pionierskim wkładem autora w dziedzinę surdologopedii, a pośrednio i wsparcia społecznego osób wymagających pomocy. Dzieło to odznacza się śmiałością nowatorskich koncepcji i poglądów, a ponadto jest przykładem na to, że jego autor zdawał sobie sprawę z potrzeby wsparcia specjalistycznego i niesienia pomocy tym, którzy znajdują się w szczególnie trudnej sytuacji. Zwrócił uwagę na potrzeby osób niesłyszących, którym brak słuchu praktycznie uniemożliwia normalny rozwój mowy, a tym samym opanowanie języka ojczystego. Autor zawarł w swym dziele, obok szczegółowych wskazówek dotyczących kształcenia mowy u niesłyszących, również dwie interesujące klasyfikacje głosek, z których jedna uchodziła za zupełnie oryginalną, druga, bardziej tradycyjna, była pewną modyfikacją klasyfikacji już istniejących. Proponowane zabiegi i porady w znacznej mierze miały ułatwić niesłyszącym, i nie tylko im, opanowanie podstaw rozwoju mowy i języka. Biorąc pod uwagę pierwszą z nich, opartą na kryterium akustycznym, a zwłaszcza takich zmiennych, jak głos i wydech, J. Sierzyński wyróżnił głoski:

- głośnie, do których zaliczył samogłoski: a, e, ę, i, y, o, ą oraz spółgłoskę „j”;
- nieme, zwane półdźwiękami lub półbrzmieniami, do których zaliczył: l, ł, m, n, ń, r, w, z, ź, ż, dz, dź, dż;
- ciche długie lub dechowe: h, ch, f, s, sz, ś, c, cz, x;
- ciche krótkie: p, b, t, d, k, g, q.

Podstawą drugiej klasyfikacji głosek było miejsce artykulacji. W klasyfikacji tej autor uwzględnił głoski:

- wargowe: o, u, f, w, p, b;
- zębowe: s, z, c, dz, t, d;
- gardłowe: a, k, h, g;
- językowe: e, i, l, r;
- nosowe: m, n.

Na osobne podkreślenie i uznanie zasługuje jego racjonalny sposób ujmowania potrzeb człowieka, na wskroś nowoczesny stosunek do nauki, zarówno teorii, jak również praktyki logopedycznej. Zdaniem autora pracy *Teoria i mechanizm mowy* – wyniki badań empirycznych winny być wykorzystane nie tylko w doskonaleniu samej praktyki specjalistycznej, ale także, a może przede wszystkim, do budowania podstaw szeroko rozumianej teorii. Postulat ten Sierzyński realizował konsekwentnie w swoim życiu, co dokumentują zachowane przekazy historyczne (B. Kaczmarek 1969; L. Kaczmarek 1983).

W zakresie pracy z niesłyszącymi Sierzyński zalecał:

- wczesne kształtowanie mowy dziecka (4–5 rok życia);
- zastosowanie do nauczania głuchych właściwej artykulacji, specjalnego systemu znaków ręczno-ustnych (tzw. mowa uwidoczniona);
- korzystanie z pomysłowych wprawek wymawianiowych dla ułatwienia opanowania mowy oralnej.

Ponadto dla potrzeb praktyki dokonał klasyfikacji głuchoty, wyróżniając pięć stopni utraty słuchu. Podkreślał znaczenie resztek słuchu w nauczaniu i kształtowaniu mowy głuchych. Uznał za istotną, obserwację ruchów twarzy w percepcowaniu wypowiedzi przez głuchego wtedy, gdy zawodzą resztki słuchu. Zwrócił uwagę na występujące u głuchych wady głosu (np. wymowa nosowa, głos chrapliwy, przytłumiony, ścieśniony, zachuchany) oraz na możliwości wykorzystania zjawisk dotykowych i wibracyjnych przy uczeniu osób głuchych mowy od podstaw (por. B. Kaczmarek 1969; L. Kaczmarek 1994).

Podążając szlakiem historii, warto również odnotować nowatorski ślad działalności Jana Baudoïn'a de Courtenay (1845–1929), zwracając uwagę na znaczące miejsce teŝe działalności, koncentrując się na profilaktyce i terapii logopedycznej. Nie jest dziełem przypadku, że ten wielki humanista, filozof i myśliciel został nazwany „prekursorem nowoczesnej logopedii” (L. Kaczmarek 1983). Jako myśliciel, działacz społeczny, wykładowca i badacz języka dziecka, wniósł niewątpliwie wielki swój osobisty wkład w rozwój językoznawstwa i współczesnej logopedii. Już jako dziewiętnastoletni student został autorem nieopublikowanej rozprawki, w której zwrócił uwagę na trzy zasadnicze aspekty mowy: logiczny, psychologiczny i fizjologiczny. W latach 1867–1868 J. Baudouin de Courtenay swą wydaną w języku niemieckim rozprawką zapoczątkował badania nad językiem dzieci w Polsce, walnie przyczyniając się do rozwoju opieki nad dzieckiem. Do jego dorobku wniesionego do teoretycznych i pragmatycznych podstaw polskiej logopedii naleŝą między innymi: *Szkice językowe* (1904), *Z patologii i embriologii języka* (1885), *O ogólnych przyczynach zmian językowych* (1885).

Warto podkreślić, że J. Baudouin de Courtenay, prowadząc skrzętnie obserwacje nad fizycznym i umysłowym rozwojem pięciorga własnych dzieci, pokazał, jak ważną rolę w poznawaniu stanu i ustalaniu potrzeb dzieci, a także potrzeb osób dorosłych z problemami logopedycznymi (np. brak rozwoju lub opóźnienie rozwoju mowy, wady i zaburzenia mowy o zróżnicowanej etiopatogenezie i zróżnicowanych etiopatomechanizmach) odgrywa systematycznie prowadzona obserwacja i umiejętność interpretacji jej wyników. Zgromadzone w rękopisie materiały,

jakie pozostawił, są wyrazem kunsztu myśliciela i wnikliwego obserwatora, co potwierdzają zapiski, częściowo wykorzystane przez Marię Chmurę-Klekotową, w wydanym w 1974 roku wyborze, zatytułowanym *Spostrzeżenia nad językiem dziecka*. Wsparcie logopedyczne odpowiadające potrzebom człowieka, niezależnie od fazy jego ontogenetycznego rozwoju (dziecko, dorastający czy dorosły), musi być poparte rozległą wiedzą i doświadczeniem osoby chcącej udzielić wsparcia oraz autentycznością podejmowanych decyzji i działań pomocowych.

Pisząc o wsparciu logopedycznym w ujęciu historycznym, nie sposób przejść obojętnie wobec postaci Władysława Ołtuszewskiego (1855–1922) – lekarza, foniatry, terapeuty oraz twórcy medycznych podstaw logopedii. To on wszak zapoczątkował polskie piśmiennictwo naukowe, metodyczne i popularne o biospołecznych podstawach rozwoju mowy, ukazując zjawisko mowy przede wszystkim w aspekcie fizjologicznym i patologicznym. Jego zainteresowania, które skupiały się w znacznej mierze na zagadnieniach związanych z zaburzeniami mowy, a więc na patologicznym aspekcie mowy, jak też na niedorozwoju psychicznym dzieci, dowiodły jak istotnym czynnikiem dla rozwoju społecznego człowieka z problemami logopedycznymi jest niesiona mu pomoc i wsparcie, adekwatne do potrzeb jednostki. Słusznie więc uznaje się dziś Ołtuszewskiego za twórcę polskiej logopedii korekcyjnej, nazywanej też terapią logopedyczną (L. Kaczmarek 1976; E. M. Minczakiewicz 1998). Jego przemyślenia i konkretne przykłady wspomagania specjalistycznego pokazuje prowadzona przez niego praktyka. Władysław Ołtuszewski prowadził bowiem w latach 1892–1922 w Warszawie, wraz ze swą żoną Zofią, Zakład Leczenia Zboczeń Mowy. Wynikami swej codziennej, a jakże owocnej pracy dzielił się na łamach czasopism „Medycyna” i „Zdrowie”. Często też swe spostrzeżenia ujawniał podczas posiedzeń Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, którego był aktywnym członkiem i oficjalnym przedstawicielem. Wygłaszał odczyty naukowe w Warszawskim Towarzystwie Higienicznym, propagując i popularyzując, zwłaszcza wśród nauczycieli, wiedzę o zboczeniach mowy u dzieci i możliwościach ich przezwyciężania i leczenia (por. G. Demel 1975; E. M. Minczakiewicz 1998). Zapoczątkował polskie piśmiennictwo fachowe z dziedziny badań naukowych nad mową, jej zaburzeniami oraz sposobami ich przezwyciężania (G. Demel 1975). W obszarze jego zainteresowań znajdowały się nie tylko zaburzenia, ale również cała problematyka dotycząca rozwoju mowy dziecka. Zwracał uwagę na etiologię i patogenezę zaburzeń mowy, które podobnie jak dokonana przez niego etiologiczna (przyczynowa) klasyfikacja zaburzeń mowy, do dzisiaj znajdują uznanie wielu współczesnych teoretyków i badaczy złożonego procesu mowy i jej zaburzeń.

Opracował „prawidła higieniczne” rozwoju mowy, kierując je przede wszystkim do rodziców. Prawidła te do dziś nie straciły na aktualności. Szczególny akcent położył na potrzebę kształcenia i usprawniania funkcji zmysłów (np. dotyku, słuchu, wzroku, a także smaku i węchu), gdyż bez ich udziału trudno nauczyć się prawidłowo myśleć i mówić. Zwrócił uwagę na związek zachodzący pomiędzy rozwojem mowy dziecka a jego ogólną sprawnością motoryczną, motywacją i nastrojem (np. nastrój podwyższony lub nastrój obniżony może wydatnie

wpływać na jakość budowanych i odbieranych komunikatów). To on zauważył, iż pierwszym ze „specjalistów” i najważniejszym w życiu człowieka, który potrafi ukierunkować rozwój mowy dziecka, jest pełna dobroci i ciepła, matka i kochający, lecz stanowczy w swych poczynaniach ojciec. To oni bowiem są jego najbliższymi „nauczycielami i logopedami”, których wsparcie jest dziecku tak bardzo potrzebne. Zdaniem autora „prawideł higienicznych” – dopiero w dalszej kolejności system wsparcia logopedycznego dziecka potrzebującego pomocy specjalistycznej przenosi się na nauczyciela, któremu przypisuje rolę partnera i instruktora, a nade wszystko fachowca świadomego roli i znaczenia profilaktyki logopedycznej. Nauczyciela Oltuszewski uważał bowiem za mistrza treści i formy wypowiedzi słowno-językowej bądź pisanej, przewodnika po życiu oraz sprzymierzeńca lekarza foniatry i kontynuatora jego zaleceń (S. Dąbkowski 1955; G. Demelowa 1975; A. Mitrinowicz 1949; E. M. Minczakiewicz 1998). Impulsem do działania, poszukiwania i krzewienia nowych idei i koncepcji teoretycznych była dla Oltuszewskiego niewątpliwie praktyka specjalistyczna. Ta wiązała się z powstałym w 1880 roku w Warszawie Domem Zdrowia Doktora Oltuszewskiego – to jest prywatną lecznicą, która specjalizowała się w chorobach nerwowych i psychicznych – oraz powołanym przy nim w 1892 roku Warszawskim Zakładem Lecznym dla Osób Dotkniętych Zboczeniami Mowy (L. Kaczmarek 1976; E. M. Minczakiewicz 1998). Szczególny akcent Oltuszewski położył na pracę z osobami jąkającymi się, którymi dotąd nikt się praktycznie nie zajmował. On jako jeden z pierwszych zauważył, że cykl leczenia osób dotkniętych tym, wielce uciążliwym, zaburzeniem, jakim jest jąkanie się, jest stosunkowo długi. Jego zdaniem długotrwałe leczenie (to może trwać około 2–3 miesiące, a nawet dłużej, gdy w grę wchodzi szczególny rodzaj zaburzenia) wymaga należytego wsparcia ze strony otoczenia, a zwłaszcza akceptacji najbliższej rodziny. Zauważył przy tym, iż pomocy logopedycznej „pacjent logopedyczny” wymagał będzie przez jakiś czas, a w niektórych przypadkach, nawet przez całe życie. W związku z tym Oltuszewski udzielał wskazówek nie tylko samemu zainteresowanemu, ale również rodzicom i dalszej rodzinie. W razie pojawienia się trudności zawsze służył poradą, zalecając również kontrolę postępów terapii logopedycznej.

W swej praktyce Oltuszewski stosował dwie formy wsparcia specjalistycznego, które do dziś nie straciły na swej aktualności. Pierwszą z nich było leczenie ogólne – często wymagające stosowania środków farmakologicznych, psychoterapii, przyrodolecznictwa oraz leczenia poprzez ruch. Preferował bowiem aktywność ruchową opartą na celowo dobranych ćwiczeniach gimnastycznych, marszach i wędówkach w leczeniu wad i zaburzeń mowy u osób dorosłych, a w przypadku dzieci z diagnozą opóźnienia rozwoju oraz wad i zaburzeń mowy zalecał zabawy ze śpiewem, różnego rodzaju mruczanki, wyliczanki, rymowanki itp. Drugą z form wsparcia logopedycznego było usprawnianie narządów mowy, niejednokrotnie wymagające zastosowania zabiegu korekcyjnego, a nawet chirurgicznego. Proponowane formy wsparcia wymagają uwzględnienia wszystkich komponentów, od których zależne jest mówienie i rozumienie, a w ostateczności porozumiewanie się ludzi ze sobą. Kładł nacisk nie tylko na budowę anatomiczną

narządów mowy, ale także, a może przede wszystkim, na usprawnianie funkcji układów: oddechowego, fonacyjnego, artykulacyjnego oraz odbiorczego (trening słuchowy) (S. Dąbkowski 1955; E. M. Minczakiewicz 1998). W leczeniu zaburzeń mowy – jak podkreślał W. Oltuszewski – ważną rolę odgrywa świadomość pacjenta i jego aktywny udział w procesie rehabilitacji oraz współpraca z jego najbliższym otoczeniem, w szczególności z rodziną (rodzicami, rodzeństwem, opiekunami, dziadkami i innymi krewnymi).

W naukowym nurcie działalności Oltuszewskiego nie sposób pominąć zapoczątkowanego przez niego, fachowego, polskiego piśmiennictwa dotyczącego badań nad wymową, mową (jako procesem) i jej wadami. Wiedzę na ten temat zgromadził w rozdziale zamieszczonym w podręczniku (opracowanie zbiorowe), przeznaczonym dla kierowników szkół, nauczycieli i lekarzy, pt. Higiena szkolna (1896). Zdaniem autora, nauczycielowi, w jego codziennej pracy z uczniami z wadami i zaburzeniami mowy, nie wystarcza znajomość fizjologii i patologii mowy. Jemu potrzebna jest umiejętność rozpoznawania stanu i potrzeb dziecka w zakresie jego samopoczucia, osobistych doznań, a dalej w zakresie rozwoju mowy i języka (A. Mitrinowicz 1949; E. M. Minczakiewicz 1998). We wzmiankowanym rozdziale autor zamieścił szczegółową charakterystykę procesu oddychania, fonacji i artykulacji. Uważał bowiem, iż mówienie – z punktu widzenia fizjologii – jest skoordynowaną czynnością narządów: oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego, o czym winni pamiętać ci, którzy mają wspomagać rozwój dziecka we wszystkich jego sferach. Zajmując się mową dziecka, dokonał porządkującej etapizacji jej rozwoju, wyróżniając przy tym dwa równoległe tory rozwojowe, to jest tor rozwoju prawidłowego (u dzieci w normie rozwojowej) i tor rozwoju zaburzonego, który obserwujemy u dzieci opóźnionych w rozwoju intelektualnym, nierzadko z towarzyszącymi mu dysfunkcjami sensorycznymi.

Do form wsparcia logopedycznego, zapoczątkowanych przez Władysława Oltuszewskiego, nawiązują: Aleksandra Mitrinowicz-Modrzejewska (1898–1875), związana początkowo z Ośrodkiem Krakowskim, a potem z Ośrodkiem Warszawskim, oraz Jan Szmurło (1867–1952) i jego uczeń Benedykt Dylewski (1894) – obydwaj związani z Ośrodkiem Wileńskim.

Aleksandra Mitrinowicz-Modrzejewska (1898-1975) – lekarz, audiolog i foniatra, dostrzegając pilną potrzebę zajęcia się osobami z deficytami słuchu, mowy oraz głosu. Pracę z pacjentem z zaburzeniami głosu, mowy i słuchu rozpoczęła w Klinice Neuropsychiatrycznej Akademii Medycznej w Krakowie, będąc jeszcze studentką III roku Wydziału Medycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego. W 1926 roku, już jako doktor wszech nauk lekarskich, była na rocznym stypendium w Wiedniu, gdzie realizowała studia specjalistyczne w znanym już wówczas w świecie Ośrodku Foniatrycznym przy Klinice Otolaryngologicznej, kierowanym przez profesora Emila Fröschelsa. Po powrocie do kraju organizowała opiekę foniatryczną i logopedyczną w jednym z zakładów dla dzieci upośledzonych umysłowo w Rabce. W 1929 roku – dzięki inicjatywie ówczesnego kierownika Kliniki Neuropsychiatrycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, profesora Jana Piltza – powstała w Krakowie pierwsza w Polsce placówka foniatryczna, której kierown-

ictwo zostało powierzone właśnie Aleksandrze Mitrinowicz. W celu udostępnienia leczenia chorym, a przede wszystkim dzieciom i młodzieży szkolnej z diagnozowanymi wadami i zaburzeniami mowy, porady odbywały się bezpłatnie. Sama Mitrinowicz, jako ówczesny kierownik placówki, nawiązała ścisłą współpracę z Kuratorium Szkolnym w Krakowie, organizując kursy dla nauczycieli w celu zapoznania ich z zagadnieniami związanymi z patologią głosu i mowy oraz leczeniem wad i zaburzeń mowy. Uważała bowiem, że taka forma wsparcia logopedycznego może być o wiele bardziej korzystna i skuteczna, niż sporadycznie udzielane porady i pomoc dziecku potrzebującemu.

Aleksandra Mitrinowicz-Modrzejewska chętnie współpracowała z logopedami. Prowadziła dla nich kursy specjalistyczne i staże szkoleniowe. Opracowała dla nich między innymi schematy i zestawy ćwiczeń logopedycznych (w tym zestawy ćwiczeń emisyjnych) dla osób z zaburzeniami głosu, słuchu i mowy.

Głównym nurtem jej zainteresowań zawodowych, jak wynika to z powyższego przekazu – były zaburzenia głosu, słuchu i mowy. Przede wszystkim interesowała ją problematyka zaburzeń mowy i szeroko pojętej korekcji, zwłaszcza w przypadku jąkania, wielopostaciowej dyslalii, pseudofonastonii i afonii. W pracach z tego zakresu wykorzystywała najnowsze osiągnięcia z dziedziny neurofizjologii, psychologii, językoznawstwa oraz teorii informacji i komunikacji. Jeszcze przez wielu cenione są jej koncepcje dotyczące terapii logopedycznej w przypadku wady wrodzonej rozszczepu podniebienia i wargi jako rozwojowego zaburzenia wieloukładowego.

Dużym zainteresowaniem cieszyły się również jej prace z zakresu rehabilitacji zaburzeń mowy typu afatycznego oraz zaburzeń mowy u osób po zabiegu laryngektomii (tj. po częściowym lub całkowitym usunięciu krtani) oraz propagowana przez nią metoda wokalistyczna.

Jako pierwsza w Polsce wprowadziła nowoczesną opiekę lekarską nad jednostkami z zaburzeniami mowy, głosu i słuchu, metodę wokalistyczną do rehabilitacji bezkrtaniowców i metodykę rehabilitacji głuchoty wieku dziecięcego, poszechnie przyjętą nie tylko w Polsce, ale i innych krajach świata. Opracowała własne metody badań diagnostycznych, leczenia i rehabilitacji osób z zaburzeniami głosu, słuchu i mowy, które przez wiele lat (niestety) nie znajdowały należytego zrozumienia i aprobaty.

Kontynuatorami pięknej idei W. Oltuszewskiego, obok Aleksandry Mitrinowicz-Modrzejewskiej, byli także (związani z ośrodkiem wileńskim) Jan Szmurło i Benedykt Dylewski, o których nie można w tym miejscu nie wspomnieć.

Profesor Jan Szmurło (1867–1952), działający w ośrodku wileńskim w latach trzydziestych XX wieku, oraz jego uczeń Benedykt Dylewski (ur. 1894), związany poprzednio przez wiele lat z warszawską higieną szkolną, rozwijali dzieło wielkiego poprzednika i inicjatora, jakim był wielokrotnie już wspomniany Władysław Oltuszewski. Ośrodek wileński nie tylko prowadził działalność poradniczą, ale też wypracował cały wzorcowy system opieki logopedycznej, do czego przyczynił się Benedykt Dylewski. Zaczątkiem rozwoju systemu wsparcia i opieki logopedycznej na wileńszczyźnie była zaznaczająca się działalność Benedykta Dylewskiego,

który za sprawą swego mistrza i nauczyciela, kierownika Kliniki Uszno-Gardlanej – profesora Jana Szmury, odbył w funkcjonującej na terenie Kliniki, Przychodni Fonologicznej, roczny staż specjalistyczny. W związku z zamiarem niesienia wsparcia i pomocy dzieciom z wadami i zaburzeniami mowy, Benedykt Dylewski odwiedził wiele, podobnych placówek leczniczych Europy. Był bowiem w Wiedniu, Pradze, Berlinie, Paryżu i Monachium, by po powrocie do Wilna w 1930 roku zostać jednym z głównych organizatorów Szkolnej Przychodni Fonologicznej dla dzieci z zaburzeniami mowy i głosu. Z inicjatywy pracowników tejże przychodni dokonano rejestracji uczniów wadliwie mówiących i otwarto dla nich w 1931 roku, w jednej ze szkół powszechnych Wilna, osobną klasę. W 1932 roku Klinika Uszno-Gardlana zorganizowała czteromiesięczny kurs z zakresu terapii logopedycznej dla nauczycieli i lekarzy szkolnych, którego program został zatwierdzony przez Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego. Kurs ten pomyślnie ukończyło około 30 osób, a dodam, iż w tym samym, tj. 1932 roku, otwarto przy innych szesnastu szkołach powszechnych, zlokalizowanych w różnych dzielnicach Wilna, kolejne klasy dla dzieci wadliwie mówiących. Szkoły prowadzące te klasy utrzymywały ścisły kontakt ze Szkolną Przychodnią Fonologiczną, której kierownikiem był Benedykt Dylewski, sterujący działalnością całego, zorganizowanego już wówczas systemu opieki logopedycznej. Ciekawostką może okazać się fakt, iż nauczyciele prowadzący zajęcia z dziećmi mającymi trudności w mówieniu (tj. z rozlicznymi wadami i zaburzeniami mowy) opłacani byli przez Kuratorium Oświaty i korzystali z przysługującej im zniżki godzin (L. Kaczmarek 1976; E. M. Minczakiewicz 1998). Szkolna Przychodnia Fonologiczna sprawowała opiekę nad klasami, przeznaczonymi dla dzieci z wadami i zaburzeniami mowy, a konsultując trudniejsze przypadki i udzielając nauczycielom wskazówek metodycznych, kontrolowała także postępy uczniów w zakresie terapii logopedycznej. Ogółem na terenie Wilna w latach trzydziestych XX wieku działały dwie centralne przychodnie prowadzące działalność z zakresu terapii logopedycznej. Jedną z nich była Przychodnia Szkolna, lecząca dzieci i młodzież, drugą zaś – zorganizowana przy Klinice, Przychodnia dla Dorosłych. Ponadto działało 15 punktów ambulatoryjnych i kilkanaście klas dla uczniów wadliwie mówiących. Szczególne znaczenie dla rozwoju systemu opieki logopedycznej miały organizowane przez Benedykta Dylewskiego kursy z zakresu logopedii dla lekarzy szkolnych i nauczycieli. Dylewski uważał, że usuwanie wad wymowy powinno odbywać się dwutorowo, a więc systemem ambulatoryjnych porad i zabiegów logopedycznych prowadzonych w szkołach lub specjalnych klasach, a także szkołach przeznaczonych wyłącznie dla uczniów wadliwie mówiących. Uważał on, że każda szkoła powinna mieć swojego logopedę, którego nazywał „fonologiem” (por. I. Styczek 1979; M. Janeczko 1992; E. M. Minczakiewicz 1998). Sam nie był jednak zbyt entuzjastycznie nastawiony do działalności poradnianej, w której dostrzegał wiele niedociągnięć natury organizacyjnej i technicznej. Był natomiast rzecznikiem i gorącym zwolennikiem obowiązkowych zajęć logopedycznych dla dzieci z ciężkimi wadami i zaburzeniami mowy, prowadzonych przez Centralną Przychodnię Fonologiczną, wyposażoną w odpowiedni sprzęt i przyrządy do badań, zabiegów pomocniczych

i ćwiczeń mowy. Wielokrotnie apelował do rodziców, nauczycieli, wychowawców oraz wszystkich osób mających kontakt z dziećmi o pomoc w kształtowaniu poprawnej wymowy. W pracy *Higiena mowy i głosu na terenie szkół*, która ukazała się w 1934 roku, wskazywał na potrzebę:

- stworzenia warunków do normalnego rozwoju fizycznego dziecka;
- starannego i dokładnego badania słuchu u wszystkich dzieci, a zwłaszcza dzieci ryzyka okołoporodowego;
- prowadzenia ćwiczeń usprawniających narządy mowy, rozwijających mimikę i gestykulację o charakterze komunikacyjnym;
- doboru odpowiedniego słownictwa dla dzieci oraz ciągłego wzbogacania go;
- walki z naśladownictwem błędnej wymowy otoczenia;
- przestrzegania higieny głosu przez nauczycieli i uczniów podczas mówienia i śpiewu (sugerował intencjonalny dobór repertuaru pieśni i piosenek, dostosowany do wieku życia i zdolności percepcyjnych dzieci; uważał, iż przeznaczony dla nich repertuar wokalny, winien pod względem treści i linii melodycznej odpowiadać naturze dziecka).

Merytoryczną podstawą terapii logopedycznej prowadzonej w szkołach wileńskich, była opracowana w 1938 roku przez Jana Głębockiego metodyka pracy zatytułowana *Zwalczanie wad mowy na terenie szkoły powszechnej*.

Patrząc i oceniając dziś dbałość i troskę o prawidłowy rozwój mowy dziecka z perspektywy czasu uważam, iż oparcie opieki logopedycznej na strukturze i działalności szkolnej miało szczególne zalety, gdyż :

- ćwiczenia logopedyczne można było prowadzić na każdej lekcji, co miało istotne znaczenie w sytuacji uczniów klasy pierwszej, gdzie te można było łączyć z nauką czytania i pisania;
- ćwiczenia można było prowadzić zaraz po lekcjach, co uwalniało uczniów od dodatkowego przychodzenia na zajęcia logopedyczne;
- zajęcia mogły odbywać się systematycznie, powszechnie i kompleksowo przy współudziale nauczyciela-logopedy (logoterapeuty) bądź lekarza szkolnego, a także rodziców, którzy mogli uczestniczyć w zajęciach tego typu.

Warto nadmienić, iż Jan Szmurło i Benedykt Dylewski docelowo planowali upowszechnienie swych wileńskich doświadczeń na cały obszar Polski. Wyrażali nawet gotowość szkolenia kadr, niezbędnych dla potrzeb urealnienia tego przedsięwzięcia. Niestety, inicjatywa B. Dylewskiego, jak również jego piękna akcja na rzecz dziecka specjalnych potrzeb edukacyjnych – dziecka z wadą wymowy, zostały przerwane wybuchem II wojny światowej. Po wojnie wielu inicjatorów pracy na rzecz dziecka z problemami logopedycznymi i systemowego rozwiązania kwestii opieki logopedycznej opuściło Wilno, znajdując dla siebie nowe miejsce zamieszkania i zatrudnienia. Sam Benedykt Dylewski osiedlił się w Lublinie, gdzie swój wypracowany z takim pietyzmem system opieki logopedycznej zamierzał reaktywować i wdrażać – jako sprawdzony i w pełni efektywny. Niestety, pomimo podejmowanych prób i dobrych tego początków, jego zamierzenia nie doczekały się realizacji (por. M. Demel 1959; E. M. Minczakiewicz 1998).

Warszawska Poradnia Ortofoniczna i jej miejsce w rozwoju systemu wsparcia logopedycznego i pomocy osobom z wadami i zaburzeniami mowy

Kontynuację idei wsparcia logopedycznego i niesienia pomocy dzieciom i młodzieży z wadami i zaburzeniami mowy, zapoczątkowanej przez Władysława Ołtuszewskiego, podjęła powstała w Warszawie, z inicjatywy ówczesnego dyrektora istniejącego tam Instytutu Fonetycznego, Tytusa Benniego (1877–1935), Poradnia Ortofoniczna – jedna z najstarszych tego typu placówek w Polsce (L. Kaczmarek 1976; M. Janeczko 1992). Kolejnymi jej kierownikami byli: dr Władysław Jarecki – ówczesny dyrektor Instytutu Głuchoniemych i Ociemniałych w Warszawie (1921–1929), Jan Sapiejewski (1930–1935), Eugeniusz Faliński (1935–1939) oraz, bliższy moim doświadczeniom, Franciszek Popół (1946–1970). Poradnia ta, z chwilą powstania w Warszawie Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej (tzw. „PIPS-u”) w 1922 roku, stała się jedną z jego placówek naukowo-usługowych i przez cały czas istnienia zajmowała się działalnością praktyczną. Specjalizowała się w usuwaniu jąkania u dorosłych, a także u dzieci i młodzieży szkolnej (por. L. Kaczmarek 1976; M. Janeczko 1992).

Już za czasów pierwszego kierownika wspomnianej placówki specjalistycznej, dr. Władysława Jareckiego (1921–1929), Poradnia Ortofoniczna koncentrowała się na zaburzeniach mowy pochodzenia centralnego i próbach ich przewycięzania. Pacjentami wspomnianej poradni byli przede wszystkim dorośli, którzy jako żołnierze doznali urazów głowy, w następstwie których wystąpiły zaburzenia mowy o typie afazji ekspresywnej i impresywnej. W latach 1930–1935 kierownictwo Poradni objął Jan Sapiejewski – nauczyciel głuchych, który zajmował się głównie zaburzeniami mowy pochodzenia obwodowego, diagnozowanymi u dzieci i młodzieży szkolnej. W latach 1935–1939 Poradnię Ortofoniczną powierzono Eugeniuszowi Falińskiemu, który po odbytych szkoleniu w Wiedniu i Paryżu oraz praktyce specjalistycznej znacząco rozwinął działalność usługowo-praktyczną wspomnianej placówki. W tym to okresie Poradnia Ortofoniczna objęła systematyczną opieką logopedyczną dzieci specjalnej troski, które uczęszczały do szkoły ćwiczeń Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej (PIPS-u) w Warszawie oraz dzieci uczęszczające do innych szkół specjalnych z całej Warszawy. Z chwilą wybuchu wojny działalność poradni została zawieszona, a pomocy logopedycznej dzieciom i młodzieży z zaburzeniami mowy udzielali ofiarnie nauczyciele wspomnianego Instytutu Głuchoniemych w Warszawie.

Po zakończeniu działań wojennych, a konkretnie w lutym 1946 roku, reaktywowano działalność Poradni Ortofonicznej przy Państwowym Instytucie Pedagogiki Specjalnej, a jej kierownictwo w tych trudnych, powojennych latach 1946–1970 powierzono Franciszkowi Popiołowi (1903–1980), absolwentowi PIPS-u, który już przed wybuchem II wojny światowej interesował się różnymi

formami wsparcia i pomocy logopedycznej dzieciom z zaburzeniami mowy, stąd też nie obca mu była praca poradniana.

Franciszek Popiół, prowadząc poradnię i pracując w niej ofiarnie i nieprzerwanie przez 25 lat (1946–1970), cały swój czas poświęcał dzieciom, młodzieży i dorosłym z różnymi objawami zaburzeń mowy i głosu. Organizacja oraz metody pracy poradni należycie wypracowane przez Popiolo zasługują dziś na szczególne uznanie. W prowadzeniu poradni niezwykle pomocne okazało się jego wykształcenie pedagogiczne, niezwykle zdolności i efekty samokształcenia oraz bezpośrednie kontakty z ośrodkami zagranicznymi, skąd czerpał wzory i przykłady.

Do Poradni Ortofonicznej kierowanej przez Popiolo przyjmowano wszystkich potrzebujących wsparcia i konkretnej pomocy logopedycznej, a w szczególności osoby jękające się. Dla dzieci jękających się w wieku poniżej 10 roku życia organizowano tam zajęcia indywidualne, natomiast dla młodzieży i dorosłych organizowano pięciomiesięczne kursy, na których zajęcia odbywały się codziennie w grupach 10–12-osobowych (M. Janeczko 1983). Na szczególną uwagę zasługują metody i formy pracy z jękającymi się oraz ich rodzinami. W latach 1952–1956 i 1961–1962 F. Popiół prowadził kursy logopedyczne dla nauczycieli szkół specjalnych, którym w sposób bezpośredni przekazywał posiadaną wiedzę i doświadczenia. Uważał, iż ta pośrednia forma wsparcia logopedycznego i pomocy udzielanej rodzinie poprzez nauczycieli dobrze przysłuży się tym, którzy na nią czekają. Napisał w związku z tym szereg artykułów o zaburzeniach mowy, np.: *Z prac Poradni Ortofonicznej PIPS* („Szkoła Specjalna” 1958), *Obserwacje nad stanem psychicznym jękającego się przed zgłoszeniem się do Poradni i w okresie jego terapii rewalidacyjnej* („Szkoła Specjalna” 1959), *Wady mowy u dzieci klas młodszych* („Życie Szkoły” 1961), *O wadach wymowy u dzieci* („Nowa Szkoła” 1953). Wydał również kilka opracowań na temat wymowy scenicznej i znaczenia wyrazistej wymowy nauczyciela, czym przyczynił się do rozwoju logopedii artystycznej.

Warto również zwrócić uwagę na bliską współpracowniczkę Popiolo – Wilhelminę Ślesińską (1948–1954), która odegrała ważną rolę w jego życiu, oraz Marię Nowińską-Janeczko (1930–1997), która od 1955 włączyła się w działalność logopedyczną zapoczątkowaną owocną współpracą z mistrzem, służąc życzliwą pomocą i wsparciem logopedycznym wszystkim, którzy tego oczekiwali.

Tu jeszcze dodam, iż do wspomnianej Poradni Ortofonicznej przyjmowano dzieci, młodzież i dorosłych praktycznie ze wszystkimi zaburzeniami mowy, choć wyraźnie dominowały przypadki osób jękających się. Te stanowiły około 70% przyjmowanych tam pacjentów. Wśród pozostałych osób zgłaszających się odnotowywano przypadki: dyslalii o nieustalonej etiopatogenezie, alalii, afazji, rynolalii (nosowania), opóźnienia rozwoju mowy i zaburzeń mowy związanych z upośledzeniem umysłowym (oligofazja).

Drugim, obok poradnianej, kierunkiem działalności Poradni Ortofonicznej była działalność dydaktyczno-praktyczna i naukowo-badawcza. Poradnia zajmowała się bowiem szkoleniem nauczycieli i kształceniem studentów PIPS-u zaintereso-

wanych problematyką patologii słuchu i mowy. Jeszcze w latach 1952–1962 organizowano kursy dla nauczycieli prowadzących w szkołach zajęcia korekcyjne z dziećmi wykazującymi różnego rodzaju wady i zaburzenia mowy. Program tych kursów był sprofilowany pod kątem potrzeb uczniów szkół specjalnych. Ukończenie kursu dawało nauczycielom prawo do prowadzenia zajęć logopedycznych w szkołach specjalnych i poradniach logopedycznych, które zaczęły powstawać w różnych ośrodkach i zakątkach Polski. Przygotowanie kadry pozwoliło na stworzenie sieci przyszkolnych punktów logopedycznych, przede wszystkim z myślą o dzieciach upośledzonych umysłowo.

W wielokierunkowej działalności Poradni Ortofonicznej nie sposób pominąć też jej działalności naukowo-badawczej, wypracowania odpowiednich metod i technik badań diagnostycznych oraz strategii terapeutycznych. Skrzętnie gromadzony latami materiał dokumentacyjny pozwalający na ukazanie stopnia skuteczności podejmowanych zabiegów i działań logopedycznych, rodzaju i jakości wsparcia logopedycznego, przechowywany w zbiorach poradni, do dziś może być wykorzystywany dla celów szkoleniowych i kwerendy źródłowej. Taśmoteka nagrań magnetofonowych zawiera przykłady ilustrujące poszczególne zaburzenia mowy i wyniki dotyczące kolejnych etapów prowadzonej terapii logopedycznej. Za pomocą dokumentacji logopedycznej pochodzącej z badań terenowych podejmowano próby określenia rozmiaru i rodzaju zaburzeń mowy u dzieci uczęszczających do wielu przedszkoli i szkół zlokalizowanych nie tylko na terenie Warszawy, ale i w różnych częściach Polski.

Kiedy w 1970 roku Państwowy Instytut Pedagogiki Specjalnej w Warszawie uzyskał status wyższej uczelni o nazwie Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej (WSPS), omawiana wcześniej Poradnia Ortofoniczna została wchłonięta przez Pracownię Technicznych Środków Nauczania i Diagnostyki Dzieci Głuchych oraz Logopedii, co znacznie ograniczyło jej, tak wielce znaczącą dla środowiska logopedycznego, działalność szkoleniową i usługową.

Idea pomocy i wsparcia logopedycznego okresu powojennego i czasów nam współczesnych

Po II wojnie światowej w Ośrodku Warszawskim, oprócz reaktywujących swą działalność ośrodków kształcenia uczniów z diagnozowanymi deficytami rozwoju (np. dla dzieci niesłyszących, przewlekle chorych bądź z niepełnosprawnością intelektualną) organizujących niezbędną dla nich pomoc logopedyczną, powstają nowe placówki, w których wypracowano własne formy organizacyjne. Przykładem może być chociażby Poradnia Foniatryczna Kliniki Otolaryngologicznej Akademii Medycznej w Warszawie, w której w latach 1948–1951 stanowisko logopedy-terapeuty obejmowała Irena Styczek (1924–1981) (M. Przybysz-Piwko 1984; M. Szymczak 1984). Warto wspomnieć również o Poradni Ortofonicznej podlegającej Centralnej Poradni Międzyszkolnej w Warszawie, przy ul. Hożej 88, kierowanej przez doktora medycyny Klemensa Sokala. Z poradnią tą również

łączy się nazwisko Ireny Styczek, która i tu pracowała jako logopeda-terapeuta w latach 1951–1966.

W wymienionych poradniach Irena Styczek prowadziła zajęcia korekcyjne z osobami wadliwie mówiącymi w wyniku wad zgryzu i innych przyczyn prowadzących do pojawienia się seplenia i innych wad wymowy. Od czasów studiów, współpracując z Poradnią Ortofoniczną Centralnej Poradni Międzyszkolnej, I. Styczek kierowała zespołem logopedów, rekrutujących się przede wszystkim z doświadczonych językoznawców, psychologów, foniatorów i audiologów. Owocem efektywnej współpracy tak znakomicie przygotowanej kadry były pisane w latach 1952–1955, wraz z foniatorami i audiologami, artykuły na temat zaburzeń mowy, zamieszczane na łamach „Wiadomości Lekarskich” oraz wskazówki na temat kształtowania mowy u dzieci w wieku przedszkolnym, publikowane w latach 1953–1955 na łamach pisma „Wychowanie w Przedszkolu”. Z inspiracji doktora Klemensa Sokala – kierownika Działu Profilaktyki Wojewódzkiej Przychodni Higieny Szkolnej, przy współudziale logopedów: Danuty Antos i Genowefy Demel – I. Styczek przygotowała poradnik metodyczny dla pedagogów dbających o prawidłowy rozwój mowy dziecka, a także dla logopedów poszukujących skutecznych form i metod pracy logopedycznej z dziećmi wymagającymi wsparcia i pomocy, zatytułowany *Jak usuwać seplenie i inne wady wymowy*. Poradnik ten wydano w 1967 roku, a o powodzeniu i pełnej akceptacji publikacji przekonują nie tylko kolejne wydania książki (1971 i 1978), ale i żywe zainteresowania aktualnie pracujących logopedów. Podręcznik ten jest bowiem wielce cenionym przez środowiska logopedów poradnikiem metodycznym, przydatnym w pracy nie tylko logopedów, ale także nauczycieli, rodziców, pediatrów jako lekarzy pierwszego kontaktu z małym pacjentem, foniatorów i innych specjalistów, pośrednio lub bezpośrednio odpowiedzialnych za prawidłowy rozwój mowy dziecka. Książka zawiera przystępnie podane opisy artykulacji głosek polskich i metody uzyskiwania ich właściwych wymowień (sposoby „wywoływania” głosek) oraz przykłady sposobów utrwalania prawidłowej ich wymowy. Cenną pomocą, zwłaszcza dla początkujących logopedów, są teksty do ćwiczeń oraz różnorodny materiał graficzny (np. kwestionariusze obrazkowe, karty do badania i utrwalania prawidłowej wymowy oraz bogacenia słownictwa dzieci, plansze, atrakcyjne dla dzieci historyjki obrazkowe itp.), służące zarówno do celów diagnostycznych, jak też wielce przydatne podczas prowadzonej terapii logopedycznej. W 1970 roku I. Styczek wydała podręcznik *Zarys logopedii* dla studentów zainteresowanych patologią mowy i głosu, przygotowujących się do pracy z dzieckiem o specjalnych potrzebach edukacyjnych. W książce tej autorka zawarła niezbędne informacje dotyczące zjawiska mowy, mechanizmów neurofizjologicznych pozwalających zrozumieć proces jej powstawania i rozwoju, a także przyczyn leżących u podstaw pojawiających się (zwłaszcza u dzieci) wad i zaburzeń mowy.

Od początków swej działalności praktycznej w zakresie niesienia pomocy logopedycznej osobom wymagającym intencjonalnego i systematycznego wsparcia I. Styczek żywo interesowała się także formami szkolenia kadry dla potrzeb placówek zajmujących się terapią logopedyczną, dostosowaną z jed-

nej strony do stanu i potrzeb dzieci, z drugiej zaś do potrzeb osób dorosłych. Swe koncepcje dotyczące omawianej kwestii i dążenia sfinalizowała w 1974 roku, kiedy to wraz z profesorem Stanisławem Skorupką zorganizowała na terenie Warszawy pierwsze dwusemestralne Podyplomowe Studium Ortofonii Szkolnej, przy Instytucie Języka Polskiego Uniwersytetu Warszawskiego, które już następnego roku (1975) zostało przekształcone w trzysemestralne Podyplomowe Studium Logopedyczne (H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkova 1983). W ciągu trzech lat I. Styczek, kierując warszawskim studium, prowadziła jednocześnie wykłady i ćwiczenia z fonetyki, ortofonii, audiologii i logopedii, by tą drogą przygotować logopedów do pracy z dziećmi i młodzieżą, zwłaszcza z dziećmi w wieku przedszkolnym. Rozumiała – jak mało kto – konieczność przygotowania odpowiedniej dla nich kadry logopedów. Uważała, że z problematyką logopedyczną należy zapoznawać wszystkich, zarówno rodziców, jak też nauczycieli, zwłaszcza z etapu kształcenia przedszkolnego i zintegrowanego, jak również nauczycieli języka polskiego. W związku z tym z jej inicjatywy wprowadzono do programu studiów polonistycznych Uniwersytetu Warszawskiego konwersatorium z logopedii dla studentów III i IV roku. Od 1976 roku sama prowadziła seminaria magisterskie z fizjologii i patologii mowy, cieszące się ogromnym powodzeniem wśród studentów.

Styczek swoją wiedzę i umiejętności logopedyczne przekazywała poprzez różne formy kontaktów ze studentami i słuchaczami kursów, jakie prowadziła dla osób zainteresowanych (np. wykłady, ćwiczenia, spotkania dyskusyjne i kursy szkoleniowe organizowane dla nauczycieli, logopedów i foniatorów). Współpracowała między innymi z Państwowym Instytutem Pedagogiki Specjalnej (PIPS), przekształconym w 1970 roku w Wyższą Szkołę Pedagogiki Specjalnej (WSPS), gdzie w latach 1974-1975 prowadziła wykłady i ćwiczenia z fonetyki. Współpracowała także z Centralnym Ośrodkiem Szkolenia Artystycznego w Warszawie. Wszystkim zainteresowanym w sposób przystępny przekazywała swoje doświadczenia praktyczne i wiedzę niezbędną w pracy logopedy.

Owocem kilkuletnich badań i współpracy naukowej ze specjalistami zajmującymi się problematyką mowy i jej zaburzeń, głównie foniatrami, audiologami i neurologami, była wydana przez nią w 1979 roku, bardzo poczytna praca, zatytułowana *Logopedia*, będąca zmienioną i rozszerzoną edycją wcześniej wydanego *Zarysu logopedii*. W pracy tej, poza teorią niezbędną do zrozumienia mechanizmów mowy i pojawiających się jej zaburzeń, znalazło się miejsce na zamieszczenie jej własnych poglądów opartych na osobistych przemyśleniach, wynikach badań własnych i osobistych doświadczeniach. Omawiany podręcznik – jej autorstwa – jest nieocenionym źródłem wiedzy zarówno o mechanizmach mowy, jak i rozlicznych przyczynach wywołujących wszelkie zakłócenia funkcji percepcyjno-motorycznych, doprowadzających w ostateczności do pojawienia się wad i zaburzeń mowy. Autorka, wyjaśniając przebieg procesu rozwoju mowy, jak również ukazując liczne przykłady pojawiających się jej wad i zaburzeń, wydaje się spieszyć z natychmiastową pomocą tym, którzy mogą z jej rad i doświadczeń skorzystać.

Drugą z placówek funkcjonujących na terenie Warszawy, która odegrała istotną rolę w rozwoju polskiej logopedii, była powstała w latach sześćdziesiątych, kierowana przez dr. Jerzego Serejskiego, Wojewódzka Przychodnia Higieny Szkolnej – Dom Chłopa, przy której powołano prężnie działającą, prowadzoną przez Genowefę Demel (ur. 1926), Poradnię Logopedyczną. Poradnia ta obejmowała opieką dzieci z terenu województwa warszawskiego. Głównym jej celem było niesienie pomocy dzieciom najbardziej zaniedbanym, z poważnymi, często utrwalonymi już wadami i zaburzeniami mowy. Pracownicy wspomnianej Poradni postawieni zostali wobec wielkiego wyzwania. Wkrótce po jej uruchomieniu odpowiedzieli na wyzwanie i stanęli do pracy, by zmierzyć się z wielkością i różnorodnością czekających ich zadań. Zaczęli od nawiązania kontaktu ze szkołami zlokalizowanymi w tzw. terenie i podjęcia wnikliwych badań logopedycznych uczniów, celem ustalenia rozmiaru i rodzaju wad i zaburzeń mowy oraz ustalenia rozmiaru potrzeb i rodzaju niezbędnego im wsparcia logopedycznego. Badania przeprowadzone na terenie: Otwocka, Żyrardowa, Gostynina, Siedlec, Grójca i Grodziska – pozwoliły określić wielkość i rangę problemu. Ze względu na palące potrzeby niesienia pomocy logopedycznej dzieciom z diagnozowanymi wadami i zaburzeniami mowy, Wojewódzka Przychodnia Higieny Szkolnej w trybie natychmiatowym rozpoczęła systematyczne szkolenie nauczycieli i lekarzy szkolnych. Szkolenie to obejmowało podstawowe wiadomości z zakresu logopedii, diagnostyki wad i zaburzeń mowy oraz procedur właściwego kierowania dziećmi do wspomnianej poradni (G. Demel 1967). W wyniku podjętych badań logopedycznych określono rozmiar wad i zaburzeń mowy u dzieci (tu dodam, iż u około 5% dzieci stwierdzono poważne wady i zaburzenia mowy). Dzieci wymagające pomocy logopedycznej kierowano natychmiast do odpowiednich specjalistów. Dodatkowo w ciągu roku szkolnego dla pacjentów przychodni Higieny Szkolnej zorganizowano 6-tygodniowe turnusy logopedyczne w Państwowym Domu Wczasów Dziecięcych w Smoszewie nad Wisłą. Turnusy logopedyczne odbywały się dwa razy w ciągu roku szkolnego; jesienią dla chłopców, a wiosną dla dziewcząt. Na turnusach, oprócz normalnej nauki szkolnej, 3–4 razy w tygodniu prowadzono ćwiczenia logopedyczne. Ponadto wszystkie zajęcia na turnusie (tj. zajęcia szkolne, zajęcia rekreacyjno-sportowe oraz zajęcia świetlicowe) organizowano pod kątem potrzeb logopedycznych dzieci. Oprócz turnusów śródrocznych, dla uczniów klas starszych prowadzono także 6-tygodniowe, letnie kolonie logopedyczne w Świdrze. Tą formą opieki obejmowano przede wszystkim tzw. trudne przypadki. Uczestniczące w turnusach dzieci poddawane były zabiegom farmakologicznym, balneologicznym, ogólnousprawniającym i logopedycznym, ze szczególnym uwzględnieniem zabaw muzyczno-ruchowych i gimnastyki na wolnym powietrzu. Z logopedami zatrudnionymi w poradni współpracowali wychowawcy zatrudnieni na turnusach, utrwalając zalecane przez logopedów ćwiczenia. Wszystkie dzieci uczestniczące w koloniach logopedycznych, po zakończonym turnusie, otrzymywały pisemny instruktaż do domu, by mogły dalej kontynuować pod kierunkiem rodziców zalecane im ćwiczenia logopedyczne i ogólnorozwojowe. Intensyfikując opiekę logopedyczną nad dziećmi z wadami i zaburze-

niami mowy, Wojewódzka Przychodnia Higieny Szkolnej wraz z TPD przystąpiła do organizacji terenowej sieci punktów logopedycznych na bazie powstających Poradni Międzyszkolnych. Ogółem zorganizowano wówczas siedem takich punktów, m.in.: w Mławie, Siedlcach, Ostrowi Mazowieckiej, Grójcu, Grodzisku Mazowieckim, Pruszkowie i Otwocku. TPD zapewniało lokal i wyposażenie oraz zajmowało się stroną organizacyjną powołanych punktów logopedycznych. Wojewódzka Przychodnia Higieny Szkolnej podejmowała natomiast trud czuwania nad stroną merytoryczną, tj. wytyczała cele zajęć, bazując na potrzebach dzieci, przygotowywała programy terapii dostosowane do potrzeb i warunków lokalnych, zapewniała odpowiedni poziom pracy z dziećmi i dobrze wyszkoloną kadrę (tj. dobrze przygotowanych i doświadczonych logopedów), bezpośrednio prowadzącą zajęcia z małymi pacjentami. Do pełnienia funkcji logopedów przygotowywano przede wszystkim nauczycieli z wyższym lub półwyższym wykształceniem w zakresie polonistyki, pedagogiki (w tym pedagogiki specjalnej) oraz psychologii. Punkty Logopedyczne pracowały na zasadzie ustalonych odpłatności. Ćwiczenia prowadzone były indywidualnie lub grupowo. „Trudne przypadki” konsultowano z Poradnią Logopedyczną Wojewódzkiej Przychodni Higieny Szkolnej w Warszawie, z którą terenowe punkty logopedyczne utrzymywały ścisły kontakt i współpracę.

Podstawowe szkolenie praktyczne kandydatów do pracy w terenowych punktach logopedycznych odbywało się w Wojewódzkiej Przychodni Higieny Szkolnej w Warszawie oraz podczas letnich turnusów na tzw. koloniach logopedycznych. Szkolenie kandydatów do pracy z dziećmi wymagającymi opieki i pomocy logopedycznej, obejmowało: anatomię i fizjologię narządów mowy, psychologię, zakłócenia w rozwoju fizycznym, logopatologię wraz z dydaktyką i metodyką ćwiczeń. Podczas szkoleń wykłady prowadzili specjaliści (np. neurolog, psychiatra, audiolog, psycholog, pedagog specjalny, językoznawca). Praktyki zawodowe kandydaci odbywali na koloniach logopedycznych (G. Demel 1967). Idea tego rodzaju opieki nad dzieckiem z wadą wymowy była bardzo ambitna, choć niezwykle trudna do zrealizowania, głównie ze względów organizacyjnych i społecznych (np. brak zrozumienia potrzeb dzieci z wadami i zaburzeniami mowy ze strony nauczycieli, niski stopień świadomości potrzeb tych dzieci ze strony lekarzy szkolnych, brak zrozumienia istoty opieki nad dziećmi i niski stopień zaangażowania ze strony rodziców).

Jeśli dzielimy się sukcesami, to myślę, że trzeba wspomnieć także o porażkach. Otóż piękna akcja niesienia pomocy logopedycznej dzieciom potrzebującym została przerwana wskutek kryzysu, jaki w latach siedemdziesiątych nastąpił w resorcie zdrowia. Ten zahamował całą dobrze zapowiadającą się działalność terapeutyczną na rzecz dzieci z zaburzeniami mowy i zmusił kolejne ekipy rządzące do podjęcia nowych, nie zawsze w pełni skutecznych inicjatyw.

W latach siedemdziesiątych naprzeciw potrzebom niesienia pomocy dzieciom z wadami i zaburzeniami mowy wyszły odgrywające ważną rolę powoływane wówczas poradnie wychowawczo-zawodowe, zatrudniające między innymi logopedów. Logopedzi zatrudniani w tychże poradniach nawiązywali bezpośrednią współpracę

ze szkołami. Zaczęli prowadzić nakreślone na szeroką skalę badania diagnostyczne, obejmując nimi przede wszystkim dzieci wymagające pomocy z racji diagnozowanych u nich trudności w nauce, a w szczególności w czytaniu i pisaniu (dysleksja i dysgrafia). Dzieci te znajdowały pomoc w szkole bądź poradni, zaś te, którym tego rodzaju pomoc nie wystarczała, były kierowane na leczenie do odpowiednich placówek służby zdrowia. Jak zaznacza G. Demel (1978, 1983) – ta ostatnia forma opieki nad dziećmi szkolnymi, obciążona błędem późnej diagnozy i pomocy, nie dawała powodu do radości. Pomoc, jakiej wymagali uczniowie z wadami i zaburzeniami mowy, nie była w ogóle brana pod uwagę albo nadchodziła wówczas, gdy ci doznawali już jawnych niepowodzeń szkolnych. Stąd też w wyniku rewizji całej tej koncepcji dokonano szczegółowej weryfikacji i korekty, przesuując akcent pracy logopedycznej (profilaktycznej i korekcyjnej) ze szkół na przedszkola i ogniska przedszkolne, przygotowujące dzieci do podjęcia nauki szkolnej. Pracę logopedyczną prowadził logopeda współpracujący z nauczycielem przedszkola, który był bezpośrednim wykonawcą jego zaleceń, a jednocześnie łącznikiem pomiędzy nim a rodzicami. Z myślą o przygotowaniu nauczycieli do tej, tak ważnej roli, G. Demel napisała i wydała trzy bardzo wartościowe i niezmiernie przydatne, a przy tym interesujące publikacje, którymi są: *Wady wymowy. Profilaktyka i korekcja* (1974), *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola* (1978) oraz *Elementy logopedii* (1979).

Inną z wielu cennych prób przygotowania nauczyciela przedszkola do pracy z dziećmi wykazującymi wady i zaburzenia mowy był zainicjowany i prowadzony przez Danutę Antos kurs logopedyczny. Kurs zorganizowano w roku szkolnym 1975/1976 przez pracowników Instytutu Kształcenia Nauczycieli i Badań Oświatowych (IKNiBO) w Warszawie, dla dzielnicy Praga-Południe (G. Demel 1983). Podobny kurs na terenie Żoliborza zorganizowała i prowadziła Genowefa Demel. Ten ostatni obejmował 33 godziny wykładu i 57 godzin ćwiczeń. W programie kursu znalazły się takie przedmioty, jak:

- propedeutyka logopedyczna – 2 godz.;
- elementy fonetyki – 4 godz.;
- rozwój mowy (w szczególności wymowy) dziecka – 3 godz.;
- klasyfikacja i charakterystyka zaburzeń mowy – 9 godz.;
- metodyka badania wymowy i zasady prowadzenia dokumentacji – 4 godz.;
- metodyka ćwiczeń logopedycznych – 6 godz.;
- współistnienie zaburzeń mowy z innymi zaburzeniami rozwoju – 4 godz.;
- wybrane problemy współpracy przedszkola z rodziną – 1 godz.;
- praktyka logopedyczna – 57 godz. (G. Demel 1983).

Kurs trwał pół roku. Logopedyczny staż praktyczny nauczycielki przedszkoli odbywały w placówkach przedszkolnych, które je zatrudniały. Wykładowcami na kursie byli doświadczeni logopedzi, zatrudnieni w poradniach wychowawczo-zawodowych, jak również zatrudnieni w placówkach służby zdrowia.

Kilka słów o aktualnie świadczonej pomocy i wsparciu logopedycznym

Opieka logopedyczna w sposób szczególnie zauważalny rozwijała się i rozwija na dwu płaszczyznach działalności praktycznej, to jest: logopedii korekcyjnej (w tym neurologopedii) i surdologopedii. Opieka ta w Polsce ciągle jeszcze nie stanowi jednolitego i obejmującego cały kraj systemu, nad czym ciągle ubolewał, nieżyjący już, Leon Karczmarek (1911–1996) – „Ojciec polskiej logopedii” (L. Karczmarek 1976). Organizowana jest ona nadal w obszarze wpływów dwóch resortów:

1) resortu zdrowia – gdzie pomoc i opiekę nad osobami wymagającymi pomocy roztaczają poradnie foniatryczne, gabinety specjalistyczne w przychodniach, różnego rodzaju ośrodki rehabilitacyjne, szpitale i kliniki (np. Klinika Neurochirurgii Akademii Medycznej, Instytut Pediatrii w Krakowie, Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie-Międzyzlesiu, Centrum Rehabilitacji w Konstancinie, Centrum Rehabilitacji w Reptach Śląskich itp.);

2) resortu edukacji narodowej - gdzie wsparcie i opiekę logopedyczną organizują poradnie psychologiczno-pedagogiczne, gabinety logopedyczne przy przedszkolach i szkołach, gabinety logopedyczne prowadzone przy przedszkolach specjalnych i szkołach specjalnych (np. dla dzieci niesłyszących i słabosłyszących, dla dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, umiarkowanym i znacznym itp.).

Aktualnie sieć placówek logopedycznych obejmuje swym zasięgiem wszystkie większe i średniej wielkości miasta (M. Janeczko 1993). Znacznie trudniej tę opiekę i specjalistyczną pomoc zapewnić potrzebującym, zamieszkałym w małych miasteczkach czy też wioskach, zwłaszcza znacznie oddalonych od miast. Sieć placówek tych znacznie zasilają dziś, organizujące opiekę ambulatoryjną, prywatne gabinety logopedyczne. Te organizują nie tylko specjalistyczne porady, ale również specjalistyczne kolonie dla dzieci z zaburzeniami mowy (np. kolonie dla dzieci z niedokształceniem mowy, z wadami słuchu i mowy, dla dzieci jękających się oraz z objawami dyslalii o trudnej do ustalenia etiopatogenezie). Dobrymi rezultatami tego typu działalności mogą poszczycić się placówki zlokalizowane na terenie wielkich miast, takich jak: Warszawa, Kraków, Gdańsk, Bydgoszcz, Szczecin, Łódź czy Toruń. W wielu ośrodkach logopedycznych prowadzone są też turnusy terapeutyczno-wypoczynkowe dla całych rodzin wychowujących dziecko z problemami logopedycznymi. Ta ostatnia forma opieki logopedycznej ma jednak charakter elitarny i okazjonalny. Jest z pewnością bardzo cenną, lecz drogą formą opieki, na którą mogą sobie pozwolić nieliczne rodziny, stąd organizacja tego rodzaju turnusów nie ma charakteru masowego. Zależna jest od zainteresowania społecznego i zasobności finansowej polskich rodzin.

Warto zauważyć, iż osoby z wadami słuchu (tj. niesłyszące i/lub słabosłyszące), z rozlicznymi trudnościami przejawianymi w kontaktach społecznych, mogą znaleźć stosowną dla siebie pomoc licznych Poradni Rehabilitacyjnych dla Dzieci i Młodzieży z Wadami Słuchu Polskiego Związku Głuchych lub innych

tego typu poradni, zgodnie ze swymi potrzebami i możliwościami docierania do nich. Niezbędnych im porad i wsparcia logopedycznego mogą udzielić: Międzynarodowe Centrum Leczenia Słuchu i Mowy w Kajetanach pod Warszawą, Centralna Poradnia Audiologiczno-Rehabilitacyjna dla Dzieci z Wadami Słuchu w Warszawie, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie bądź Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie-Międzylesiu.

Myślę, że podane tu, wprawdzie wybrane tylko, przykłady w pełni uświadamiają nam, jak trudno jest zewrzeć szeregi, by utworzyć jeden wspólny front, by wszystkim potrzebującym zapewnić oczekiwaną przez nich pomoc i wsparcie logopedyczne satysfakcjonujące zainteresowanych.

Mimo obserwowanych niedociągnięć, niekiedy niebotycznych trudności doznawanych przez wielu potrzebujących zmieniający swe oblicze świat, pełen wewnętrznego rozdarcia i kontrastów, ciągle rzuca nowe wyzwania. Czekają na lepsze, bardziej efektywne rozwiązania, na nowo podejmowane inicjatywy ze strony tych, którzy rozumieją potrzeby ludzi z wadami i zaburzeniami mowy, które z pewnością bardzo ograniczają, a często nawet uniemożliwiają nawiązywanie partnerskich stosunków i relacji z najbliższymi, nie mówiąc już o szerszej rozumianych kontaktach ze światem, które pozostają jedynie w sferze planów i marzeń.

Bibliografia

- Antos D., Demel G., Styczek I. (1978), *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy*, WSiP, Warszawa.
- Dąbkowski S. (1955), *Pionier polskiej foniatryi – Władysław Ottuszewski*, Służba Zdrowia, nr 7.
- Demel G. (1967), *Organizacja terenowej sieci logopedycznej i formy intensyfikacji korekcji mowy*, Logopedia, nr 7, s. 119–121.
- Demelowa G. (1975), *Władysław Ottuszewski*, Logopedia, nr 12, s. 111–114.
- Demel G. (1978), *Przedszkole – podstawowe ogniwo opieki logopedycznej*, Logopedia, nr 13, s. 58–62.
- Demel G. (1978), *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, WSiP, Warszawa.
- Demel G. (1979), *Wady wymowy. Profilaktyka i korekcja*, PZWL, Warszawa.
- Demel G. (1979), *Elementy logopedii*, WSiP, Warszawa.
- Demel G. (1983), *Uwagi organizacyjno-metodyczne dotyczące współpracy logopedy z przedszkolami*, Logopedia, nr 14/15, s. 125–129.
- Doman G. (1996), *Jak postępować z dzieckiem z uszkodzeniem mózgu*, Wydawnictwo „PROTEST”, Poznań, s. 110.
- Gałkowski T. (1978), *Aleksandra Mitrinowicz-Modrzejewska*, Logopedia, nr 13, s. 135–137.
- Janeczko M. (1983), *Franciszek Popiół*, Logopedia, nr 14/15, s. 224–226.
- Janeczko M. (1992), *Z historii współdziałania logopedii i pedagogiki specjalnej*, [w:] U. Eckert i K. Poznański (red.), *Pedagogika specjalna w Polsce*, Wydawnictwo WSPS, Warszawa.
- Kaczmarek B. (1969), *Jan Siostrzyński*, Logopedia, nr 8/9, s. 142–145.
- Kaczmarek L. (1962), *O przedmiocie i zadaniach logopedii*, Logopedia, nr 4, s. 3–7.
- Kaczmarek L. (1983), *Jan Baudouin de Courtenay – prekursor nowoczesnej logopedii*,

Logopedia, nr 14/15, s. 5–14.

Kaczmarek L. (1994), *Jan Siostrzyński syn Ziemi Zamojskiej i pionier fonetyki polskiej*, Scholasticus, nr 1–4.

Kania J. (1971), *Tytus Benni*, *Logopedia*, nr 10, s. 143–148.

Kozłowska K. (1996), *Pomagajmy dzieciom z zaburzeniami mowy*, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce.

Mierzejewska H. (1992), *Uwagi na temat obecnego stanu logopedii w Polsce*, [w:] U. Eckert, K. Poznański (red.), *Pedagogika specjalna w Polsce*, Wydawnictwo WSPS, Warszawa.

Mierzejewska H., Przybysz-Piwko M. (1983), *Irena Styczek*, *Logopedia*, nr 14/15, s. 231–234.

Mierzejewska H. (1996), *Historia warszawskich pięcioletnich Pomaturalnych Studiów Logopedycznych*, *Logopedia*, nr 23, s. 137–147.

Minczakiewicz E. M. (1998), *Początki i rozwój polskiej logopedii*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków.

Mitrinowicz A. (1949), *Współczesna foniatria, jej cele i drogi rozwoju*, *Otolaryngologia Polska*, nr 3.

Mitrinowicz A. (1952), *Afonia spastyczna i jej leczenie*, *Otolaryngologia Polska*, nr 4.

Mitrinowicz A. (1952), *Jąkanie. Przyczyny i leczenie*, PZWL, Warszawa.

Mitrinowicz A. (1953), *Rehabilitacja głosu u bezkrtaniowców*, *Otolaryngologia Polska*, nr 4.

Mitrinowicz-Modrzejewska A. (1986), *Fizjologia i patologia głosu, słuchu i mowy. Rozpoznanie, leczenie i rehabilitacja*, PZWL, Warszawa.

Profilaktyka logopedyczna szansą dla dziecka i logopedy (1996), Wydawnictwo DiG, Warszawa.

Przybysz-Piwko M. (1984), *Doktor Irena Styczek*, *Poradnik Językowy*, nr 3.

Styczek I. (1979), *Logopedia*, PWN, Warszawa.

Szymański J. (1975), *Profesor dr hab. med. Aleksandra Mitrinowicz-Modrzejewska*, *Otolaryngologia Polska*, nr 3.

Szymczak M. (1984), *Wspomnienia o Doktor Irenie Styczek*, *Poradnik Językowy*, nr 3.

Wytyczne w sprawie rozwoju kształcenia specjalnego i pomocy dzieciom z odchyleniami i zaburzeniami rozwojowymi, Ministerstwo Oświaty i Wychowania, Warszawa 1973.

Zaleski T. (1992), *Opóźniony rozwój mowy*, PZWL, Warszawa.

Repozytorium



UMK

Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną

pod redakcją naukową

Jacka J. Błeszyńskiego, Ditty Baczały i Józefa Binnebesela

Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej w Łodzi 2008

Stanisław Lipiński

Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej w Łodzi

HISTORIA RESOCJALIZACJI NIELETNICH*

STAROŻYTNOŚĆ

Stosunek do nieletnich przestępców, zagrożonych demoralizacją, na przestrzeni Sdziejów ulegał różnorodnym zmianom. Możemy odnotować w tym zakresie postępujące zmiany inspirowane z jednej strony szeroko rozumianym humanizmem i racjonalizmem, z drugiej zaś demonologicznym i magicznym sposobem myślenia i niechęcią do nieletnich przestępców, często chorych psychicznie. Nie ulega wątpliwości, że poza nielicznymi przejawami postępowej myśli humanistycznej w przeważającej części nieletni podlegali procesom negatywnej stygmatyzacji i społecznej marginalizacji. Wzory marginalizacji jednostek społecznie niedostosowanych i przestępczych w poszczególnych epokach historycznych były bardzo zróżnicowane. Od zawsze istniał tzw. konflikt pokoleń, który odciskał również piętno na stosunku do krnąbrnych i występnych młodzieńców.

Odwieczne napięcia między młodym a starym pokoleniem K. Pospiszyl (2001, s. 15) traktuje jako normę charakterystyczną dla każdej epoki i przytacza jako anegdotę tekst papirusu z V wieku p.n.e., w którym egipski kapłan narzeka na krnąbrne i nieposłuszne młode pokolenie, co do złudzenia przypomina współczesne utyskiwania na zachowanie młodzieży.

W starożytnym Egipcie w IV wieku p.n.e. nieposłusznych, niechcących się uczyć i źle zachowujących się chłopców zamykano w świątyni dla moralnej poprawy.

W starożytnej Grecji obowiązek wykształcenia dzieci spoczywał zwykle na rodzicach. W Atenach rodzice dbali o to, by ich dzieci umiały czytać, pisać, rachować, śpiewać i grać na instrumencie muzycznym, a przede wszystkim żeby były sprawne fizycznie. Chłopcy od 7 do 16 roku życia oddawani byli do szkół prywatnych pod opiekę trzech pedagogów, tj. gramatysty, kitarzysty oraz paidotryba,

* Artykuł jest częścią szerszego opracowania monograficznego

którzy dbali o ich wszechstronny rozwój. Rodziny bogatsze mogły umożliwić swoim dzieciom kształcenie po 16 roku życia w szkołach sofistycznych lub u indywidualnych, cieszących się powszechnym szacunkiem, pedagogów – biegłych w filozofii i retoryce. W przeciwieństwie do Aten szkolnictwo w Sparcie było państwowe. Dzieci do 7 roku życia były wychowane przez matkę, a później podlegały surowym rygorom wspólnego wychowania w szkole państwowej. Uczono je tam czytania, pisania, śpiewu oraz historii. Przede wszystkim jednak zwracano uwagę na kształtowanie posłuszeństwa, dyscypliny, zasad życia społecznego, oszczędności i zaradności życiowej. Uczniowie za niezgodne z obowiązującymi regułami zachowanie karani byli chłostą. Wszyscy ci, którzy nie mogli sprostać wymaganiom szkoły i porządku społecznego, podlegali procesom marginalizacji (H. I. Marrou 1969).

O tym, że istniał problem wychowania młodzieży moralnie zaniedbanej – świadczy zainteresowanie młodzieżą niedostosowaną pedagogów, poetów i filozofów. Na przykład Platon zalecał umieszczanie młodzieży sprawiającej problemy wychowawcze w domach poprawy. Natomiast Arystoteles domagał się ochrony młodzieży przed demoralizacją powodowaną nieprzyzwoitym postępowaniem dorosłych. Był zwolennikiem ustawowego wykluczenia nieprzyzwoitości językowych w obrębie państwa, argumentując to tym, że mówienie o rzeczach nieprzyzwoitych jest blisko nieprzyzwoitego postępowania (M. Balcerek 1977).

Podobny rygoryzm wychowawczy panował w patriarchalnej rodzinie rzymskiej, w której ojciec posiadał nieograniczoną władzę, a matka zajmowała się wychowaniem dzieci. Model ten dotyczył nawet najbardziej dostojnych i zamożnych rodzin, w których matka (a nie niewolnica) bez reszty oddana była dzieciom.

W starożytnym Rzymie wychowaniu i nauczaniu podlegali chłopcy i dziewczynki od 7 roku życia. Dziewczynki wychowywane były przez matki, a chłopcy przez suwerena, którym zazwyczaj był wykształcony niewolnik grecki. Chłopcy z domów patrycjuszy mogli także uczyć się czytania, pisania i rachunków w prywatnych szkołach rzymskich. Kształcenie odbywało się na trzech poziomach. Na pierwszym literator uczył chłopców i dziewczynki wiedzy ogólnej, na drugim tzw. grammaticus uzupełniał i poszerzał wiedzę zdobytą wcześniej, natomiast na trzecim poziomie retor uczył poprawnej wymowy. Ponadto na wszystkich stopniach kształcenia dbano o wychowanie fizyczne, które odbywało się na lekcjach gimnastyki. Dalszy ciąg kształcenia synów patrycjuszy rzymskich odbywał się w Grecji, gdzie uczono ich filozofii i literatury oraz zapoznawano z kulturą. Kształcono również niewolników w tzw. pedagogiach, uczono ich czytania, pisania i rachunków, przyuczając także do zawodów. Szkolnictwo rzymskie miało charakter publiczny i finansowane było przez miasta lub osoby prywatne (H. I. Marrou 1969).

Stosunki w rodzinie rzymskiej, a szczególnie dominująca rola ojca, uruchamiała mechanizm identyfikacji płciowej oparty na bezwzględnym podporządkowaniu się jego autorytetowi.

Mimo że tak dbano o wykształcenie i wszechstronny rozwój młodzieży, powszechnym zjawiskiem w starożytności był negatywny stosunek do dzieci

z nieprawego łoża, które podrzucano lub sprzedawano w niewolę, oraz do dzieci upośledzonych i kalekich, które czasami również zabijano. Szczególne formy okrucieństwa w stosunku do tych dzieci przejawiano w okresie rozkładu i upadku autorytetu państwa rzymskiego.

Odpowiedzialność karna przestępców została określona przez prawo rzymskie. Prawo XII Tablic traktowało złodziei bardzo rygorystycznie i nie posługiwało się pojęciem nieletniości, jednakże uwzględniało przy ocenie czynu wiek przestępcy. I tak przestępstwa popełniane przez dzieci pretor traktował łagodniej i zwykle zobowiązywał do naprawienia szkody.

Do roku 529 prawo rzymskie (Codex Justinanus) nie uwzględniało pojęcia nieletniości w stosunku do chłopców, jedynie dziewczętom ustalono tę granicę w 12 roku życia. Nieco później, w okresie Justyniana i Teodozjana, granicę dzieciństwa ustalono na lat 7, a nieletniości na lat 14 (M. Kalinowski, J. Pełka 1996). Ostateczny kształt prawo rzymskie w kontekście odpowiedzialności nieletnich przyjmuje w okresie późnego cesarstwa. Przyjęto wówczas następujące przedziały wiekowe:

- dzieci do 7 roku życia;
- niedojrzali chłopcy od 7 do 14 roku życia;
- niedojrzałe dziewczęta od 7 do 12 roku życia;
- dojrzały niedorośli chłopcy od 14 do 25 roku życia;
- dojrzałe niedorośle dziewczęta od 12 do 25 roku życia;
- w pełni dorośli – chłopcy i dziewczęta – po 25 roku życia.

Przez wszystkie okresy prawa rzymskiego dzieci nie ponosiły żadnej odpowiedzialności karnej. Jeden z najwybitniejszych i najbardziej znanych rzymskich jurystów – Ulpianus Domitius (ur. II wieku n.e., zm. 228 n.e.) nie widział różnicy w zakresie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez dziecko i spadającą dachówkę. Kodeks Justyniana (529 r.) składający się z Digestów (Digesta seu Pandecta), zbioru ustaw cesarskich (Codex) i Instytucji (Institutiones) obowiązywał we wschodnim cesarstwie aż do jego upadku, tj. do 1453 roku n.e. Na zachodzie popadł w zapomnienie aż do ponownego odkrycia go przez glosatorów, którzy dodali do trzech istniejących części tzw. Nowele (Novellae). Składający się już z czterech części zbiór prawny w średniowieczu funkcjonował pod nazwą Corpus Iuris Civilis dla odróżnienia go od prawa kanonicznego występującego pod nazwą Corpus Iuris Canonici. Niedojrzali ponosili odpowiedzialność karną tylko wtedy, jeśli uznano ich za poczytalnych i zrozumieli znaczenie popełnianego czynu, a nawet wtedy korzystali ze złagodzenia kary ze względu na wiek. Ten rodzaj odpowiedzialności osób niedojrzałych był warunkowy i podlegał kryteriom poczytalności (K. Kolańczyk 1978). Współczesne systemy prawne również korzystają z pojęć wypracowanych przez prawo rzymskie.

Jak sądzą J. Kalinowski i M. Pełka (1996, s. 16) profesjonalna pedagogika rozpoczęła się od poglądów Kwintyliana zawartych w jego dziele *O kształceniu mówcy*, który gloryfikuje wychowanie instytucjonalne oraz podejmuje problematykę zapobiegania przestępczości przez ochronę młodzieży przed społecznym niedostosowaniem. Autorzy ci cytują pedagogiczne myśli Kwintyliana pocho-

dzące z polskiego przekładu jego dzieła wydanego we Wrocławiu w 1951 roku. Kwintyliian, w swojej rozprawie nie pochwalał swawoli i bezkarności młodzieży, ponieważ, jak sądził, uniemożliwiałoby to jej naukę i kształtowanie pożytecznych nawyków. W celu utrzymania młodzieży w ryzach karności zwracał szczególną uwagę na cechy osobowe nauczyciela, który przez swą nieskazitelność oraz powagę powinien powstrzymać młodzież w swej popędliwości. Uważał, że tłumaczenie jest bardziej skuteczne od karcenia, a nauczyciel powinien być surowy, ale nie ponury, uprzejmy, ale nie zanadto przystępny. Powinien postępować tak, aby z jednej strony nie wzbudzać nienawiści, a z drugiej, aby nie być lekceważonym.

Dzieło Kwintyliiana zostało zagubione i dlatego nie wywarło żadnego wpływu na epokę średniowiecza. Odnaleziono je w XV wieku i dopiero wówczas odzyskało wpływ na teorie wychowawcze.

Średniowiecze i odrodzenie

Średniowiecze (*medius aevus* lub *media tempora*) to okres w historii i kulturze europejskiej rozpoczynający się upadkiem Cesarstwa Zachodniego, czyli od czasu pozbawienia władzy ostatniego cesarza zachodniorzymskiego Romulusa Augustulusa. Natomiast koniec średniowiecza umownie związany jest z kilkoma datami, tj. z rokiem 1450, w którym Gutenberg wynalazł druk, z rokiem 1453, w którym upadło cesarstwo bizantyjskie, z rokiem 1492, gdy Kolumb odkrył Amerykę, oraz z rokiem 1517, gdy Luter wystąpił przeciwko katolicyzmowi.

Dominująca rola Kościoła katolickiego wyznaczała kierunki postaw i nastawień w stosunkach społecznych wieków średnich. Przede wszystkim wyznaczono na piedestał małżeństwo „legalne”, zawarte w myśl prawa kanonicznego, a piętnowano związki zawarte bez udziału Kościoła. Szczególnej pogardy doznawały nieślubne matki i nieślubne dzieci. Dziewczęta rodzące dzieci uznawane były za naczynia nierządu i odbywały publiczną pokutę przed kościelnymi bramami. Natomiast nieślubne dzieci były wyjęte spod prawa, otoczone powszechną wzdrgą razem z podrzutkami, sierotami, dziećmi kalekimi i upośledzonymi zasilały przestępcze grupy żebraków i włóczęgów. Często zdarzało się, że grupy włóczęgów i żebraków były kierowane i wykorzystywane przez dorosłych przestępców. Ten rodzaj marginalizacji społecznej nasilał się, przybierając rozmiary zagrażające funkcjonowaniu średniowiecznych miast (M. Balcerek 1977).

Niestety, mimo nasilających się zjawisk patologii społecznej wśród dzieci i młodzieży, praktyka prawnicza w średniowieczu nie uwzględniła wszystkich propozycji zawartych w odkrytym i znowelizowanym przez glosatorów Corpus Iuris Civilis. Przede wszystkim przy wymierzaniu kary więzienia nie uwzględniano przyjętego w tym kodeksie rozróżnienia na trzy kategorie wiekowe. Skutkiem takiego podejścia było umieszczanie nieletnich razem z dorosłymi w miejscach o najgorszych warunkach higienicznych. Kara zwykle odbywała się w lochach, gdzie skuci łańcuchami

i stłoczeni w jednym pomieszczeniu po kilkunastu lub kilkudziesięciu więźniowie, bez segregacji ze względu na wiek i płeć, byli pozbawieni dostatecznej ilości światła, jedła i wody. Można sobie tylko wyobrazić, do jakich wynaturzeń w stosunku do nieletnich mogło dochodzić w takich zbiorowiskach. Ponadto więźniowie byli torturowani przez dozorców więziennych, charakteryzujących się psychopatyczną bezwzględnością i brutalnością. Brak podstawowych warunków higienicznych, insekty oraz choroby były przyczyną wysokiej śmiertelności skazanych.

Stan taki utrzymywał się przez cały VI wiek i nic nie wskazywało na zmiany – brak szkolnictwa oraz podejrzliwość ogółu chrześcijaństwa doprowadzały Kościół Zachodni do zguby. Dopiero w VIII w. n.e. władca Franków – Karol Wielki – docenił wartość nauki i zalecił kształcenie kleru i świeckich chłopców. Zorganizowana przez Karola Wielkiego szkoła pałacowa oraz jego reformatorskie poczynania spotkały się z opozycją ze strony Kościoła, szlachty i chłopstwa. Mimo to reformy zapoczątkowane przez Karola Wielkiego znalazły wielu naśladowców, którzy zamierzali stworzyć oświatę pod protektoratem władz świeckich. Zagrożenie to dostrzegły dopiero w XII wieku władze kościelne. Reakcją na świeckość nauczania były ustalenia III soboru laterańskiego (1179 r.), nakładające obowiązek zakładania ze środków kościelnych szkół katedralnych.

Biskupi nadzorowali szkolnictwo na terenie własnej diecezji za pośrednictwem scholastyka. Urzędnik ten odpowiadał za szkoły, nadzorował je oraz wydawał pozwolenie na ich prowadzenie. Szkoły katedralne przeznaczone były tylko dla stanu duchownego oraz dla tych świeckich, którzy uzyskali poparcie osobistości kościelnych. Nieco później i z większym oporem powstawały, na wniosek Leona IV, szkoły parafialne kształcące kandydatów na wiejskich proboszczów. Najwolniej rozwijały się szkoły klasztorne, w programie których znajdowały się również nauki świeckie. Apogeum rozwoju tych szkół obserwujemy w IX na terenie Francji, Irlandii i Wielkiej Brytanii. Również w tym okresie nastąpił rozwój odrębnych systemów wychowawczych dla stanu rycerskiego, gdzie uczono tylko pieśni i władania mieczem oraz stanu rzemieślniczego, gdzie kształcono czeladników i mistrzów cechowych.

Stare szkoły we Francji i Włoszech, nawiązujące do tradycji rzymskich określanych jako *studia generalia*, stały się podwaliną późniejszych uniwersytetów w: Paryżu, Bolonii, Padwie, Cambridge, Oxford, Pradze Czeskiej oraz Krakowie.

Sredniowieczna mentalność Europejczyków zaczęła się kruszyć wraz z rozwojem kultury uniwersyteckiej. Nastąpiło odrodzenie życia naukowego, na nowo odkryto i doceniono ustalenia prawa rzymskiego.

Reforma prawa karnego *Constitutio Criminalis Carolina* przeprowadzona w 1532 roku przez Karola V, nawiązując do prawa rzymskiego, wprowadziła okoliczności wyłączające przestępczość czynu, do których zaliczono – błąd, przymus fizyczny i psychiczny, obronę konieczną, stan wyższej konieczności oraz niedojrzałość psychiczną i umysłową. Oznaczało to, że nieletniego – poniżej 14 lat – złodzieja nie można było karać śmiercią. Zwykle kończyło się to karą chłosty lub inną, np. wieszaniem na określony czas pod sklepieniem. Nieletni również składał zobowiązanie, że już nie popełni żadnego przestępstwa (K. Koranyi 1966). Ponadto w *Constitutio Criminalis Carolina* znajdowały się definicje „stanów prze-

stępnym” oraz gwarancje, że tylko uznanie winy jest podstawą odpowiedzialności karnej. Rozwiązania prawne Karola V likwidowały także możliwość wykupienia od kary, a państwu dawały wyłączność w wymierzaniu kar publicznych. Dalszy postęp prawa w kontekście sytuacji nieletnich nastąpił w 1545 roku wraz z ogłoszeniem dekretu Franciszka I, który znosił kary cielesne wobec nieletnich włóczęgów i żebraków oraz wprowadził nakaz ich internowania w celu kształcenia moralnego. Powstały wówczas pierwsze przytulki i domy poprawy dla nieletnich nędzarzy i żebraków. Karę chłosty przywrócono we Francji 1568 roku na skutek nasilenia się zjawisk patologii społecznej wśród nieletnich nędzarzy. Wpływ prawa rzymskiego spowodował, że we Francji przywrócono klasyczny podział na dzieci nieodpowiedzialne – do 7 roku życia, nieletnie – do 14 roku życia oraz dorosłych niedojrzałych – od 14 do 25 roku życia. Podział ten odnosił się do zasady zmniejszonej odpowiedzialności karnej nieletnich oraz dorosłych niedojrzałych.

Podobne rozwiązanie dzięki pracy glosatorów i komentatorów przyjęło prawo karne w Italii, gdzie oprócz wielu postępowych rozwiązań wprowadzono zmniejszoną odpowiedzialność nieletnich. Uwzględniono tam również podział przestępstw na najcięższe, ciężkie, lekkie oraz wprowadzono tzw. powody bezkarności, tj. obronę konieczną – umiarkowaną, pomoc konieczną, zakaz pomocy własnej, afekt oraz kradzież z nędzy.

Na skutek bezsilności zarządzeń karnych wobec nasilającej się przestępczej marginalizacji społeczeństwa z dużym udziałem nieletnich i młodocianych zaczęto szukać nowych rozwiązań. W celu przysposobienia ich do pracy i uczciwego życia król Anglii – Edward VI – zorganizował w 1553 roku pierwszy tego typu zakład w londyńskim zamku Bridevell. Był to przymusowy dom pracy i nauki religii. Podobne zakłady przymusowej pracy i nauki moralnej typu Bridevells rozpowszechniły się głównie w Anglii i Niderlandach, w których proces przysposabiania do pracy – w ramach udzielanej opieki – odbywał się przez bezpośredni udział w produkcji. Zakaz włóczęgostwa i żebractwa oraz przymus umieszczania dzieci i młodzieży w zakładach, gdzie zmuszano ją do pracy, przynosiło niejednokrotnie duże zyski ekonomiczne nie tylko zakładom, ale również miastu. Surowe warunki, jakie panowały w zakładach - ostry rygor wychowawczy, zajęcia szkolne, wyczerpująca praca fizyczna - powodowały niskie rezultaty dydaktyczne i wychowawcze (St. Jedlewski i Cz. Czapów 1971; E. J. Dukaczewski 1990; M. Kalinowski, J. Pelka 1996).

Ten rodzaj izolacji zmarginalizowanej młodzieży w zakładach poprawy typu „the house of the obligatory work” rozpowszechnił się również w Holandii. Pierwszy zakład dla 150 osób powstał w 1595 roku w Amsterdamie. Stosowano tam nocne odosobnienie w osobnych celach. W związku z tym zakład amsterdamski uważany jest za pierwowzór augsburskiego systemu celkowego. W ciągu dnia osadzeni przebywali razem. Pensjonariusze zatrudniani byli w zakładach tkackich lub przy pracach drwalskich. Dziewczęta zajmowały się głównie przędzeniem i szyciem. Pensjonariuszom wypłacano tylko część należności. Do 1603 roku przebywali tam zarówno nieletni, jak i dorośli przestępcy, jednak gdy zauważono negatywny wpływ dojrzałych przestępców na nieletnich i młodocianych, postano-

wiono wybudować dla nich osobny ośrodek.

Aby uzyskać poprawę moralną wśród podopiecznych, pastor i nauczyciele prowadzili naukę religii, czytania i pisania. Po południu przez godzinę wychowankowie słuchali lektury połączonej z objaśnieniami nauczyciela. O zakładzie w Amsterdamie stało się głośno w całej Europie zwłaszcza dzięki sprawnej organizacji, wysokiemu poziomowi warunków bytowych oraz broszurze (*Cuda św. Drwala – Miracula Sancti Raspini Redivivi*) wydanej w 1612 roku w języku holenderskim, francuskim i niemieckim, w której opisano 19 przypadków cudownego wyleczenia przez pracę – z lenistwa, próżniactwa i zbrodniczych skłonności. Broszura ta miała być dowodem, że w zakładzie amsterdamskim znaleziono skuteczne sposoby moralnej poprawy (J. E. Dukaczewski 1990; M. Kalinowski, J. Pełka 1996).

Rozwiązania amsterdamskie przyjęły inne miasta holenderskie i niemieckie. Było to podyktowane troską władz miejskich o bezpieczeństwo mieszczan oraz bezpieczeństwo rozwijającego się handlu.

Niezależnie od rozwiązań amsterdamskich w Niemczech pod wpływem idei Tomasza More (1478–1535) już funkcjonowały pierwsze zakłady opiekuńcze dla dzieci i młodzieży osieroconych, opuszczonych, zaniedbanych moralnie, w których zaczęto wprowadzać nauczanie szkolne. Zakłady te określano jako zakłady wychowawcze typu *Armenschulen*. Podlegały one kolegiom rad miejskich. Kierownika takiego zakładu nazywano magistrzem, co sugerowało, że powinien posiadać wykształcenie wyższe. Zwracano w nich uwagę na wychowanie i przygotowanie podopiecznych do pracy. W ten sposób poprzez nauczanie i pracę przygotowywano te dzieci i młodzież do życia. Dzieci nowo przybyłe umieszczono w oddzielnych zakładach – głównie z przyczyn higienicznych. W owym czasie w Niemczech panował zakaz żebractwa oraz przymus umieszczania dzieci opuszczonych w zakładach. Młodszym wychowankom zapewniano elementarne nauczanie szkolne, starszym zaś naukę zawodu. Dbano, by praca była środkiem wychowawczym i resocjalizacyjnym. W XVII wieku w Niemczech znane są przykłady rozwoju tych szkół, np. szkoła w okolicach Halle otrzymała rangę szkoły miejskiej, a następnie łańciskiej, zapewniając tym samym swoim podopiecznym wysoki poziom nauki. Atmosfera w wyżej wymienionym zakładzie opierała się na życzliwości, optymizmie, aktywności, pilności, posłuszeństwie i indywidualnym traktowaniu każdego. Obok istniały drukarnia, księgarnia, apteka i seminarium nauczycielskie, w którym wychowankowie mogli zdobywać zawód. Ze względu na koszty oraz zapotrzebowania na tanią siłę roboczą rozpoczęło się lansowanie doktryny kalwińskiej – sugerującej, aby opieka i wychowanie dzieci porzuconych i osieroconych odbywało się w bezpośrednim ich udziale w produkcji (L. Grochowski 1990).

Zatem z zakładów opiekuńczo-wychowawczych typu *Armenschulen* zaczęły powstawać (na wzór amsterdamskiego i londyńskiego) zakłady pracy przymusowej i resocjalizacyjnej w Bremie (1609), Lubece (1613) i Hamburgu (1622). W tym ostatnim w roku 1629 wprowadzono pierwszą selekcję więźniów, przyjmując jako kryterium ich stopień przestępczego wykołajenia. Recydywistów i prostytutki oddzielono od pierwszy raz skazanych i umieszczono ich w osobnych celach. Podobne rozwiązania zastosowano w pierwszym zakładzie powstałym na terenie polskiego Gdańska w 1629 roku (St. Jedlewski, Cz. Czapów 1971).

Spośród wielu instytucji opiekuńczo-wychowawczych, jakie powstały w Niemczech w XVI i XVII wieku, na uwagę zasługują Domy Pracy Sierot i Ubogich (Armen Waisenund Arbeitshaus), które powstały we Frankfurcie, Berlinie, Kassel i Magdeburgu z inicjatywy pietysty i protestanta Filipa Jakuba Spenera (1635–1705). Były to jednak zakłady pracy przymusowej. Z inicjatywy innego pastora, teologa i orientalisty – Augusta Hermana Franckiego (1635–1705) – powstały zakłady bardziej postępowe, bo oparte na pracy dobrowolnej. Należały do nich znane w całej Europie zakłady w: Halle, Darmstadt, Królewcu, Erfurcie, Getingen i Stuttgartcie.

Pierwsze zakłady opiekuńczo-wychowawcze dla sierot, dzieci porzuconych i zaniedbanych moralnie organizowane były we Francji z inicjatywy Kościoła. Szczególny udział w tym zakresie mieli St. François de Sales (1567–1622), St. Vincent de Paul (1580–1660), Ven. St. Louise de Marillac Le Gras (1591–1660) oraz St. Jaen Eudes (1601–1680). W roku 1641 z inicjatywy Jaena Eudes’a powstał charytatywny zakład dla bezdomnych dzieci w Caen. l'ordre de Notre-Dame. Natomiast z inicjatywy Sióstr Miłosierdzia, począwszy od 1648 roku, powstało szereg szpitali i domów dla dzieci porzuconych i moralnie zaniedbanych. Zachęcony aktywnością Kościoła w zakresie działalności opiekuńczo-wychowawczo-leczniczej oraz liczbą osób objętych tą opieką szczególnie w Paryżu, Ludwik IV w 1662 roku nakazał prowincjuszom organizowanie podobnych placówek.

Niezależnie od rozwiązań angielskich, francuskich, holenderskich i niemieckich w Italii, pod wpływem poglądów duchownego Filipa Franci, w celu pozytywnych oddziaływań wychowawczych na przestępców, a szczególnie nieletnich i młodocianych, powstały przytułki z przeznaczeniem na domy poprawy. Pierwszym przytułkiem dla przestępców, który powstał w 1667 roku we Florencji, był *Casa pia rifugio*. Oddzielono tam nieletnich od starszych pensjonariuszy. Jeszcze dalej w kierunku rozwiązań wychowawczych poszedł, założony w 1703 roku w Rzymie przez papieża Klemensa XI, Zakład św. Michała (San Michele). Organizacja zajęć wzorowana była tam na surowych regulach zakonnych. W celu zapobieżenia wzajemnej deprawacji wprowadzono nakaz milczenia w dzień i całkowitego odosobnienia w nocy. Do poprawy zmierzano poprzez odnowienie religijne. Każdego podopiecznego starano nauczyć jakiegoś rzemiosła, aby po wyjściu z zakładu mógł zapewnić sobie uczciwe życie.

Oświecenie

Pedagogika europejska oraz stosunek do osób z niższych warstw społecznych inspirowane były przez ruch reformatorski w Kościele katolickim oraz idee oświeceniowe wychodzące z kręgów świeckich. Początek oświecenia przypada na przełom XVII i XVIII wieku. W Polsce okres ten, pod nazwą klasycyzmu, trwał jeszcze do początków XIX wieku. W wielu krajach zaś, ze względu na rozwój liberalizmu i sekularyzację społeczeństw, przyczyniał się do kryzysu, a nawet upadku tradycyjnych norm i wartości. Pojawił się wówczas libertynizm zorientowany

przeciwko autorytetom religii, szczególnie katolickiej. Laicka, sceptyczna i tzw. wolnomyślicielska postawa libertynów ukierunkowana była przeciw tradycyjnej obyczajowości i scholastyce. Drugi dominujący w tym okresie nurt poglądów – określanych jako deizm naturalistyczny – zdecydowanie przeciwstawiał się kanonom religii katolickiej, a nawet negował konieczność jej istnienia. Przede wszystkim uderzał w jej podstawy przez negację boskości Chrystusa i przez zaprzeczenie objawienia i opatrności Bożej oraz propagował opartą na rozumie religię naturalną. Poglądy deistyczne powstały w Anglii i poprzez publikację *Christianity not Misterious* (1696), autorstwa J. Tolanda, rozpowszechnione zostały w całej Europie. Deistyczne koncepcje zawarte w dziełach Locke’a, Voltaire’a i Tolanda stanowiły inspirację intelektualną dla Rousseau, Kanta, Lessinga, Franklina, Washingtona, Jeffersona.

Trzecim nurtem intelektualnym przenikającym idee oświeceniowe był pochodzący z minimalistycznego nurtu poznawczego sensualizm i empiryzm genetyczny szkockiego filozofa D. Hume’a (1711-1776), który zainspirował pozytywizm, neopozytywizm oraz empiriokrytycyzm.

Mieszanka ideologiczna składająca się z poglądów libertyńskich, deistycznych i sensualistycznych stanowiła pożywkę dla tzw. intelektualnych kręgów doby oświecenia. Połączenie tych koncepcji intelektualnych z rosnącym wpływem niższych i średnich warstw społecznych niezadowolonych z własnej sytuacji społecznej eksplodowało wybuchem rewolucji francuskiej (1789–1799) oraz rewolucji przemysłowej w Anglii. Ukoronowaniem zmian w sytuacji osób marginalizowanych, z niskim statusem społecznym i ekonomicznym była ogłoszona 26. sierpnia 1789 roku Deklaracja Praw Człowieka i Obywatela.

Powstająca wówczas pedagogika nie tylko nie była wolna od oświeceniowych nurtów ideologicznych, ale wręcz się nimi posiłkowała. W takim kontekście należy widzieć działania pedagogiczne Pestalozziego, wychowanego na dziełach Rousseau, oraz Fellenberga i Wehrli’ego – nawiązujących z kolei do Pestalozziego. Pod wpływem tych nurtów ideologicznych organizowana była praktyka pedagogiczna w Szwajcarii, Niemczech, a także Francji i Anglii.

Johan Heinrich Pestalozzi (1746–1827) i Filip Emanuel von Fellenberg (1771–1844) – nowa pedagogika i koncepcje osad rolnych w resocjalizacji nieletnich

Johan Heinrich Pestalozzi urodził się w mieszczańskim domu protestanckim. Ukończył szkołę łacińską i studia uniwersyteckie. Będąc pod dużym wpływem twórczości J. J. Rousseau stał się zwolennikiem wolności obywatelskiej, którą – według niego – ograniczały struktury państwowe. Zawarł w związek małżeński z córką bogatego kupca i zamieszkał z nią w północnej Szwajcarii w protestanckim kantonie Argau, znanym ze szczególnego antykatolicyzmu. Tam, we własnym gospodarstwie rolnym, które nazwał „Neuhof”, zorganizował i prowadził w latach

1775–1780 zakład wychowawczy dla ubogich i porzuconych dzieci. Od roku 1780 do 1781 zajmował się pisarstwem. Powstał wówczas *Wieczór samotnika* (1780) oraz *Lenart i Gertruda* (1781). Znany zarówno ze swoich sympatii do dzieł J. J. Rousseau, jak i liberalnych poglądów, Pestalozzi otrzymał honorowe obywatelstwo Francji oraz uzyskał stanowisko kierownika zakładu sierot w Stans, który prowadził przez rok, a następnie pracował jako nauczyciel szkoły ludowej w Burgdorf. W roku 1800 ponownie otworzył swój zakład wychowawczy oraz Seminarium Nauczycielskie, ale już dla dzieci ze średnich warstw społecznych. Pracę w tym zakładzie z spopularyzował dziełem *Jak Gertruda uczy swoje dzieci* (1801). W roku 1804 zakład został przeniesiony do Münchenbuchsee, następnie zaś do Yverdon. Pestalozzi prowadził go do roku 1824, a po opuszczeniu go przeprowadził się do swojego „Neuhof”. Tam napisał jeszcze jedno dzieło, tj. *Łabędzi śpiew* (1826); rok później zmarł (F. Kierski 1927).

Jego dokonania wychowawcze stanowią inspirację dla dzisiejszych pedagogów resocjalizacyjnych, szczególnie tych, którzy zajmują się tzw. nauczaniem resocjalizującym. Ogarnięty ideą oświeceniową rozwinął ogólną teorię rozwoju i edukacji z przeznaczeniem dla dzieci z niskich i średnich warstw społecznych. Był twórcą i propagatorem pedagogiki życia, wyrażającej się we wszechstronnym rozwoju oraz przygotowania człowieka do zachowania prawidłowego stosunku do innych ludzi, pracy i nauki. Bazował na naturalnych siłach, skłonnościach i zdolnościach dziecka. Teoria nauczania Pestalozziego odnosiła się do liczby, kształtu, proporcji i słowa. Dzięki zdolnościom poznawczym dziecko spostrzegało przedmioty, tworzyło ich wyobrażenia, porównywało je, tworząc przez to pojęcia, oraz nazywało je, rozwijając przez to mowę. Pestalozzi zwracał szczególną uwagę na praktyczność i działanie w uczeniu. W związku z tym wprowadził rysowanie, mierzenie i wytwarzanie przedmiotów związanych zwłaszcza z pracami rolniczymi i rzemiosłem.

Nawiązując do pracy pedagogicznej Pestalozziego oraz wzorując się na jego zakładach wychowawczych, działacz społeczny i agronom Filip Emanuel Fellenberg (1771–1844) zorganizował w 1804 roku w Hofwyl w okolicy Berna kolonię rolniczą wraz ze szkołą dla dzieci biednych, opuszczonych, moralnie zaniedbanych, a także przestępczych. Placówkę hofwylską wg wzorów życia rodzinnego prowadził wyśmienity pedagog praktyk Johann Jacob Wehrli (1790–1885). Podopieczni uczeni byli tam czystości, porządku, karności i życia w zespole, uczyli się także na poziomie elementarnym oraz pracowali, co stanowiło podstawę utrzymania tego zakładu. Johann Jacob Wehrli mieszkał i pracował razem z podopiecznymi. Uczył ich mówienia, czytania, pisania, rysunku, śpiewu, geometrii, przyrody, techniki z nauką rzemiosła, geografii i historii oraz religii i zasad moralności. Zapewniał poczucie bezpieczeństwa i sprawiedliwości. W końcowej fazie rozwoju ośrodka, przy zwiększonej do 40 liczby wychowanków, Wehrli zastosował system, w którym wychowankowie do 15 roku życia monitorowani byli przez tzw. braci-opiekunów w zakresie higieny, zachowania, gospodarowania pieniędzmi i pomocami szkolnymi. Po ukończeniu 15 roku życia wychowanek, o ile odznaczał się dobrym zachowaniem, sam mógł zostać bratem-opiekunem. Przydział osób monitorowanych odbywał się co kwartał na zasadzie losowania.

System „monitorów”, progresja, ciepły, ale wymagający klimat wychowawczy tego zakładu połączony z całokształtem oddziaływań, które by dzisiaj określono jako kulturotechniczne, przyczyniał się do dużej skuteczności resocjalizacyjnej i przysparzał organizatorom wielu zwolenników.

W Szwajcarii powstało jeszcze wiele innych ośrodków opartych na wzorach życia rodzinnego. Niektóre z nich powstawały na wzór rodziny naturalnej, która przysposabiała grupę nieletnich obojga płci.

Koncepcje i praktyka pedagogiczna Pestalozziego, Fellenberga i Wehrliego znalazły uznanie poza granicami Szwajcarii i zainspirowały C. H. Zellera, który w roku 1820 założył dom opiekuńczy w Beuggen, oraz Johanna Henricha Wicherka, twórcę Das Rauhe Haus (12 września 1833) w Horn pod Hamburgiem (E. J. Dukaczewski 1990).

Opieka i resocjalizacja w krajach europejskich wieku XIX

Pedagogika teoretyczna i praktyczna w zakresie opieki i wychowania nieletnich w wieku XIX pozostawała w dalszym ciągu pod wpływem idei oświeceniowych, ale również sentymentalnych prądów romantycznych oraz działalności Kościoła. Akcenty te różnie rozkładały się w XIX-wiecznej Europie, w zależności od aktywności i wpływów, jakie wywierały ideologiczne grupy nacisku na struktury władzy w poszczególnych państwach. Niezależnie jednak od zabarwień ideologicznych opieka, wychowanie i resocjalizacja nieletnich przestępców nosiła znamiona wyraźnego postępu.

Wiek XIX jest „wiekiem pedagogii” zainteresowanej szkołą i wychowaniem dla ludu. Państwa europejskie na skutek prądów oświeceniowych zaczęły prowadzić tzw. politykę szkolną zmierzającą do zminimalizowania skutków społecznej marginalizacji dzieci i młodzieży pochodzącej z warstw najbardziej spauperyzowanych. W tym świetle należy patrzeć na XIX-wieczną aktywność pedagogiczną w sensie teoretycznym i praktycznym przez pryzmat Herbarta, Pestalozziego, Froebła, Neckera de Saussure, Gregorio Girar i Aporti'ego (P. Barido 1971). Przede wszystkim nastąpiło wyraźne oddzielenie nieletnich i dorosłych przestępców. Kara zaczęła być traktowana nie jako akt zemsty, ale raczej jako środek do poprawy. W zależności od tradycji w poszczególnych państwach powstały różne systemy resocjalizacyjno-opiekuńcze. W Italii i Belgii dominował system koszarowy (nazywany również systemem belgijskim). W Szwajcarii rozwinął się system rodzinny (tzw. kierunek szwajcarski) oparty na rodzinach naturalnych. We Francji natomiast korzystano ze wszystkich systemów, tj. tworzono imitację życia rodzinnego z osób sztucznie dobranych i rozlokowanych w osobnych domkach pod opieką wychowawcy. Mieszkańcy tych domków podlegali jednak rygorom życia społecznego. Ten sposób resocjalizacji określany jest przez E. J. Dukaczewskiego (1990) jako system francuski, mieszany bądź komplementarny.

W poszczególnych krajach europejskich powstawały wówczas bardzo różne placówki dla nieletnich przestępców.

Belgia

W Belgii z inicjatywy Ministerstwa Sprawiedliwości w 1843 roku powstały dwie kolonie poprawcze na bazie szkół rolniczych. Kolonia w Ruysselede przeznaczona była dla 500 chłopców pod Beernem zaś dla 300 dziewcząt. Nieco później powstała kolejna placówka dla chłopców z przeznaczeniem do nauki zawodu marynarza. Dyrektor kolonii organizował nieletnich w tzw. 60- i 70-osobowe dywizjony kierowane przez nadzorców. Z kolei dywizjon dzielony był na dwie sekcje zarządzane przez naczelników. Zarówno nadzorcy, jak i naczelnicy mianowani byli przez dyrektora. System resocjalizacyjny opierał się na średnim poziomie represji ze szczególnym położeniem nacisku na przygotowanie zawodowe, samoobsługę oraz działania umoralniające.

Placówki przyuczające do zawodu rolniczego, które powstały w 1852 roku – jedna Saint Hubert dla chłopców oraz druga w Liege dla dziewcząt – charakteryzowały się znacznie większym stopniem dyscypliny, karności, a nawet represji.

Włochy

W XIX-wiecznej Italii pedagogika, a szczególnie resocjalizacja nieletnich, czerpała inspiracje z wielu źródeł. Z jednej strony kopiowano organizacyjne rozwiązania z koszarowego systemu belgijskiego, z drugiej zaś można się doszukać wpływów włoskiego duchownego Filipa Franci, a szczególnie duchownych francuskich z XVII wieku, tj. St. Vincent'a Paulo oraz Ven. St. Louise de Marillac Le Gras.

Spadkobiercą tych idei stał się znany opiekun i organizator domów dla zaniebanej młodzieży we Włoszech – ks. Jan Bosco (ur. 16. sierpnia 1815 r.; zm. 31. stycznia 1888 r.). Był on założycielem w roku 1859 Zgromadzenia Salezjańskiego. Działalność księdza znalazła uznanie w oczach władz kościelnych, ponieważ w roku 1934 został kanonizowany.

Luciano Cian (2001) twierdzi, że Jan Bosco w zakresie kształtowania własnej postawy moralnej wzoruje się na St. Alfonsie Liguorim, natomiast w zakresie pedagogiki przyjmuje postawę radości St. Filipa Nereusza. W zakresie pobożności odwołuje się do St. François'a de Sales. Ze względu na doskonałe zdolności organizatorskie Bosco przyjmuje sposób aktywności St. Karola Bromeusza, a jego nowy styl wychowania chrześcijańskiego nawiązuje do St. Jana Chrzyciela de la Salle. Niewątpliwym wpływ na jego pedagogię miał F. Alporti, od którego zapożyczył sformułowanie „miłość wychowawcza”, uczestnicząc w roku 1844 w jego wykładach w Turynie.

Ksiądz Jan Bosco działał w atmosferze klimatu stworzonego przez Oświecenie oraz w okresie poprzedzającym odzyskanie niepodległości przez Włochy. Jak sądzi jeden z jego biografów P. Barido (1971), Bosko był aktywnym uczestnikiem wszystkich tych wydarzeń i jako kapłan łączył tradycyjność z nowoczesnością. Tradycyjność myśli Jana Bosco polegała na bezwzględnym poddaniu się wartościom wynikającym ze świata ducha, natomiast nowoczesność uwidaczniała się często w jego oświeceniowej retoryce odwołującej się do rozumu. Przed

wszystkim w trakcie formowania swojej osoby stał się genialnym wychowawcą młodzieży.

W trakcie swojego życia doświadczył wielu sytuacji, które pozwoliły mu także na dodanie do posiadanych walorów formalnych także empatii i miłości do ludzi. Pracował fizycznie jako stolarz, krawiec, a także kelner. Był doskonałym organizatorem wolnego czasu. Organizował teatralne przedstawienia oraz inne pozaszkolne rozrywki. O jego naturze może świadczyć fakt, że jako młodzieniec w roku 1831 założył „towarzystwo wesołości”, które było zaczynem jego pedagogii miłości i radości (G. Bosco 1946). Należałoby dodać, że mimo swojego uniesienia duchowego nigdy nie stracił podczas swojej praktycznej działalności pedagogicznej poczucia realności.

Jan Bosco napisał szereg prac teoretycznych będących dzisiaj świadectwem jego pedagogicznej koncepcji. Do nich należą: *Wspomnienia Oratorium św. Franciszka Salezego*, *Wspomnienia biograficzne*, *Studia biograficzne wielu własnych wychowanków*, *Powieści biograficzne o zabarwieniu pedagogicznym*, *Książki do historii dla szkół*, *Traktacik o systemie zapobiegawczym w wychowaniu młodzieży*, *Książeczki religijne*, *Instrukcje dla dyrektorów*, *Sprawozdania pisemne z rozmów z osobami mających wpływ na politykę oświatową, np. rozmowa przeprowadzona w 1854 roku z ministrem Urbano Ratazzi*, *O stosowaniu kar w Domach Salezjańskich*, *List św. Jana Bosco o stanie Oratorium* oraz wiele innych (L. Cian 2001).

W roku 1842 w Turynie zorganizował dla dzieci Oratorium św. Franciszka Salezego, a gdy ten zakład wypełnił się dziećmi, zorganizował w roku 1847 następne Oratorium św. Alojzego Gonzagi. W roku 1849 powstała z jego inicjatywy jeszcze trzecie – Oratorium św. Anioła Stróża. Dzieci zgromadzone w tych oratoriach uczono historii, matematyki, religii i pracy. Warsztaty szkolne przy nich zorganizowane przygotowywały młodzież do zawodu kowala, stolarza, szewca i piekarza. Oprócz nauki szkolnej i przygotowania do pracy zawodowej w Oratorium św. Franciszka funkcjonowała drukarnia, w której wydawano pisma z przeznaczeniem dla dzieci, tj. „Przyjaciel Młodzieży” oraz „Czytania Katolickie”. Na wzór placówek turyńskich Salezianie zaczęli zakładać podobne zakłady szkolno-wychowawcze w całej Europie. Pod koniec XIX wieku funkcjonowało 164 zakładów, w których przebywało ponad sto tysięcy wychowanków. W Italii, oprócz zakładów salezjańskich opartych na koncepcji św. Jana Bosco, funkcjonowały również, na wzór szwajcarski, cztery kolonie rolnicze dla młodzieży przestępczej. Pierwsza kolonia rolnicza powstała w roku 1853 z inicjatywy Towarzystwa Dobroczynnego w miejscowości Monkukko. Następne trzy założyli w roku 1861 benedyktyni (E. J. Dukaczewski 1990).

Szwajcaria

W XIX-wiecznej Szwajcarii podzielonej na kantony koncepcja Pestalozzi’ego w dalszym ciągu miała wyraźny wpływ na kształt organizacyjny zakładów dla nieletnich przestępców. Spośród wielu placówek należy wymienić: zakład poprawczy założony w 1839 roku w Baechtelen, kolonię rolniczą zorganizowaną w roku

1851 w Ennetb hl, którą przeniesiono później – w roku 1852 – do miejscowości Rickenhof, a następnie do Hochestig.

Zakłady poprawcze organizowane w Szwajcarii opierały swoją działalność na odrębnych przepisach każdego kantonu. Wprawdzie czyniono próby unifikacji prawa szwajcarskiego w kontekście resocjalizacji nieletnich, ale niestety były one nieudane. Jedną z takich inicjatyw podjął w 1875 roku zjazd Szwajcarskiego Towarzystwa Poprawczego dla Nieletnich Przeszypców, na którym wyraźnie formułowano konieczność założenia zakładu poprawczego o charakterze międzykantonalnym na wzór rozwiązań ustawy pruskiej. Ta próba również się nieudała.

Dlatego też każdy kanton posiadał własny zakład poprawczy. I tak w kantonie Zurych w miejscowości Ringweil funkcjonowała państwowa kolonia poprawcza dla 60 chłopców w wieku od lat 12, podzielonych na homogeniczne grupy wychowawcze ze względu na wiek i stopień demoralizacji. Umieszczeni tam chłopcy uczyniani byli do pracy w rolnictwie oraz do różnych zawodów rzemieślniczych.

W kantonie Berno istniało szereg państwowych zakładów wychowawczych, w których umieszczano nieletnich i młodocianych przestępców na podstawie wyroków sądowych, a także w celach profilaktycznych na żądanie rodziców. Były to zakłady w Aarwangen, Erlach, Kehrtz i Landorf, w których obowiązywała wzmoczona dyscyplina oraz zakład opiekuńczo-wychowawczy Viktoria bei Wabern, gdzie pracowano opierając się na systemie rodzinnym. Na uwagę zasługuje zakład, który powstał w tym kantonie w roku 1839 w miejscowości Baechtelen. Działalność tego zakładu opierała się również na systemie życia rodzinnego. Wychowankowie tego ośrodka uczyli się i pracowali fizycznie na przydzielonym im kawałku ziemi. Praca rolnicza opierała się na uprawie roślin jadalnych. Plony z poszczególnych upraw monokulturowych stanowiły wspólną własność i trafiały do wspólnego magazynu. Oprócz nauki i pracy chłopcy spędzali wspólny czas na zespołowych grach i zabawach. Wystrój wnętrza oraz umeblowanie tego ośrodka z założenia był bardzo prosty. Strój wychowanków był także zunifikowany – wszyscy nosili szare, proste ubrania.

Na podstawie prawa kantonalnego uchwalonego w Basel założono zakład poprawczy w Klosterfichten dla zaniebanych i przestępczych dzieci. Zakład ten funkcjonował jak większość zakładów szwajcarskich w systemie rodzinnym. Wychowankowie pracowali w gospodarstwie rolnym pod opieką nauczycieli, na czele których stał tzw. ojciec rodziny. Oprócz dochodów z pracy rolniczej na utrzymanie zakładu łożyli rodzice umieszczonych tam dzieci oraz dotowało go w pewnej części państwo.

Kanton Aargau zorganizował zakład poprawczy w Aarburgu dla przestępców poniżej 18 roku życia oraz dla osób zdemoralizowanych powyżej 18 roku życia, które pochodziły tylko z tego kantonu.

Spośród wielu placówek resocjalizacyjnych istniejących w XIX wieku w Szwajcarii należy wymienić zakłady w: Trachselwald, Sonnenberg, Schliren, Linthkolonie, Pilten, Wachsen oraz w Effingen.

Podsumowując organizację opieki i resocjalizacji na terenie XIX-wiecznej Szwajcarii należy podkreślić, że istniała tam pewnego rodzaju różnorodność legi-

slacyjna, która niewątpliwie miała wpływ na tzw. infrastrukturę i organizację osad rolnych, zakładów opiekuńczych, wychowawczych i poprawczych. Istniały tam państwowe zakłady kantonalne, zakłady towarzystw społecznych, ale także zakłady prywatne. Szwajcaria zawsze będzie się kojarzyć z działalnością Pestalozzi'ego, z funkcjonowaniem osad rolnych oraz z rodzinnym systemem resocjalizacji.

Anglia

W roku 1811 powołana przez parlament specjalna komisja do spraw reformy prawa karnego stwierdziła, że przebywanie w jednym zakładzie dorosłych przestępców z nieletnimi jest niewskazane ze względu na pogłębiającą się demoralizację młodzieży oraz możliwość jej wykorzystywania. Oddzielenie przestępców ze względu na ich wiek było początkiem reform, jakie nastąpiły w zakresie specjalnego traktowania młodzieży zaniedbanej moralnie i przestępczej. Problematyka ta była przedmiotem zainteresowania kolejnych komisji parlamentarnych od roku 1834 do 1837. Już pod wpływem tych reform w roku 1934 w Oyswick powstał przytułek dla zdemoralizowanych i przestępczych dziewcząt. Również pod wpływem parlamentarnych reform w 1938 roku zorganizowano zakład karny dla nieletnich przestępców w wieku od 8 do 18 lat, którzy poddani byli oddziaływaniom penitencjarnym w systemie progresywnym.

Z ciekawą inicjatywą resocjalizacji nieletnich wystąpiła M. Papé Carpentier, która w roku 1846 założyła szkołę resocjalizacyjną w Lewi's Mead. Rekrutacja wychowanków do takiej szkoły odbywała się po odbyciu 14 dni kary więzienia. Wychowankowie w tego typu placówce w okresie od 2 do 5 lat uczyli się przedmiotów ogólnych i zawodowych, jednocześnie podlegali wychowaniu religijnemu i moralnemu. Dwa lata później wprowadzono tam system progresywny oraz dla młodzieży poniżej 14 roku życia zamiast 14 dni więzienia wprowadzono karę chłosty. Ten sposób resocjalizacji prowadzony był w sześciu innych zakładach Marii Pape Carpentier, a mianowicie w Aberdeen, Dundee, Edynburgu, Glasgow i Huntly.

W Anglii po 1848 roku zaczęły powstawać podobne placówki resocjalizacyjne na bazie szkolenia rolniczego i rzemieślniczego. Wzrost liczby wychowanków powodował dzielenie ich na grupy wychowawcze, czyli tzw. sekcje. Grupami tymi kierowali wychowawcy majstrowie, którzy byli odpowiedzialni za kształcenie zawodowe oraz wychowanie.

Bardzo interesującym pomysłem były elitarne szkoły resocjalizacyjne Training Ships organizowane na statkach. Pierwszą tego typu placówką była szkoła morska, która powstała w roku 1859 na fregacie Cornwall. Później tego typu placówki organizowano na statkach rzecznych. Podobne zakłady powstawały również na lądzie. Funkcjonowały one w oparciu o dyscyplinę wojskową i bezwzględne posłuszeństwo. Po zakończeniu pobytu w takiej instytucji wychowanek otrzymywał wypłatę pieniężną oraz możliwość zatrudnienia się do pracy na morzu.

Według E. J. Dukaczewskiego (1990) w Anglii i Szkocji w roku 1868 istniało już 58 zakładów poprawczych dla chłopców oraz 42 dla dziewcząt. Do najbardziej represyjnych placówek należały zakłady typu Truant Schools. Wychowankowie niepoddający się rygorom mogli być czasowo, np. na trzy miesiące, zamykani w więzieniu w celu

karnego treningu. Po odbyciu kary umieszczani byli dalej w zakładzie. Trzeba jednak wspomnieć, że mimo represyjności oraz możliwości izolacji więziennej, istniała także możliwość warunkowego zwolnienia, czyli skrócenia kary oraz warunkowego umieszczenia wychowanka poza zakładem. Zwykle w takich przypadkach nieletniego umieszczano w rodzinie zastępczej i trakcie tego pobytu sprawował nad nim dozór inspektor.

Równoległe w tym samym czasie w Anglii rozpoczęły się procesy depenalizacyjne prawa w praktyce prawniczej. System prawa zwyczajowego stosowany w XIX-wiecznych sądach angielskich pozwalał sędziom na pewien margines dowolności w orzekaniu wyroków. Ten rodzaj dyskrecjonalnej władzy sędziowskiej wykorzystywany był szczególnie w sprawach dotyczących nieletnich przestępców. Od roku 1820 sędziowie zaczęli stosować symboliczne kary więzienia w zamian za zobowiązania rodziców do wzmożenia opieki wychowawczej nad dziećmi. Praktyki te stały się na tyle powszechne, że w roku 1841 sędzia Mathe Davenport Hill w mieście Birmingham wprowadził eksperymentalnie tzw. system wolności na próbę. Eksperyment trwał 7 lat i objął 483 osoby, co do których nie zastosowano kary więzienia, a poddano je próbie poprawy. Skuteczność tego eksperymentu okazała się bardzo wysoka, ponieważ z tej grupy objętych kuratelą przestępców tylko 78 stanęło powtórnie przed sądem za nowe przestępstwa. W ślady sędziego Hilla poszli inni prawnicy, którzy stosowali wolność na próbę. W roku 1976 powstał rodzaj doraźnego sądu społecznego (PCM) z przeznaczeniem do rozpatrywania spraw osób dokonujących drobnych wykroczeń oraz ich dozоровania podczas próby wolnościowej. Dwa lata później parlament na mocy artykułu 16 ustawy Summary Jurisdiction Act zalegalizował działalność pracowników Police Court Mission, którzy od tego momentu stali się kuratorami sądowymi (Kalinowski 1990).

Francja

Ze względu na niepokój społeczny i rozchwianie instytucjonalne Francji związane z powrotem Napoleona istniały tam kolonie rolnicze dla młodzieży osieroczonej i porzuconej. Natomiast tego typu osady rolnicze dla młodzieży przestępczej powstały dopiero w roku 1839. Pierwszą kolonię rolniczą zorganizował August de Metz w miejscowości Mettray k. Tours na gruntach, które ofiarował Bretiniers de Courtelles. Kolonia w roku 1861 liczyła już 700 wychowanków podzielonych na 40-osobowe rodziny zajmujące osobne piętrowe domki, którymi kierowali szefowie familii rodzin oraz ich zastępcy. W początkowej fazie na podstawie bardzo wysokich kryteriów moralnych dyrektor dobierał personel kolonii. W dalszych okresach szefowie familii oraz ich zastępcy rekrutowali się z byłych wychowanków. Dyrektor kolonii w miarę potrzeb zatrudniał lub zwalniał nauczycieli szkoły elementarnej, nauczycieli muzyki oraz majstrów do nauki poszczególnych zawodów.

Do kolonii Mettray kierowano nieletnich przestępców w wieku od 8 do 20 roku życia. W trakcie pobytu wychowankowie uczyli się na poziomie szkoły elementarnej oraz przyuczali się do wybranego przez siebie zawodu. Uczyli się również grać na instrumentach. Kolonia dysponowała możliwościami przyuczenia do pracy w rolnictwie i ogrodnictwie oraz do zawodu stolarza, krawca, szewca, kowala,

ślusarza i kołodzieja. Za pracę w rolnictwie i ogrodnictwie oraz za pracę w warsztatach szkolnych wychowankowie otrzymywali wynagrodzenie. Z kolei za dobre zachowanie byli honorowani specjalnymi naszywkami na ubrania. Za złe zachowanie i brak subordynacji w stosunku do zwierzchników, nauczycieli i majstrów mogli być karani przez ograniczenie uczestnictwa w zabawach lub odebraniem naszywek. W przypadkach rażąco złego zachowania można było wychowanka izolować w areszcie lub przewieźć do innej kolonii. Wychowankowie, którzy opuścili kolonię, mogli liczyć na pomoc w usamodzielnieniu. Zwierzchnicy rodziny oraz tzw. starsi bracia udzielali w trakcie adaptacji socjalnej wsparcia psychicznego, a nawet materialnego. Część zresocjalizowanych wychowanków pozostawała w koloni, w charakterze pracowników. Na ścianach wisiały portrety wychowanków, którzy po opuszczeniu kolonii osiągnęli sukces życiowy, co miało oddziaływać motywująco na resocjalizowaną tam młodzież (A. Modenhawer 1872).

Interesującym pomysłem Augusta de Metza była bliźniacza kolonia rolnicza, założona pod nazwą Maison Paternelle, również w Mettrei – dla dzieci z rodzin zamożnych sprawiające problemy wychowawcze rodzicom. Mimo że placówki były usytuowane w sąsiedztwie, to system wychowawczy różnił je zasadniczo. Zanim nieletni został umieszczony w placówce, dyrektor – w porozumieniu z rodzicami – pisał do niego list ostrzegający i obligujący go do właściwego zachowania. Jeśli doszło już do umieszczenia nieletniego w Maison Paternelle, to zwykle zamykano go w osobnej celi i przydzielano mu nauczyciela. Dyrektor placówki osobiście przeprowadzał rozmowy wychowawcze z każdym wychowankiem zamkniętym w osobnej celi. Ta umoralniająca procedura trwała do momentu jasnej deklaracji izolowanego wychowanka do zmiany zachowania. Wówczas to, pod opieką przydzielonego mu nauczyciela, nieletni korzystał z ograniczonej wolności. Mógł się uczyć, pracować lub spacerować po okolicy, ale zawsze pod nadzorem. Podczas spaceru nauczyciel prowadził z nim umoralniającą rozmowę oraz pokazywał mu ciężko pracujących chłopów, co miało wyrobić w nim szacunek do pracy. Jeśli nieletni wzruszył się ich losem to otrzymywał od nauczyciela monety, które mógł im podarować. Ten rodzaj procedury resocjalizacyjnej trwał dwa tygodnie, jeśli nieletni nie zmienił po tym czasie zachowania, oddawany był zwykle jeszcze na jeden miesiąc pod nadzór miejscowego proboszcza (E. J. Dukaczewski 1990).

Popularność osad rolniczych A. Metza oraz poparcie władz państwowych i ustawodawczych doprowadziły do określenia statusu prawnego tych placówek w kodeksie karnym z 1851 roku. Od tego czasu powstawały kolonie poprawcze dla młodzieży wymagającej korekcji wychowawczej oraz kolonie penitencjarne dla młodzieży przestępczej. Czternaście lat później we Francji istniało już 60 koloni, w tym: 29 było przeznaczonych dla chłopów, 24 dla dziewcząt, a 7 było koedukacyjnych.

Niemcy

Spośród XIX-wiecznych zakładów poprawczych na terenie Niemiec na uwagę zasługują:

Zakład poprawczy w Marienhof (Kinderbesserungsanstalt auf Marienhof) zorganizowany dla 70 chłopów w 1828 roku w okolicach Drezna.

Koedukacyjny zakład opiekuńczo-poprawczy (Das Rauhe Haus – Szary Dom) zorganizowany w roku 1883 w Horn koło Hamburga.

Filia Szarego Domu dla dzieci dobrze sytuowanych rodziców zorganizowana w 1848 roku również w Horn.

Zakład poprawczy (Correctionsanstalt) zorganizowany w 1867 roku w Sachsenburgu dla przestępczych i zdemoralizowanych wcześniejszym pobylem w więzieniu chłopców.

Placówki te założone były na wzór wcześniejszych Armenschulen. Proces resocjalizacji odbywał się w nich na bazie systemu dyscyplinarno-izolacyjnego połączonego z nauką i pracą rzemieślniczą lub rolniczą.

Z inicjatywy pastora Jana Henryka Wicherna, pierwszego dyrektora Szarego Domu w Horn, powstało towarzystwo „Bracia Instytutu”, które zajmowało się przygotowaniem kadry wychowawców do pracy w zakładzie poprawczym.

Holandia

Wiek XIX w Holandii to okres domów poprawczych na wzór rolniczych kolonii francuskich. Powstawały one z inicjatywy towarzystw dobroczynnych zorganizowanych przez Van der Boscha. Najpierw w roku 1826 zorganizowano szkołę w Waatteren, przygotowującą kadre do pracy z młodzieżą wymagającą opieki i wychowania. Do rozwoju placówek holenderskich o charakterze poprawczym przyczynił się W. Surringar, który nawiązał kontakt z francuską kolonią rolniczą w Mettray, a następnie w roku 1850 zawiązał Stowarzyszenie Matrejsko-niderlandzkie. Ze środków tego stowarzyszenia dwa lata później powstała w Rÿsselt k. Zutphen pierwsza osada rolnicza dla 150 chłopców w wieku od 9 do 14 lat. Organizacja pracy, infrastruktura oraz system wychowawczy tej placówki oparty był na wzorach francuskich, dlatego też określa się jako „Niderlandzkie Mettray” (E. J. Dukaczewski 1990; M. Kalinowski, J. Pełka 1996).

Sądownictwo i resocjalizacja nieletnich w niektórych krajach pod koniec XIX wieku oraz w wieku XX do 1939 roku

Okres XVII, XVIII i XIX wieku zaznaczył się rozwojem instytucji resocjalizacyjnych na terenie całej Europy. Rozwiązania XIX-wieczne w zakresie systemów resocjalizacyjnych można określić jako apogeum możliwości i jako wzory niedoścignione w resocjalizacji instytucjonalnej. Późniejsze rozwiązania polegały przede wszystkim na kopiowaniu tego, co stworzyli Pestalozzi, Fellenberg, Bosco, A. de Metz i inni. Również w wieku XIX powstały projekty alternatywnego traktowania nieletnich przestępców w zakresie procedur postępowania sądowego. Zainicjowana w XIX wieku w krajach anglosaskich instytucja kurateli sądowej oraz system probacji przyczyniły się do procesów depenalizacji prawa i powstania sądów dla nieletnich przestępców prawie we wszystkich krajach europejskich i Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej.

Konieczność utworzenia odrębnego sądownictwa dla nieletnich, jako swoistego przeciwdziałania przestępczości nieletnich, w środowiskach pedagogów, penitencjarystów, kryminologów i prawników na przełomie XIX i XX wieku stała się oczywistością. Problematyce tej poświęcono dwa zjazdy Międzynarodowego Związku Kryminologów. Pierwszy odbył się od 7 do 8 października w Brukseli w 1889 roku, natomiast drugi zorganizowano od 12 do 14 sierpnia 1890 roku w Bernie. Problematyka przestępczości nieletnich była przedmiotem dyskusji VIII Międzynarodowego Kongresu Penitencjarnego, który zorganizowano w dniach 2-8 października 1910 roku w Waszyngtonie. Na Kongresie tym stworzono teoretyczne założenia sądownictwa dla nieletnich, co z kolei stało się inspiracją do dalszych ustaleń w tym zakresie, przez I Międzynarodowy Kongres w sprawie Sądów dla Nieletnich, który odbył się w 1911 roku w Paryżu. Następnym krokiem w kierunku zmian prawnej sytuacji nieletnich był zorganizowany w lipcu 1913 roku w Brukseli I Międzynarodowy Kongres Ochrony Dzieci. W powitalnym przemówieniu na tym Kongresie minister sprawiedliwości Belgii – Carton de Wiart – podkreślił szczególne znaczenia profilaktyki społecznej w walce z przestępczością nieletnich (A. Komorowski 1925).

Pierwowzorem dla instytucji sądu dla nieletnich była powołana w 1886 roku przez rząd australijski Rada Dzieci Państwa, której zadaniem było opiekowanie się zaniechanymi oraz wykolejonymi społecznie i przestępczo dziećmi. Jednak pierwszy w pełnym tego słowa znaczeniu sąd dla nieletnich powstał w lipcu 1899 roku w stanie Illinois, który zajmował się dziećmi zaniechanymi, porzuconymi i włóczęgami popełniającymi przestępstwa. Sędzia wydawał wyroki, które spełniały cel wychowawczy. Pomocnikami sędziego byli kuratorzy sądowi, którzy czynnie uczestniczyli w przygotowaniu rozprawy sądowej, jak również pełnili nadzór sądowy po zastosowaniu środków wychowawczych. Szczególne zasługi w sprawach sądownictwa dla nieletnich w USA należy przypisać Richardowi S. Tuthill (pierwszy sędzia dla nieletnich), Benjaminowi Lindsey oraz inicjatorom społecznej kontroli wykonywania wyroków w zakładach karnych: Jane Adams i Julii Lathrop.

Następny w kolejności chronologicznej sąd dla nieletnich powstał w kwietniu 1905 roku w Birmingham w Anglii, a kolejny w roku 1909 w mieście Winnipeg na terenie Kanady. Na bazie aktów prawnych w sprawach nieletnich prowadzonych w Anglii między 1854 a 1907 rokiem powstały kolejne ważne uregulowania prawne, a mianowicie: w roku 1907 Ustawa o nadzorze opiekuńczym (Probation of offenders akt, w roku 1908 Ustawa o zastosowaniu środków wychowawczych i poprawczych oraz sądach dla nieletnich (Children akt 1908). O ważności problematyki nieletnich w ustawodawstwie angielskim świadczył fakt, że bez kodyfikacji ustawodawstwa powszechnego uregulowano najpierw sprawy nieletnich. W roku 1929 w samym Londynie funkcjonowało 8 sądów dla nieletnich. Najbardziej znanym i cenionym był sąd Clark Hall'a – wielkiego znawcy i propagatora problematyki sądownictwa dla nieletnich. Każdy sąd miał do dyspozycji od 1 do 3 opiekunów sądowych (probation officers). Byli to płatni urzędnicy państwowi powołani do opieki nad nieletnimi po wyrokach oraz do współpracy z ich rodzinami. Nie brali oni udziału w czynnościach

przygotowawczych do rozprawy sądowej, jak również ich udział w samej rozprawie był minimalny ze względu na konieczność podtrzymania po orzeczeniu sądowym dobrych stosunków zarówno z nieletnim, jak i z jego rodziną. Do czynności przygotowujących rozprawę, tj. przeprowadzanie wywiadu w rodzinach, o sytuacji nieletniego oraz przygotowanie diagnozy, włączani byli pracownicy określani jako educational officers. W Londynie, liczącym wówczas 8 milionów mieszkańców, zatrudniano tylko 14 probation officers oraz dysponowano jedną izbą zatrzymań (home of detention). Sądy dla nieletnich wydawały tam trzy rodzaje orzeczeń. Najczęściej oddawały nieletnich pod opiekę probation oficera. Nieco rzadziej, ze względu na uwarunkowania środowiskowe, umieszczano nieletnich w zakładzie wychowawczym (industrial school). Najrzadziej umieszczano najtrudniejszych nieletnich, zwykle po 14 roku życia, w zakładzie poprawczym (reformatory school). Personel tych zakładów posiadał zwykle kwalifikacje pedagogiczne. Na bazie bardziej surowych kryteriów dobierano kierowników tych zakładów (N. Hanowa 1930).

Również we Francji los nieletnich stał się przedmiotem inicjatyw ustawodawczych. Rozwój i popularność instytucji wychowawczo- poprawczych typu Mettray dał asumpt do uchwalenia 7 grudnia 1874 roku Ustawy o ochronie dzieci. Przepisy tej ustawy chroniły dzieci do 16 roku życia przed wykorzystaniem w przedstawieniach wędrownych organizowanych przez akrobatów, cyrkowców i oprowadzaczy zwierząt. Zatrudnienie obcych dzieci poniżej 16 roku życia zabronione było groźbą grzywny oraz karą do dwóch lat pozbawienia wolności. Kolejną ustawą, jaką uchwalono we Francji w kwietniu 1908 roku była Ustawa o prostytucji nieletnich. W grudniu 1906 roku naczelny prokurator Francji Monier wydał zarządzenie, aby wszystkie sprawy nieletnich prowadzone były przez VIII wydział poprawczy Trybunału Sekwany w Paryżu. Dopiero 22 czerwca 1912 roku Francja uchwaliła specjalną Ustawę o sądach dla nieletnich i dozorcze opiekuńczym.

Na Węgrzech od 1 września 1903 roku całokształt spraw związanych z problematyką nieletnich przejął na siebie rząd, który zorganizował sieć opiekuńczych i poprawczych przytułków państwowych. Każde dziecko wymagające opieki i pomocy mogło być przyjęte do takiego przytułku. Działania rządowe w tym zakresie wspierane były organizacyjnie i finansowo przez utworzoną w 1906 roku Ligę Narodową Opieki nad Dziećmi. Na mocy rozporządzenia 1 sierpnia 1907 roku opracowano procedury postępowania z dziećmi zagrożonymi demoralizacją i popełniającymi przestępstwa. Obligatoryjnie umieszczano je w przytułkach państwowych. W Budapeszcie 1 czerwca 1908 roku powstał pierwszy sąd dla nieletnich, a już 17 sierpnia tego samego roku na mocy rozporządzenia ministra sprawiedliwości utworzono tego typu sądy na terenie całego kraju.

W Niemczech pierwszy sąd dla nieletnich powstał w styczniu 1923 roku we Frankfurcie nad Menem, a dopiero 16 lutego 1923 roku uchwalono obowiązującą w całym kraju Ustawę o sądach dla nieletnich (A. Komorowski 1925, 1929).

Początek wieku XX w resocjalizacji na terenie Belgii to kontynuacja wzorów koszarowych XIX-wiecznych oraz powołanie w 1919 roku przez rząd specjalnej 6-osobowej komisji składającej się z urzędników i pedagogów (w jej skład wchodził także Decroly). Zadaniem tej komisji było unowocześnienie belgijskiego systemu

resocjalizacji nieletnich. Po zwizytowaniu wzorcowych placówek angielskich oraz zapoznaniu się z systemem probation, komisja przygotowała grunt pod nowe prawo ujmujące problematykę nieletnich w sposób nowoczesny, które zostało uchwalone w 1920 roku. Całością spraw nieletnich od tego czasu zajmowało się ministerstwo sprawiedliwości, które w Belgii pełniło także funkcje ministerstwa polityki społecznej. Sformułowano wówczas podstawowe zasady funkcjonowania państwowego systemu resocjalizacji, które krańcowo różniły się o od dotychczas stosowanych:

- Zasada indywidualizacji.
- Zasada upodabniania życia zakładowego do rodzinnego.
- Zasada oparcia wychowania na daleko posuniętym zaufaniu.
- Zasada przygotowania do zawodu.

Również sformułowano zasady orzecznictwa sądowego w stosunku do nieletnich. Zanim dziecko umieszczono w zakładzie specjalnie przygotowany sędzia mógł stosować cały zestaw środków pośrednich:

1. Upomnieć nieletniego, a rodziców mógł zobligować do większego nadzoru.
2. Pozostawić dziecko w rodzinie pod nadzorem kuratora.
3. Powierzyć dziecko do osiągnięcia pełnoletniości osobie fizycznej, towarzystwu, publicznej lub prywatnej instytucji.
4. Mógł oddać dziecko do dyspozycji rządu.

Sądy dla nieletnich dysponowały urzędnikami państwowymi kształconymi na 2-letnich kursach, tzw. delegatami wizytatorami dzieci przestępczych, którzy mogli monitorować losy dziecka, wobec którego zastosowano jeden z wyżej wymienionych środków. Przykładem półwolnościowej placówki prywatnej, do której sąd kierował nieletnich, była Home B. Foyer des Orphelins. Drzwi tej placówki były cały czas otwarte. Wychowankowie wychodzili do szkoły uczącej zawodu poza obręb zakładu. Nie wolno im było jechać jedynie do domu rodzinnego. Również bardzo interesująco wyglądała procedura oddania nieletniego do dyspozycji rządu. Najpierw umieszczano nieletniego na 2–3 miesiące w państwowej placówce obserwacyjnej, a następnie zależnie od wyników obserwacji oddawano go rodzinie, do zakładu dla dzieci normalnych lub do zakładu poprawczego.

W Belgii funkcjonowały dwa typy zakładów poprawczych – pierwszy przeznaczony był dla dzieci do 14 roku życia, drugi dla nieletnich mających więcej niż 14 lat oraz starszych niesprawiających tak dużo kłopotów i trudności wychowawczych. Każdy zakład poprawczy składał się z trzech pawilonów przeznaczonych dla różnych grup wiekowych, a w każdym z nich funkcjonowały trzy sekcje, które nieletni przechodzili w zależności od stopnia poprawy. Pierwszą była sekcją „próby i nadziei”, drugą „nagrody i wytrwałości” i trzecią „honoru i zaufania”. Każda z tych sekcji miała własnego kierownika-nauczyciela i dwóch wychowawców oraz dysponowała własną klasą, pokojem rodzinnym, stołówką oraz zespołem sypialń. W dwóch zakładach dla najtrudniejszych funkcjonowały tylko dwie sekcje. Jedną z takich placówek był zakład poprawczy w Moll, do którego trafiały dzieci po 14 roku życia i przebywały do ukończenia 18, a nawet 21 lat. Chłopcy, którzy byli tam umieszczeni wybierali sobie

szefa, który był pośrednikiem personelu z wychowankami. Prowadzili zakładową gazetkę „Mon Home”, organizowali przedstawienia teatralne, uprawiali ćwiczenia sportowe i uczyli się zawodu. Majstrowie, którzy uczyli ich różnych zawodów, codziennie obliczali razem z wychowankami wartość wykonanej pracy, a wychowawcy oceniali codziennie ich zachowanie. Po każdym zakończonym tygodniu publicznie odczytywano efekty tych obserwacji, a przy okazji wręczano chłopcom za dobre zachowanie nagrody w postaci bonów, za które mogli sobie kupić słodycze, krawaty, karty pocztowe, papierosy i inne produkty. Za otrzymywane często dobre oceny wychowankowie przenoszeni byli do sekcji większego zaufania. Natomiast wychowankowie, którzy źle się zachowywali otrzymywali naganę lub byli karani jednogodzinnym, a nawet jednodniowym odizolowaniem. W przypadkach trudniejszych przenoszono ich do sekcji bezpieczeństwa, gdzie zastrzano im warunki pobytu przez ograniczenie wyżywienia do chleba i wody (na jeden dzień). Do spania na podłodze otrzymywali tylko worek, którym mogli się przykryć lub podłożyć sobie pod głowę.

Podobnie zorganizowany był system resocjalizacji dla przestępczych dziewcząt. Do bardziej znanych belgijskich placówek dla dziewcząt zaliczany był zakład obserwacyjny i zakład karny w Namur (W. Szuman 1926).

Opieka i resocjalizacja dzieci w Republice Czechosłowackiej w wieku XX opierała się jeszcze na ustawach z roku 1811. Dopiero w roku 1914 dokonano pierwszej, a w roku 1916 ponownej nowelizacji tej ustawy, w której unormowano sprawy ograniczenia rodzicielstwa oraz rozwiązano problem nieślubnych dzieci. Z kolei ustawa z 1919 roku regulowała problem ubóstwa dzieci, nakładając na powiaty obowiązek opieki. W sprawach dzieci przestępczych do 1930 roku obowiązywała ustawa z 1885 roku o domach przymusowej pracy i domach poprawczych. Większość zakładów opiekuńczych i poprawczych, które funkcjonowały w Czechosłowacji do 1939 roku, zorganizowano w XIX wieku. Zanim umieszczono w zakładzie wychowawczym lub poprawczym chłopców, którzy nie ukończyli lat 18, umieszczano ich w tzw. izbach zatrzymań. Na uwagę zasługuje „Dom wychowawczy na Libini” zorganizowany w 1882 roku, ale zreformowany w roku 1927 z przeznaczeniem dla 100 chłopców, którzy popełnili przestępstwa. Umieszczano w nim chłopców powyżej 10 roku życia. Opis tego zakładu znajduje się w sprawozdaniu H. Budny – z wycieczki zorganizowanej przez Sekcję Szkolnictwa Specjalnego Z.P.N.S.P. do Wiednia i Pragi Czeskiej, która odbyła się od 3 do 5 lutego 1930 roku. Oto fragment tego sprawozdania:

Przy zakładzie urządzone jest spore boisko ze specjalną rozbieralnią. Dla wychowania poczucia solidarności społecznej, drużyny walczące należą każda do innego warsztatu. W ten sposób chłopcy z jednej pracowni lepiej się zżywają i wyrabia się poczucie koleżeństwa. Drugą zasadą wprowadzoną przez zakład jest pozostawienie jak najmniej wolnego, niezajętego niczem czasu. W tym celu, a także w celu rozwinięcia poczucia porządku, każdy z chłopców posiada kilka garniturów, w które kolejno przebiera się, przechodząc od jednego zajęcia

do drugiego. Każdy więc z wychowanków posiada 5 ubrań: 1) garnitur domowy, 2) szkolny, 3) warsztatowy, 4) sportowy, 5) wyjściowy. Takie ciągle przebieranie się absorbuje czas pozostający między jednym dzwonkiem a drugim. Porządek dzienny jest taki: o 6 rano jest dzwonek na wstawanie, potem wychowankowie sprzątają sale, ścielą łóżka; następuje przegląd dokonywany normalnie przez wychowawcę, w wyjątkowych przypadkach przez dyrektora. W czasie przeglądu chłopcy zgłaszają swoje życzenia. Potem udają się na śniadanie składające się z ½ litra kawy białej i 20 deka chleba. Do 10 rano trwają lekcje. O 10 drugie śniadanie: chleb ze słoniną. Potem nauka lub warsztaty (chłopcy przebierają się ze szkolnego ubrania w warsztatowe lub odwrotnie). O 12 obiad z trzech dań. Chłopcy myją się przed obiadem i przebierają się ze szkolnego ubrania w ubranie domowe. Po obiedzie sporty i przygotowanie lekcji. O 5.15 kolacja (dostają to co na śniadanie). Po kolacji pół godziny wolne (piszą listy, grają w szachy). Przy zakładzie jest 3-klasowa szkoła powszechna, biblioteka i muzeum pomocy szkolnych. Wiele map, wykresów, dobrze skompletowany gabinet fizyczny, małe muzeum zoologiczne z kompletem preparatów mikroskopowych.

Chłopcy otrzymują przygotowanie zawodowe w zakresie szewstwa, introligatorstwa, krawiectwa lub ogrodnictwa. Rzemiosła te postawione są zupełnie zadawalniająco. Przy zakładzie jest spory kawałek sadu owocowego, ogród warzywny i szklarnia dla hodowli roślin pokojowych. Rośliny jednak hodują tylko chłopcy uprawiający ogrodnictwo. Dawniej przy szkole była ferma, teraz żadnych zwierząt nie hodują. W ogóle nigdzie w Pradze nie widziałam, aby hodowla zwierząt stosowana była jako środek wychowawczy.

Sam gmach wewnątrz b. czysty. Posiada wysokie, jasne sale. Wysokość sal pozwala na ciasne ustawienie łóżek, rozdzielonych jedynie szafką nocną. Szafki nie są zamykane, w ogóle chłopcy nie posiadają żadnych szuflad, koszyków lub skrytek gdzieśby mogli ukryć swą własność. Potrzeby tego, kierownik, człowiek nie posiadający specjalnego przygotowania, nie zdawał się uznawać. Muzyki chłopcy się nie uczą, chóry mają jednogłosowe. Żadnych kótek samorządnych nie posiadają. Istnieje tylko kółko szachistów.

Jako kary stosuje się wzbronienie korespondencji i widywania się z rodziną, spontaniczne bicie w twarz, jako doraźna likwidacja nieporozumień, no i kary cielesne za przestępstwa cięższe, naprz. ucieczka z zakładu przez okno. Po większych przekroczeniach stosuje się rozmowę z dyrektorem w cztery oczy. Po opuszczeniu zakładu wychowankowie zdają egzamin u jakiegoś majstra żeby zatrzeć ślady pobytu. Po wyjściu kontaktu z zakładem nie utrzymują (H. Budny 1929–1930 s. 188–181).

Do 1930 na terenie Czechosłowacji funkcjonowało 26 zakładów – 16 w Czechach, 7 na Morawach, 2 na Śląsku i 1 na Słowacji.

Zarys historii i opieki i resocjalizacji w Polsce

Kultura prawna w Polsce i wynikająca z niej praktyka opiekuńcza rozwijała się równoległe do francuskich i włoskich rozwiązań prawnych. W niektórych uregulowaniach nawet je wyprzedzała. Wspomnieć tu należy zbiór polskich ustaw z 1347

roku, określanych jako Statut Wiślicki, który regulował życie rodzinne i w znacznym stopniu poprawiał sytuację dzieci pozamażeńskich, osieroconych, kalekich i upośledzonych. Akt prawny króla Jana Olbrachta z 1496 roku, nazywany przywilejem piotrkowskim, oraz Statut Litewski Zygmunta Starego – jeszcze bardziej brały w obronę zmarginalizowane dzieci. Następnym ważnym aktem prawnym uwzględniającym problematykę dzieci osieroconych, porzuconych i pozamażeńskich były przywileje królewskie nadawane sierocińcom, przytułkom, domom pracy i szpitalom przez Zygmunta Augusta i Władysława IV. W myśl tych rozwiązań prawnych dzieci porzucone oraz dzieci z legalnych małżeństw były zrównane w prawach pobierania nauki oraz wyboru i wykonywania zawodu.

W Polsce w roku 1629 powstał pierwszy Dom Poprawy w Gdańsku wzorowany na systemie celkowym. W pierwszym okresie funkcjonowania tej placówki korzystano z cel klasztornych. Wśród nieletnich przebywali stale pastor i nauczyciel, dbając o zakonny charakter życia osadzonych wychowanków. Zamknięci w osobnych celach nieletni przestępcy, podobnie jak zakonnicy, mieli czas na refleksję i przemyślenia (M. Czerwiec 1958). Generalnie jednak sytuacja dzieci występnych była o wiele trudniejsza w porównaniu z sytuacją dzieci porzuconych i osieroconych. Praktyka penitencjarna nie brała pod uwagę wieku przestępców, co powodowało, że do połowy XVIII wieku w więzieniach przebywali razem z dorosłymi.

Interesujące projekty zmian prawa polskiego na skutek inspiracji oświeceniowych wystąpiły w drugiej połowie XVIII wieku. Wyrazem tych zmian był projekt kodeksu prawnego autorstwa Andrzeja Zamoyskiego i Józefa Wybickiego wydany drukiem w 1778 roku w *Zbiorze praw sądowych*. Zawarte tam rozwiązania prawne wprowadzają pojęcie zupełnej nieodpowiedzialności karnej dla dzieci do 12 roku życia oraz względną odpowiedzialność dla osób od 12 do 18 roku życia. We względnej odpowiedzialności karnej oprócz warunku wieku przestępca (12–18 lat) powinien być ustalony dodatkowy warunek poczytalności, czyli stanu świadomości w momencie popełnienia czynu. Sąd według tego projektu był zobligowany do zbadania stanu umysłowego oraz motywacji popełnienia przestępstwa. Nieletni, według tego projektu, nie mogli być skazywani na karę śmierci, z wyjątkiem umyślnego zabójstwa rodziców lub dziadków. W tym przypadku nieletniego można było skazać na męczarnie przez obcięcie rąk, a następnie uśmiercić. Zbyt śmiało i nowoczesne propozycje rozwiązań prawnych zawartych w tym zbiorze wzbudziły opór wielu posłów i nawet, mimo poparcia projektu przez króla Stanisława Augusta, został on definitywnie odrzucony na posiedzeniu Sejmu 2 listopada 1780 roku. Inne próby modernizacji prawa w stosunku do nieletnich zawarte w tzw. Kodeksie Stanisława Augusta również były skutecznie odrzucane.

Polskie akty prawne od XV do połowy XVIII wieku stanowiły podstawę do organizacji szpitali, sierociniec, przytułków dla podrzutków oraz biednych i opuszczonych dzieci. L. Grochowski (1990) wyróżnia dwa okresy organizacji opieki nad dzieckiem w Polsce. Okres pierwszy trwał od XIV do XVI wieku, wtedy powstały szpitale dla dzieci chorych, upośledzonych i kalekich: w Grudziądzu, Drohiczynie, Warszawie, Gdańsku i Krakowie. Duże znaczenie w organizacji opieki nad dzieckiem w tym okresie miały organizacje kościelne, a szczególnie działalność Jerzego

Leyera, Jana Jaksy oraz Adama Rostkowskiego. W okresie drugim, tzn. od XVI do połowy XVIII wieku, modernizowano wcześniej założone placówki z przeznaczeniem dla dzieci specjalnej troski oraz zakładano kolejne dla dzieci porzuconych przez matki. Według L. Grochowskiego (1990) szczególną rolę w tym zakresie odegrały szpitale pod wezwaniem Ducha Świętego w Warszawie i Krakowie oraz szpital założony w roku 1736 w Warszawie przez francuskiego misjonarza księdza Gabriela Piotra Baudouina. W roku 1746 król August III nadał przywilej temu szpitalowi polegający na tym, że znajdujące się tam podrzucone dzieci stawały się równe pod względem prawa z dziećmi pochodzącymi z prawego łóża. Na mocy przywileju królewskiego nazwano go Szpitalem Dzieciątka Jezus.

Aktywność Kościoła katolickiego, towarzystw i bractw, a także pojedynczych osób zapobiegała w znacznym stopniu marginalizacji przestępczej dzieci i młodzieży polskiej w okresie średniowiecza i odrodzenia. Dzieci zaniebane moralnie i sprawiające kłopoty wychowawcze zamykano w zakładach poprawczo-wychowawczych. Natomiast w znacznie trudniejszej sytuacji znajdowali się nieletni przestępcy, którzy traktowani byli na równi z dorosłymi. Warunki, jakie panowały w więzieniach były bardzo surowe i szczególnie uciążliwe dla umieszczonych tam nieletnich przestępców. Prawo w stosunku do nieletnich jeszcze w wieku XVIII było niejednoznaczne, ponieważ oprócz Corpus Juris Canonici obowiązywały równolegle przepisy prawa miejskiego. Prawo kanoniczne traktowało chłopców do 15 roku życia jako nieletnich. Dla dziewczynek górna granicą nieletniości był 12 rok życia. Zarówno chłopców, jak i dziewczynki traktowano jako osoby dojrzałe po ukończeniu 24 roku życia. Natomiast prawo miejskie za granice nieletniości chłopców uznawało 14 rok ich życia, a dla dziewcząt 15 rok. Dojrzałość według prawa miejskiego chłopcy i dziewczynki osiąkali po 21 roku życia.

Szczególne zasługi dla rozwoju opieki, oświaty i resocjalizacji nieletnich na ziemiach polskich na przełomie XVIII i XIX wieku należy przypisać księżom redemptorystom, na czele których stał ks. Klemens Hofbauer (1757–1820), z pochodzenia Morawianin. Księża redemptoryści w roku 1787 otrzymali od Bractwa św. Benona majątek wraz z budynkami. Członkami bractwa byli rzemieślnicy niemieccy, którzy oddając majątek zobowiązali księży do zorganizowania przytułku dla sierot niemieckich. Na otrzymanych od bractwa dobrach redemptoryści zorganizowali klasztor, przytułek dla sierot płci męskiej oraz szkołę dla biednych dzieci niezależnie od przynależności narodowej. W szkole obowiązywał język polski i niemiecki. Uczono tam wiedzy ogólnej, przyrody, matematyki oraz podstaw języka łacińskiego. W roku 1795 redemptoryści założyli podobne przytułki i szkoły dla dziewcząt. Działalność benonitów (bo również tak ich nazywano) cieszyła się poparciem Komisji Edukacji Narodowej oraz króla Stanisława Augusta. Natomiast władze pruskie miały zastrzeżenia do działalności redemptorystów ze względu na fakt, iż obejmowali oświatą oprócz niemieckiej również młodzież polską wywodzącą się z najbardziej ubogich warstw Warszawy. Za szerzenie wychowania w sposób nowoczesny w duchu katolickim pod pretekstem przypisania im przez marszałka L. N. Davouta postaw antynapoleońskich 20 czerwca 1808 roku wysiedlono benonitów z Polski (L. Grochowski 1990).

Problematyka nieletnich przestępców na ziemiach polskich zawsze była związana z więziennictwem, ponieważ nieletni skazani na karę więzienia za popełnione przestępstwa przebywali razem z dorosłymi. Próby zreformowania polskiego systemu więziennego, w tym również zmodernizowania systemu karania i resocjalizacji nieletnich przestępców podjęto w drugiej połowie XVIII wieku.

Jednym z bardziej aktywnych reformatorów więziennictwa w XVIII wieku był Hugo Kołłątaj postulujący, aby represyjny cel więzienia zamienić na poprawczy, co w praktyce zrealizował marszałek Stanisław Lubomirski, zakładając w roku 1767 więzienie przy ulicy Mostowej w Warszawie. Odbywanie kary w więzieniu na Mostowej przebiegało już w bardziej ludzkich warunkach. Więźniowie byli zakuci w kajdany, ale przebywali już w czystych i ogrzewanych pomieszczeniach. Zmieniano im częściej bieliznę oraz częściej wymieniano słomę w siennikach, a do przykrycia na noc wydawano im kołdry. Mogli też wychodzić na spacer, wysłać i otrzymywać korespondencję, składać skargi i zażalenia oraz uczestniczyć w praktykach religijnych. Podobnie funkcjonowały więzienia usytuowane w pomieszczeniach pałaców Brühla i Krasińskich. Natomiast gorsze warunki panowały w więzieniach przeznaczonych na kary długoterminowego pozbawienia wolności, tj. w Kamieńcu Podolskim i Częstochowie (K. Pawlak 1997).

Ze względu na powszechność stosowania kary pozbawienia wolności król Stanisław Poniatowski w roku 1791 powołał tzw. Deputację, czyli specjalną komisję do prac na modyfikację kodeksu wykonywania kary. Komisja nawiązała do wcześniejszych rozwiązań proponowanych jeszcze przez Andrzeja Zamoyskiego. Proponowała zatem zmianę struktury więziennictwa. Propozycje zmierzały do utworzenia zakładów karnych i śledczych, a każdy z nich miał uwzględniać podział ze względu na płeć oraz rodzaju popełnionego przestępstwa. Zwrócono szczególną uwagę na warunki wykonywania kary oraz umożliwienie więźniom odpowiedniej i wynagradzanej pracy (M. Czerwiec 1997).

Dalsze prace Deputacji nad modyfikacją kodeksu karnego zostały przerwane w roku 1795 przez trzeci rozbiór Polski. Zaborcy zlikwidowali struktury państwowe wraz z wymiarem sprawiedliwości oraz system więziennictwa. Austria, Prusy i Rosja postanowiły wszelkimi sposobami nie dopuścić do odbudowy państwa polskiego. Przez cały okres niewoli Polacy nie pogodzili się z utratą wolności, za co płacili tysiącami poległych, zesłanych i uwięzionych. Aparat represji ze strony zaborców związany był również z uruchomieniem obcego Polakom systemu więziennictwa. Na przywłaszczonych ziemiach zaborcy wprowadzili własne uregulowania prawne. Dla Królestwa Polskiego w roku 1818 wprowadzono tzw. Kodeks karzący, który różnicował przestępstwa, wydzielając z nich zbrodnie, występki i wykroczenia. Za zbrodnie karano na 10–20 lat więzieniem warownym, ciężkim lub karą śmierci. W więzieniu warownym skazani nosili ciężkie kajdany albo byli przykuwani do tacek, spali na gorszym pościeliu, słabo byli odżywiani i źle ubrani. Nieco lepsze, ale także nieludzkie warunki odbywania kary charakteryzowały więzienie ciężkie. Funkcjonowały również więzienia o mniej zaostrzonym rygorze, w których skazani odbywali kary od 8 dni do 3 lat za przestępstwa spowodowane nieumyślnie. Najmniej uciążliwym sposobem pozbawienia wolności

był areszt, który często zamieniano na karę grzywny. Niemniej jednak wszystkie zakłady karne były w bardzo złym stanie technicznym oraz sanitarno-higienicznym. Duże przeludnienie i brak opieki lekarskiej doprowadzały do częstych epidemii i dużej śmiertelności więźniów. Nie było zakładów karnych w systemie celkowym i w związku z tym wspólnie przebywający tam więźniowie (również nieletni) wzajemnie się demoralizowali (E. Kaczyńska 1982).

Śledcze zakłady karne (areszty) podlegały policji, natomiast nadzór nad wszystkimi zakładami karnymi sprawował Resort Spraw Wewnętrznych, którym kierował Tadeusz Antoni Mostowski. To z jego inspiracji wielu ówczesnych penitencjarystów podjęło się naprawy systemu więziennictwa w Królestwie Polskim. Należeli do nich między innymi: Romuald Hube, Aleksander Kożuchowski, Mirosław Nakwaski, Józef Pawlikowski, Ksawery Potocki oraz Fryderyk Skarbek. Przedstawili oni rządowi w roku 1819 Projekt ogólnego i szczegółowego polepszenia stanu i administracji więzień w Królestwie Polskim, który zawierał między innymi następujące propozycje:

1. Kara powinna być adekwatna do winy i powinna nie tylko odstraszać, ale także poprawiać.

2. Należy zróżnicować karę ze względu na rodzaj przestępstwa, stopień demoralizacji.

3. Więźniów należy separować ze względu na płeć, wiek, klasyfikacje przestępstwa oraz częstość powrotu do przestępstwa.

4. Należy poprawić warunki higieniczne, zakazać kar fizycznych i poniżających godność więźniów, edukować więźniów, zapewnić im pracę i ćwiczenia fizyczne.

5. Okres pobytu w więzieniu powinien się kończyć rozliczeniem z efektów resocjalizacyjnych oraz prognozą.

W tym czasie powstały nowe więzienia, m.in. w Janowie Lubelskim, Łomży, Brześciu, Sieradzu, Lublinie i Sandomierzu. Oprócz tych istniało jeszcze 14 zakładów karnych. Większość skazanych stanowili pospoliccy przestępcy, choć zdarzali się również więźniowie polityczni (K. Pawlak 1997).

Należy wspomnieć, że radca stanu, sędzia Ksawery Potocki, był głównym redaktorem projektu reformy więziennictwa. Również duży udział w pracach przygotowawczych do utworzenia tego projektu miał Fryderyk Skarbek, który jako urzędnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych przeprowadził zleconą przez T. A. Mostowskiego (ówczesnego szefa resortu) kontrolę więzień krajowych. Podczas inspekcji – jak wynika z raportu tej kontroli – Skarbek zwracał uwagę na sytuację więźniów nieletnich, którzy narażeni byli na wykorzystywanie i przemoc ze strony dorosłych. Jego koncepcje penitencjarne i resocjalizacyjne jeszcze bardziej skryształizowały się po podróży, jaką odbył po Europie i podczas której zapoznał się z funkcjonowaniem kilku placówek dla nieletnich przestępców. W opublikowanym raporcie z tej podróży F. Skarbek zwrócił uwagę na konieczność reformy więziennictwa w Polsce, której nieodzownym elementem miało być oddzielenie nieletnich od dorosłych więźniów. Wiele poglądów w kwestii polskiego więziennictwa oraz sytuacji nieletnich przestępców zawarł w napisanej i wydanej w roku 1822 rozprawie pt. O poprawie moralnej winowajców w więzie-

niach. Między innymi podkreślał wagę diagnozy w resocjalizacji. Aby osiągnąć efekty w poprawie, potrzebna była, według niego, dobra znajomość charakteru i skłonności przestępcy, a także wiedza na temat etiologii i okoliczności popełnienia przestępstwa. Zwracał uwagę na właściwy dobór kadry, która powinna się charakteryzować wysokim poziomem kompetencji i uczciwością.

Przystępując do zleconej przez T. A. Mostowskiego reformy więziennictwa Fryderyk Skarbek nie zapomniał o potrzebie objęcia opieką zagrożonej moralnie i przestępczo polskiej młodzieży. W tym celu w roku 1829 stworzył koncepcję instytucji resocjalizującej i zorganizował ją na Mokotowie oraz równolegle zainicjował powstanie Towarzystwa Wspierającego Instytut Dzieci Moralnie Zaniebanych. Fryderyk Skarbek skorzystał wówczas z doświadczeń Stanisława Jachowicza znanego już autora utworów dla dzieci oraz pedagoga i organizatora instytucji opiekuńczych, ale przede wszystkim patrioty upatrującego szansę dla Polski w najmłodszym pokoleniu. Stąd jego twórczość dla dzieci, nauczanie języka polskiego, literatury i historii Polski. Stanisław Jachowicz był członkiem wielu stowarzyszeń. Jeszcze w czasie studiów w roku 1817 należał do tajnego Towarzystwa Ćwiczącej się Młodzieży w Literaturze Ojczyściej. W czasie powstania listopadowego zorganizował Towarzystwo Wychowania Dzieci po Poległych Rycerzach.

Rok 1831 był dla Polaków rokiem goryczy po upadku powstania listopadowego. W Królestwie Polskim ustanowiono stan wojenny i powołano sądy wojskowe. Wielu powstańców zostało aresztowanych i osadzonych w dotychczasowych więzieniach, a także w adaptowanych na więzienia klasztorach. Wielu z nich zesłano w głąb Rosji na Syberię. Była to najstraszniejsza forma odwetu zaborcy na Polakach. Mężczyznom skuwano ręce i nogi kajdanami, natomiast kobietom zakładano kajdany tylko na rękach. Ogoleni na łyso, w hańbiących strojach, z wypalonymi na ciele literami WOR i KAT (co oznaczało – złodziej i skazany na ciężkie roboty), pędzeni po 30 kilometrów dziennie, bici knutem – zmiierzali do miejsca odbywania kary. W więzieniach często byli przykuci do taczek, a za brak posłuszeństwa w czasie katorgi przykuwano ich do ścian na wiele lat. Po zakończeniu kary odkuwano ich od ściany i trzymano w więzieniach do końca ich życia (E. Kaczyńska 1982).

W tym czasie, tzn. w latach 1832–1834, powstała Cytadela Warszawska, która była więzieniem i jednocześnie miejscem przesłuchań policyjnych więźniów politycznych. Natomiast zbocze, na którym stała, było miejscem egzekucji polskich działaczy niepodległościowych. W okresie tym szefem więziennictwa został Fryderyk Skarbek. W tym czasie Stanisław Jachowicz w ramach działalności w Warszawskim Towarzystwie Dobroczynności założył Szkołkę dla Sierot po powstańcach, którzy zostali straceni, uwięzieni lub zesłani na katorgę. Działalność Szkołki była możliwa dzięki całkowitemu oddaniu się pracy przez Stanisława Jachowicza. Poświęcił on życie prywatne i rodzinne na rzecz polskich dzieci. Jego talent organizacyjny oraz zaangażowanie zjednywały mu wielu przyjaciół i pomocników. Całe przedsięwzięcie Jachowicza opierało się na funduszach pochodzących ze składek społecznych. Wystarczyły one na utrzymanie i naukę

podopiecznych. W roku 1843 Szkoła dla Sierot rozwinęła się na tyle, że można była ją przenieść na Nowy Świat, gdzie mieszkali chłopcy, natomiast placówka dla dziewcząt pozostała w pomieszczeniach gmachu Warszawskiego Towarzystwa Dobroczynności na Krakowskim Przedmieściu (M. Michalski 2005).

Warto również zwrócić uwagę na działalność Instytutu Moralnej Poprawy na Mokotowie, którego kierownikiem był również Stanisław Jachowicz. Zorganizowany w roku 1829, z inicjatywy Fryderyka Skarbka, z biegiem czasu przeistaczał się w typowy zakład poprawczy dla nieletnich. W roku 1862 został na nowo zorganizowany i przejęty przez władze miejskie, które pokrywały 1/5 kosztów funkcjonowania. Natomiast większa część funduszy pochodziła z dobrowolnych składek społeczeństwa oraz z dochodów, jakie uzyskiwano z prowadzenia warsztatów ślusarskich, stolarskich, szewskich i wikliniarskich oraz z gospodarstwa ogrodniczego. System wychowawczy w Instytucie Moralnej Poprawy opierał się na pedagogicznych założeniach F. Skarbka. Wychowankowie uczyli się religii, śpiewu, kaligrafii oraz pracowali w warsztatach, ucząc się jednocześnie wybranego zawodu. Praca oraz uczestnictwo w zajęciach było taką oczywistością, że zrezygnowano z nagród, natomiast karano za uchylanie się od nauki i pracy. Karano ograniczeniem posiłków, ograniczeniem prawa do zabawy, izolacją, a nawet chłostą. Po zajęciach szkolnych i warsztatowych wychowankowie uczestniczyli w słuchaniu umoralniających pogadań. Obowiązywały tam znaczne ograniczenia kontaktu z rodziną. Wizyty rodziców, tzw. Widzenia, mogły się odbywać tylko raz w miesiącu. Wszelka korespondencja tak ta wychodząca, jak i przychodząca do wychowanka była przeglądana przez kierownictwo Instytutu (J. E. Dukaczewski 1990; M. Michalski 2005).

Mimo obiektywnych przeszkód i bardzo skomplikowanej sytuacji Fryderykowi Skarbkowi udało się wprowadzić pewne pozytywne zmiany w więziennictwie na terenie Królestwa Polskiego. Przede wszystkim poprawiły się warunki bytowe więźniów. Dwa ciepłe posiłki oraz spacer stały się normą. W więzieniach zaczęła funkcjonować opieka lekarska. Na terenie Królestwa powstały trzy nowe więzienia, tj. w roku 1844 w Sieradzu oraz w roku 1846 w Kaliszu i Płocku. W roku 1847 znowelizowano Kodeks Kar Głównych i Poprawczych (E. Kaczyńska 1982).

Po klęsce powstania styczniowego, tj. po roku 1863, sytuacja bardzo się zaostrzyła. Królestwo Polskie zaborca rosyjski zaczął nazywać Przywiślańskim Krajem. Rozpoczęły się kolejne represje wobec całego narodu, a szczególnie powstańców, którzy masowo zapelniali więzienia. Audytoriat Polowy, czyli rosyjski sąd wojskowy, umieścił się w cytadeli warszawskiej, gdzie skazywał powstańców na karę śmierci, katorgę, zesłanie na Syberię, poprawcze roty aresztanckie, osadzenie w twierdzy i karę grzywny. Było to oczyszczenie atmosfery na rosyjska modłę, bo dla „nieprawomyślnych” Polaków miejsca w Polsce nie było.

W roku 1869 przeprowadzono na terenie Kongresówki nową reformę więziennictwa, która zróżnicowała zakłady karne. Powstały wówczas domy śledcze, domy poprawy, więzienia poprawcze, więzienia ciężkie, więzienia przesyłkowe oraz areszty i przytułki. Nietletnich osadzano wraz z dorosłymi.

Zmysłą o nietletnich prezes Sądu Apelacyjnego w Warszawie Józef Wieczorkowski

wraz z księciem Tadeuszem Lubomirskim zainicjował powstanie Towarzystwa Osad Rolnych i Przytułków Rzemieślniczych, które rząd rosyjski zatwierdził 20 lutego 1871 roku. W ramach działalności Towarzystwa, które objęło swoim działaniem dzieci bezdomne, włóczęgów i żebraków, w roku 1874 powstał projekt ustawy autorstwa prof. Walentego Miklaszewskiego Osady Rolniczo-Rzemieślniczej w Studzieńcu. Instytucja ta powstała 14 maja 1876 roku z przeznaczeniem dla 150 chłopców na gruntach zapisanych na ten cel przez hr. Kickiego z funduszy rodziny Czabanów oraz hr. Feliksa Sobańskiego z Guzowa. W latach 1876–1916 Osada Rolnicza w Studzieńcu funkcjonowała poprawnie. Wychowankowie uczyli się i pracowali w warsztatach – stolarskim, kołodziejским, szewskim, krawieckim, kowalskim, tkackim, ciesielskim oraz w ogrodzie i na roli.

Wychowanków dzielono na małe 15-osobowe grupy zwane „Rodzinami”, na czele których stali nadzorcy nazywani „ojcami rodziny”. Kadra musiała posiadać odpowiednie kwalifikacje do wychowania i nauczania.

Proces wychowawczy oparty był na utrzymywaniu względem wychowanka należytej powagi, pozyskiwaniu jego zaufania, wzorcowej postawie wychowawców dających wzór do naśladowania, wdrażaniu do prawdomówności, unikaniu sprzeczności pomiędzy słowem a czynem, wdrażaniu do poszanowania cudzej własności, wdrażaniu do pracy, wykorzenianiu lenistwa, wyrabianiu nawyku aktywnego spędzania wolnego czasu, wyrabianiu życzliwego stosunku do innych oraz gotowości do niesienia pomocy, przyzwyczajaniu do życia towarzyskiego, kształtowaniu właściwego stosunku do zwierząt, wdrażaniu do życia bez nałogów, wyrabianiu kultury słowa – eliminowanie przeklinania, wychowaniu zespołowym (udzielanie pochwał za koleżeństwo, zbiorowe nagradzanie). Oprócz imitacji systemu rodzinnego stosowano w Studzieńcu również system progresywny.

Zwolnienie z zakładu następowało po odbyciu przez wychowanka kary lub ukończeniu 18 roku życia. Byłych wychowanków otaczano opieką do 20 roku życia.

Istotnym elementem systemu wychowawczego w Studzieńcu był sposób uczenia wychowanków zawodu. Stosowano tam bardzo nowoczesne metody zachęcania ich do nauki oraz samego procesu uczenia. Kadra wychowawców systematycznie podnosiła kwalifikacje przez samokształcenie.

Z inicjatywy TOR-u, również w 1876 roku, niedaleko Studzieńca, utworzono w Puszczy Mariańskiej Kolonię dla Dziewcząt obliczoną na 50 osób.

W roku 1894 powołano Centralną Inspekcję Więzienną w Przywiślańskim Kraju, która była organem doradczym dla gubernatora. Niestety, nieletni nie byli przedmiotem jej zainteresowania.

W Rosji rozpoczęła się reforma sądownictwa, jednakże napięta sytuacja polityczna przeszkodziła w jej realizacji. Dopiero w 1908 roku na zebraniu Towarzystwa Patronatu nad Więźniami profesor prawa karnego Fojnicki wyszedł z inicjatywą powołania specjalnej komisji do opracowania projektu ustawy o sądach dla nieletnich. Rok później uchwalono ustawę i jeszcze w tym samym roku 1909 powołano w Petersburgu pierwszy sąd dla nieletnich. Następny sąd powstał w 1912 roku w Moskwie, a później kolejno powstawały sądy w Charkowie, Kijowie i Odessie. Niestety, w Warszawie nie powstał sąd dla nieletnich, gdyż zaborca nie był zain-

teresowany polskim dzieckiem. Wszelkie inicjatywy społeczeństwa polskiego w tym zakresie niszczył w zarodku (A. Komorowski 1925).

W latach 1916–1919 Studzieniec obniżył w znacznym stopniu poziom wychowania i nauczania. Jak pisze Komorowski (1920) Studzieniec był w opłakanym stanie. Na skutek braku funduszy, słabego wyżywienia oraz niewłaściwej opieki przebywało tam od 50 do 80 wychowanków. Wychowankowie często uciekali, a nawet zdarzały się zbiorowe ucieczki połowy stanu wychowanków.

W zaborze rosyjskim, oprócz istniejącej już Osady Rolnej dla chłopców w Studzieniu oraz Kolonii dla dziewcząt w Puszczy Mariańskiej, w roku 1901 zorganizowano Zakład w Wielucinach pod Wilnem. Zakład ten po wkroczeniu wojsk niemieckich został zlikwidowany

W roku 1909 powstało Towarzystwo Patronat, które zajmowało się osobami zwolnionymi z więzień. W roku 1911 z inicjatywy tego Towarzystwa utworzono dla chłopców w wieku 14–18 lat szkołę pracy w Strudze pod Radzyminem. Osiągnięcia wychowawcze i oświatowe tej placówki spowodowały, że na podstawie rozporządzenia władz niemieckich i ta placówka została zamknięta w 1916 roku (A. Komorowski 1920)

W zaborze pruskim po kongresie wiedeńskim utworzone zostało Wielkie Księstwo Poznańskie. W początkowym okresie posiadało pewien stopień autonomii. Natomiast po upadku powstania listopadowego polityka władz pruskich stała się bardziej represyjna. Przedstawicielem rządu w Księstwie został Eduard Heinrich Flottwell, który podjął intensywne działania germanizacyjne. Polegały one na obsadzaniu stanowisk w administracji i sadownictwie Niemcami. Wykupywano ziemię z rąk polskich oraz wprowadzono jako urzędowy język niemiecki. Antypolska polityka uległa dopiero złagodzeniu po 1840 roku, gdy na tron wstąpił Fryderyk Wilhelm IV. Odwołano w tym czasie Flottwella, co spowodowało złagodzenie cenzury oraz dało możliwość stowarzyszania się i używania języka polskiego. Pojawiła się wówczas koncepcja pracy organicznej, co oznaczało legalne działanie w gospodarce, nauce, oświacie, kulturze oraz społecznej opiece. Czas pracy organicznej miał doprowadzić do wzbudzenia świadomości narodowej oraz okrzepnięcia narodu przy jednoczesnej rezygnacji z dążeń niepodległościowych, które w danym momencie historycznym uznawano za mało realne. W tym czasie powstało wiele towarzystw inicjujących kulturalną i gospodarczą aktywność Polaków. Na tym tle należy rozpatrywać problematykę opieki społecznej oraz rozwiązywanie zagadnień moralnej i przestępczej marginalizacji młodzieży.

W zaborze pruskim na mocy ustawy o wychowaniu publicznym Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w Berlinie w 1882 roku wydało decyzję o wybudowaniu zakładu poprawczego w Chojnicach, gdzie trzy lata później otwarto Krajowy Dom Poprawy i Przytułek dla Ubogich. Zakład składał się z dwóch gmachów mieszkalnych oraz budynku gospodarczego, w którym mieściły się młyn, piekarnia, mleczarnia oraz główna kuchnia zakładu. Ponadto istniały jeszcze dwa budynki, w których zorganizowano szpital i pralnię. Zakład posiadał także warsztaty oraz pomieszczenia mieszkalne dla pracowników. Oprócz warsztatów do zakładu należało 325 hektarów ziemi uprawnej oraz własna cegielnia.

Kierowano tam zarówno chłopców, jak i dziewczęta skazanych na przymusową pracę od 0,5 do 1 roku za włóczęgostwo, żebractwo i nierząd. Skazani pracowali pod ścisłym dozorem w rolnictwie, ogrodnictwie, cegielni i warsztatach. Kierowano tam również dzieci ubogie pozbawione opieki oraz osoby starsze niezdolne do pracy. Przebywali w tym zakładzie także młodociani przestępcy do 21 roku życia ze skierowaniem sądowym, którzy uczęszczali do szkoły oraz byli zatrudniani do pracy w ogrodzie i warsztatach.

Zupełnie na innych zasadach funkcjonował założony w 1888 roku zakład wychowawczo-poprawczy dla nieletnich przestępców w Szubinie. Mieścił się on w piętrowym budynku, w którym wydzielono dwie sypialnie dla 150 młodszych wychowanków oraz cztery sypialnie dla starszych. Ponadto w budynku znajdowały się cztery osobne izby lekcyjne, jadalnia, kuchnia, kancelaria oraz gabinet dyrektora. Kierowano tam nieletnich (10–12-letnich) przestępców pochodzenia polskiego w celu wyrabiania w nich posłuszeństwa i uległości wobec władz pruskich. Naukę prowadzono w języku niemieckim oraz zmuszano do ciężkiej pracy na roli od świtu do nocy. Natomiast wychowankowie młodszy (do 14 roku życia) w godzinach przedpołudniowych uczyli się w szkole. Przystosowano również wychowanków do pracy w warsztatach szkolnych, a wieczorem uczono w szkole. W zakładzie nie prowadzono żadnych zajęć rekreacyjnych. Wychowanków wykazujących brak subordynacji karano ograniczeniem racji żywnościowych, biciem oraz izolacją. Po opuszczeniu zakładu wychowanków umieszczano jako parobków u bogatych Niemców.

W zaborze austriackim sytuacja była nieco inna pod względem gospodarczym, ponieważ było biednie, a także społecznym, ze względu na duże zróżnicowanie społeczne. Wprawdzie istniał tam sejm galicyjski, ale nie miał praktycznie żadnej władzy. Faktyczną władzę sprawowali gubernatorzy oraz podporządkowani im starostowie. Galicja podzielona była na część zachodnią, której życie ogniskowało się w Krakowie, oraz wschodnią, ze stolicą we Lwowie. Na społeczną strukturę Galicji składali się ziemianie, chłopstwo, mieszczaństwo oraz narodowe mniejszości żydowskie i ukraińskie. Dla Austrii prowincja galicyjska była źródłem ściągania podatków i rekrutacji ludności do armii. Szkolnictwo było tam prowadzone zwykle przez zakony. Sytuacją nieletnich nikt się nie przejmował. Dopiero Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 1905 roku nakazywało utworzenie w więzieniach specjalnych oddziałów dla nieletnich w wieku od 14 do 18 lat, gdzie nie mogli się stykać z dorosłymi przestępcami.

Na terenie zaboru powstał tylko jeden zakład poprawczy w 1913 roku w Przędzelnicy.

Odzyskanie przez Polskę niepodległości i reforma sądownictwa dla nieletnich

Wkrótce po wyjściu wojsk rosyjskich z Warszawy Sąd Główny Obywatelski 10 sierpnia 1915 roku polecił zorganizowanie sądów dla nieletnich o bardzo szeroko-

kim i nowoczesnym zakresie działania. Niestety, niemieckie władze okupacyjne szybko rozwiązały sądy obywatelskie, co uniemożliwiło funkcjonowanie sądów dla nieletnich, które mogły dopiero powstać po ustąpieniu okupanta (A. Komorowski, E. Naumark, Z. Rosenblum 1928).

W dniu 7 lutego 1919 roku Naczelnik Państwa Józef Piłsudski podpisał dekret o utworzeniu sądów dla nieletnich (Dziennik Praw nr 14, poz. 171 z 8 lutego 1919). Na mocy art. 1 dekretu utworzono w Warszawie, Łodzi i Lublinie specjalne Sądy Pokoju dla Nieletnich. Przy sądach tych powstały urzędy płatnych opiekunów sądowych oraz specjalne Izby Zatrzymań. Artykuł IV obligował ówczesnego Ministra Sprawiedliwości Leona Supińskiego (późniejszego prezesa Sądu Apelacyjnego w Warszawie) do wydania rozporządzenia dotyczącego organizacji sądów pokoju oraz trybu rozpoznawania spraw osób nieletnich (Dziennik Praw nr 63, poz. 378 z 5 sierpnia 1919). Na podstawie tego rozporządzenia Sądy dla Nieletnich rozpatrywały wszystkie sprawy karne osób, które nie ukończyły 17 roku życia. Procedura sądowa przewidziana tym zarządzeniem nawiązywała do ustaleń Międzynarodowego Kongresu Ochrony Dzieci, który odbył się w Brukseli w 1913 roku. Jak relacjonuje to A. Komorowski (1925, s. 247):

Przy postępowaniu karnem przeciwko nieletnim winien sędzia stale pamiętać o stronie wychowawczej i dążyć do tego, by nieletniego kierować na drogę poprawy, a usuwać go od wpływów, któreby mogły prowadzić do nowych czynów karygodnych. Urządzenie zewnętrzne sądu i sposób prowadzenia spraw powinny wykluczać surową oficjalność i ostentację sądów dla dorosłych. Przy postępowaniu z nieletnimi, sędzia winien zawsze na względzie mieć wiek i rozwój jednostki oraz konieczność pozyskania w nim w przyszłości pożytecznej jednostki społecznej.

Rozporządzenie Ministra L. Supińskiego uwzględniało ponadto zagadnienia odpowiednich kwalifikacji merytorycznych i moralnych, które powinni posiadać sędzia dla nieletnich oraz opiekun sądowy.

Na szczególną uwagę zasługuje działalność Sądu Pokoju dla Nieletnich w Warszawie, który otwarto 1 września 1919 roku. Na początku nie istniało jeszcze Koło Opiekunów Sądowych, jak również nie było Izby Zatrzymań. Dlatego też cały ciężar pracy sądowej w stosunku do nieletnich spoczywał na kompetencji sędziowskiej. Dopiero w lutym 1925 roku założono Koło Opiekunów Sądowych – składające się z 13 osób. Natomiast na początku września 1925 roku, dzięki intensywnym staraniom opiekunki sądowej Felicji Sawickiej, zorganizowano Izbę Zatrzymań. Zarówno Izba jak i Koło Opiekunów borykały się z trudnościami finansowymi, ponieważ Ministerstwo Finansów nie było w stanie wyasygnować odpowiedniej kwoty pieniędzy, która by zabezpieczała prawidłowe funkcjonowanie tych instytucji. Mimo obiektywnych trudności Sąd Pokoju dla Nieletnich już od momentu swojego powstania rozpatrywał wiele spraw. Od września do grudnia 1919 roku wpłynęły tam 443 sprawy. W następnych latach było ich już o wiele więcej – w roku 1920 – 2298, w 1921– 3298, w 1922 – 3089, w 1923 – 2713 oraz w 1924 – 2025. W wyniku tych rozpraw wyrokami Sądu Pokoju dla Nieletnich m.

Warszawy do zakładów wychowawczo-poprawczych skierowano: w roku 1919 – 9 chłopców i 4 dziewczęta, w 1920 – 87 chłopców i 13 dziewcząt, w 1921 – 80 chłopców i 12 dziewcząt, w 1922 – 135 chłopców i 15 dziewcząt, w 1923 – 95 chłopców i 11 dziewcząt oraz w 1924 – 57 chłopców i 8 dziewcząt. Z tej liczby skazanych w latach 1919–1924 do Zakładu Wychowawczo-Poprawczego w Studzieńcu skierowano 237 osób (A. Komorowski 1925).

Ilustracją rodzaju i nasilenia przestępstw popełnianych przez nieletnich w roku 1924 jest następujące zestawienie procentowe sporządzone przez sędziego dla nieletnich m. st. Warszawy A. Komorowskiego (1925, 1928). Z ogólnej liczby 2025 spraw, jakie wpłynęły do Sądu Pokoju dla Nieletnich, najwięcej stanowiły kradzieże – 758 spraw, tj. 38%, dalej był to handel uliczny bez zezwolenia – 337 spraw, tj. 17%, wykroczenia policyjne – 258 spraw, tj. 13%, czyny gwałtowane i pobicia – 49 spraw, tj. 2%, wałęsanie się – 34 sprawy, tj. 2%, zakłócanie spokoju publicznego (bijatyki) – 150 spraw, tj. 7,5%, pozostałe wykroczenia stanowiły 1% ogólnej liczby spraw. Wynika z tego, że zjawiska patologii społecznej młodzieży w tym okresie miały tendencję spadkową. Tendencja taka rysowała się o wiele wcześniej, na co zwrócił uwagę A. Mogilnicki (1925) wykazując, iż na terenie byłego Królestwa Polskiego w latach 1881–1904, mimo wzrostu ludności, nastąpiło zmniejszenie przestępczości nieletnich o 41%.

W wyniku usilnych zabiegów organizacyjnych od czerwca 1927 roku przy Sądzie Pokoju dla Nieletnich w Warszawie pracowało już czterech płatnych opiekunów sądowych – pozostali pracowali społecznie. Płatni opiekunowie mieli wyznaczoną istotnie większą liczbę podsądnych, a ponadto codziennie od godziny 9 do 15 przyjmowali rodziców oraz nieletnich, którym udzielali porad oraz pomocy prawnej. Jeden raz w miesiącu wraz z agentem policyjnym dokonywali lustracji kin, podejrzanych lokali oraz złodziejskich melin celem usuwania z tych miejsc nieletnich w celu roztoczenia nad nimi opieki. Na jednego opiekuna sądowego z przypadało od jednego do 46 nieletnich. W roku 1925 pod opieką sądową znajdowało się 90 nieletnich dziewcząt i chłopców, w 1926 – 196, a w 1927 – 362. Na dzień 1 stycznia 1928 roku, w wyniku upływu terminu zawieszenia kary oraz ze względu na zwolnienia, liczba podsądnych zmniejszyła się do 249 (A. Komorowski 1928).

W roku 1925 na terenie Polski nie było państwowych zakładów poprawczych dla dziewcząt. Kolonia wychowawcza dla 50 dziewcząt w Puszczy Mariańskiej, utworzona jeszcze w roku 1876, istniała tylko do 1922 roku, a następnie z powodu małej liczby dziewcząt została zamknięta. Od tego momentu umieszczeni byli tam chłopcy do lat 14 z polecenia sądu lub na prośbę rodziców. Zakład w Puszczy Mariańskiej przewidziany był na 80 chłopców. Oprócz Zakładu w Puszczy Mariańskiej i w Studzieńcu istniały również zakłady tego typu w: Głazie (pow. Wieluński, poczta Podzamcze-Wieruszów), Wielucinach (pod Wilnem), Przędzielnicy pod Przemyślem, Cieszynie na Śląsku, Chojnicach na Pomorzu. Istniały również zakłady wychowania zapobiegawczego w Cerkwicy (pow. Jarociński), Szubinie (woj. poznańskie), Antoniewie (woj. poznańskie) – utrzymywany przez księży Salezjanów. W Warszawie na Lipowej 14 istniała Salezjańska

Szkoła Rzemiosł im. ks. Siemca dla chłopców do lat 14, których uczono szewstwa, krawiectwa, stolarstwa, ślusarstwa, introligatorstwa i drukarstwa. Istniały również zakłady dla dzieci opuszczonych i sierot, m.in.: Pogotowie Opiekuńcze dla dzieci na ul. Targowej 65, które było finansowane przez Magistrat m.st. Warszawy, oraz prowadzony przez Warszawskie Towarzystwo Dobroczynności Zakład dla sierot – dziewcząt w Warszawie na ul. Rakowieckiej 21. Ponadto Towarzystwo Ochrony Kobiet prowadziło zakład wychowawczy dla dziewcząt w wieku 9–14 lat w Piasecznie i drugi, również dla dziewcząt, w Wierzbnie pod Warszawą. Istniały siedmioklasowe gimnazja prowadzone przez księży Pijarów dla trudnych wychowawczo chłopców – pierwsze w Rakowicach pod Krakowem, a drugie, humanistyczne, w Ostrowiu (woj. poznańskie) z dużym ograniczeniem wolności (A. Komorowski 1925).

Po roku 1925 Komisja Kodyfikacyjna kilkakrotnie opracowywała projekty zmian organizacji sądów dla nieletnich. Ostatecznie przyjęto rozwiązania, które zawierały się w przepisach Kodeksu Karnego (K.K.) z 1932 oraz Kodeksu Postępowania Karnego (K.P.K.) również z tego roku, a także w przepisach Prawa o ustroju sądów powszechnych. Sąd dla nieletnich na podstawie art. 614 K.K. rozpatrywał wszystkie sprawy przeciwko nieletnim, którzy nie ukończyli 17 roku życia. Minister w drodze rozporządzenia mógł od tego momentu tworzyć w sądach okręgowych osobne sądy dla nieletnich oraz zgodnie z art. 4 Prawa o ustroju sądów powszechnych mógł określić ich właściwość (H. Budna 1938–1939).

Dane statystyczne wynikające z raportów A. Komorowskiego (1925, 1928) oraz A. Mogilnickego (1925) wskazywały na spadek przestępczości nieletnich w Królestwie Polskim, począwszy od roku 1881 do 1904, a także dalszy spadek do roku 1919. Od 1919 do 1922 roku następował wzrost przestępczości nieletnich. Od 1922 do 1934 poziom przestępczości nieletnich spadał. W późniejszych latach, tj. 1934 i 1935, na co wskazują dane statystyczne, przy ogólnym spadku przestępczości dorosłych nastąpił wzrost przestępczości nieletnich (co ilustruje tabela 1 i 2).

Tabela 1. Prawomocnie skazani nieletni (do 17 roku życia) na tle ogólnej liczby skazanych według okręgów apelacyjnych w Polsce w latach 1934–1935

Lata nieletni, płeć	Polska	Okręgi apelacyjne						
		warszawski	lubelski	wieleński	poznański	katowicki	krakowski	lwowski
1934 – ogółem	668 317	155 158	92 570	77 020	106 637	33 263	90 116	113 553
1934 – nieletni og.	20 963	6 441	1 924	1 636	4 428	1 197	2 576	2 761
Mężczyźni	18 413	5 513	1 642	1 471	3 886	1 096	2 315	2 490
Kobiety	2 550	928	282	165	542	101	261	271
1935 – ogółem.	662 051	145 151	82 465	65 598	106 341	32 226	89 127	101 143
1935 – nieletni og.	23 217	6 584	2 311	1 786	5 489	1 330	2 618	3 099
Mężczyźni	20 551	5 774	2 016	1 639	4 756	1 219	2 347	2 800
Kobiety	2 666	810	295	147	733	111	271	299

Źródło: Tabele sporządzono na podstawie Małego Rocznika Statystycznego 1937

Tabela 2. Prawomocnie skazani nieletni i dorośli według rodzajów przestępstw w latach 1934–1935

Lata rodzaje przestępstw	Ogółem	Nieletni		Dorośli	
		Razem	w tym kobiety	Razem	w tym kobiety
Ogółem 1934–1935	668 317	20 963	2 550	647 354	109 268
Przeciw Państwu	622 051	23 217	2 666	598 834	101 266
Przeciw władzom i urzędom	2 668	129	43	2 559	340
Przeciw porządkowi publicznemu i uczuć relig.	32 206	233	56	31 973	8 503
Falszowanie pieniędzy	4 033	66	11	3 967	592
Stręczycielstwo, sutenerstwo itp.	509	10	2	499	69
Zabójstwo (art. 225 K.K.)	1 453	100	2	1 353	228
Ciężkie uszkodzenie ciała	1 289	12	-	1 277	132
Lekkie uszkodzenie ciała	6 715	172	8	6 543	504
Inne przeciwko życiu i zdrowiu	32 138	576	48	31 562	6146
Zniewagi	3 617	59	9	3 558	1 415
Rozbój	22 652	200	68	22 452	9 294
Kradzież	1 499	29	1	1 470	33
Przywłaszczenie	179 664	13 506	1 390	166 158	21 438
Oszustwo	15 628	463	63	15 165	2 107
Szalbierstwo	9 372	170	30	9 202	1 278
Paserstwo	38 233	745	82	37 488	4 348
Inne przestępstwa	21 032	267	30	20 765	4 341
	249 323	6 480	823	242 843	40 498

Źródło: Tabele sporządzono na podstawie Małego Rocznika Statystycznego 1937

Po roku 1938 podjęto szereg działań modyfikujących przepisy prawa w stosunku do nieletnich. Reforma zmierzała do całkowitego objęcia opieką dzieci opuszczone, krzywdzone lub zagrożone moralnie przez stworzenie instytucji *ex officio* nieczekającej na wnioski rad rodzinnych lub władz prokuratorskich.

W roku 1938 na terenie Polski do dyspozycji sądów, według H. Budny (1938/1939), były następujące placówki poprawcze i wychowawcze:

A. Państwowe Zakłady Poprawcze dla Chłopców w Głazie, Koźminie–Lipowcu, Klewaniu, Kcyni (w stadium organizacji), Przędzelnicy, Studzieniecu oraz w Wielucianach.

B. Samorządowy zakład poprawczy dla chłopców w Szubinie

C. Prywatny Zakład Poprawczy dla Dziewcząt w Kamieniu Pomorskim, prowadzony przez siostry Elżbietanki, w Częstochowie, prowadzony przez siostry Magdalenki, w Zimnem k. Włodzimierza Wołyńskiego – dla dziewczynek prawosławnych, w Warszawie na ul. Żytniej 3/9, prowadzony przez siostry Magdalenki.

D. Samorządowy Zakład Wychowawczy dla Chłopców w Wejherowie, we Lwowie im. dr. Czerwińskiego i w Antoniewie.

E. Zakład Wychowawczy dla Dziewcząt na Okęciu prowadzony przez Towarzystwo Patriotyczne Opieki nad Więźniami.

F. Samorządowy Zakład Wychowawczy dla Dziewcząt w Bolechowie.

G. Samorządowe Zakłady Specjalne dla Upośledzonych Umysłowo Chłopców i Dziewcząt w Gniewie.

H. Państwowy Zakład Wychowawczy dla Trudnych Chłopców w Koźminie.

Okupacja hitlerowska zniweczyła szansę na reformę prawa dla nieletnich, która zgodnie z założeniem Komisji Kodyfikacyjnej miała się dokonać w Polsce w roku 1939. Wiele placówek resocjalizacyjnych zostało rozwiązanych, jeszcze inne w wyniku zmiany granic już nie znalazły się w Polsce i także przestały istnieć. Tylko niektóre z nich reaktywowały swoją działalność po wojnie.

Bibliografia

Balcerek M. (1977), *Dzieje opieki nad dzieckiem w Polsce*, Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa.

Barido P. (1971), *Il sistema di D.Bosco*, SIĖ, Torino.

Bosco G. (1946), *Memoire dell'Oratorio di S.Francesco di Sales, a cura di E.Ceria*, SEI, Turyn.

Budna H. (1929–1930), *Opieka nad dziećmi opuszczonemi w Czechosłowacji*, Szkoła Specjalna, nr 3, s. 179–189.

Budna H. (1938–1939), *Dola nieletniego oskarżonego na tle przepisów Kodeksu Karnego*, Szkoła Specjalna, nr 2, s. 61–71.

Cian L. (2001), *System zapobiegawczy św. Jana Bosco*, Wyd. Salezjańskie, Warszawa.

Czerwiec M. (1958), *Więziennictwo. Zarys rozwoju więziennictwa*, Wyd. CZW, Warszawa.

Dukaczewski E. J. (1990), *Szkoły i zakłady specjalne dla dzieci trudnych w XIX w. i na początku XX wieku*, [w:] S. Mauersberg (red.), *Dzieje szkolnictwa i pedagogiki specjalnej*, Wyd. PWN, Warszawa.

Dukaczewski E. J. (1990), *Z historii instytucji i koncepcji resocjalizacyjnych w Europie i USA*, [w:] K. Pospiszyl (red.), *Resocjalizacja nieletnich. Doświadczenia i koncepcje*, Wyd. WSiP, Warszawa, s. 15–43.

Główny Urząd Statystyczny (1937), *Mały Rocznik Statystyczny*, Warszawa, Wyd. ZG Ł. Mejłachowicza, Grodno.

Grochowski L. (1990), *Początki nauczania dzieci upośledzonych i zorganizowanej opieki nad moralnie zaniedbanymi*, [w:] S. Mauersberg (red.), *Dzieje szkolnictwa i pedagogiki specjalnej*, Wyd. PWN, Warszawa.

- Hanowa N. (1930), *Notatki z podróży*, Szkoła Specjalna, nr 1, s. 57–61.
- Hanowa N. (1929–1930), *Opieka nad dziećmi i młodzieżą moralnie zaniedbaną w Austrii*, Szkoła Specjalna, nr 2, s. 88–95.
- Jedlewski St., Czapów Cz. (1971), *Pedagogika resocjalizacyjna*, PWN, Warszawa.
- Kaczyńska E. (1982), *Ludzie ukarani. Więzienie i system kar w Królestwie Polskim 1814–1914*, PWN, Warszawa.
- Kalinowski M., Pełka J. (1996), *Zarys dziejów resocjalizacji nieletnich*, Wyd. WSPS, Warszawa.
- Kalinowski M. (1990), *Rozwój kurateli sądowej dla nieletnich*, [w:] S. Mauersberg (red.), *Dzieje szkolnictwa i pedagogiki specjalnej*, PWN, Warszawa.
- Kalinowski M. (1991), *Europejskie systemy resocjalizacji nieletnich*, WSiP, Warszawa.
- Kierski F. (1927), *Jan Henryk Pestalozzi*, t. 1–3, Nasza Księgarnia, Warszawa.
- Kolańczyk K. (1978), *Prawo rzymskie*, PWN, Warszawa.
- Komorowski A. (1925), *Sądy dla Nieletnich w Polsce*, Szkoła Specjalna, nr 4, s. 243–257.
- Komorowski A. (1928), *Statystyka przestępczości nieletnich na tle działalności Koła Opiekunów przy Sadzie dla Nieletnich w Warszawie*, Szkoła Specjalna, nr 2, s. 84–86.
- Komorowski A. (1929), *Nieletni przestępcy*, Warszawa.
- Komorowski A., Neymark E., Rosenblum Z. (1928), *O sądownictwie dla nieletnich w Polsce*, Wyd. Komitet Polski Międzynarodowego Kongresu Opieki nad Dzieckiem, Warszawa.
- Koranyi K. (1966), *Powszechna historia państwa i prawa*, PWN, Warszawa.
- Korczak J. (1925), *Dzieci występne w wieku przedszkolnym*, Szkoła Specjalna, nr 4, s. 241–243.
- Łuniewski W. (1928), *Dziecko przed sądem*, Szkoła Specjalna, nr 2, s. 81–84.
- Łys K. B. (1935–1936), *System „intymnego” wychowania*, Szkoła Specjalna, nr 2, s. 95–110.
- Machel H. (2003), *Więzienie jako instytucja karna i resocjalizacyjna*, Wyd. Arche, Gdańsk.
- Mackiewiczówna J. (1933–1934), *Moja klasa (szkoła dla moralnie zaniedbanych)*, Szkoła Specjalna, nr 1, s. 47–56.
- Marrou H. I. (1969), *Historia wychowania w starożytności*, Warszawa.
- Michalski M. (2005), *Historyczny zarys kształtowania się warunków wykonywania kary pozbawienia wolności*, Zakład Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Akademii Świętokrzyskiej, GENS, Kielce.
- Modenhawer A. (1872), *Rys historyczny instytucji dla nieletnich przestępców, żebraków oraz włóczęgów za granicą i w tutejszym kraju*, Rocznik Towarzystwa Osad Rolnych i Przytułków Rzemieślniczych, Wyd. TOR, Warszawa.
- Mogilnicki A. (1925), *Dziecko i przestępstwo*, Gebethner i Wolf, Warszawa.
- Pawlak K. (1997), *Za kratami więzień i drutami obozów. Zarys dziejów więziennictwa Polsce*, Wyd. COSSW, Kalisz.
- Ponikło J. (1925), *Kształcenie zawodowe w zakładach wychowawczo-poprawczych*, Szkoła Specjalna, nr 2.
- Pospiszyl K. (2001), *Kilka uwag o genezie patologicznych form zachowania współczesnej młodzieży*, [w:] B. Urban (red.), *Dewiacje wśród młodzieży. Uwarunkowania i profilaktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Szuman W. (1926), *Wychowanie dzieci przestępczych w Belgii*, Szkoła Specjalna, nr 4 lipiec–wrzesień, s. 220–228.

Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną

pod redakcją naukową

Jacka J. Błeszyńskiego, Ditty Baczały i Józefa Binnebesela

Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej w Łodzi 2008

Józef Binnebesel^{*}, Zbigniew Bohdan^{**}

^{*} Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej w Łodzi

^{**} Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Onkologii Dziecięcej Akademii Medycznej w Gdańsku;
Hospicjum im ks. Eugeniusza Dutkiewicza w Gdańsku

ROZWÓJ OPIEKI NAD CIĘŻKO CHORYM I UMIERAJĄCYM

Opieka zarówno nad osobami chorymi, jak i umierającymi towarzyszyła człowiekowi od zarania dziejów. Widać to między innymi w analizie zwyczajów ludów pierwotnych (por. S. Cichowicz, J. Godzimirski 1993). Nowe światło na kwestie opieki rzucają wykopaliska z jaskini Shanidar. Prowadzone tam pod kierownictwem R. Soleckiego prace wykazały, że już neandertalczykowie otaczali chorych opieką. Wykopany przez tegoż badacza szkielet umożliwił postawienie tezy, iż człowiek schorowany, kaleki znajdował miejsce i opiekę w społeczności neandertalskiej (por. R. Solecki 2004). Widać więc wyraźnie, że *homo sapiens* nie był pierwszym i jedynym osobnikiem ludzkim sprawującym opiekę nad istotami słabymi i dotkniętymi cierpieniem. Wydaje się, że opieka taka miała charakter wspólnotowy i rodzinny. Więzy bezpieczeństwa łączące ludzi pierwotnych stanowiły, że należało chronić członków własnej grupy, klanu przed głodem, obcymi, rozproszeniem. Bycie razem było nakazem wynikającym z woli przetrwania i przystosowania się do zmian środowiska. Wspólnota miała więc swoją ustaloną hierarchię, strukturę wewnętrzną, opartą na przydatności dla grupy.

W filozofii starożytności królował model harmonijnego połączenia piękna ciała człowieka z jego duszą, roztropnością i umiarkowaniem oraz służbą wspólnym ideałom. Brzydota, słabość i bezużyteczność naruszała ten model, stąd nieuleczalnie chorzy wypadali poza krąg zainteresowań medycyny i społeczeństwa. Według ojca medycyny Hipokratesa (por. Hipokrates – *O sztuce lekarskiej*) leczenie to:

zupelne chorych od cierpienia uwolnienie, bólów ostrości przytępienie, wreszcie całkowicie przez chorobę owładniętych poniechanie, płynące ze świadomości, że do leczenia ich sztuka ta nie jest zdolna [...] słusznie nie porywa się na choroby nieuleczalne [...]. Możemy w tym tylko być mistrzami, nad czym jesteśmy w stanie panować za pomocą środków dostarczanych przez naturę i sztukę.

Asklepios (por. Platon, *Państwo*, ks. III, 406C, s. 171–172) uważał, że nie powinno się leczyć człowieka, który nie potrafi sam przeżyć ustalonego okresu, bo to się ani jemu, ani państwu na nic nie przyda. Tym samym nieuleczalnie chorych odrzucano społecznie jako nieprzydatnych i słabych. Pozwalano im „jeśli ciała będą mieli liche – umrzeć śmiercią naturalną (ibidem). W tym ujęciu choroba kojarzyła się z zemstą bogów, a okazywanie jakichkolwiek form litości (pomoc, opieka) byłoby przeciwstawianiem się ich nakazom. W starożytnym Rzymie *valetudinaria* (czasami uważane za pierwowzór hospicjów) były w rzeczywistości schroniskami dla rannych żołnierzy i niewolników. Miały one pod okiem nadzorcy posortować rannych na rokujących i „niewartych zachodu”, więc nie można traktować ich jako placówek stanowiących opiekę nad cierpiącymi i umierającymi.

W naszych dalszych rozważaniach będziemy posługiwali się dwoma podstawowymi pojęciami. Pierwsze z nich to opieka hospicyjna, drugie zaś to opieka paliatywna.

Łacińskie słowo *hospitium* tłumaczyć można na kilka sposobów, opisujących istotę podejmowanej działalności opiekuńczej nad osobami terminalnie chorymi. Pierwszym znaczeniem jest „gościnność”, ale przede wszystkim wyraz ten ujmuje związek pomiędzy gościem a gospodarzem – oparty na przyjaźni i zrozumieniu. Z takiego rozumienia biorą się dalsze tłumaczenia, między innymi: „gościnne przyjęcie”, „ugoszczenie” oraz „dom gościnny”.

Innym słowem, istotnym dla zrozumienia pojęcia hospicjum, jest łaciński termin *hospes* – oznaczające „gościa”, ale również tego, który gościa przyjmuje, czyli „gospodarza”. Słowo *hospitium* tłumaczyć zaś można jako „gościnny” „przyjacielski”, a *hospitaliter* jako „ludzko”, „gościnnie”.

Tomasz Dangel (2001), prowadząc etymologiczne rozważania dotyczące pojęcia hospicjum, zauważa, że w łacińskich określeniach mamy do czynienia z dwoma znaczeniami. Pierwsze z nich odnosi się do domu, gospodarza, a drugie określa relację, swoisty związek pomiędzy gospodarzem a jego gościem. Rozważania te, w szczególności zaś owa dwuznaczniowość, pokazują istotę opieki hospicyjnej, opartej na przyjaźni i wzajemnym zaufaniu.

Pojęcie opieki paliatywnej wywodzi się z greckiego słowa *palliatum* – znaczącego tyle, co okryty płaszczem. Krystyna de Walden-Gałuszko (1996) tłumaczy, iż przenośnie słowo to rozumieć można jako „skrywający, łagodzący” przykre oznaki choroby. Podkreśla ona jednak, że w języku polskim słowo to zagościło poprzez angielskie określenia *palliate* tłumaczone jako złagodzić, uśmierzyć, ulżyć, *palliation* – złagodzenie, uśmierzenie, ulga, *palliative* – łagodzący, uśmierający.

Literatura przedmiotu pierwsze użycie pojęcia *hospitate* przypisuje św. Paulinowi z Noli (IV wiek naszej ery). Święty pojęciem tym obejmował wszelkie chrześcijańskie instytucje dobroczynne. Kościół od samego powstania uznawał troskę o człowieka cierpiącego za swoje pierwszoplanowe działanie. Pomoc religijna i duchowa były integralną częścią leczenia. Wspólnota Kościoła widziała w cierpiących i umierających oblicze Chrystusa – Boga Człowieka. Wzór Dobrego

Samarytanina stał się ideałem służby chorym; „gdy zobaczył cierpiącego wzruszył się głęboko” (por. Łk 10, 30–37 – List Apostolski Jana Pawła II *Salvifici Doloris*).

Podkreślić należy, że w 325 roku uchwały soboru nicejskiego nakazywały, aby każde miasto posiadało przytułek dla ludzi potrzebujących pomocy: ubogich, pielgrzymów, dzieci porzuconych i podrzutek, chorych, kalekich, a także umierających.

W dokumencie tym określano dokładnie, że dom taki miał być położony za miastem i pozostawać pod nadzorem diakona. Zalecenie soboru zainicjowało powstanie w IV wieku licznych instytucji i dzieł chrześcijańskich, które rozwinęły się na ogromną skalę w późniejszych wiekach. Przytulki te były zakładane przez osoby duchowne, najczęściej biskupów, osoby świeckie, a później także przez zgromadzenia zakonne (benedyktyni, elżbietanki, kamilianie, augustianie, franciszkanie, pallotyni i inne). Dzieła te były oparte na wymogu posługi chorym, opuszczonym, dla których jedynym ratunkiem był nakaz braterskiej miłości i pomocy obowiązujący wszystkich chrześcijan.

Na uwagę zasługuje również fakt, iż zakony rycerskie, w tym i Zakon Najświętszej Marii Panny Domu Niemieckiego, prowadził również takie przytulki dla chorych i umierających pielgrzymów w Ziemi Świętej. Uważnemu czytelnikowi Biblii z całą pewnością musi towarzyszyć refleksja, że już w zapiskach Starego Testamentu biedni, sieroty i wdowy pozostawali pod osobistą opieką Boga. Stwarzało to nakaz dla wspólnoty sprawowania takiej opieki w imieniu Pana. Złamanie takiego nakazu stwarzało niebezpieczeństwo poddania osądowi i, co gorsza, karze Boga, który jako wszechmogący i wszechogarniający stanowił realne niebezpieczeństwo.

Wielkie religie ukazujące Boga jako istotę wędrującą po świecie, przybierającą często ludzką postać, stwarzały nową jakość stosunków międzyludzkich (por. R. Kapuściński 2006). Bóg mógłby być wszędzie, w każdym napotkanym człowieku, co czyniło go jednak bliskim jak i niebezpiecznym. Idea uznawania w każdym człowieku elementów wszechobecnego Boga nakazywała szacunek wobec każdej istoty, jeśli nie z czystej do niej sympatii, to z pewnością ze strachu, by nie uchybić powinnościom wyznawcy.

W wielu miastach, choćby bogatych miastach kupieckich Hanzy, obowiązywały nakazy korporacyjne dotyczące opieki nad wdowami i sierotami po zmarłych członkach korporacji, a także opieki nad chorymi i niedołączonymi członkami tych wspólnot. W VI wieku z palcówek opiekujących się „wszelkim nieszczęściem” stopniowo zaczęto wyprowadzać umysłowo chorych (518 r.) i trędowatych (580 r.), uznając ten typ schorzeń za wymagający odrębnej opieki (por. T. Brzeziński (red.) 1995, s. 214). Myśl średniowieczna, skupiająca się na procesach umierania, początkowo „dojrzała” poprzez opiekę nad zmarłymi (arcybractwa dobrej śmierci lokowane jako stowarzyszenia pogrzebowe, opiekujące się cmentarzami i katakumbami), z biegiem czasu, przez wzgląd na nieśmiertelną duszę, zajmujące się także sztuką umierania (*ars moriendi*) przygotowaniem chorego do spotkania z Panem. Dobra śmierć postrzegana była jako spodziewana, przyjęta w posłuszeń-

stwie do woli Bożej, po pożegnaniu się z bliskimi. Były z tym związane stosowne ceremonie, modły, zwyczajowo zapraszane postacie przygotowane do uczestniczenia i towarzyszenia w agonii. Ważne było zwłaszcza pojednanie z Bogiem i z bliźnimi jako warunek zapewniający szczęśliwy powrót. Najbardziej znane bractwa to: Bractwo Bożej Miłości (1494 Vicenza), Arcybractwo Konających (1616 Pizza Pasquino Rzym), Bractwo Dobrej Śmierci (Lwów), Arcybractwo Matki Boskiej Bolesnej (Watykan), Arcybractwo Modlitwy i Śmierci (1538 Rzym). Zadaniem tych bractw było wspieranie modlitwą umierających (także nieznanymi), nabożeństwa pokutne, dziękczynne, przebłagalne za dusze czyśćcowe, polecenie Bogu konających, ale także uczestnictwo w pogrzebach, gdzie członkowie pełnili funkcje pomocowe.

Wielkie epidemie wieków średnich związane z wojnami i wyprawami krzyżowymi spowodowały kolejną potrzebę pomocy opuszczonym, biednym i porzuconym. Założony w roku 1591 w Warszawie, z inspiracji Piotra Skargi, Szpital Św. Łazarza, zwany ażylem dla gnojowników, początkowo zajmował się „wszelkim nieszczęściem”, włączając dotkniętych trędem, opuszczonych w biedzie, chorych na wilka, weneryków i rakowatych. Po decyzjach z 1756 roku przebywali tam wyłącznie chorzy zakaźnie oraz nieuleczalnie chorzy na raka (por. *Podręczna encyklopedia kościelna 1914*).

Pierwsze nowożytnie szpitale powstały na bazie placówek zakonnych. Klasztor na Monte Cassino miał szpital i aptekę, a mnichów i świeckich uczono sztuki rozmowy i opieki nad umierającymi. Wraz z rozwojem miast, przy katedrach i kolegiatach zaczęły powstawać także szpitale będące ich integralną częścią. W miejscach tych traktowano człowieka jako strukturalną całość, co w sytuacji choroby nakazywało opiekę zarówno nad ciałem, jak i nad nieśmiertelną duszą. Cenrum Santo Spirito i Sassia w Rzymie było wzorem szpitali miejskich w ówczesnej Europie. Z biegiem czasu szpitale kościelne i zakonne zaczęły przekształcać się w centra prowadzone przez władze lokalne, bractwa i stowarzyszenia świeckie (por. A. Szarszewski, 2005) Świeckie zarządy opiekujące się chorymi i opuszczonymi zaczęły większą wagę przywiązywać do sfery cielesnej i medycyny, działania niemedyczne, w tym religię i duchowość, odsuwając na plan dalszy (por. T. Brzeziński (red.) 1995). Proces ten, zwany medykacją śmierci, będzie się nasilał w kolejnych wiekach, prowadząc do coraz bardziej precyzyjnego określania definicji zgonu i procesów go poprzedzających.

W czasach nowożytnych działalność hospicyjna została zainicjowana przez młodą wdowę, matkę dwojga zmarłych dzieci – Jeanne Garnier. Założyła ona w Lyonie hospicjum zwane także Kalwarią (Calvaire). Z biegiem czasu powstała we Francji sieć podobnych placówek, z których niektóre działają do dziś.

W podobnym czasie (1879) Siostry Miłosierdzia zakładają w Dublinie Hospicjum Naszej Pani dla Umierających (Our Lady's Hospice for Dying). Stopniowo objęły swoją działalnością całą Anglię. W 1905 roku w Londynie powstało Hospicjum św. Józefa (por. K. Altmann 1987, s. 22).

Kolejne trzy domy w Londynie zakładają protestanci, należą do nich: Szpital św. Kolumba (1885), Hospicjum św. Trójcy (1891), Szpital św. Łukasza (1893). Wszystkie wymienione placówki przyczyniły się do powstania nowego nurtu w medycynie nastawionego na problemy ludzi nieuleczalnie chorych i umierających (wtedy głównie na gruźlicę). Osoby, wobec których ówczesna medycyna była bezradna, znalazły wsparcie wśród kompetentnych osób, które niosły pomoc szczególnie w minimalizowaniu dokuczliwych objawów, a szczególnie bólu. Udzielana pomoc miała zorganizowany charakter, opierała się na instytucjonalnych formach i fachowym działaniu.

W Domu dla Konających Ubogich św. Łukasza, założonym przez dr. Howarda Barreta pod patronatem Londyńskiej Misji Metodystów, już w 1935 roku stosowano regularnie doustne dawki morfiny w celu leczenia bólu w zaawansowanej chorobie nowotworowej. Było to przedsięwzięcie medyczne zgoła odkrywcze, podobnie jak przeniesienie doświadczeń zwalczania bólu w czasie zabiegów operacyjnych, na pacjentów objętych opieką terminalną (np. mieszanki lityczne – alkohol, morfina, kokaina stosowane u umierających z powodu gruźlicy w szpitalu w Brompton). Działalność wielu z wymienionych placówek miała charakter zarówno pionierski, jak i, z biegiem czasu, instruktazowy (modelowy).

Współczesna idea hospicjum jako miejsca spokojnej i godnej śmierci powstała w obecnej formie dopiero w drugiej połowie XX wieku w Anglii i wiąże się z osobą Cicely Saunders, która opracowała w pełni rozwiniętą koncepcję opieki nad umierającymi, dostosowaną do współczesnych warunków, potrzeb i możliwości. Urodziła się w 1918 roku. Po ukończeniu szkoły średniej chciała zostać pielęgniarką. Sprzeciw rodziców spowodował, że swoje marzenie mogła zrealizować dopiero w 1944 roku, kiedy pracując jako wolontariuszka w szpitalu św. Łazarza, przez pewien czas opiekowała się Dawidem Taśmą – nieuleczalnie chorym, umierającym polskim lotnikiem, pochodzenia żydowskiego. Z rozmów z nim zrodziło się przekonanie o potrzebie zorganizowania miejsca, w którym ludzie umierający mieliby zapewnioną odpowiednią opiekę i mogliby dopełnić swego życia w godności i spokoju, wolni od doskwierającego bólu. Przed śmiercią Dawid Taśma podarował Saunders całe swoje oszczędności, kwotę 500 funtów na „zbudowanie okna” w wymarzonej przez nią hospicjum (por. C. Sanders, 1993, s. 105). Te pieniądze stały się zalążkiem do budowy dzisiejszego, modelowego dla innych, Hospicjum św. Krzysztofa (St. Christopher’s Hospice) w Londynie. Rozpoczęło ono swoją działalność w 1967 roku, a Dawid Taśma, jak marzył, ma w nim „swoje” okno). Wybór patrona hospicjum miał znaczenie symboliczne, bowiem św. Krzysztof, wg tradycji chrześcijańskiej, jest patronem podróżujących i jego opieka nad hospicjum przypomina o życiu człowieka jako podróży przez świat i czas, a umieranie traktowane jako końcowy etap doświadczenia „bycia w drodze”. Cicely Saunders, realizując swój zamysł, skończyła studia medyczne i aktywnie propagowała ideę ruchu hospicyjnego. Początkowo opiekę nad terminalnie chorymi sprawowano w całodobowym hospicjum, po 2 latach (1969) rozciągnięto ją także na osoby będące we własnych domach. Do śmierci (2006 rok) C. Saunders aktywnie uczestniczyła w realizacji zadań Hospicjum św. Krzysztofa, gdzie także mieszkała. Jej mężem był polski artysta malarz, wielki patriota, Marian Bohusz-Szyszko. Obrazy jego autorstwa do dziś zdobią to miejsce. W dowód uznania za zasługi w posłudze ciężko chorym i umierającym

Cicely Saunders otrzymała szlachecki tytuł Damy (Lady). Dzieło jej życia do dziś pełni funkcję światowego centrum szkoleniowego ruchu hospicyjnego. Wypracowuje się w nim modele opieki paliatywnej, kształci personel nowych kadr medycznych dla innych podobnych ośrodków powstających w wielu krajach.

Po doświadczenia ośrodka brytyjskiego Florence Wald, przełożona Szkoły Piłgarniarzkiej w Yale, oraz uniwersytecki kapelan szpitalny Ed Dobihal założyli w New Haven w stanie Connecticut pierwszy w świecie Zespół Opieki Domowej bez zaplecza szpitalnego. Dołączyła do nich w 1974 dr Sylvia Lack.

Ważnym wydarzeniem w rozwoju opieki paliatywnej było powstanie w 1975 roku w Sheffield, przy Hospicjum św. Łukasza, ośrodka dziennego pobytu dla osób nieuleczalnie chorych. Pozwoliło to na przełamanie izolacji chorego w środowisku, odciążało rodzinę w sprawowaniu funkcji opiekuńczej, połączyło pomoc medyczną z szeroko pojętą działalnością socjalną.

Kolejną wielką postacią był dr Balfour Mount, który po odbyciu stażu w Hospicjum św. Krzysztofa otworzył w 1975 roku w Montrealu, w szpitalu Królowej Wiktorii, Oddział Opieki Paliatywnej funkcjonujący równolegle z zespołem opieki domowej. Decyzja ta umożliwiła prowadzenie badań nad cierpieniem, włączając postępowanie medyczne w prowadzenie opieki nad chorymi, którym nie można pomóc w wyleczeniu. Prawdopodobnie wtedy użyto określenia opieka paliatywna w dzisiejszym tego słowa znaczeniu. Zastanawiające jest jak bardzo tworzenie podwalin pod nową jakość medycyny opierało się na inspiracji osobistych spotkań, odbywanych staży, popularyzacji przez zjazdy i wygłaszane referaty. Wiele wątków ma charakter namaszczenia i zapewne nieprzypadkowego czerpania z fascynacji tworzenia nowej dziedziny. Dr Balfour, F. Wald, E. Dobihal, S. Lack – wszyscy oni rozpoczęli swą drogę od spotkania C. Saunders i Hospicjum św. Krzysztofa, przenosząc i rozwijając jego idee na środowiska, w których pracowali. Podobne spotkanie odbyło się w Gdańsku w 1978 roku po wystąpieniu C. Saunders na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego. Przy stole w domowym zaciszu spotkali się młody ksiądz E. Dutkiewicz (kapelan Akademii Medycznej), profesorowie J. Stolarczyk, J. Muszkowska Penson, student, potem prof. Żylicz. Jakże musiało być to inspirujące spotkanie – skoro zaważyło na drogach życiowych rozmówców.

Ksiądz Eugeniusz kładł podwaliny pod duszpasterstwo hospicyjne i szpitalne w Polsce (dziś, po 10 latach od śmierci, jest patronem swojego hospicjum w Gdańsku) prof. Żylicz zajął się badaniem i zwalczaniem bólu, a pozostali tworzyli dzisiejszy zrąb domowego hospicjum w Gdańsku, odwiedzając chorych w mieszkaniach i bytowania.

Opieka paliatywna w Polsce

W Polsce prekursorem idei hospicyjnej była Hanna Chrzanowska, córka profesora literatury polskiej na Uniwersytecie Jagiellońskim (dziś kandydatka na ołtarze, proces jej beatyfikacji jest już mocno zaawansowany). Pomimo szykan i trudności lansowała ona w komunistycznej Polsce chrześcijańską ideę opieki nad ciężko chorymi i umierający-

mi. Pod jej bezpośrednim wpływem powstało w Krakowie w 1981 roku Towarzystwo Przyjaciół Chorych. Wtedy to rozpoczęto w Nowej Hucie, zakończoną sukcesem, budowę pierwszego w tej części Europy stacjonarnego hospicjum pod wezwaniem św. Łazarza. W 1984 roku w Gdańsku ks. Eugeniusz Dutkiewicz organizuje Hospicjum Pallotinum oparte na filozofii i działaniu pierwowzoru brytyjskiego ośrodka gdański, poprzez osobę i myśl ks. Eugeniusza, kładzie szczególny nacisk na duchowy aspekt posługi chorym. Wzorzec opieki domowej zrodził się po wizycie w Anglii prof. Muszkowskiej-Penson. W 1985 roku powstaje w Poznaniu Hospicjum św. Jana Kantego.

W krótkim czasie powstają w wielu polskich miastach zespoły hospicyjne organizowane jako grupy nieformalne albo stowarzyszenia przykościelne lub świeckie, mające własny statut, osobowość prawną, określony zasięg i formę działania. Na zjeździe Zespołów Hospicyjnych 17 lutego 1991 roku w Wesolej k/Warszawy powołano Ogólnopolską Radę Hospicjum, która w 1992 roku przekształciła się w Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego. Przyjęło ono i uchwaliło Kartę Hospicjum określającą pola działania i założenia ruchu.

Podstawową formą opieki hospicyjnej nadal pozostaje w Polsce najbardziej przyjazna choremu/umierającemu opieka domowa. Jest ona zapewniana, całkowicie nieodpłatnie, przez lekarzy, pielęgniarki, kapłana, psychologa i wolontariuszy. Wychodzi się tutaj z założenia, że o ile dom rodzinny umierającego stwarza takie warunki, to stanowi najlepsze miejsce odejścia człowieka. Dom, jako miejsce, daje poczucie bezpieczeństwa emocjonalnego i stały kontakt z bliskimi. Tu chory jest „u siebie”, a najbliższa rodzina może pod fachową opieką personelu hospicjum towarzyszyć umierającemu. Tworzy się przestrzeń wzajemnego wspierania, ubogacania i nauczania postaw.

Opieka paliatywna nad dziećmi

Pierwsze domowe hospicjum dla dzieci powstało w 1978 roku w Edmarc w Wirginii. Natomiast pierwsze na świecie stacjonarne hospicjum dziecięce – „Helens House” – założyła w 1982 roku w Oxfordzie angielska zakonnica i pielęgniarka – siostra Franciszka Dominika. Pierwszym i jedynym, który chciał z nią współpracować był prof. Dawid Baum z Królewskiego Towarzystwa Pediatrycznego. Miał w sobie wizję i dość determinacji, by zakładać podwaliny nowej dziedziny, doprowadzając ją do uznawanej gałęzi medycyny z własnymi standardami. W 1993 roku Helens House odwiedził anestezjolog z Warszawy (dziś profesor) dr med. Tomasz Dangel. Poruszony tym co zobaczył i czego się nauczył ruszył z plecakiem pełnym leków do domów chorych dzieci – początkowo sam, a potem z grupą zapaleńców. Był to początek (1995 rok) działalności Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci – dziś uznawanego za wzorcowy ośrodek europejski, z ogromnym doświadczeniem, pokaźną bazą sprzętową i zapleczem intelektualnym. Odbywają się w nim krajowe kursy szkolące specjalistów opieki paliatywnej, staże medyczne i pielęgniarskie, zjazdy naukowe krajowe i europej-

skie. Kolejne powstające ośrodki hospicyjne (Poznań, Gdańsk, Lublin, Wrocław, Toruń, Bydgoszcz, Łódź, Elbląg, Myślenice, Częstochowa, ostatnio Szczecin i Kraków) oplatają nasz kraj siatką obejmującą duże aglomeracje miejskie z marginesem miejscowości obrzeżnych. Umożliwia to dotarcie do potrzebujących dzieci bezpośrednio, czasami przez współpracujące placówki medyczne w ponad 70% obszaru Polski. Stawia nas to w czołówce europejskiej (po Wielkiej Brytanii) i czyni wzorcem dla Europy Środkowej (funkcję koordynatora pełni ośrodek warszawski).

Obecnie opieka paliatywno-hospicyjna realizowana jest w Polsce w wielu różnorodnych formach. Są to:

- poradnie opieki paliatywnej i walki z bólem,
- zespoły opieki domowej,
- oddziały opieki paliatywnej i hospicyjnej (modelowym ośrodkiem jest klinika poznańska założona przez prof. J. Łuczaka),
- oddziały opieki dziennej,
- zespoły wspomagające
- hospicja stacjonarne (por. Łuczak 1996).

Wszystkie przedstawione formy mają swój określony zasięg i profil działania dostosowany do potrzeb danego środowiska. Mogą stanowić odrębne jednostki lub ściśle współpracować w ramach „jednego organizmu”. Nie ma wyznaczonego modelu stanowiącego odniesienie dla innych.

Są miasta gdzie preferuje się jedynie model opieki domowej, gdzie indziej podstawę stanowią placówki stacjonarne, a na ich bazie funkcjonują zespoły opieki domowej i poradnie walki z bólem. To lokalne społeczności (także przez swoją działalność finansową) wyznaczają charakter powstających placówek.

Ksiądz E. Dutkiewicz mówił w jednym z wywiadów, że „nie nauczymy się jednostki chorobowej jaką jest umieranie”. Tak bowiem postrzegana śmierć pacjenta jest dla lekarza swoistą porażką zawodową lub wręcz niewdzięcznością chorego (zdradą).

Jan Paweł II powiedział do lekarzy – uczestników Zgromadzenia ogólnego Papieskiej Akademii „Pro Vita”:

Zjawisko odrzucenia umierającego, coraz powszechniejsze w społeczeństwie rozwiniętym, ma różne przyczyny i wiele wymiarów [...]. Istnieje wymiar społeczno-kulturowy, określanym mianem „zatajenia śmierci”. Społeczeństwa, których organizacja podporządkowana jest dążeniu do dobrobytu materialnego, postrzegają śmierć jako nonsens, a dążąc do uniknięcia pytań, jakie ona stawia, proponują czasem, aby bezboleśnie przyspieszyć jej nadejście. Tak zwana „kultura dobrobytu” często niesie ze sobą niezdolność dostrzeżenia sensu życia w sytuacjach cierpienia i ograniczenia, jakie towarzyszą zbliżaniu się człowieka do śmierci. Ta niezdolność pogłębia się jeszcze, gdy wpisana jest w kontekst humanizmu zamkniętego na transcendencję, a jej wyrazem jest często utrata wiary w wartość człowieka i życia.

Śmierć została pozbawiona godności i naturalnej powagi. Lękając się prawdy o sobie, o swej przyszłości, człowiek ucieka od najważniejszych pytań dotyczących

egzystencji. Co gorsza, problem ten w równym stopniu dotyczy także lekarzy, duchownych i personelu medycznego, dla których ugruntowana i rzetelna wiedza na ten temat powinna być elementem codziennej praktyki szpitalnej przy łóżku chorego. (por. J. P. II, 1999).

„Miłujące spojrzenie Boga, którym patrzy na każdego człowieka, daje temu człowiekowi pewność, że – niezależnie od tego, czy jest stary, czy młody, zdrowy lub chory – jest istotą chcianą lub upragnioną bez żadnego wyjątku [...]. (por. J. P. II, 1988).

Bibliografia

- Altmann K. (1987), *Stawić czoło własnemu losowi...* Forum, nr 22 (11141).
- Cichowicz S., Godzimirski J. (1993): *Antropologia śmierci. Myśl francuska*, Logos, Warszawa
- Brzeziński T. (red.) (1995), *Historia medycyny*, PZWL, s. 214.
- Dangel T. (2001), *Domowa opieka paliatywna nad dziećmi w Polsce – model potrzeby, możliwości i ich ocena*, Warszawa.
- Hipokrates (tłum. W. Klinger 1937), *O sztuce lekarskiej*, Poznań.
- J. P. II, *Godność człowieka umierającego* – Do uczestników zgromadzenia ogólnego Papieskiej Akademii „Pro Vita” 27 lutego 1999 roku, *Gazeta Lekarska* 7.04.05, s. 4–5.
- Kapuściński R. (2006), *Ten Inny*, Znak, Kraków
- Łuczak J. (1996) *List otwarty dotyczący roli opieki paliatywnej i hospicyjnej*, Przegląd Tygodniowy 17.07.1996, nr 7.
- ŁK 10, 30–37 – *List Apostolski Jana Pawła II Salvifici Doloris*.
- Platon (tłum. W. Witwicki 1990), *Państwo*, wyd. AKME, Warszawa, ks. III, 406C, s. 171–172.
- Podręczna encyklopedia kościelna* (1914), Wyd. Bibl. Dzieł Chrześcijańskich, Warszawa 1914, s. 5.
- Solecki R.S. (2004) *The Proto-Neolithic Cemetery in Shanidar Cave*, Texas A & M Univ Pr
- Szarszewski A., *Ordynacje i instrukcje Szpitala św Łazarza w Gdańsku z 1610 r.*
- Walden-Gałuszko K. de (1996) *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*. MAKmed Gdańsk
- Sanders C. (1993), *Historia opieki hospicyjnej*, tłum. E. Towpik, *Nowotwory*, s. 105.

Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną

pod redakcją naukową

Jacka J. Błeszyńskiego, Ditty Baczały i Józefa Binnebesela

Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej w Łodzi 2008

Czesław Kustra

Uniwersytet Mikołaj Kopernika w Toruniu

OPIEKA NAD LUDŹMI SŁABYMI W KOŚCIELE

Wstęp

Przez pojęcie człowiek słaby w niniejszym artykule będziemy mieli na uwadze przede wszystkim ludzi niepełnosprawnych fizycznie, umysłowo, niedostosowanych społecznie, zaniedbanych moralnie, chorych psychicznie, ludzi starych. Chodzi o każdego człowieka będącego w potrzebie. W chrześcijaństwie istotne jest nie tylko głoszenie radosnej Nowiny o Jezusie Chrystusie, ale i konkretna pomoc osobom słabym.

Rys historyczny opieki Kościoła nad ludźmi słabymi

Udzielanie pomocy osobom słabym było już u zarania chrześcijaństwa zaszczytnym dowodem przynależności do Kościoła, a każde jej świadczenie aktem religijnym równie ważnym jak modlitwa. Za dawcę uważano Pana Boga i korzystający mógł dostrzec miłość nadprzyrodzoną realizowaną przez apostołów, prezbiterów i diakonów. W Kościele pierwszych wieków współuczestnictwo w wierze zakładało wymianę dóbr materialnych i duchowych. „Nikt z nich nie cierpiał niedostatku, bo właściciele pól albo domów sprzedawali je i przynosili pieniądze (uzyskane) ze sprzedaży, i składali je u stóp Apostołów. Każdemu też rozdzielano według potrzeby” (Dz 4, 34–35).

Już w najstarszych pismach chrześcijańskich podkreślano konieczność opieki nad ludźmi słabymi. Autor „Pasterza” – Hermas (II w.) zachęca wiernych do uczynków nadobowiązkowych, takich jak dobroczynność wobec starców, wdów i kalekich oraz krytykuje tych, którzy pochłonięci gromadzeniem bogactw zapominają o bliźnich w potrzebie (A. Hamman 1990, s.70n). Św. Ignacy z Antiochii (†110) w swoim „Liście do Rzymian” zaznacza, że troska o potrzebujących jest

tak samo ważna jak działalność nauczycielska gminy rzymskiej. Na to również zwracał uwagę w swoich „Apologiach” św. Justyn z Sychem (†165). Poleca on przełożonym gmin chrześcijańskich, aby wśród wiernych gromadzili składki przeznaczone na cel dobroczynny. Dało to początek zorganizowanemu apostołstwu miłosierdzia. Podobne wskazania zawarte są w pismach anonimowych autorów z II wieku, zwłaszcza w „Didache czyli nauce Dwunastu Apostołów”. Zobowiązuje się w nich bogatszych chrześcijan do pomocy ludziom słabym. Odpowiedzialnymi za opiekę nad potrzebującymi pozostają diakoni.

Dobrze zorganizowaną gminą chrześcijańską, w której funkcjonowało apostołstwo miłosierdzia był Rzym. Tam opiekę nad słabymi sprawowali diakoni powoływani przez papieży. Najbardziej znanym diakonem był św. Wawrzyniec (†258). Przed swoją męczeńską śmiercią kazał rozdać majątek kościelny wszystkim, którzy potrzebowali pomocy.

Od V wieku przy katedrach powstawały kolegia diakonów, które na polecenie biskupa służyły potrzebującym. Przygotowywali oni chleb ubogim, nosili Komunię św. ludziom starym i chorym, wspierali biednych i wdowy, odwiedzali więźniów. Do takiej formy chrześcijańskiej opieki zachęcali żyjący w III w. ojcowie Kościoła: św. Klemens Aleksandryjski i św. Cyprian biskup Kartaginy. Św. Augustyn zauważył, że chrześcijanie wyróżniają się na tle społeczności tym, że nie pozostają obojętni na potrzeby tych bliźnich, którzy są bezbronni wobec warunków życia (Altaner B., Stuiber A. 1990, s. 110nn).

Fachowa opieka nad starcami, chorymi i kalekami wiąże się z powstającymi od V w. klasztorami. Najpierw benedyktyni, a potem cystersi przy swoich konwentach zakładają szpitale i przytulki dla ludzi słabych. Zapewniali oni potrzebującym nie tylko opiekę medyczną i aprowizację, ale również wychodzono naprzeciw potrzebom duchowym. W tym też celu zostały w XVI wieku powołane zakony bonifratrów i kamilianów.

Twórcą fachowej opieki samarytańskiej nad ludźmi słabymi był św. Wincenty à Paulo (1581–1660). Jako proboszcz w Chatillon-les-Dombes (diecezja Lyon) sam nawiedzał chorych, starych, ułomnych i służył im różnorodną pomocą. Zorganizował Bractwo Miłosierdzia, z którego powstało – założone w roku 1638 przez św. Ludwikę de Marillac – Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia, zwanych szarytkami. Św. Wincenty à Paulo nakazywał tylko te najlepsze i „najwartościowsze” zakonnice posyłać do wychowywania dzieci, gdyż, jak twierdzi, domy dla dzieci upośledzonych są miejscem pracy ludzi o wyjątkowo wysokich kwalifikacjach moralnych (H. Piskalski 1975, s. 209).

Do tego dzieła nawiązał w XIX wieku Fryderyk Ozanam, organizując w 1833 roku charytatywne Konferencje św. Wincentego à Paulo. Z tego dzieła w końcu XIX wieku powstała specjalna instytucja o nazwie „Caritas” angażująca zarówno duchownych, jak i świeckich. Celem jej pozostaje ujednoczenie i skoordynowanie pomocy świadczonej potrzebującym, wśród których są również ludzie niepełnosprawni (J. Majka 1970, s. 115nn). W 1971 roku „Caritas” weszła w skład Rady Papieskiej dla Popierania Postępu Ludzkiego i Chrześcijańskiego „Cor Unum”.

Na ziemiach polskich opiekę nad ludźmi słabymi prowadziły zakony benedyktynów, cystersów, bożogrobców, joannitów i templariuszy. Systematyczne duszpasterstwo ludzi słabych organizowali ks. Piotr Skarga, o. Rafał Chyliński, ks. Gabriel Baudoum. W wieku XIX z inicjatywy duszpasterzy powstały Towarzystwa Dobroczynności niosące pomoc ludziom słabym poprzez parafie i dekanaty. Opiekowały się ludźmi słabymi żeńskie zgromadzenia zakonne: szarytki, felicjan-ki, elżbietanki, józefitki. Wśród Polaków wyróżnili się w zakresie troski o osoby chore, stare i pozbawione środków do życia: Adam Chmielowski (Brat Albert), o. Honorat Koźminski, ks. Bronisław Markiewicz, ks. Zygmunt Chełmicki i ks. Zygmunt Gorazdowski. Ich dzieło kontynuują założone przez nich zgromadzenia zakonne, towarzystwa dobroczynne oraz „Caritas” Polska.

W wieku XIX i na początku XX na ziemiach polskich powstało wiele bractw i stowarzyszeń zajmujących się opieką nad ludźmi słabymi. Episkopat, zwłaszcza galicyjski i zaboru pruskiego, wskazywał na konieczność odradzania się życia społecznego w duchu katolickim. Miało to uzasadnienie w misji Kościoła. Nie można jednak przeoczyć także innego momentu, mianowicie zagrożenia ze strony lewicy i mniej aktywnych, ale wpływowych kół liberalnych, dążących do laicyzowania życia społecznego i spychania Kościoła na grunt ściśle wyznaniowy, a nawet kultowy. Enuncjacje biskupów niejednokrotnie wprost wskazują na te niebezpieczeństwa, nie zawsze nazywając je po imieniu, ale uwrażliwiając koła aktywne, zwłaszcza tzw. laikat katolicki (wiernych), używając dzisiejszej terminologii, na możliwość utraty wpływów Kościoła i odejście od zasad katolickich w życiu publicznym (*List pasterski arcybiskupa lwowskiego Łukasza Baranieckiego z 24.01.1953, Kurenda lwowska z 1853; List pasterski arcybiskupa lwowskiego F. K. Wierzchleyskiego z 20.02.1879, Kurenda lwowska z 1879; list pasterski biskupa przemyskiego Ł. Soleckiego z 21.01.1898, Kurenda przemyska z 1898; list pasterski arcybiskupa J. Bilczewskiego z 20.01.1901, Kurenda lwowska z 1901 r.; M. Murawiov, 1990, s. 62n.*)

Ten sam ton spotyka się w prasie katolickiej, gdzie jednak bardziej dominują postulaty praktyczne (O bractwach... 1884). Chodziło więc o zakładanie bractw katolickich, o ich funkcjonowanie wśród świeckich, ale w powiązaniu z duchowieństwem i duszpasterstwem. Bractwa nie były tu rozumiane w znaczeniu średniowiecznym, a więc dość ciasnym, uwzględniającym tylko partycypację członków brackich w łaskach szczególnych, ale w sensie nowoczesnym. W grę wchodziły zatem po prostu wszystkie organizacje katolickie, stowarzyszenia, które wyrastają na glebie ówczesnego życia kościelnego w sposób aktywny i twórczy, inspirowany przez hierarchię, ale i nierzadko wywodzące się z inicjatyw szeregowych księży, niekiedy osób świeckich i zakonów. Jest to więc signum ogromnego ożywienia postrzeganego jako gest sprzeciwu wobec twórczego, ale duchowo zbyt płaskiego programu pozytywistycznego. Biskupi pisali nie tylko o promowaniu ascezy, ale zastanawiali się „nad polepszeniem doczesnych stosunków, które nie mogą „spuszczać z oka warunków wszelkiego dobrobytu ziemskiego: pilności, oszczędności, trzeźwości, wiernej troskliwości o waszych najbliższych” (*Wspólny list pasterski biskupów: tarnowskiego Ignacego Łobosa, przemyskiego Ł. Soleckiego*

i lwowskiego Seweryna Morawskiego z grudnia 1893, Kurenda lwowska z 1893).

Impulsem do wzmożenia ruchu organizacyjnego w Kościele była encyklika Leona XIII *Rerum novarum* z 1891 roku. Właściwie dopiero od tej pory można było wyjść bezpiecznie poza mury kościelne, gdzie czekała praca nad urzeczywistnianiem etyki katolickiej w warunkach doczesności – rozumianej w dosłownym znaczeniu.

Biskupi jednak, podobnie zresztą jak encyklika Leona XIII, widzieli działanie w tym kierunku środkami duszpasterskimi. Tradycyjnie też preferowali wartości duchowe, które wyrażały się przede wszystkim w chwale Bożej i zbudowaniu wiernych.

W praktyce sprawa przedstawiała się konkretniej. Sporo można by powiedzieć o mobilizacji katolików świeckich w sferze organizacyjnej, począwszy od czeladników i terminatorów, a skończywszy na obywatelach ziemskich. Najkorzystniejsza sytuacja w tym względzie istniała w Galicji. Królestwo Polskie borykało się z elementarnymi trudnościami; rozwój organizacji katolickich przeżywał tu pewien postęp dopiero po 1905 roku. Wiele bractw nastawiało się już na konkretne niesienie pomocy materialnej i innej swym członkom. Duży nacisk zaczęto z czasem kłaść na stronę wychowawczą w związkach (*Kurenda VI tarnowska z 1895*, s. 45,).

Powstałe 4 stycznia 1863 roku Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy Urzędników Prywatnych Obwodu Tarnopolskiego, które później rozszerzyło swój zakres na cały zabór austriacki, kładło silny nacisk „na podniesienie moralności, pracowitości i sumienności” warstwy urzędniczej. Dobrze po katolicku wychowana warstwa urzędnicza będzie prowadzić działalność charytatywną, społeczną, religijną etc. Stąd też kuria arcybiskupia we Lwowie zwróciła się w maju 1867 roku ze specjalnym apelem do duchowieństwa o popieranie tego związku, gdyż, jak podkreślali, wpływając w ten sposób na urzędników, można będzie oddać duże usługi krajowi (*Kurenda lwowska z maja 1867*).

Również w tym celu powstało w 1895 roku Towarzystwo Sług Katolickich w Tarnowie, które stawiało sobie też jako cel „zdrową pobożność, skromność, oszczędność i pracowitość”. Innymi słowy – religijne modele wychowawcze. Drukowano statut Towarzystwa, by jak najwięcej czytelników mogło się z nim zapoznać, a duszpasterzom posłużył jako wzór do zakładania podobnych związków w innych ośrodkach. Warto nadmienić, że Towarzystwo to zajęło się także opieką nad umysłowo chorymi w Galicji, czyniąc starania o powołanie do istnienia specjalnego zakładu (J. Mazurkiewicz 1912, s. 3n.).

Inny rodzaj inicjatyw społecznych to towarzystwa wzajemnej pomocy, szczególnie liczne w drugiej połowie XIX wieku, jak np. we Lwowie stowarzyszenie niosące pomoc żebrakom tego miasta i kalekom, działające pod protektoratem ks. Leonarda Sołeckiego, który pełnił w towarzystwie funkcję sekretarza, a więc praktycznie nim kierował (L. Górski 1908, s. 366).

Najżywsze zainteresowanie budziło, wspomniane już wyżej, Towarzystwo św. Wincentego à Paulo, powstałe we Francji w 1833 roku, a rozwijające się żywo na ziemiach polskich w drugiej połowie XIX wieku. O znaczeniu tegoż Towarzystwa pisał biskup tarnowski w swym liście pasterskim z 12 lutego 1890 roku.

Zdaniem naszym jedno tylko istnieje na tę straszną chorobę lekarstwo, a tym jest miłość prawdziwie chrześcijańska. Jedyne tylko duch tego miłosierdzia zdoła nas podnieść, zdoła uleczyć społeczeństwo nasze i zabezpieczyć je przed groźącymi prądami wywrotu. Nigdzie jednak dokładniej się nie objawia ten duch miłosierdzia chrześcijańskiego, nigdzie on jaśniej i świetniej nie występuje, jak w Towarzystwie św. Wincentego à Paulo (*Kurenda IX tarnowska z 1890*).

Wyłożył też istotne cele Towarzystwa:

Towarzystwo ma na celu niesienie pomocy materialnej i moralnej nędzy ludzkiej we wszystkich jej objawach i nie może się uchylać przed żadnym dziełem miłosierdzia. Toteż troszczy się ono tak dobrze o biedne, opuszczone dzieci, jak i o ubogich, chorych, kalekich i starców, a przede wszystkim opiekuje się osobami, które w nędzę popadły, a wstydzą się publicznie żebrać. Tę zaś pieczę i troskę wykonuje w iście najdoskonalszy sposób. I tak, co do dzieci opuszczonych, bierze je z ulicy, a gromadzi przy ognisku domowym w Ochronkach, oddanych pod zarząd żeńskich Zgromadzeń zakonnych, i przysposabia je na ludzi, którzy by zrozumieli tę prawdę, że są członkami jednej rodziny, i że mogą jak każdy inny człowiek zasłużyć sobie na powszechny szacunek u innych, a dla siebie i swoich na dostateczne utrzymanie (*Kurenda IX tarnowska z 1890*).

Biskup Łobos podkreślał, że Towarzystwo ma wpływ na ubogą a uzdolnioną młodzież szkolną. Nie jest bynajmniej przesadą to utarte zdanie, że bardzo wiele geniuszów, mogących się stać sławą narodu, ginie marnie w zapomnieniu pośród uboższych warstw społeczeństwa wskutek braku środków na odpowiednie wykształcenie. Otóż i temu zaradza znowu miłosierdzie chrześcijańskie Towarzystwa św. Wincentego à Paulo, które dowiedziawszy się o ubogich a zdolnych uczniach, dopomaga im do utrzymania się w szkołach. Wreszcie Towarzystwo to rozciąga swą opiekę nad ubogimi, i to znowu w sposób najlepszy. Dowiedziawszy się o jakiej rodzinie, pozostającej w nędzy, wyznacza ze swego grona jednego członka na opiekuna tej rodziny. Obowiązkiem takiego opiekuna jest osobiste odwiedzanie swych ubogich i doręczanie im przyznanego wsparcia, które stanowi nie datek pieniężny, którego można by nadużyć, ale zawsze gotowy datek już to w postaci najpotrzebniejszych pokarmów, jak chleba, kaszy, mąki, a w razie choroby mięsa i mleka, już to w gotowym ubraniu, lub drzewie na opał, już to w splecie czynszu komornego do rąk samego właściciela domu. Wsparcia te doręcza się, już to jako zwyczajne tygodniowe datki, już to jako datki nadzwyczajne przy pewnych okolicznościach, np. z okazji Świąt Bożego Narodzenia lub Wielkanocy. Najważniejszą jest rzeczą w tej całej działalności Towarzystwa św. Wincentego à Paulo, to przede wszystkim osobiste odwiedzanie ubogich. Wpływa ono zbawiennie i na dających i przyjmujących wsparcie. Spełniać dobre uczynki w domu ze swego zakątka, przy swym ognisku, to doprawdy bardzo łatwo, ale też i bardzo mała zasługa; bo nie w taki sposób traktuje się po przyjacielsku ubogich. Przyjaciół odwiedza się osobiście, a tylko natrętom posyłamy to, cośmy im winni, aby nam zresztą dali spokój. Odwiedzanie biednych to kamień probierczy prawdziwie miłosiernego serca. Tylko wyrывая się spośród naszych dostatków, nawiedzając nędzarza, oddychając tym samym co on powietrzem, stając się tym sposobem chociaż na chwilę członkiem jego rodziny, zdołamy mu dowieść, że go prawdziwie miłujemy, że go uważamy za brata (*Kurenda IX tarnowska z 1890*).

Kilka lat po opublikowaniu listu pasterskiego Łobosa pisano z Tarnowa:

Co do naszych ubogich w opiece Towarzystwa zostających, zwracano pilną uwagę na życie moralne tychże – a w przypadku danych używano odpowiednich środków, a między innymi nawet odmówienia wsparcia – aby zapobiec grzeszemu próżniactwu lub innym zdrożnościom (*Sprawozdanie z działalności Towarzystwa św. Wincentego à Paulo w Tarnowie za rok 1898, Kurenda tarnowska z 1898*, s. 45.).

Wskazuje to wyraźnie na wychowawczy aspekt aktywności charytatywnej.

Podobnie pisano także z innych stron podzielonej Polski, np. z Pelplina, gdzie Bractwo Miłosierdzia zajęło się wychowywaniem dziewcząt, starając się dla nich również o miejsca, gdzie uczono je również czytać i pisać (Przegląd Katolicki z 25.02.1864).

W 1869 roku na terenie Wielkiego Księstwa Poznańskiego Towarzystwo św. Wincentego à Paulo liczyło 2028 członków czynnych, 440 honorowych i aspirantów 51. Pod jego opieką znajdowały się 833 rodziny, 787 dzieci, 41 uczniów i 7 niepełnosprawnych. Dochody w ciągu tego roku wynosiły 6476 talarów, z tego 5438 talarów wydano właśnie na potrzeby ubogich. Do Towarzystwa na tym terenie należeli ludzie wszystkich warstw społecznych, najwięcej jednak było rzemieślników (Przegląd Lwowski, t. 1, 1871 roku, s. 206).

Uznanie zdobyło Towarzystwo im. Piusa IX, które od 1849 roku prężnie działa w Gdańsku. Jego działalność skupiała się na niesieniu pomocy wychowawczej dzieciom z ubogich rodzin. Przykładowo w roku 1857 objęto pomocą 550 dzieci (Przegląd Poznański, t. 23, 1857, s. 112).

W Poznaniu, przy kolegiacie św. Marii Magdaleny, wikariusz ks. Zygmunt Odelgiewicz założył Stowarzyszenie Czeladzi Rzemieślniczej, które cieszyło się szczególnym poparciem abpa Leona Przyłuskiego, który w „Tygodniku Katolickim” pisał:

Upadła moralnie i materialnie liczna czeładź rzemieślnicza miasta naszego – słabła w wierze, obumierała w moralności, marniała wśród nędzy – w święta i w niedziele błąkała się po ulicy. Trzeba ją było wydzwignąć z tego upadku. Duchowieństwo podało jej rękę i środki do tego potrzebne.

Organizowano dla tej młodzieży kształcanie zawodowe, uczono religii, czytania, pisania, rachunków. Do stowarzyszenia przyjmowano także protestantów (Tygodnik Katolicki z 21.12.1860).

W pracę wychowawczą Kościoła zaangażowało się wiele bractw działających pod patronatem Najświętszej Maryi Panny. Do nich należało m.in. Bractwo Niepokalanego Serca Maryi, założone w 1841 roku we Lwowie, które później rozwinęło swą działalność szerzej w innych regionach Polski (M. Budziarek 1993, s. 59–67), oraz Bractwo NMP Niepokalanego Poczęcia. Przyczyniały się one do ożywienia religijności. W czerwcu 1863 roku „Tygodnik Katolicki” donosił z Sandomierza, że członkowie

Bractwa NMP Niepokalanego Poczęcia przed każdą uroczystością maryjną przystępują do spowiedzi i komunii św., troszczą się stale o ubogich i potrzebujących. Stowarzyszenie Dzieci Maryi od Serca Jezusowego powstało 8 grudnia 1877 roku przy klasztorze Sióstr Sercanek we Lwowie. Jego pierwszą przewodniczącą była hrabina Cecylia Badeniowa, do aktywnych członków Stowarzyszenia należała m.in. matka Kolumba Białecka (Przegląd Kościelny z 9.09.1880). „Dla ożywienia i utrzymania ducha religijnego w rodzinach i społeczeństwie” przyczyniało się Stowarzyszenie Najświętszej Rodziny, w diecezji przemyskiej, powołane do życia w 1895 roku (*Kurenda I przemyska z 1895*). Później ze strony kurii biskupiej w Przemyśle podejmowano ciągle starania, aby to pożyteczne Stowarzyszenie rozwijało się nadal wśród rodzin katolickich, apelowano też do duszpasterzy o jego nieustanne popieranie (*Kurenda I przemyska z 1897*).

Charakterystyczne, dla wspomnianych bractw i stowarzyszeń, jest łączenie dewocyjnego elementu religijnego, kultowego z aktywnością dobroczynną na różnych zresztą polach, nie zawsze chodziło tylko o ubogich w aspekcie materialnym, ale także o niepełnosprawnych fizycznie i umysłowo, o wychowanie porzuconych i biednych dzieci itp. W każdym wypadku starano się wyrabiać w członkach tych społeczności ducha odpowiedzialności za wspólnotę, w której oni sami zajmowali określone miejsca, czy to będzie parafia, czy szerzej pojęte środowisko katolickie. Właśnie ten aspekt angażowania całego człowieka był charakterystycznym rysem pedagogii kościelnej, występującej właściwie zawsze w dziejach Kościoła, w omawianym okresie popularyzującej się jednak bardziej niż kiedykolwiek wcześniej (E. Jabłońska-Deptuła 1964, s. 141–176).

Można powiedzieć, że na terenach polskich aktywność Kościoła na polu wychowania społecznego środkami religijnymi obejmowała szerokie kręgi społeczeństwa i – jak na to wskazuje natężenie ruchu brackiego i stowarzyszeniowego – Kościół osiągał też znaczne sukcesy. Oczywiście Polska pozostawała w tym czasie w tyle za katolicyzmem zachodnim, np. w Austrii, Niemczech czy Belgii. Trzeba przy tym wziąć pod uwagę ogólną sytuację społeczeństwa polskiego i jego możliwości. Pewne jest, że w drugiej połowie XIX wieku w wielu dziedzinach życia kościelnego widać potrzebę opieki nad ludźmi słabymi, szczególnie zaniedbanymi dziećmi.

Szkolnictwo specjalne prowadzone przez duchownych i świeckich

W Europie do końca XV opieka nad ludźmi słabymi pozostawała w zasadzie w gestii Kościoła i była kierowana przez duchowieństwo. Wszelka pomoc miała charakter dobrowolny. Zwyczajowo utarła się dominująca forma zewnętrzna, którą była jałmużna, należąca do podstawowych chrześcijańskich dobrych uczynków. W tym okresie akcja opiekuńcza o charakterze dobroczynności dobrowolnej, realizowana była głównie przez osoby prywatne oraz instytucje dobroczynne

i fundacje, natomiast w bardzo ograniczonym zakresie przez gminy miejskie i wiejskie. Dobroczynność wynikała przede wszystkim z motywów religijnych i była praktyczną realizacją miłości bliźniego. To dopiero w okresie Oświecenia, gdzie zamiast teocentryzmu filozofia stworzyła pojęcie antropocentryzmu, w centrum zainteresowań stał człowiek a nie Bóg, zaczęto pomagać człowiekowi ze względów humanistycznych. Troska o dzieci upośledzone ma w chrześcijańskiej Europie tradycję sięgającą epoki średniowiecza, lecz pierwsze szkoły dla upośledzonych powstały dopiero w okresie oświecenia, a ich pełny rozwój nastąpił w pierwszej połowie wieku XIX. Pierwszą szkołę dla dzieci upośledzonych umysłowo założył G. Gugfenmoos w 1816 roku w Hallein w Austrii.

W szkolnictwie dla głuchoniemych wydoskonalili się dwie metody nauczania. Twórca pierwszej szkoły – ksiądz Karol de L’Epee – zastosował metodę migów i alfabetu palcowego (daktylografii). Natomiast Samuel Heinicke preferował tradycyjną – jakkolwiek znacznie udoskonaloną – metodę głosową. Na płaszczyźnie rywalizacji tych dwóch metod, francuskiej i pruskiej, kształtował się rozwój szkolnictwa dla głuchoniemych w Europie. Przez ponad sto lat dominowała metoda ks. de L’Epee, udoskonalona przez ks. Ambroise’a Sicarda. Na bazie jej doświadczeń funkcjonowały szkoły dla głuchoniemych m.in. we Francji, Austrii oraz w Stanach Zjednoczonych, gdzie T. Hopkins Gallaudet w 1817 roku założył Instytut Głuchoniemych w Hartford. W innych państwach, zwłaszcza w Prusach i w Anglii, przyjęła się metoda Samuela Heinicke’a, która od Kongresu Nauczycieli Głuchoniemych w Madrycie z 1880 roku przejęła większość szkół w Europie. Do rozwoju szkół kształcących głuchoniemych przyczyniły się też powstałe w początkach XX wieku narodowe stowarzyszenia wspierające naukę głuchych.

Na ziemiach polskich pierwsze szkoły dla głuchoniemych funkcjonowały w Romanowie (Instytut Głuchoniemych działający w latach 1805–1809) oraz w Szczuczynie. Dyrektorem warszawskiej szkoły, w której stosowano metodę francuską, był ks. Jakub Falkowski (1775–1848), autor rozprawy *O nauczaniu głuchych* (1816). Jego współpracownik, lekarz Jan Siestrzyński (zmarł w 1824 roku, jeszcze za życia ks. Falkowskiego), preferował metodę głosową. W 1830 roku powstał zakład głuchoniemych we Lwowie, w 1832 roku zaś założony został Instytut Głuchoniemych i Ociemniałych w Poznaniu.

Ze średniowiecznych przytułków dla ociemniałych na przełomie XVIII i XIX wieku rozwinęły się w Europie szkoły dla niewidomych. Za francuskim przykładem Walentego Hauy’a, którego szkoła w 1791 roku przekształcona została w Instytut Narodowy Niewidomych, podobne szkoły w latach 1789–1817 powstały w Liverpoolu, Edynburgu, Londynie, Petersburgu, Wiedniu, Berlinie, Dreźnie i we Wrocławiu. W Stanach Zjednoczonych kształcenie niewidomych zapoczątkował powołany w 1829 roku Instytut Perkinsa pod Bostonem, uznawany za czołowy ośrodek tyflopedagogiczny na świecie. Rozwój szkolnictwa dla niewidomych związany był z poszukiwaniami sposobu samodzielnego czytania i pisania. Przełomowe znaczenie miało opracowanie w 1824 roku przez Ludwika Braille’a (1809–1852), niewidomego nauczyciela matematyki i muzyki w Institution Nationale des Jeunes Aveugles w Paryżu, wypukłego pisma punk-

towego dla niewidomych (tzw. alfabetu Braille'a). Alfabet udoskonalony przez autora o znaki matematyczne i muzyczne (1829) w drugiej połowie XIX wieku wprowadzony został jako obowiązujący w nauczaniu niewidomych. Przesądził o tym Międzynarodowy Kongres Nauczycieli Szkolnictwa Specjalnego w Paryżu (1878) oraz III Kongres w Sprawie Ociemniałych w Berlinie (1879). W Stanach Zjednoczonych system Braille'a przyjęty został w 1901 roku. Do międzynarodowej unifikacji systemu Braille'a przyczynił się J. Monnier, który w 1907 roku uporządkował znaki brajlowskie, przydzielając im numerację (1–63) i układając je w siedmiu seriach (tzw. tablica Monniera). Rozwój szkolnictwa dla niewidomych nie zaspokajał potrzeb społecznych, choć w wielu państwach ustanowiono obowiązek szkolny dla niewidomych. Takie akty prawne wydano w Anglii (1894), Szwecji (1896), Niemczech (1911), Austro-Węgrzech (1913) i we Włoszech (1923).

Na ziemiach polskich pierwsze próby kształcenia niewidomych podjęto w latach dwudziestych XIX wieku. Od 1821 roku nauczano muzyki i czytania w warszawskim Instytucie Głuchoniemych i Ociemniałych ks. Falkowskiego (od 1864 roku według systemu Braille'a). Od 1851 roku dzięki fundacji Walentego Zaremby Skrzyńskiego funkcjonował we Lwowie Zakład Ciemnych. W zaborze pruskim od 1853 roku działał zakład dla niewidomych w Wolsztynie, przeniesiony w 1873 roku do Bydgoszczy, gdzie zawiązało się Towarzystwo Opieki nad Niewidomymi (1899). Wzorcową koncepcję kształcenia niewidomych, zakładającą ich samodzielne funkcjonowanie wśród widzących, urzeczywistniła Róża Czacka (1876–1961), franciszkanka, prekursorka tyflogologii w Polsce i organizatorka opieki nad niewidomymi. Ociemniała od 22 roku życia, zorganizowała w Warszawie Patronat Opieki nad Niewidomymi (1908), a następnie Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi (1910). Obydwa stowarzyszenia prowadziły placówki opiekuńczo-wychowawcze dla niewidomych (przytułek, ochronkę, szkołę i bibliotekę dla niewidomych). Dla prowadzenia tych placówek w 1918 roku utworzyła zgromadzenie zakonne Franciszkanek Służebnic Krzyża, które od 1922 roku prowadzi w Laskach koło Warszawy szkoły i warsztaty dla niewidomych. Róża Czacka (Matka Elżbieta) wypracowała także system rewalidacji niewidomych oraz koncepcję ich adaptacji społecznej i zatrudnienia.

Formy edukacji dla dzieci umysłowo upośledzonych zaczęły kształtować się w Europie około połowy XIX wieku. Po nieudanych próbach Gotharda Guggenmoosa, kiedy jego pierwsze zakłady w Hallein (1816) i Salzburgu (1829) zostały zamknięte z powodu braku pieniędzy, kolejnymi inicjatywami były: nauczanie dzieci upośledzonych umysłowo w szpitalu psychiatrycznym w Paryżu przez Edwarda Segiuna (1837) oraz powołany przez szwajcarskiego lekarza Jana Guggenbuhla instytut koło Interlaken w Alpach (1841). Ale faktyczny impuls do rozwoju tego typu edukacji wyszedł z krajów niemieckich. Powstałe na gruncie niemieckim Towarzystwo Popierania Kształcenia Dzieci Nienormalnych i Niedorozwiniętych uruchomiło prawie w każdym większym mieście specjalne klasy dla dzieci upośledzonych. Za tym przykładem pod koniec XIX wieku poszły inne państwa: Austria, Anglia, Norwegia, Francja (na początku XX wieku) i Stany Zjednoczone. Na gruncie polskim pierwsze placówki dla dzieci upośledzonych umysłowo powstały najpierw w zaborze pruskim (Poznań 1896), nieco póź-

niej w zaborze rosyjskim (Warszawa 1904, Karolina 1907, prywatna szkoła dla upośledzonych D. Zylberowej i E. Lublinerowej w Warszawie 1908), a następnie w Galicji, gdzie założony w 1907 roku Komitet Opieki nad Dzieckiem i Młodzieżą uruchomił placówki dla dzieci upośledzonych we Lwowie (1911) i Krakowie (1912).

W XIX wieku rozwinęły się również zakłady zajmujące się edukacją dzieci opuszczonych i moralnie zaniedbanych. Ogromną rolę w upowszechnieniu tego typu placówek odegrał pedagog szwajcarski Filip Emanuel Fellenberg (1771–1844). W założonym zakładzie dla sierot w Hofwyl (1804) wypracował system wychowania, łączący nauczanie z pracą. Model zakładu Fellenberga rozpowszechnił się w wielu krajach Europy. Na ziemiach polskich w 1828 roku powstał Instytut Moralnej Poprawy Dziecka w Mokotowie (dziś dzielnica Warszawy). Większe zainteresowanie tego typu placówkami nastąpiło dopiero pod koniec XIX wieku. Opiekę nad sierotami tradycyjnie wypełniały także szpitale, sierocińce prowadzone przez organizacje filantropijne czy zgromadzenia zakonne (J. Draus, R. Terlecki 2005, s. 37nn.).

Wybrane zakony i zgromadzenia w Polsce aktualnie opiekujące się ludźmi słabymi

W Polsce wiele zgromadzeń zakonnych, zarówno męskich, jak i żeńskich, które mają w swoim charyzmacie niesienie pomocy osobom słabym i aktualnie prowadzą działalność opiekuńczą nad takimi osobami. W niniejszym artykule nie uwzględniono zakonów i zgromadzeń kleryckich, które prowadzą na dobrym poziomie duszpasterstwo osób niepełnosprawnych (np. pasjoniści), ale tylko instytucjonalną opiekę. Zakony i zgromadzenia zakonne prowadzące instytucjonalną opiekę nad ludźmi słabymi zostają wymienione poniżej:

Albertyni (Zgromadzenie Braci Albertynów Trzeciego Zakonu Regularnego św. Franciszka Serafickiego Posługujących Ubogim) zostali powołani do istnienia 25 sierpnia 1888 roku, a zatwierdzeni przez papieża Piusa XI 16 stycznia 1928 roku. Założycielem albertynów jest św. Brat Albert (Adam Chmielowski 1845–1916). Ich charyzmat to: posługa ubogim w ich podstawowych potrzebach w celu „natychmiastowego ratunku” każdego z nich, w dalszej perspektywie zaś dążenie do poprawy kondycji materialnej i moralnej najuboższych.

Aktualnie prowadzą 4 domy opieki dla blisko 300 mężczyzn chorych psychicznie i niedorozwiniętych umysłowo w Częstochowie, Przemyślu, Bulowicach i Ojcowie. Ponadto w Krakowie tworzą przytulisko dla bezdomnych mężczyzn oraz kuchnię dla ubogich.

Bonifratrzy (Zakon Szpitalny św. Jana Bożego) powołani zostali do istnienia w 1540 roku w Grenadzie, zatwierdzeni przez papieża Piusa V w 1572 roku. W Polsce pracują od 1609 roku. Założycielem bonifratrów jest św. Jan Boży (1495–1550). Ich charyzmat to: szpitalnictwo wśród chorych, cierpiących najuboższych.

Aktualnie prowadzą dom geriatryczno-rehabilitacyjny w Warszawie, 4 domy

pomocy społecznej w których najczęściej znajdują się psychicznie chorzy, niedorozwinięci umysłowo (np. w Iwoniczu na Podkarpaciu), szpitale w Krakowie, Łodzi i Katowicach, jadłodajnie w Warszawie i Łodzi oraz wiele aptek i poradni ziołolecznicznych.

Bracia szkolni (Zgromadzenie Braci Szkół Chrześcijańskich) powołani do istnienia w 1684 roku, zatwierdzeni 26 stycznia 1725 roku przez papieża Benedykta XIII, w Polsce pracują od 1903 roku. Założycielem braci szkolnych jest św. Jan Chrzyciel de La Salle (1651–1719). Ich charyzmat to: wychowanie chrześcijańskie dzieci i młodzieży, przede wszystkim ubogich.

Aktualnie prowadzą w Gdańsku szkołę podstawową dla 200 dzieci, natomiast w Częstochowie, Uszycach, Przytocku i Zawadzkiem specjalne ośrodki wychowawcze i domy pomocy społecznej dla chłopców niepełnosprawnych, dysponując łącznie 340 miejscami.

Kamilianie (Zakon Kleryków Regularnych Posługujących Chorym) powołani do istnienia w 1586 roku, zatwierdzeni przez papieża Grzegorza XIV 21 września 1591 roku, w Polsce pracują od 1904 roku. Założycielem kamilianów jest św. Kamil de Lellis (1550–1614). Ich charyzmat to: posługa duchowa i cielesna chorym, nawet z narażeniem życia.

Aktualnie w Polsce kamilianie prowadzą 6 domów opieki społecznej dla osób w podeszłym wieku oraz dzieci i dorosłych z niedorozwojem lub głęboko upośledzonych psychicznie. O. Arkadiusz Nowak jest dyrektorem ośrodka resocjalizacji Ministerstwa Zdrowia dla narkomanów i chorych na AIDS. O. Bogusław Paleczny pełni funkcję duszpasterza bezdomnych na Dworcu Centralnym w Warszawie.

Michalicy (Zgromadzenie Świętego Michała Archanioła) powołani do istnienia 29 września 1921 roku, zatwierdzeni przez papieża Pawła VI 15 czerwca 1966 roku. Założycielem michalitów jest bł. ks. Bronisław Markiewicz (1842–1912). Ich charyzmat to: wychowanie dzieci i młodzieży, zwłaszcza najuboższej i zaniedbanej religijnie.

Aktualnie michalicy prowadzą w Polsce Specjalny Ośrodek Szkolno-wychowawczy dla dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim i znacznym w Markach k. Warszawy, Katolickie gimnazjum i liceum ogólnokształcące w Krośnie n. Wisłokiem, Zespół Szkół Ponadgimnazjalnych w Miejscu Piastowym, 2 Domy dziecka w Pawlikowicach i Prałkowcach, 4 Oratoria w Krośnie, Toruniu, Stalowej Woli i Warszawie-Bemowie.

Orioniści (Małe Dzieło Boskiej Opatrzności) powołani do istnienia w 1893 roku, zatwierdzeni przez papieża Piusa XII 20 listopada 1954 roku. W Polsce pracują już od 1923 roku. Założycielem orionistów jest bł. Alojzy Orione (1872–1940). Ich charyzmat to: wierność papieżowi i służba ubogim.

Aktualnie prowadzą dom dla chorych i niepełnosprawnych w Łązniewie, hospicjum w Wołominie, ośrodek wychowawczy w Kaliszu, ośrodek opiekuńczy dla mężczyzn upośledzonych psychicznie i fizycznie w Izbicy Kujawskiej. Opiekują się dwoma schroniskami dla bezdomnych oraz prowadzą szkołę podstawową w Warszawie i zespół szkół ekonomiczno-menedżerskich we Włocławku.

O wiele więcej jest zgromadzeń zakonnych żeńskich zajmujących się opieką nad ludźmi słabymi. Nie zostaną tu wymienione wszystkie zgromadzenia, ale

tylko niektóre. Oto one:

Albertynki (Zgromadzenie Sióstr Albertynek Posługujących Ubogim) zostały powołane do istnienia w 1981 roku, zatwierdzone przez papieża Piusa XII 5 września 1955 roku. Założycielem albertynek jest św. Brat Albert (Adam Chmielowski 1845–1916). Ich charyzmat to: służba Chrystusowi w bliźnich, zwłaszcza najbiedniejszych i najbardziej opuszczonych, poprzez świadczenie im wielorakiej usługi miłosierdzia chrześcijańskiego.

Obecnie albertynki prowadzą w Polsce 7 domów opieki społecznej dla osób w podeszłym wieku, obłożnie i nieuleczalnie chorych, upośledzonych oraz chorych psychicznie, z tymi ostatnimi schorzeniami również dla dzieci. Ponadto prowadzą 2 zakłady opiekuńczo-lecznicze dla dorosłych kobiet i mężczyzn w podeszłym wieku i obłożnie chorych, 2 przytuliska dla bezdomnych i uzależnionych kobiet. Ponadto albertynki codziennie wydają ponad tysiąc posiłków w swoich trzech stołówkach i kuchniach, pracują także w kuchniach „Caritasu” i parafialnych. Ponadto odwiedzają rodziny w ich domach, gdzie znajdują się osoby chore, niepełnosprawne i starsze.

Benedyktynki samarytanki (Zgromadzenie Sióstr Benedyktynek Samarytanek Krzyża Chrystusowego) zostały powołane do istnienia w 1926 roku, zatwierdzone przez papieża Pawła VI 5 kwietnia 1974 roku. Założycielką albertynek samarytanek jest Służebnica Boża Wincenta Jadwiga Jaroszevska (1900–1937). Ich charyzmat to: wielbienie sprawiedliwości Bożej przez ekspiacyjną modlitwę i pracę wśród osób niesprawnych intelektualnie, zagubionych pod względem moralnym oraz wśród osób z marginesu społecznego.

Podstawą organizacji placówek zgromadzenia dla dzieci i młodzieży specjalnej troski i moralnie zaniedbanych oraz podopiecznych w domu samotnej matki jest system rodzinkowy (propagowany przez Czesława Babickiego, Kazimierza Jeżewskiego i innych pedagogów XIX wieku), wypracowany przez założycielkę, z odpowiednim przystosowaniem do warunków miejscowych. Polega on na stworzeniu we wszystkich miejscach pracy atmosfery domu rodzinnego, przenikniętej miłością, szczególnie do osób niepełnosprawnych, które oczekują więcej troski, na wzór rodziny naturalnej.

Obecnie siostry prowadzą 6 domów pomocy społecznej dla 600 dzieci z upośledzeniem umysłowym, specjalny ośrodek wychowawczy, a także dom dla samotnej matki.

Boromeuszki mikołowskie (Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Karola Boromeusza w Mikołowie) zostały powołane do istnienia w 1652 roku, zatwierdzone przez papieża Leona XIII w 1892 roku. W Polsce pracują od 1848 roku. Założycielem sióstr jest Józef Chauvenel (1620-1651). Ich charyzmat to: miłosierdzie w służbie cierpiącym, chorym, niepełnosprawnym, opuszczonym i ubogim oraz dzieciom i młodzieży, zwłaszcza zaniedbanej, ubogiej i opuszczonej.

Obecnie siostry pracują jako pielęgniarki w szpitalach, szczególnie opiekując się zarażonych na AIDS, w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, w których przebywają także dzieci niepełnosprawne.

Franciszkanki służebnice Krzyża (Siostry Franciszkanki Służebnice

Krzyża) zostały powołane do istnienia w 1918 roku, a zatwierdzone przez papieża Jana Pawła II 15 sierpnia 1981 roku. Założyciele sióstr to Elżbieta Róża Czacka (1879–1961) i ks. Władysław Korniłowicz (1884–1946). Ich charyzmat to: służba niewidomym na duszy i na ciele.

Obecnie w Polsce siostry pracują głównie w placówkach prowadzonych przez Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi, stowarzyszenie powołane przez Różę Czacką w 1910 roku dla świadczenia wszechstronnej pomocy osobom niewidomym na różnych etapach życia. Od samego początku istnienia Ośrodka Szkolno-Wychowawczego w Laskach k. Warszawy, siostry pracują w nim jako wychowawczynie, nauczycielki, katechetki, a także w działach pomocniczych, jak dział tyflogologii, przy wydawaniu i przepisywaniu książek punktowym pismem brajla, w bibliotece brajlowskiej, szpitaliku i ambulatorium ośrodka, wreszcie w działach gospodarczych obsługujących ośrodek, w którym przebywa przeciętnie 300 wychowanków.

Inne placówki Towarzystwa na terenie Polski, w których pracują siostry, to szkoła z internatem w Rabce dla dzieci niewidomych z dodatkowymi kalectwami, Zakład Pracy Chronionej i dom opieki dla kilkudziesięciu niewidomych kobiet w Żułowie, Krańciszynie Lubelskim oraz Ośrodek Kolonijno-Rehabilitacyjny w Sobieszewie k. Gdańska.

Franciszkanki szpitalne (Zgromadzenie Sióstr Pielęgniarek Trzeciej Reguły św. Franciszka) zostały powołane do istnienia w 1844 roku, zatwierdzone przez papieża Leona XIII 2 października 1901 roku. W Polsce pracują od 1848 roku. Założycielem sióstr jest o. Krzysztof Bernsmeyer (1777–1858). Ich charyzmat to pielęgnowanie chorych w domach, szpitalach, opieka nad osobami starszymi i dziećmi, wychowanie dzieci w przedszkolach, katechizacja, praca parafialna.

Obecnie w Polsce siostry prowadzą 3 zakłady opiekuńczo-lecznicze dla ludzi w podeszłym wieku, zakład leczniczo-wychowawczy dla dzieci ze schorzeniami dróg oddechowych, zespołem złego wchłaniania – fenyloketonurią, zespołem Downa i epilepsją oraz dom pomocy społecznej dla dzieci upośledzonych.

Jadwiżanki (Zgromadzenie Sióstr św. Jadwigi od Niepokalanej Bogarodzicy Dziewicy Maryi) zostały powołane do istnienia w 1859 roku, zatwierdzone przez papieża Piusa XI 12 stycznia 1931 roku. Założycielem sióstr jest ks. Robert Spiske (1821–1888). Ich charyzmat to: chrześcijańskie wychowanie dzieci i młodzieży, opieka nad chorymi i pomoc duszpasterska.

Obecnie w Polsce siostry prowadzą dom opieki kobiet w podeszłym wieku, 4 przedszkola, 2 ośrodki wychowawcze dla dzieci z niedorozwojem umysłowym, 2 domy pomocy społecznej dla kobiet głęboko upośledzonych oraz 2 zakłady leczniczo-opiekuńcze dla osób starszych oraz kobiet i dzieci lekko upośledzonych. W punktach charytatywnych wydają posiłki dla bezdomnych.

Siostry Maryi Niepokalanej (Zgromadzenie Sióstr Maryi Niepokalanej) zostały powołane do istnienia w 1854 roku, zatwierdzone przez papieża Leona XIII 22 grudnia 1897 roku. Założycielem sióstr jest ks. Jan Schneider (1824–1876). Ich charyzmat to: troska o dziewczęta moralnie zagrożone, ubogie, opuszczone i chore.

Obecnie w Polsce siostry prowadzą 4 domy pomocy społecznej, 3 zakłady leczniczo-opiekuńcze, dom dziecka, 2 przedszkola i bursę.

Nazaretanki (Zgromadzenie Sióstr Najświętszej Rodziny z Nazaretu) zostały powołane do istnienia w 1875 roku, a zatwierdzone przez papieża Piusa XI 5 sierpnia 1909 roku. W Polsce siostry pracują od 1881 roku. Założycielką sióstr jest bł. Maria od Pana Jezusa Dobrego Pasterza (Franciszka Siedliska 1842–1902).

Obecnie w Polsce siostry prowadzą zakład opiekuńczo-leczniczy dla dorosłych, dom pomocy społecznej dla dzieci, 2 domy pomocy społecznej dziennego i okresowego pobytu dla osób niepełnosprawnych, dom pogodnej starości, 2 świetlice dla dzieci z rodzin dysfunkcyjnych, kuchnie dla bezdomnych, m.in. na Dworcu Centralnym w Warszawie.

Siostry Rodziny Maryi (Zgromadzenie Sióstr Franciszkanek Rodziny Maryi) zostało powołane do istnienia w 1857 roku, a zatwierdzone przez papieża Piusa X 29 sierpnia 1913 roku. W Polsce siostry pracują od 1862 roku. Założycielem jest abp Zygmunt Szczęsny Feliński (1822–1895). Ich charyzmat to: wychowanie i nauczanie młodzieży w duchu chrześcijańskim, pielęgnowanie chorych i osób starszych oraz niesienie pomocy duchowieństwu w pracy duszpasterskiej, katechizację oraz w seminariach i dziełach miłosierdzia.

Obecnie w Polsce siostry prowadzą 5 przedszkoli, 4 domy dziecka, 6 specjalnych ośrodków wychowawczych dla dzieci lekko i znacznie upośledzonych, 2 zakłady leczniczo-wychowawcze dla dzieci epileptycznych, 4 domy pomocy społecznej dla dzieci i 8 zakładów opiekuńczo-leczniczych dla osób starszych.

Serafitki (Zgromadzenie Córek Matki Bożej Bolesnej) zostało powołane do istnienia w 1881 roku, zatwierdzone przez papieża Piusa XII 3 marca 1953 roku. Założycielem sióstr jest św. Honorat Koźmiński (1829–1916), współzałożycielką Małgorzata Łucja Szewczyk (1828–1905). Ich charyzmat to: służba najuboższym, opuszczonym, potrzebującym opieki w domach prywatnych i domach opieki.

Obecnie w Polsce siostry prowadzą 2 zakłady opiekuńczo-wychowawcze, kuchnię dla ubogich, zakład opiekuńczo-leczniczy dla starszych pań, dom pomocy społecznej dla chłopców upośledzonych umysłowo, 2 świetlice środowiskowe oraz 11 przedszkoli i ochronek.

Szarytki (Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego à Paulo) zostały powołane do istnienia w 1633 roku, zatwierdzone przez papieża Klemensa IX 6 czerwca 1668 roku. W Polsce pracują od 1652 roku. Założycielem sióstr jest św. Wincenty à Paulo (1581–1660); współzałożycielką św. Ludwika de Marillac (1591–1660). Ich charyzmat to: służba Chrystusowi w ubogich szpitalach, domach opieki, zakładach opiekuńczo-leczniczych i specjalnych ośrodkach wychowawczych, a także nauka religii w szkole i praca charytatywna w parafiach.

Aktualnie siostry prowadzą w Polsce 6 zakładów opiekuńczo-leczniczych, 8 domów pomocy społecznej, schronisko dla kobiet, 5 ośrodków szkolno-wychowawczych, 2 domy dla osób starszych, 5 kuchni dla ubogich, punkt posług samarytańskich, 12 punktów charytatywnych, 9 przedszkoli, bursę, 3 świetlice oraz dom dziennego pobytu.

Siostry szpitalne (Zgromadzenie Sióstr Szpitalnych od Najświętszego Serca Jezusa) zostały powołane do istnienia w 1881 roku, zatwierdzone przez papieża

Leona XIII 25 czerwca 1892 roku. W Polsce pracują od 1990 roku. Założycielem siostr jest bł. Benedykt Menni (1841–1914). Ich charyzmat to: pełnienie miłosierdzia szpitalnego poprzez opiekę na ludźmi chorymi umysłowo, ograniczonymi fizycznie i psychicznie, w pierwszej kolejności ubogimi.

Aktualnie w Polsce siostry jeszcze nie zdążyły rozwinąć swoich skrzydeł, gdyż po czasach komunistycznych szpitalny personel został zlikwidowany. Obecnie od początku siostry studiują medycynę i inne kierunki, aby w przyszłości obejmować i tworzyć placówki opiekuńczo-lecznicze nad ludźmi słabymi. Obecnie jedynie przy domu wspólnoty na warszawskim Ursynowie utworzyły dzienny ośrodek rehabilitacyjny dla osób z problemami psychicznymi.

Urszulanki szare (Zgromadzenie Sióstr Urszulanek Serca Jezusa Konającego) zostały powołane do istnienia w 1920 roku, zatwierdzone przez papieża Piusa XI 21 listopada 1930 roku. Założycielką siostr jest bł. Urszula Ledóchowska (1865–1939). Ich charyzmat to: wychowanie i nauczanie dzieci i młodzieży, służba najbardziej potrzebującym oraz inne formy działania zmierzające do ewangelizowania świata.

Obecnie siostry prowadzą prywatne technikum gastronomiczno-hotelarskie, 2 domy dziecka, dom pomocy społecznej dla dzieci z upośledzeniem umysłowym i fizycznym, dom księży emerytów, 2 domy samotnej matki oraz gabinet ginekologiczno-położniczy. W ramach działalności charytatywnej kierują stołówką dla emerytów i rencistów oraz kuchnią społeczną. Ponadto siostry prowadzą 2 domy dla studentek i internat oraz stacje dla studentek w domach zgromadzenia, dom akademicki KUL, 16 przedszkoli, 8 świetlic i 4 domy pielgrzymkowo-rekolekcyjne (szerzej patrz B. Łoziński 1998).

Zakończenie

W niniejszym artykule jedynie zasygnalizowano problematykę opieki nad ludźmi słabymi w Kościele. Przedstawiono rys historyczny, pokazując jednocześnie aktualną działalność Kościoła realizowaną przez zakony i zgromadzenia, które zawsze powstawały w jakimś celu. W tym wypadku w celu niesienia pomocy osobom słabym.

Bibliografia

Altaner B., Stuiber A. (1990), *Patrologia. Życie, pisma i nauka Ojców Kościoła*, Warszawa, s. 110nn.

Budziarek M. (1993), *Bractwo Niepokalanego Serca Maryi przy kościele kapucynów w Lublinie (1856-1864)*, [w:] J. Walkusz (red.), *Kościół i społeczność. Rewolucje - demokracje - totalitaryzmy. Studia z dziejów XIX i XX wieku*, Lublin, s. 59–67.

Draus J., Terlecki R. (2005), *Historia wychowania, wiek XIX i XX*, t. 2, Wyd. WAM, Kraków, s. 37nn.

- Górski L. (1908), *O towarzystwach wzajemnej pomocy*, [w:] *Wybór pism*, Warszawa, s. 366.
- Hamman A. (1990), *Życie codzienne pierwszych chrześcijan*, Warszawa, s. 70n.
- Jabłońska-Deptuła E. (1964), *Szkice z dziejów formowania się polskich kongregacji żeńskich oraz ich programu społecznego w w. XIX*, *Roczniki Humanistyczne* 12, z. 2, s. 141–176.
- Łoziński B. (1998), *Leksykon zakonów w Polsce*, KAI, Warszawa.
- Majka J. (1970), *Kościół jako dalszy ciąg miłosierdzia Chrystusa*, [w:] W. Granat (red.), *Ewangelia miłosierdzia*, Poznań, s. 115nn.
- Mazurkiewicz J. (1912), *O opiece nad umysłowo chorymi w Galicyi i o nowym zakładzie krajowym w Kobierzynie*, Kraków, s. 3n.
- Murawiov M. (1990), *Wspomnienia*, Warszawa, s. 62n.
- Piszkałski H. (1975), *Obraz Boga u dzieci upośledzonych*, AK 19/1975/, 209.
- Kurenda lwowska z 1853.*
- Kurenda lwowska z maja 1867.*
- Kurenda lwowska z 1879.*
- Kurenda lwowska z 1893.*
- Kurenda lwowska z 1901.*
- Kurenda VI tarnowska z 1895*, s. 45, „Towarzystwo Sług Katolickich w Tarnowie”.
- Kurenda I przemyska z 1895.*
- Kurenda I przemyska z 1897.*
- Kurenda przemyska z 1898.*
- Kurenda IX tarnowska z 1890.*
- List pasterski arcybiskupa lwowskiego Łukasza Baranieckiego z 24.01.1953.*
- List pasterski arcybiskupa lwowskiego F. K. Wierzchlejskiego z 20.02.1879.*
- List pasterski arcybiskupa J. Bilczewskiego z 20.01.1901.*
- List pasterski biskupa przemyskiego Ł. Soleckiego z 21.01.1898.*
- O bractwach*, *Przegląd Kościelny* z 21.08.1884, 28.08.1884, 4.09.1884, 11.09.1884.
- Przegląd Katolicki z 25.02.1864.*
- Przegląd Kościelny z 9.09.1880.*
- Przegląd Lwowski*, t. 1, z 1871, s. 206.
- Przegląd Poznański*, t. 23, 1857, s. 112.
- Sprawozdanie z działalności Towarzystwa św. Wincentego à Paulo w Tarnowie za rok 1898*, *Kurenda tarnowska z 1898*, s. 45.
- Tygodnik Katolicki z 21.12.1860.*
- Wspólny list pasterski biskupów: tarnowskiego Ignacego Łobosa, przemyskiego Ł. Soleckiego i lwowskiego Seweryna Morawskiego z grudnia 1893.*

DYSKURSY NAD WSPOMAGANIEM ROZWOJU

Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną

pod redakcją naukową

Jacka J. Błeszyńskiego, Ditty Baczały i Józefa Binnebesela

Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej w Łodzi 2008

Marta Bogdanowicz

Uniwersytet Gdański

METODA DOBREGO STARTU MARTY BOGDANOWICZ

Czterdziestoletni dorobek

Metoda Dobrego Startu rozwija się od lat 60. ubiegłego stulecia: bardzo dynamicznie, systematycznie, i na miarę swojej nazwy. Ułatwia bowiem start w szkole dzieciom, uczestniczącym w zajęciach, czego dowiodły opinie nauczycieli jak i liczne badania nad jej efektywnością (M. Bogdanowicz, 1985, 1999). W ciągu 40 lat doskonalenia tego podejścia metodycznego, skoncentrowanego na uczeniu polisensorycznym i procesach integracji percepcyjno-motorycznej, opracowałam trzy wersje Metody Dobrego Startu służące wspomaganie rozwoju dzieci, edukacji i terapii. Wraz z zespołem współautorów, przede wszystkim - Małgorzatą Barańską, Ewa Jakacką, opracowałam do tych wersji, siedem programów, zawierających konkretny materiał służący do bezpośredniej pracy z dziećmi (por. bibliografia). Kolejne publikacje są w opracowaniu. Metoda Dobrego Startu została włączona w program dla klasy „O”: Dobry Start – Wielka Podróż, wydany przez Wydawnictwo Harmonia, którego autorkami są: M. Bogdanowicz, M. Barańska, A. Czerkas-Polit, D. Elwardt, E. Jakacka, K. Sirak-Stopińska, B. Zachodny (2004) Jest w nim zaprezentowane metodyczne podejście, w którym dzieci uczą się liter na drodze polisensorycznych doświadczeń. Efektywność zajęć z zastosowaniem tej metody można ocenić za pomocą narzędzia diagnostycznego, jakim jest Skala oceny skuteczności Metody Dobrego Startu (M. Bogdanowicz, 2006).

Metoda jest dość dobrze opisana, istnieje sporo literatury na jej temat. Do podstawowego kanonu publikacji należy podręcznik Metoda Dobrego Startu w pracy z dziećmi od 5 do 10 lat, wydany po raz pierwszy w 1985 roku w WSiP, druga jego wersja pt. Metoda Dobrego Startu (z 2006 roku), posiada już siódme wydanie. Od 1996 roku systematycznie publikowane są programy do pracy tą metodą, głównie

w Wydawnictwie Harmonia, resztę zaś dopełniają dziesiątki rozdziałów w książkach oraz artykuły w czasopismach.

Metoda Dobrego Startu prezentowana była na kilkudziesięciu zagranicznych konferencjach: m.in. w: Holandii, Wielkiej Brytanii, Irlandii, Czechach, na Litwie, we Włoszech, Niemczech, na Węgrzech. W 1998 roku, we współpracy z J. Swierkoszową, powstała czeska wersja pt. Metoda Dobrego Startu, zawierająca materiał z programu „Piosenki do rysowania”. Prowadzone są też prace nad adaptacją tej metody w Rosji i Wielkiej Brytanii. Kursy dla nauczycieli, przygotowujące do pracy z dziećmi w zakresie Metody Dobrego Startu, są systematycznie prowadzone w Polsce, a niekiedy również zagranicą (Litwa, Czechy).

Geneza

Metoda Dobrego Startu została opracowana przeze mnie w latach 1968–1979, na bazie cotygodniowych zajęć z dziećmi prowadzonych w takich placówkach, jak przedszkola, szkoły i poradnia. Od tej pory nadal jest doskonała, czego efektem są kolejne wersje programów. Jest to rezultat doświadczeń zebranych podczas zajęć praktycznych, prowadzonych w cyklu rocznym, z dziećmi w przedszkolu specjalnym, integracyjnym, przedszkolu dla dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, w ośrodku dla dzieci niesłyszących oraz w ośrodku dla dzieci z autyzmem.

Do opracowania Metody Dobrego Startu inspiracji dostarczyła francuska metoda Le Bon Départ, opracowana w latach 40.–50. we Francji przez fizjoterapeutkę Théa Bugnet van der Vroot. Nazwa oryginalnej metody oznacza: „dobry start, odjazd, odlot”, co wskazuje na możliwość zastosowania jej w początkowym okresie nauki szkolnej. W tym też charakterze wykorzystano ją w klasie pierwszej w Bredzie i Cannes, w latach 40. - 50. Od tego czasu znajduje ona zastosowanie we Francji, Holandii i Szwajcarii – głównie w przedszkolach, szkołach specjalnych oraz ośrodkach leczenia i rehabilitacji dla dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego. W państwach tych działają też stowarzyszenia upowszechniające tę metodę. Elly Rozinga, przewodnicząca Holenderskiego Towarzystwa Le Bon Départ, kilkakrotnie uczestniczyła w konferencjach organizowanych w Polsce oraz współprowadziła pierwszy kurs Metody Dobrego Startu w naszym kraju, w 1994 roku.

Informacje na temat metody Le Bon Départ dotarły do Polski w latach 60. ubiegłego stulecia, za pośrednictwem lekarzy wizytujących ośrodki neuropsychiatrii dziecięcej we Francji. Zarys założeń metody Le Bon Départ poznałam w 1968 roku, dzięki ustnej relacji ze stażu naukowego we Francji prof. dr hab. med. Hanny Jaklewicz, kierownika Poradni Nerwic Wojewódzkiej Przychodni Higieny Szkolnej w Gdańsku, gdzie pracowałam jako dziecięcy psycholog kliniczny. Wiedzę zaczerpnęłam z nikłych źródeł: wzmianki o Metodzie le Bon Départ zawartej w rozdziale A. Drath, J. Siwkiewicz, J. Sochańskiej, B. Zakrzewskiej (1965) i francuskiego artykułu, zreferowanego przez J. Markiewicz (1970).

Pierwszy raz zetknęłam się z metodą w 1990 roku na konferencji w Utrechcie (Holandia), a więc pięć lat po opublikowaniu polskiego podręcznika i wielu artykułów mojego autorstwa, wyrosłych z własnych doświadczeń. Na skutek braku dostępu do oryginalnych materiałów, ze wskazanych źródeł zaczerpnęłam:

- ogólną ideę: wielozmysłowe uczenie dziecka i rozwijanie jego psychomotoryki przez ćwiczenie ruchów zharmonizowanych w określonej przestrzeni i czasie; jednocześnie rozwijanie funkcji spostrzegania i motoryki;

- trzy techniki: wystukiwanie rytmu na waleczkach z piaskiem, rysowanie figur geometrycznych na piasku i papierze w rytm śpiewanej piosenki;
- kilka wzorów – figur geometrycznych.

Ponieważ nie miałam możliwości poznania *Le Bon Départ* rozpoczęłam pracę nad rozwijaniem własnej metody już na przełomie lat 1967/1968. W ciągu kilkunastu lat stałej i bezpośredniej pracy z dziećmi o prawidłowym i zaburzonym rozwoju psychoruchowym, współpracy z nauczycielami przedszkoli i szkół, pedagogami specjalnymi, muzykami, rodzicami dzieci i studentami, opracowałam Metodę Dobrego Startu (dalej: MDS) wraz z jej wersjami i programami, a w tym przygotowałam:

- strukturę zajęć (zajęcia wprowadzające, właściwe, końcowe),
- rodzaje ćwiczeń, ich nazwy i sekwencyjny przebieg (ćwiczenia ruchowe, ruchowo-słuchowe i ruchowo-słuchowo-wzrokowe),
- techniki prowadzenia ćwiczeń (poza wymienionymi, zaczerpniętymi z oryginału) i porządek ich stosowania,
- program cyklu zajęć,
- zestaw wzorów (poza sześcioma oryginalnymi), zastąpienie wzorów literami,
- trzy wersje metody, zawierające 1) proste wzory, 2) wzory literopodobne, 3) symbole: litery, cyfry i nuty,
- programy dostosowane do zróżnicowanych potrzeb dzieci w zakresie stymulowania ich rozwoju psychoruchowego (np. Piosenki do rysowania) oraz edukacji (np. Od piosenki do literki) opracowałam we współautorstwie z Małgorzatą Barańską i Ewą Jakacką. Program dla dzieci z wadą słuchu przygotowałam według propozycji i we współpracy z Małgorzatą Szewczyk - nauczycielem i surdologopedią. W zespole osób przygotowujących publikacje znajdują się autorzy piosenek: prof. dr hab. Danuta Szlagowska, Małgorzata Barańska, Maria Tomaszewska i Andrzej Filar.

Wdrażanie metody

W 1967/1968 roku, z inspiracji prof. dr hab. Hanny Jaklewicz, zaczęłam prowadzić w Poradni Nerwic Wojewódzkiej Przychodni Higieny Szkolnej w Gdańsku, przy współudziale dr W. Loebel, pierwszą grupę dzieci dyslektycznych, które pomimo prawidłowego rozwoju intelektualnego miały trudności w nauce czytania

i pisania. Prace polegały na przygotowaniu zasadniczej osnowy zajęć (wykorzystałam tzw. płąsy ruchowe oraz wzory geometryczne), sporządzeniu zestawu wzorów (wykorzystałam „szlaczki” rysowane przez dzieci w przedszkolu i szkole, w celu przygotowania ich do pisania) oraz zestawu odpowiadających im rytmicznie polskich piosenek (wykorzystałam piosenki ludowe, m.in. zespołu „Mazowsze”, „Śląsk”) oraz rozplanowaniu ich na cały rok. Największą trudność stanowiło wybranie odpowiednich piosenek, których rytm odpowiada elementom wzorów geometrycznych.

Pierwsze doświadczenia z zajęć z dziećmi, mającymi specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu oraz wstępne wyniki tej pracy przedstawiłam 23. 02. 1969 roku w Warszawie, podczas IX Seminarium Sekcji Psychoterapii Dzieci i Młodzieży, Polskiego Towarzystwa Higieny Psychiczej, w referacie autorstwa M. Bogdanowicz, H. Jaklewicz i W. Loebel pt. *Metoda Bon Départ w zastosowaniu do rehabilitacji dzieci* (S. Zalewska, 1969).

Po wypróbowaniu wstępnego opracowania metody cykl systematycznych zajęć prowadziłam w roku 1969/1970. Objęto nimi uczniów klas III i IV, ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się czytania i pisania. Spotkania odbywały się w dwóch grupach terapeutycznych: jedną prowadziłam na terenie poradni, drugą w szkole. W wyniku ćwiczeń Metodą Dobrego Startu oceny szkolne u większości dzieci poprawiły się, zmniejszyły się znacznie trudności w pisaniu i czytaniu oraz warunkujące je deficyty rozwojowe. Obiektywnym sprawdzianem postępów były pozytywne wyniki badań psychologicznych, przeprowadzonych po rocznym cyklu zajęć, które przedstawiono w artykule zawartym w III tomie *Problemów psychoterapii* (H. Jaklewicz, M. Bogdanowicz, W. Loebel, 1973).

Na przełomie lat 1969/1970 Metoda Dobrego Startu została, z inicjatywy Janiny Sypniewskiej - dyrektorki z Poradni Wychowawczo-Zawodowej Łódź-Widzew, zastosowana w przedszkolach łódzkich, jako przygotowująca dzieci do nauki czytania. Józefa Krakowińska opracowała program *Śpiewane litery* (M. Bogdanowicz, 1985). W roku 1970 pojawiło się pierwsze i ostatnie, bardzo fragmentaryczne omówienie metody Bon Départ, dzięki tłumaczeniu artykułu autorstwa F. Masse, które zostało opublikowane w czasopiśmie „Zagadnienia wychowawcze w Aspekcie Zdrowia Psychicznego” (J. Markiewicz 1970). Lektura upewniła mnie, że korzystając z ogólnych założeń francuskiej metody oraz wiedzy z zakresu psychologii rozwoju i klinicznej dziecka, zarazem stosując się do zasad metodyki pracy z dziećmi w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, wypracowałam własną wersję tego rodzaju zajęć z dziećmi. Mając świadomość niemal całkowitego braku literatury i wiedzy na temat oryginalnej metody Le Bon Départ, uznałam za stosowne używać polskiej nazwy: Metoda Dobrego Startu. Wyniki prac nad rozwojem Metody Dobrego Startu oraz ocenę skuteczności zajęć, przedstawiłam 14 XI 1971 roku na IV Ogólnopolskiej konferencji zorganizowanej przez Sekcję Psychoterapii Dzieci i Młodzieży Polskiego Towarzystwa Higieny Psychiczej w Warszawie, gdzie spotkała się z dużym zainteresowaniem (H. Jaklewicz, M. Bogdanowicz, W. Loebel 1971). Metodę tę, w dalszym etapie jej opracowania, zaprezentowałam na Ogólnopolskim Kursie Logopedii, organizo-

wanym przez Centralny Ośrodek Metodyczny pod naukowym kierunkiem prof. L. Kaczmarka (Lublin 2–15 VII 1972).

Po kilku latach korzystania z Metody Dobrego Startu w terapii dysleksji, dysortografii i dysgrafii, zastosowałam ją w gdańskich przedszkolach w stosunku do dzieci, które jeszcze nie umieją czytać i pisać. Eksperyment przeprowadziłam w roku 1973/1974 w najstarszej grupie dzieci z Państwowego Przedszkola nr 45 w Gdańsku, przy współpracy mgr J. Paszkowskiej. Celem eksperymentu było sprawdzenie użyteczności zmodyfikowanej metody w przygotowaniu dzieci do nauki czytania i pisania. W celu sprawdzenia wiarygodności wyników dr W. Loebel podjęła badania porównawcze w Państwowym Przedszkolu nr 46 w Gdańsku, potraktowanym jako przedszkole kontrolne. Wyniki badań psychologicznych, wykonywanych przed przeprowadzeniem eksperymentu i po jego zakończeniu, potwierdziły przydatność tej metody w profilaktyce niepowodzeń szkolnych. Wykazano bowiem, że skutecznie niweluje deficyty rozwojowe u dzieci ryzyka dysleksji (M. Bogdanowicz, W. Loebel 1983).

Metoda Dobrego Startu była referowana na posiedzeniach naukowych Państwowej Wyższej Szkoły Muzycznej w Gdańsku, Polskiego Towarzystwa Neurologii Rozwojowej AMG oraz na Międzynarodowym Kongresie Muzykoterapii w Paryżu (M. Bogdanowicz, E. Dąbrowska, H. Jaklewicz, 1974). Od 1974 roku w wielu przedszkolach gdańskich, po przeszkoleniu personelu, zaczęto wprowadzać wspomnianą metodę do programu zajęć dydaktycznych w najstarszej grupie przedszkolnej, co miało na celu uzupełnienie metod stosowanych w przygotowaniu dzieci do podjęcia nauki szkolnej.

Metoda Dobrego Startu weszła na stałe do programu kursów dla nauczycieli-terapeutów, prowadzących w zespołach korekcyjno-kompensacyjnych terapię pedagogiczną dzieci z trudnościami w czytaniu i pisaniu. W 1975 roku Instytut Kształcenia Nauczycieli i Badań Oświatowych w Olsztynie zorganizował kurs dla nauczycieli i dyrektorów przedszkoli oraz wydał broszurę zawierającą instrukcję prowadzenia zajęć Metodą Dobrego Startu (M. Bogdanowicz, 1975). W tym też okresie ukazał się artykuł w „Wychowaniu w Przedszkolu” prezentujący tę metodę pracy z dziećmi w wieku przedszkolnym.

W roku 1975/1976, współpracując z przedszkolami gdańskimi, opracowałam zestaw piosenek i wzorów dla przedszkoli oraz we współpracy z nauczycielami prowadziłam dalsze badania nad efektywnością tego zestawu ćwiczeń. Prof. dr hab. B. Kaja z powodzeniem zastosowała elementy tej metody w ogniskach przedszkolnych w Bydgoszczy (B. Kaja, 1976). Metoda ta została wprowadzona do programu kolonii letnich dla dzieci z trudnościami w czytaniu i pisaniu, zorganizowanej przez Wojewódzką Poradnię Wychowawczo-Zawodową w Toruniu (J. Jastrząb, 1977). Ponadto MDS została zaprezentowana w cyklu audycji muzycznych dla przedszkoli, które Polskie Radio nadawało w roku 1975/1976.

W ten sposób, w ciągu 12 lat bezpośredniej pracy z dziećmi i współpracy, głównie z nauczycielami przedszkoli, zgromadziłam materiał praktycznych doświadczeń oraz rezultatów badań klinicznych i naukowych. Na tej podstawie w 1979 roku powstał podręcznik, który został opublikowany kilka lat później w formie

książki pt. *Metoda Dobrego Startu w pracy z dziećmi od 5 do 10 lat*. Znalazły się tam materiały do bezpośredniej pracy z dziećmi (M. Bogdanowicz, 1985).

Metoda Dobrego Startu od dawna budziła zainteresowanie pedagogów pracujących w przedszkolach i placówkach rehabilitacji dla dzieci niepełnosprawnych. Dlatego na początku lat 90. opracowałam kolejny program do MDS: *Piosenki do rysowania* (M. Bogdanowicz, D. Szlagowska, 1996). Jest on dostosowany do potrzeb dzieci młodszych i niepełnosprawnych, zawiera materiał nieliterowy (figury geometryczne). Program ten powstał przy współpracy z psychologiem i muzykiem prof. dr hab. Danutą Szlagowską z Akademii Muzycznej w Gdańsku, pedagogami specjalnymi Przedszkola Specjalnego nr 40 w Gdańsku–Zaspie, Ośrodka Szkolno-Wychowawczego w Gdańsku–Nowym Porcie oraz ośrodka diagnostyczno-terapeutycznego Stowarzyszenia Pomocy Osobom Autystycznym w Gdańsku i studentkami seminarium magisterskiego.

Następne programy, które są przeznaczone do zajęć na materiale literowym to „Piosenki na literki” (M. Bogdanowicz, M. Tomaszewska, 1993) oraz „Od piosenki do literki” (M. Bogdanowicz, E. Jakacka, M. Barańska, 1997–1998). Mają one na celu wielozmysłowe uczenie liter. Programy te powstały dzięki współdziałaniu z nauczycielkami i pedagogami Szkoły Podstawowej nr 15 w Gdańsku, a przede wszystkim z nauczycielkami klasy integracyjnej Fundacji „Sprawni Inaczej” - mgr Ewą Jakacką i Szkoły Podstawowej nr 44 w Gdańsku – mgr Małgorzatą Barańską. Nowość stanowią alternatywne wersje tego programu pt. *Metoda Dobrego Startu. Od wierszyka do literki* (M. Bogdanowicz, M. Barańska, E. Jakacka, 2006), gdzie w miejscu piosenek znajdują się krótkie wierszyki oraz *Metoda Dobrego Startu. Od wierszyka do literki, dwuznaku i zmiękczenia* (M. Bogdanowicz, M. Barańska, E. Jakacka, 2008).

W 2007 roku ukazał się nowy program *Od słowa do zdania, od zdania do tekstu*, przygotowany wspólnie z Małgorzatą Szewczyk, nauczycielką i surdologopedą Ośrodka Szkolno-Wychowawczego dla Dzieci Słabo Słyszających w Szczecinie. Ma on na celu kształtowanie mowy dzieci z wadą słuchu, a także ze specyficznym opóźnieniem jej rozwoju (SLI) (M. Bogdanowicz, M. Szewczyk, 2007).

Aktualnie przygotowywane są programy Metody Dobrego Startu, ukierunkowane na rozwijanie zainteresowania dziecka rysowaniem. Już ukazały się następujące: *Metoda Dobrego Startu. Od wierszyka do rysunku. Zestaw pomocy dydaktycznych dla dzieci 3-4 letnich* (M. Bogdanowicz, M. Barańska, J. Jakacka, 2008) oraz *Metoda Dobrego Startu. Od wierszyka do rysunku. Zestaw pomocy dydaktycznych dla dzieci 5 letnich* (M. Bogdanowicz, M. Barańska, J. Jakacka, 2008).

W oparciu o kilkuletnie doświadczenie w prowadzeniu zajęć w Przedszkolu Integracyjnym nr 58 w Gdańsku i innych placówkach wyłoniła się możliwość wydania kolejnego programu „Od bazgroty do rysunku”, z myślą o dzieciach 2–3 letnich dzieci, w celu rozwijania ich sprawności grafomotorycznych oraz do terapii dzieci z głębszymi zaburzeniami rozwoju wskutek uszkodzenia mózgu. Materiał do ćwiczeń to wzory geometryczne i rymowanki

Planowany jest program wielozmysłowego uczenia cyfr i nut na postawie MDS.

W ciągu 40 lat pracy nad rozwijaniem Metody Dobrego Startu przedstawiano ją na szkoleniach nauczycieli i pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych w wielu miastach w Polsce. Szkolenia odbywają się regularnie w Centrum Metodycznym Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej w Warszawie. Od 1994 roku Polskie Towarzystwo Dysleksji organizuje w Gdańsku 100-godzinne kursy licencyjne pt. „Metoda Dobrego Startu” – prowadzone według programu autorskiego.

Metoda Dobrego Startu rozwija się nadal, znajdując coraz to nowe obszary zastosowań. Przystosowana jest do potrzeb dzieci w wieku od 2 r.ż do 10 lat, zarówno tych, ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, uwzględniając ich różne możliwości i ograniczenia, jak i tych które rozwijają się bez większych problemów. Stosowana w celu wspomagania rozwoju, edukacji i terapii, jest metodą uniwersalną.

Bibliografia

- Bogdanowicz M., Jaklewicz H., Dąbrowska E. (1974), *Zastosowanie metody Bon Départ w muzykoterapii*, Zeszyty Naukowe, Gdańsk: PWSM, nr XIII, s. 163–175.
- Bogdanowicz M. (1975), *Metoda Bon Départ i próby jej zastosowania w przedszkolu*, Wychowanie w Przeszkolu, R. 7–8, s. 376–383.
- Bogdanowicz M. (1975), *Bon Départ – metoda aktywizowania rozwoju psychomotorycznego i rehabilitacji psychomotorycznej*, Olsztyn: ODN.
- Bogdanowicz M. (1980), *Zastosowanie metody dobrego startu w przedszkolu*, [w:] W: Brejnak (red.), *Poradnictwo wychowawczo-zawodowe*, Warszawa: WSiP, s. 145–149.
- Bogdanowicz M. (1980), *Zastosowanie metody dobrego startu w pracy z dziećmi o prawidłowym i zaburzonym rozwoju psychoruchowym*, Zeszyty Naukowe Wydziału Humanistycznego. „Psychologia”, Gdańsk: UG, nr 3, s. 139–146.
- Bogdanowicz M. (1981), *Rola metody dobrego startu w profilaktyce i terapii zaburzeń rozwoju psychoruchowego dzieci*, [w:] T. Gałkowski (red.), *Zaburzenia osobowości dzieci i młodzieży*, Warszawa: PTWzK, s. 143–149.
- Bogdanowicz M., Loebl W. (1983), *Efektywność metody dobrego startu w pracy z dziećmi w wieku przedszkolnym*, Logopedia, nr 14/15, s. 69–85.
- Bogdanowicz M. (1985 wyd. I. WSiP; 1989 wyd. II), *Metoda dobrego startu w pracy z dziećmi od 5 do 10 lat*, Warszawa: WSiP.
- Bogdanowicz M. (1986), *Materiały do ćwiczeń metodą dobrego startu. Poradnik dydaktyczno-wychowawczy*, Jelenia Góra: ODN, nr 2, s. 19–52.
- Bogdanowicz M. (1989), *The Good Start Method*. Abstrakt, IARLD Symposium, Prague, s. 7.
- Bogdanowicz M., Tomaszewska M. (1993), *Piosenki na literki. Podręcznik i kasety z nagraniami*, Gdynia: Elfax.
- Bogdanowicz M. (1993), *Diagnosis and Treatment of Children with Reading and Writing Difficulties in Poland*, Bulletin Le Bon Depart, nr 2, s. 1–12.
- Bogdanowicz M. (1993), *The Good Start Method*, Bulletin Le Bon Depart, nr 2, s. 24–29.
- Bogdanowicz M. (1993), *Sensorimotor integration and special difficulties in acquiring skills*, Bulletin Le Bon Depart, nr 3, s. 1–18.

Bogdanowicz M. (1994), *The Good Start Method in Prevention of Dyslexia*, [w:] Legasthenie. Bericht uber den Fachkongres 1993, Berlin, Bundesverband Legasthenie e.v, s. 355–358.

Bogdanowicz M. (1994), *Metoda ruchu rozwijającego i metoda dobrego startu we wspomaganiu rozwoju i terapii dziecka*, [w:] *Mowa głośna i pismo*, Sekcja Logopedyczna Towarzystwa Kultury Języka, Warszawa – Białystok, s. 48–49.

Bogdanowicz M. (1994), *Dostosowanie metody dobrego startu do potrzeb dzieci autystycznych – efektywność tej modyfikacji*, [w:] W. Dykcik (red.), *Autyzm – kontrowersje i wyzwania*, Eruditius, Poznań.

Bogdanowicz M., Szlagowska D. (1996 wyd. I.; 1997 wyd II., 1998 wyd.III), *Piosenki do rysowania*. Podręcznik, materiały do ćwiczeń, kasety z nagraniami, Gdańsk: Wyd. Fokus.

Bogdanowicz M. (1996), *The Good Start Metod*, Bulletin le bon depart, nr 1, s. 38–46.

Bogdanowicz M. (1996), *Metoda Dobrego Startu – materiały z zajęć grupowych i indywidualnych*, [w:] Program i Streszczenia. XXIX Zjazd Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Gdańsk: GWP, s. 71–72.

Bogdanowicz M., Barańska M., Jakacka E. (1997/1998), *Od piosenki do literki*, cz. 1 i 2, *Podręcznik, materiały do ćwiczeń, kasety z nagraniami*, Gdańsk: Fokus.

Bogdanowicz M. (1997), *Integravimas pagal poreikius*, Svietimo Naujoves, nr 4, s. 35–37.

Bogdanowicz M. (1997), *Metoda Dobrego Startu, Tu Jesteśmy*, nr 9, s. 10–12.

Bogdanowicz M., Swierkoszova J. (1998), *Metoda Dobreho Startu*, Ostrawa, Kasiom.

Bogdanowicz M. (1998), *Metoda dobrego startu dla dzieci niepełnosprawnych*, [w:] K. Duraj-Nowakowa, B. Muchacka (red.), *Funkcje zabaw w edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej*, Kraków: WSP, s. 149–162.

Bogdanowicz M. (1998), *Metoda dobrego startu - rehabilitacja i wspieranie rozwoju psychomotorycznego dziecka*. Streszczenia Sympozjum Polskiego Instytutu Ericksonowskiego pt. *Psychoterapia dzieci, młodzieży, rodzin - integracja różnych podejść*, Łódź 17–19.05.1998, s. 8.

Bogdanowicz M. (1999 wyd. III zmienione, 2006 wyd. VII), *Metoda Dobrego Startu*, Warszawa: WSiP.

Bogdanowicz M. (1999), *Metoda Dobrego Startu we wspieraniu rozwoju, edukacji i terapii*. Materiały 30-go Jubileuszowego Zjazdu Naukowego PTP, Warszawa, s. 272.

Bogdanowicz M. (1999), *Wybrane aspekty metody ruchu rozwijającego i metody dobrego startu we wspomaganiu rozwoju komunikacji*, [w:] Materiały z konferencji nt. *Psychoterapia dzieci z niepełnosprawnością złożoną – alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Warszawa, s. 45–49.

Bogdanowicz M. (2000), *Metoda Dobrego Startu w pracy z dziećmi z trudnościami szkolnymi*, [w:] B. Kaja (red.), *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja. Psychokorekcja*, Bydgoszcz: WSP, s. 133–142.

Bogdanowicz M. (2000), *Skala Oceny Zachowania i Wytworów (SOZiW)*, Gdańsk: Wyd. Fokus.

Bogdanowicz M., Malinowska-Bronk D., Kwidzińska A. (2001), *Skuteczność Metody Dobrego Startu jako metody stymulowania rozwoju i edukacji. Program i streszczenia – X Ogólnopolska Konferencja Psychologii Rozwojowej*, Gdańsk, s. 21–22.

Bogdanowicz M. (2001), *Indywidualne i integracyjne zajęcia rehabilitacyjne z wykorzystaniem różnych modyfikacji Metody Dobrego Startu*, [w:] W. Dykcik, B. Szychowiak (red.), *Nowatorskie i alternatywne metody w teorii i praktyce pedagogiki specjalnej*, Poznań: UAM, s. 125–145.

- Bogdanowicz M. (2002), *Good Start Method. Convegno Dislessia e Scuola, Individuazione ed intervento precoce*, Lucka, Associazione Italiana Dislessia, s. 18–33.
- Bogdanowicz M., Barańska M., Czerkas-Polit A., Elwardt D., Jakacka E., Sirak-Stopińska K., Zachodny B. (2004), *Dobry Start – Wielka Podróż*, Gdańsk: Wyd. Harmonia.
- Bogdanowicz M., Barańska M., Jakacka E. (2005), *Metoda Dobrego Startu. Od piosenki do literki, cz. 1*, Gdańsk: Wyd. Harmonia.
- Bogdanowicz M., Barańska M., Jakacka E. (2006), *Od wierszyka do literki, z. 1 i 2*, Gdańsk: Wyd. Harmonia.
- Bogdanowicz M., Jakacka E., Barańska M. (2006), *Piosenki do rysowania*, Gdańsk: Wyd. Harmonia.
- Bogdanowicz M. (2006), *Skala Oceny Skuteczności Metody Dobrego Startu*, Gdańsk: Wyd. Harmonia.
- Bogdanowicz M., Szewczyk M. (2007), *Od słowa do zdania, od zdania do tekstu*, Gdańsk: Wyd. Harmonia.
- Bogdanowicz M., Barańska M., Jakacka E., (2008), *Metoda Dobrego Startu. Od wierszyka do literki, dwuznaku i zmiękczenia*. Gdańsk: Wyd. Harmonia.
- Bogdanowicz M., Barańska M., Jakacka E., (2008), *Dobry Start. Program wychowania przedszkolnego dla dzieci 3-5 letnich*. Gdańsk: Wyd. Harmonia.
- Bogdanowicz M., Barańska M., Jakacka E., (2008), *Metoda Dobrego Startu. Od wierszyka do rysunku. Zestaw pomocy dydaktycznych dla dzieci 3-4 letnich* Gdańsk: Wyd. Harmonia.
- Bogdanowicz M., Barańska M., Jakacka E., (2008), *Metoda Dobrego Startu. Od wierszyka do rysunku. Zestaw pomocy dydaktycznych dla dzieci 5 - letnich* Gdańsk: Wyd. Harmonia.
- Jaklewicz H., Bogdanowicz M., Loebel W. (1971), *Próba adaptacji metody Bon Départ do warunków polskich*, Materiały Zjazdowe, Warszawa: PTHP, s. 37.
- Jaklewicz H., Bogdanowicz M., Loebel W. (1973), *Próba adaptacji metody Bon Départ do warunków polskich, Problemy Psychoterapii*, Warszawa: PTHP, t. III, s. 295–313.
- Jaklewicz H., Bogdanowicz M. (1977), *Metoda Bon Départ w naprawie dyslexii*, [w:] *Logopedické teorii a praxi*. Praha: SPN, s. 102–107.
- Jastrzab J. (1977) *Kolonia zdrowotno-specjalistyczna dla dzieci dyslektycznych*, „Życie Szkoły,” nr 6., s. 27-31.
- Kaja B., (1976), *Zapobieganie dysleksji poprzez ogniska przedszkolne*. Praca doktorska. Gdańsk: Uniwersytet Gdański. Maszynopis
- Markiewicz J. (1970), *Miejsce metody Bon Départ (dobry start) w reedukacji psychomotorycznej*, Zagadnienia Wychowawcze w Aspekcie Zdrowia Psychicznego, nr 2, s. 43 – 50.
- Zalewska M., (1969), *Sprawozdanie z IX Seminarium Samokształceniowego Sekcji Psychoterapii Dzieci i Młodzieży PTHP*. „Zagadnienia Wychowawcze w Aspekcie Zdrowia Psychicznego”, nr 4, s. 94-97.

Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną

pod redakcją naukową

Jacka J. Błeszyńskiego, Ditty Baczały i Józefa Binnebesela

Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej w Łodzi 2008

Jacek Błeszyński

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej w Łodzi

METODA RUCHU ROZWIJAJĄCEGO W PRACY Z DZIECKIEM NIEPEŁNOSPRAWNYM *

Wprowadzenie

Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne jest jedną z najbardziej rozpowszechnionych metod terapii ogólnorozwojowych w Polsce. Znalazła zastosowanie w pracy z dziećmi przejawiającymi różnorodne dysfunkcje.

Osoby pracujące tą metodą fascynuje wieloaspektowe podejście do rozwoju dziecka, poszanowanie jego indywidualności. Jest ona w pełni akceptowana jako forma terapii przez dzieci i rodziców biorących czynny udział w zajęciach. Dzięki tym walorom Metoda Ruchu Rozwijającego jest od wielu lat wykorzystywana w terapii jako samodzielna lub integralna część zajęć prowadzonych w przedszkolach i szkołach (np. na zajęciach wychowania fizycznego).

Weronika Sherborne oparła swoją metodę na założeniach gimnastyki ekspresyjnej (nazywanej też gimnastyką twórczą bądź artystyczną) opracowanej przez Rudolfa Labana. Dostosowanie do możliwości i potrzeb dzieci niepełnosprawnych pozwoliło na wykorzystanie jej w celach terapeutycznych. Przedstawienie historii i obecnych trendów wykorzystania Metody Ruchu Rozwijającego pozwoli na szersze ukazanie nie tylko koncepcji terapii ruchem, ale kreatywności i polepszenia komunikatywności, jakie są jej efektem.

* Artykuł powstał na kanwie pracy autora opublikowanej w 2000 roku pt. *Metoda Ruchu Rozwijającego w pracy z dzieckiem niepełnosprawnym*, Dziecko Autystyczne, t. VIII, nr 1.

Geneza Metody Ruchu Rozwijającego – gimnastyka ekspresyjna Rudolfa Labana

Rudolf Laban (1879–1958) był autorem jednej z najoryginalniejszych metod kształtowania poczucia ruchu, poprzez rozbudzenie w człowieku wrodzonego popędu do samowrażania się. Czynnikiem inspirującym do tego rodzaju aktywności stały się: muzyka, rytm oraz taniec (*The New...* 1987; *The Dance...* 1988; W. Gniewkowski 1983).

Na nietypowość koncepcji gimnastyki ekspresyjnej niewątpliwie miał wpływ szeroki krąg zainteresowań R. Labana. Z zawodu był on architektem. Zdobył również wykształcenie w zakresie muzykologii, tańca i malarstwa. Pozwoliło mu to na opracowanie kinetografii (Kinetographie Laban) – zapisu ruchu w formie symboli graficznych odwzorowujących przestrzeń, czas i ciągłość ruchu – Principles of Dance and Movement Notation – Anglia 1956 (M. Bogdanowicz, B. Kisiel, M. Przasnyska 1992), który następnie został wykorzystany w wychowaniu fizycznym w formie tak zwanych chórów ruchowych. Laban jest zatem autorem systemu kodowania choreografii, uwzględniającego w zapisie ruch, gest, mimikę, pantomimę, prezentację stanów emocjonalnych – tzw. labanotation, na tle muzyki. (por. *The New...* 1987). W kręgu jego zainteresowań znalazła się ekspresja przy inscenizacji piosenek, wierszy, jak również pantomimy (odtwieranie ruchem zdarzeń i obrazów) oraz muzyki tworzonej w trakcie zajęć (otwarte lub zamknięte zadania ruchowe, nauka tańca i zabawa taneczna oraz improwizacja z przedmiotami). Głównym założeniem gimnastyki jest eliminacja zachowań odtwórczych, które ograniczają ekspresyjność i indywidualizm jednostki, na rzecz intensyfikacji empatycznego, twórczego działania człowieka. Ruch rozumiany jest jako opanowanie własnego ciała, zrozumienie i kreowanie empatycznych form reagowania. Ma to służyć kształtowaniu twórczych i niekonwencjonalnych postaw ludzi, co przez motywowanie do podejmowania działalności ruchowej zmierzają do indywidualizacji i autoekspresji (W. Gniewkowski 1983).

Metodę R. Labana cechuje swoboda toku zajęć, co wymaga ciągłego zaangażowania ze strony nauczyciela (trenera), wsłuchiwanie się w propozycje oraz potrzeby prowadzonej grupy. Niekonwencjonalność podejścia umożliwia wykorzystanie różnorodnych przyborów oraz łatwe dostosowanie się do warunków lokalowych.

Metodykę gimnastyki artystycznej oparto na możliwościach uwzględniających etapy rozwoju człowieka oraz przebieg faz socjalizacji – od egocentryzmu do otwarcia się na środowisko, od pełnego indywidualizmu do kreatywnego społecznienia, ale nie konformizmu. Zgodnie z fazowością rozwoju człowieka, autor wyróżnił 16 następujących po sobie etapów. Na każdym uczestnik zajęć przechodzi odpowiednie ćwiczenia (poniżej zostanie zaprezentowanych sześć przykładowych):

- 1) wycucie przestrzeni wokół własnego ciała – ćwiczenia związane z poznaniem i doskonaleniem ruchów własnego ciała (partii ciała, prędkości oraz otwartości);
- 2) wycucie przestrzeni własnego ciała w otaczającym środowisku – świadomość przestrzenna budowy własnego ciała i układu odniesienia w przestrzeni

(zgodnie z etapami rozwoju od poziomu – podłoża, do pionu – ruchu na wysokości);

3) świadomość aktywności i szybkości ruchu poszczególnych części ciała – poczucie ciała (możliwość wykonywania ruchów o różnym nasileniu pod względem siły, szybkości, zwinności);

4) doskonalenie płynności ruchu – ćwiczenia ruchów lokomocyjnych w formie zabawy (kierowanie ruchami, opracowywanie układów ruchów);

5) współdziałanie z partnerem, a następnie z grupą (wspólne wykonywanie układów ruchowych, ze szczególnym zwróceniem uwagi na kierunek, szybkość reakcji);

6) użycie własnego ciała jako narzędzia (szczególnie gestu – określanych przez autorów jako utylitarnych) w różnych czynnościach (W. Gniewkowski, R. Właźniak 1990; 1991).

W celu uporządkowania prowadzonych zajęć oraz przeciwdziałaniu ewentualnemu chaosowi opracowano osnowę zajęć, umożliwiającą podejmowanie zamierzonych działań oraz zapewniającą uczestnikom poczucie bezpieczeństwa, intensyfikując ich kreatywność. Przykładem takiej osnowy może być zaprezentowany przez W. Gniewkowskiego i K. Właźniak (1990) układ zajęć podzielony na 13 części.¹

Wpływ założeń gimnastyki ekspresyjnej Labana na kształtowanie się Metody Ruchu Rozwijającego

Założenia gimnastyki ekspresyjnej zostały wykorzystane przez W. Sherborne do opracowania Metody Ruchu Rozwijającego. Do zasadniczych założeń tej metody należy zaliczyć podejście psychofizjologiczne. Pozwala ono nie tylko rozwijać już ukształtowane umiejętności i sprawności, ale również – dzięki percepcji parcjalnej różnorodnych bodźców przejść przez kolejne etapy rozwoju – co jest szczególnie istotne przy zaburzonym, nieharmonijnym lub zahamowanym rozwoju.

Kolejną przesłanką, mającą niewątpliwy wpływ na powszechność Metody Ruchu Rozwijającego, jest wykorzystanie naturalnej ekspresji ruchowej, która w procesie rozwoju poznawczego pozwala na wchodzenie w interakcje. Brak dyrektywnego sposobu działania w prowadzonej terapii pozwala na odnalezienie indywidualnych predyspozycji psychofizycznych, które w sposób znaczący kształtują emocjonalny, wolicjonalny i intelektualny rozwój człowieka. Osobiste doświadczenie różnorodnych aspektów ruchu ludzkiego pozwala na uświadomienie sobie przez ćwiczących posiadania poszczególnych części ciała oraz możliwości ich użycia (kierunku, sposobu, siły). W. Sherborne (1997) wyróżnia trzy

¹ Zgodzenie z założeniami W. Gniewkowskiego i K. Właźniak, zajęcia zostały podzielone na części: 1) orientacyjno-porządkowe; 2) zabawy ożywiającej; 3) wycucia przestrzeni; 4) płynności ruchów w napięciu i rozluźnieniu; 5) wycucia przestrzeni; 6) wycucia własnego ciała; 7) wycucia własnego ciała; 8) współpracę z partnerem; 9) wycucia własnego ciała; 10) współpracę z partnerem; 11) współpracę z partnerem; 12) wycucia czasu; 13) zakończenie.

aspekty ruchu ciała ludzkiego dotyczące świadomości części ciała, kierunków ich ułożenia oraz sposobu poruszania nimi (przepływu energii, przestrzeni, czasu lub cechy). Takie przedstawienie ruchu ciała ludzkiego pozwala na określenie kierunku dokonujących się zmian w rozwoju jednostki, od rozwoju fizycznego do kształtowania osobowości. Zaangażowanie osób biorących udział w terapii grupowej wpływa na kształtowanie się u nich prawidłowych zachowań.

Zgodnie z założeniami metody szczególną uwagę zwraca się na rozwój psychofizyczny jednostki, komunikacji, inwencji twórczej; modyfikowanie zachowań przez uczestnictwo w grach i zabawach (M. Przasnyska 1989). W metodzie wykorzystano gry i zabawy, jako formy prymarne w kształtowaniu kontaktów z dzieckiem (W. Okoń 1987). Tak zorganizowane działania pozwalają w sposób prosty, dzięki kontaktowi fizycznemu, nawiązać więź z drugą osobą, podtrzymać i prowadzić do wzbudzania inwencji własnej dziecka. W Metodzie Ruchu Rozwijającego ważną rolę odgrywa trener – tu raczej przewodnik osoby wspomagającej, której zadaniem jest wykonywanie ćwiczeń z osobą poddawaną terapii. Z założenia jest to osoba najbliższa, gwarantująca poczucie bezpieczeństwa, stabilizacji (najczęściej rodzic – matka). Metoda W. Sherborne, w odróżnieniu od gimnastyki ekspresyjnej, ukierunkowana jest przede wszystkim na wspomaganie rozwoju jednostki, działania wobec osób przejawiających specyficzne potrzeby tak rozwojowe, jak i edukacyjne.

Na uwagę zasługuje również fakt ogólności metody, a tym samym możliwości wieloaspektowego jej stosowania wobec podopiecznych – dzięki czemu może być zastosowana w różnych formach, jako metoda wspomagająca rozwój zróżnicowany pod względem potrzeb związanych zarówno ze specyfiką zaburzeń, jak i wieku.

System terapii opiera się na ruchu, eksploracji otoczenia, a następnie dążenia do jego przekształcania, jako kreatywnego sposobu oddziaływania w procesie nawiązywania interakcji ze środowiskiem.

Dzięki wielopoziomowemu podejściu w kształtowaniu świadomości związanej z własnym ciałem, możliwe jest wykorzystanie tej metody na lekcjach wychowania fizycznego. Wspomaganie rozwoju i funkcjonowania dziecka w wieku przedszkolnym i młodoszkolnym może być poszerzone o elementy terapii dzieci przejawiających mikrouszkodzenia.

Historia Metody Ruchu Rozwijającego

Opracowana przez W. Sherborne metoda jest niewątpliwie efektem zdobytych przez nią doświadczeń podczas współpracy z R. Labanem. Wykorzystując doświadczenie pedagogiczne w pracy z osobami prawidłowo funkcjonującymi oraz niepełnosprawnymi, przejawiającymi różne dysfunkcje rozwojowe (tak parcjalne, jak i sprzężone), dostosowała metodę ćwiczeń ekspresyjnych do ich możliwości. Dzięki prostocie i bazowaniu na kontakcie fizycznym możliwe stało się zastosowanie tej metody w różnorodnych warunkach (np. w wodzie) i różnorodnej formie (powstały jej modyfikacje, np. z wykorzystaniem muzyki, światła). Uniwersalizm

oraz powszechność stosowania wysoko plasują tę metodę na tle innych, wspomaga ona bowiem rozwój dziecka, opierając się na najbardziej naturalnej dla niego formie aktywności, którą jest zabawa.

Weronika Sherborne (1922–1990) była z wykształcenia nauczycielką wychowania fizycznego, instruktorką tańca i fizjoterapeutką. Spotkanie z R. Labanem odcisnęło trwałe ślad na jej dalszym rozwoju i działalności pedagogicznej. Odrzuciła propozycję R. Labana, aby pracować jako jego asystentka. Prowadziła kursy w Exter w Withymead Rehabilitation Center, wykorzystując własne doświadczenie z pracy z dziećmi niepełnosprawnymi oraz wiedzę zdobytą w trakcie szkoleń, między innymi u Labana. Po zapoznaniu się z problematyką rehabilitacji dzieci upośledzonych umysłowo, W. Sherborne ukierunkowała swoje zainteresowania na intensyfikację rozwoju tych dzieci, bazując na ruchu. Dzięki empatii i dobremu kontaktowi z osobami niepełnosprawnymi udało się jej zastosować swoje doświadczenia w pracy terapeutycznej z dziećmi upośledzonymi o różnym stopniu dysfunkcji oraz zaangażować opiekunów tych dzieci do czynnego uczestniczenia w zajęciach. Dzięki działalności W. Sherborne Bristol stał się nieformalnym centrum szkolenia metodą Ruchu Rozwijającego, które zostało przekształcone po śmierci twórczyni w Sherborne Foundation U.K. The Sherborne Center – instytucję o zasięgu międzynarodowym, która ma za zadanie organizowanie kursów specjalistycznych i propagowanie Metody Ruchu Rozwijającego.

Polskie doświadczenia

Dzięki współpracy Ministerstwa Edukacji Narodowej i British Council na terenie naszego kraju zorganizowano szkolenia przy współudziale W. Sherborne i jej najbliższych współpracowników – G. Hill’a, A. Leonard (M. Bogdanowicz, B. Kisiel, M. Przasnyska 1992). Zgodnie z założeniami twórczyni, wykorzystanie metody ma służyć wspomaganie rozwoju dzieci z zaburzeniami intelektualnymi, deficytami parcjalnymi, rozwojowymi i emocjonalnymi, a tym samym szkolenia przewidziane były przede wszystkim dla nauczycieli pracujących z dziećmi niepełnosprawnymi (w szkołach specjalnych), prowadzących zajęcia wychowania fizycznego, rehabilitantów oraz studentów pedagogiki i psychologii. Po wykształceniu rodzimej kadry – M. Bogdanowicz, B. Kisiel, M. Przasnyskiej i A. Wilkołazkiej – powstały pierwsze w języku polskim publikacje propagujące tę metodę w środowisku nauczycielskim, między innymi w czasopiśmie „Scholasticus”. W 1992 roku ukazała się pierwsza publikacja zwarta poświęcona pracy tą metodą pod redakcją wspomnianych wyżej autorek. Przy współpracy z Polską Fundacją Zaburzeń Mowy w Lublinie (obecnie Fundacja ORATOR) nakręcono pierwszy film instruktażowy, składający się z 3 części – wykorzystywany w trakcie organizowanych szkoleń dla terapeutów chcących pracować tą metodą. W British Council w Warszawie zostały udostępnione filmy z nagraniami zajęć prowadzonymi przez W. Sherborne (obecnie przekazano je do jednego z instytutów naukowych).

M. Przasnyska, dyrektor przedszkola dla dzieci upośledzonych umysłowo, jako jedna z pierwszych wprowadziła Metodę Ruchu Rozwijającego w podległej sobie placówce, skąd ruch sherbornowski dotarł do innych przedszkoli warszawskich (E. Zgondek 1998).

Polscy terapeuci zaprezentowali swoje osiągnięcia podczas międzynarodowej konferencji, która odbyła się w Belgii w 1992 roku (M. Bogdanowicz 1993). Zostały tam przedstawione osiągnięcia M. Bogdanowicz w zakresie oceny efektywności pracy omawianą metodą oraz *Skalą Obserwacji Zachowań* (M. Bogdanowicz i E. Lubianiec – M. Bogdanowicz 1993, s. 147 - 155). B. Kisiel i A. Wilkołazka zaprezentowały cykl autorskich warsztatów przygotowujących do prowadzenia terapii Metodą Ruchu Rozwijającego, w tym również jej wykorzystania w trakcie prowadzonych treningów interpersonalnych. Kolejnym krokiem było przetłumaczenie na język polski książki W. Sherborne pt. *Ruch rozwijający dla dzieci* (1997). Prowadzone są cyklicznie kursy na poziom I, II metody w Warszawie (Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno – Pedagogicznej MEN) i w Gdańsku (Polskie Towarzystwo Dysleksji oraz Centrum Doskonalenia Nauczycieli). Od 2006 roku organizowany jest przez prof. M. Bogdanowicz III stopień w Gdańsku (2006 i 2007 roku) we współpracy z ośrodkami zagranicznymi.

Założenia metody

Założenia Metody Ruchu Rozwijającego opierają się na naturalnych potrzebach dziecka. Odpowiadają etapom kształtowania się umiejętności związanych z ruchem, umożliwiających lepsze poznawanie otoczenia poprzez zdobywanie indywidualnych doświadczeń opartych na kształceniu nowych umiejętności w zakresie rozwoju fizycznego, jak i psychicznego, często opisywanych jako baraszkowanie. Głównym założeniem terapii jest zdobycie przez dziecko świadomości własnego ciała rozwijanej równoległe z usprawnianiem ruchowym. Przez dopływ wiadomości o własnym ciele, jego użyciu w sposób adekwatny do możliwości percepcji i potrzeb dziecka, następuje kształtowanie umiejętności społecznych, eksploratywnego działania, doprowadzającego do poczucia świadomości przestrzeni i działania w niej. Pozwala to na przekształcenie uczestnictwa dziecka w terapii z pasywnego, ograniczonego do poznania najbliższej rzeczywistości, do kształtowania świadomości przestrzeni otaczającego świata, a przez to do możliwości uczestnictwa w przekształcaniu go i modyfikowaniu w zależności od własnych potrzeb. Końcowym zamierzeniem prowadzonych działań jest umożliwienie dziecku nawiązania kontaktów społecznych. W konsekwencji działania te prowadzą do angażowania środowiska materialnego i pozamaterialnego w celu nabywania umiejętności dzielenia przestrzeni z innymi ludźmi oraz nawiązywania z nimi bliskiego kontaktu. Jest to przygotowanie dziecka do pełnego uczestnictwa w kontaktach interpersonalnych – uczestnictwa w życiu, jakie odbywa się poprzez wymianę, dialog, współuczestnictwo w życiu społecznym. Proces ten dokonuje

się poprzez uświadomienie sobie istnienia własnej osoby w przestrzeni oraz umożliwienie kontaktów interpersonalnych bez poczucia zagrożenia, niepewności. Celem jest kreowanie własnej tożsamości w otaczającej rzeczywistości, bez zachowań awersyjnych, powodujących wycofywanie się. Działania w przestrzeni innych ludzi pozwalają kształtować umiejętność samopoznania otaczającej rzeczywistości oraz nawiązanie i podtrzymywanie kontaktu z innymi osobami. Zdobyte w ten sposób umiejętności mogą być wykorzystane w komunikacji pozawerbalnej, obejmującej swoim zakresem przekaz dokonywany ciałem, w tym mimiką, gestykulacją, zachowaniem. Ważnym jest również rozpoznawanie zachowań komunikacji oraz adekwatnego reagowania na napotymane formy zachowań. Metoda Ruchu Rozwijającego jest więc metodą, dzięki której możemy dokonać analizy przestrzeni i stosunków się w niej kształtujących między światem materialnym a ludźmi, ukazuje miejsce „ja” dziecka i możliwości tych oddziaływań. Uwieńczeniem terapii jest ukształtowanie działalności twórczej ukazującej możliwości kreatywnego zastosowania zdobytych umiejętności i wiadomości w działaniach podejmowanych w różnych sytuacjach życia codziennego.

W prowadzonej terapii biorą udział dzieci i ich opiekunowie, którzy dzięki współuczestnictwu poznają, jak to często sami określają „inne dziecko”. Dzięki czynnemu udziałowi w ćwiczeniach rodzice mogą obserwować swoje dziecko w sytuacjach trudnych, jak również w zabawie, w działaniu. Dzięki zmianie relacji stosunków personalnych mogą pełniej odczytać przekazywane komunikaty, poznają sposoby ich przekazu, mają możliwość reagowania na nie poprzez uprzedzenie, eliminację lub wygaszanie zachowań trudnych, nieakceptowanych społecznie. Aby jednak takie cele mogły być osiągnięte, wskazane jest określenie podstawowej płaszczyzny działań terapeutycznych z opiekunami, która pozwoli w sposób bezkonfliktowy przeprowadzić terapię. Do nich zaliczyć można prawidłowe podejmowanie działań, jakie są oparte na zasadach.

Zgodnie z założeniami metodyki pedagogiki specjalnej, do podstawowych zasad (Z. Sękowska 1998), jakie zostają wykorzystane w działaniach korekcyjnych, można zaliczyć: zasadę indywidualizacji, ćwiczenia powinny być dostosowane zarówno do możliwości i rodzaju, jak również stopnia zaburzenia występującego u dziecka; zasadę celowości – ustrukturyzowanie działań zgodnie z założonym celem głównym i wynikającymi z niego celami szczegółowymi; zasadę wszechstronności – kompensowanie braków w holistycznym ujęciu działań terapeutycznych; zasadę życzliwości – zawierającą element empatii pozwalający na ukazywanie życzliwego stosunku względem ucznia i działań, jakie podejmuje się w pracy korekcyjnej; zasadę optymizmu pedagogicznego – przekonanie o słuszności podejmowanych działań terapeutycznych, ich celowości oraz obiektywizmu w ocenie efektywności podejmowanych działań.

Na bazie własnych doświadczeń praktycznych M. Bogdanowicz, B. Kisiel, M. Przasnyska (1992) formułują wskazania do pracy Metodą Ruchu Rozwijającego, ukie-
runkowane na: a) dziecko, b) nauczyciela, c) organizację działań, d) kształcenie cech.

Metoda Ruchu Rozwijającego dzięki swojej uniwersalności, jak również możliwości niekonwencjonalnych form jej zastosowania może być wykorzystywana

jako: a) element pracy dydaktycznej na lekcjach wychowania fizycznego lub w procesie terapii; b) terapia indywidualna lub z grupą; c) terapia zaburzeń jednorodnych lub różnych pod względem etiologii i przebiegu.

Zastosowanie Metody Ruchu Rozwijającego

Metoda Ruchu Rozwijającego, dzięki swojemu indywidualnemu podejściu, pozwala na przejście przez kolejne etapy rozwojowe. W sposób szczególny została ona wykorzystana przez W. Sherborne w pracy z dzieckiem upośledzonym umysłowo, a następnie dostosowana do innych zaburzeń. W monografii M. Bogdanowicz i in. (1992) przedstawiono jej zastosowanie w przypadku dzieci upośledzonych umysłowo, autystycznych, z mózgowym porażeniem dziecięcym, z zaburzeniami emocjonalnymi i w zachowaniu, głuchych i niewidomych oraz z ośrodków opiekuńczych (pozarodzinnych środowisk wychowawczych, jak domy dziecka itp.). Metoda ta z dobrymi efektami ma swoje zastosowanie w terapii psychologicznej, pedagogicznej oraz logoterapii takich zaburzeń, jak: jąkanie dziecięce (M. Bogdanowicz 1990) czy mutyzm selektywny (W. Sherborne 1997). Wykorzystuje się ją również w kształceniu przedszkolnym i wczesnoszkolnym, mającym za zadanie kształtowanie prawidłowych relacji społecznych i stymulowanie rozwoju. Dzięki prowadzonym kursom kształcącym terapeutów metoda ta jest wykorzystywana w ośrodkach służby zdrowia i oświatowych, a przede wszystkim w tworzonych ośrodkach wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju. Jej elementy zaczęto wykorzystywać w pracy z młodzieżą i dorosłymi, w przypadku np. autyzmu.

M. Bogdanowicz (1993) w swojej relacji ze spotkania „szerbornowców”, jakie zorganizowano w 1992 roku w Dworcu, przedstawiła szereg możliwości zastosowania Metody Ruchu Rozwijającego w pracy z dziećmi prawidłowo się rozwijającymi, jak również tymi przejawiającymi różnego typu deficyty rozwojowe.

Najczęściej natrafiamy na informacje dotyczące adaptacji metody w pracy w grupach przedszkolnych, gdzie terapia ta daje dzieciom radość, bezpieczeństwo, relaksację i rozładowanie napięcia (E. Breda 1998; B. Kaja 1995). Zajęcia te mają szczególne znaczenie w pracy z dziećmi zahamowanymi lub nadpobudliwymi psychoruchowo. Do walorów metody zalicza się również zaangażowanie rodziców, którzy biorą czynny udział w prowadzonych ćwiczeniach, a nie są jedynie biernymi obserwatorami. Podkreślana jest naturalność, prostota ćwiczeń (B. Sobolewska, 1994) i możliwość „nadrabiania dzieciństwa” (G. Orzechowska-Mikulska 1998). Większość z przedstawianych opracowań ma szczególną wartość metodyczną, ponieważ zawierają opis, często w formie konspektu, prowadzonych zajęć oraz wiele pomysłów dotyczących ich modelowania (E. Czarnecka, G. Orzechowska-Mikulska 1989; M. Krupa 1998; B. Sobolewska 1994) oraz kształtowania inicjatyw podejmowanych działań (J. Przybydzewska 2006). Bardzo ciekawe podsumowanie efektów czteroletnich zajęć przedstawiła J. Krocak (1998), która zwróciła uwagę

na poprawienie obustronnych relacji rodzic–dziecko. Wśród dzieci zaobserwowano natomiast odblokowanie się emocjonalne, jak również wzrost wiary we własne możliwości. Uwagę zwraca również publikacja M. Aleksiak i J. Całus (1995), które podjęły się analizy wpływu metod Ruchu Rozwijającego i Dobrego Startu na rozwijanie umiejętności czytania i pisanie w pracy z dziećmi 6 -letnimi.

M. Sliż (1994) przedstawiła przykładowy scenariusz zajęć prowadzonych z dzieckiem upośledzonym umysłowo. Wykorzystała w tym celu wskazania W. Sherborne (1983), jakie zostały przetłumaczone na język polski. Szczegółowego opracowania metodycznego doczekała się metoda w przypadku terapii prowadzonej z dziećmi z mózgowym porażeniem dziecięcym (J. Derulska, H. Pielak 1998). Wymagała ona w tym przypadku dostosowania do możliwości fizycznych dziecka, np. z ograniczeniami ruchowymi i zwiększonym napięciem mięśniowym. Przyniosła efekty w kształtowaniu schematu ciała, jego odczuwaniu oraz adekwatnego reagowania na stres. Do walorów metody E. Kuś (1994) zaliczyła: akceptację przez dzieci terapii, dostosowanie jej do możliwości i potrzeb dzieci, pomoc rodzicom w rozładowaniu trudności wychowawczych, a tym samym eliminowanie stresu i rozwijanie poczucia bezpieczeństwa.

M. Krawiec i U. Chudoba (1994) opisały wykorzystanie metody W. Sherborne w pracy z dziećmi z wadą słuchu. Autorki dokonały pomiaru efektywności prowadzonych przez siebie zajęć. Zarówno ich opis, jak i wnioski z terapii prowadzonej tą metodą udowodniły, iż można ją stosować w przypadku osób niedosłyszących z zaznaczeniem, że przy niedoborze słuchu istotnym jest kształcenie kompetencji językowych i komunikacyjnych. Na szczególną uwagę zasługuje fakt współpracy rodziców i dzieci, które otworzyły się na kontakt z szerszym środowiskiem, a tym samym rozwijała się komunikacja pozawerbalna oraz kształcenie układu oddechowego na bazie ćwiczeń fizycznych. Dzieci chętnie uczestniczyły w zajęciach, zyskały poczucie bezpieczeństwa, a dzięki całkowitej dobrowolności nawiązywały kontakty i uczestniczyły w inspirowanych grach i zabawach. Metodę Ruchu Rozwijającego stosowano również w pracy z dziećmi przejawiającymi zaburzenia emocjonalne, przede wszystkim z domów małego dziecka (E. Lubianiec 1992) i domów dziecka (H. Parzybok 1992). W obu przypadkach zaobserwowano wyciszenie dziecka, poczucie własnej wartości, odprężenie, relaksację, a przede wszystkim nawiązanie pozytywnych relacji z otoczeniem.

Na zakończenie należy wspomnieć o doświadczeniach rodziców, którzy stali się terapeutami własnych dzieci. Matki często podkreślały, iż uczestnictwo w ćwiczeniach nauczyło je lepszego rozumienia dziecka oraz znajdowania czasu na zabawę z nim (G. Orzechowska-Mikulska 1998), jak również wyzbycia się negatywnego stosunku do fizycznego nawiązywania kontaktu. A. Jatowczyk (1998) zwraca uwagę na wykorzystanie ruchu i kontaktu fizycznego do ponownego odkrycia relacji rodzic–dziecko i uczenia się przez te osoby technik relaksowania.

Bibliografia

- Aleksiak M., Calus J. (1995), *Metoda Dobrego Startu i Ruchu Rozwijającego w nauce czytania*, Wychowanie w Przedszkolu, nr 6, s. 343–345.
- Białas E. (1998), „Szerbornowskie zajęcia”. *Ruch dla zdrowia*, Wychowanie w Przedszkolu, nr 5, s. 354–355.
- Błeszyński J., Bogdanowicz M. (1993), *The First International Encounter – V. Sherborne Development Movement – Pierwsze Międzynarodowe Spotkanie „Szerbornowców”*, Belgia 24–28 sierpnia 1992, Scholasticus, nr 1, s. 31–35.
- Bogdanowicz M. (1990), *Metoda Weroniki Sherborne w terapii dzieci jękających się*, Logopedia, nr 17, s. 28–31.
- Bogdanowicz M. (1992), *Metoda Weroniki Sherborne w Polsce*, Scholasticus, nr 2, s. 39–41.
- Bogdanowicz M., Kasica A. (2003), *Ruch Rozwijający dla wszystkich*, Harmonia, Gdańsk.
- Bogdanowicz M., Kisiel B., Przasnyska M. (1992, 1996), *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganiu rozwoju dziecka*, WSiP, Warszawa.
- Bogdanowicz M., Okrzesik D. (2005), *Opis i planowanie zajęć według Metody Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne*, Harmonia, Gdańsk.
- Breda E. (1998), *Radość i poczucie bezpieczeństwa. Zajęcia Metodą Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne*, Wychowanie w Przedszkolu, nr 2, s. 125–128.
- Czarnecka E. (1994), *Metoda Weroniki Sherborne w pracy przedszkola*, Wychowanie w Przedszkolu, nr 9, s. 553–556.
- Derulska I., Pielak H. (1989), *Metoda Weroniki Sherbourne*, [w:] M. Borkowska (red.), *ABC rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*, Pelikan, Warszawa*.
- Gniewkowski W. (1983), *Przegląd współczesnych kierunków i tendencji wiązania ruchu z muzyką*, Nowa Szkoła, nr 2, s. 76–81.
- Gniewkowski W. (1984), *Wdzięk Terpsychory*, Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna, nr 291/3, s. 71–78, 89.
- Gniewkowski W., Właźniak K. (1991), *Program wychowania fizycznego dla klas początkowych*, WSiP, Warszawa.
- Gniewkowski W., Właźniak K. (1990), *Wychowanie fizyczne*, WSiP, Warszawa.
- Jatowczyc A. (1998), *Partnerstwo w „szkole dla rodziców”*, Wychowanie w Przedszkolu, nr 5, s. 637.
- Kaja B. (1995), *Zarys terapii dziecka*, WSP, Bydgoszcz.
- Kisiel B., *Developmental Movement in Poland* (maszynopis).
- Krawiec M., Chudoba U. (1994), *Z doświadczeń wspomagania terapii dzieci z wadą słuchu Weroniki Sherborne*, Scholasticus, nr 7–8, s. 71–78.
- Krocak J. (1989), *Przytul mnie, baw i dotykaj*, Wychowanie w Przedszkolu, nr 6, s. 469–472.
- Krupa M. (1998), „Mamo, tato, na zabawę czas!”, Wychowanie w Przedszkolu, nr 5, s. 365–366.
- Kuś E. (1994), *Metoda Victorii Shelbourne w pracy z dziećmi z mózgowym porażeniem dziecięcym*, Szkoła Specjalna, nr 4, s. 225–228*.
- Lubianiec E. (1992), *Terapia ruchowa W. Sherborne w pracy domu małego dziecka*, Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze, nr 10, s. 437–438
- Okoń W. (1987), *Zabawa a rzeczywistość*, WSiP, Warszawa.
- Orzechowska-Mikulska G. (1998) „Zaraziłam się” Weroniką Sherborne, Wychowanie w Przedszkolu, nr 5, s. 356–357.

Parzybok M. (1992), *Ruch rozwijający w pracy domu dziecka*, Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze, nr 10, s. 434–437.

Przasnyska M. (1989), *Nauczanie kultury fizycznej w „szkole życia” według „Programu Ruchu” Weroniki Sherborne*, Szkoła Specjalna, nr 2, s. 130–136.

Przybyszewska J. (2006), *Rozwój inicjatywy dziecka dzięki metodzie Weroniki Sherborne*, Rehabilitacja, nr 2 (20), s. 115 – 118.

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

Sherborne W. (1983), *Ćwiczenia ruchowe dla dzieci głębiej upośledzonych umysłowo*, Szkoła Specjalna, nr 4, s. 295–303.

Sherborne W. (1997), *Ruch rozwijający dla dzieci*, PWN, Warszawa.

Sobolewska B. (1994), *Bawimy się razem z mamą i tatą*, Wychowanie w Przedszkolu, nr 8, s. 496–498.

Śliż M. (1994), *„Sprawni inaczej” są wśród nas, otworzymy przed nimi życie*, Szkoła Specjalna, nr 1, s. 45–49.

The Dance Handbook. *The Brith of Modern Dance* (1988), Longman, London.

The New Encyclopaedia Britannica (1987), vol. 7, Chicago.

Tkaczyk G. (1995), *Wykorzystanie metody ruchu rozwijającego Weroniki Sherborne w pracy z dziećmi upośledzonymi umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym*, [w:] G. Tkaczyk (red.), *Wybrane zagadnienia z metodyki nauczania i wychowania upośledzonych umysłowo*, Lublin.

Wójtowicz-Szczotka Z. (1994), *Carolin Sutherland i Weronika Sherborne o trudnym okresie 3-latka*, Wychowanie w Przedszkolu, nr 10, s. 610–613.

Zabłocki J. Z. (1998), *Mózgowe porażenie dziecięce w teorii i praktyce*, WA „Żak”, Warszawa.

Zgondek E. (1998), *Jak powstał Ośrodek Twórczości Pedagogicznej*, Wychowanie w Przedszkolu, nr 5, s. 351–354.

* W przedstawionych artykułach nieprawidłowo posłużono się pisownią nazwiska i imienia Weroniki Sherborne.

Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną

pod redakcją naukową

Jacka J. Błeszyńskiego, Ditty Baczała i Józefa Binnebesela

Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej w Łodzi 2008

Ditta Baczała

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

TERAPIA KNILLÓW – RYS HISTORYCZNY

Łukasz urodził się jako nasz czwarty syn. Chcieliśmy mieć z mężem dziewczynkę, ale kiedy zobaczyliśmy naszego kolejnego chłopca byliśmy zadowoleni. Był śliczny. Zawsze miał ciemne włosy, śniadą cerę i te wielkie piękne oczy.

Na początku rósł tak, jak nasi pozostali synowie. Może trochę więcej płakał. Mój niepokój zaczął wzrastać, kiedy Łukasz miał dwa lata i nic nie mówił. W wieku trzech lat poszłam z nim do neurologa dziecięcego, chociaż bilans trzylatków zaliczył bez uwag lekarza pediatry. Na moje pytanie dlaczego Łukasz nie mówi pediatra odpowiedział, że chłopcy zaczynają mówić później. Podczas wizyty u neurologa mówiłam, że on się tak dziwnie bawi. Nie szuka kontaktu z innymi dziećmi i ciągle, do znużenia przesuwa samochodzik, np. po desce od piaskownicy. Nie reaguje na sygnały od dzieci, które bardzo chcą się z nim bawić.

I usłyszałam wtedy, że Łukasz ma autyzm wczesnodziecięcy. Nie rozumiałam, co to znaczy, jaka to choroba. Lekarz powiedział, że tego nie można wyleczyć. Jako przyczynę podał oziębłość matki. Ta „oziębłość” męczy mnie do dzisiaj. Jest jak cierni, który zadaje mi ból. I choć wiem, że nie byłam i nie jestem oziębłą matką, to stwierdzenie jest we mnie.

Ale niech pani powie jak normalny człowiek może wytrzymać takie zachowania, jakie prezentuje Łukasz? Jak można się pogodzić z brakiem kontaktu z własnym dzieckiem? Jak można to zaakceptować?

*Wypowiedź matki dwunastoletniego autystycznego chłopca
z upośledzeniem umysłowym stopnia znacznego*

Wstęp

W 1995 roku ukazało się w Polsce pierwsze wydanie (w tłumaczeniu Marii Piszczek) dwóch norweskich programów: Marianny¹ i Christophera² Knillów Programy Aktywności – Świadomość Ciała, Kontakt i Komunikacja oraz Christophera Knilla Dotyk i Komunikacja. Wydawca – Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej – dołączył do obu książek kasety ze specjalnie skomponowaną muzyką, które stanowią integralną część wydania. Programy są rezultatem wieloletniej pracy autorów z dziećmi, młodzieżą i osobami dorosłymi dotkniętymi niepełnosprawnościami natury intelektualnej i ruchowej uniemożliwiającymi prawidłowe funkcjonowanie społeczne.

Książki zostały wydane po raz pierwszy w 1982 roku (Activity Programmes for Body Awareness, Contact and Communication) i w 1992 roku (Touch and Communication), przetłumaczone na siedem języków i wykorzystywane przez specjalistów zajmujących się edukacją specjalną oraz rodziców dzieci niepełnosprawnych. Marianna i Christopher od 1973 roku intensywnie pracowali z dziećmi, młodzieżą i osobami dorosłymi z ciężkimi zaburzeniami w rozwoju ruchowym, poznawczym i społecznym (M. Knill, Ch. Knill 1995, s. 5).

Przeznaczenie programów

Programy autorstwa Knillów są przeznaczone przede wszystkim dla osób, których zaburzone zachowanie uniemożliwia lub wyklucza funkcjonowanie według społecznie akceptowanych zasad. Adresatem są również ich rodzice, opiekunowie, nauczyciele, terapeuci. Programy mogą być również wykorzystywane w pracy z małymi dziećmi, których chcemy nauczyć kontaktu z drugim człowiekiem i pokazać różne sposoby przekazywania komunikatów.

Terapia Knillów jest metodą rewalidacji tych, którzy zdawałoby się nie wiedzą, że żyją lub funkcjonują w świecie niedostępnym dla ludzi pełnosprawnych. Dla dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych, które prezentują zachowania autodestruktywne, krzyczą, szarpia, biją, ślinią i kołyszą się. Młodych ludzi wtłoczonych w niedorozwój umysłowy, którzy nieświadomie pragną by poświęcić im swoją uwagę, nawiązać z nimi kontakt wzrokowy, zaspokoić pragnienie dotyku. Swoje

¹ Marianna Knill (1947-1986) ukończyła akademię Muzyczną w Oslo, studiowała również w Londynie i zdobyła licencjat Guildhall School of Music and Drama. Współpracowała z Norweskim Instytutem Edukacji Specjalnej.

² Christopher Knill (1948) urodził się w Anglii. Jest absolwentem Uniwersytetu w Leeds i pracownikiem Norweskiego Instytutu Edukacji Specjalnej. Pełni funkcję konsultanta i superwizora programów pracy z osobami niepełnosprawnymi, wprowadzanych w Skandynawii i w Anglii.

potrzeby manifestują stereotypią ruchową, wzrokiem, który – wydaje się – nieobecny, nadpobudliwością ruchową. J. Kruk-Lasocka podkreśla, że

dużą zaletą metody Knillów jest to, iż umożliwia ona pracę z dziećmi o bardzo głębokim poziomie zaburzeń w sferze umysłowej, emocjonalnej, społecznej i ruchowej. Umożliwia to kształtowanie schematu własnego ciała, postrzegania swego ciała jako pewnej całości, wyodrębnienie siebie z otoczenia, budowanie relacji ja – otoczenie, kształtowanie poczucia sprawstwa oraz kształtowanie prakcji (J. Kruk-Lasocka 1999, s. 80–81).

Terapia ta jest również przeznaczona dla ludzi niepełnosprawnych, których intelekt funkcjonuje bez zarzutu, np. osób niewidomych, głuchych, z dysfunkcjami narządów ruchu. W swojej książce *Dotyk i komunikacja* Ch. Knill wprowadza pojęcie „mismatch”, które tłumaczy, jako „niewuzględnianie ‘fali’ innych, co wywołuje poczucie niepewności i w efekcie zarówno dorosły, jak i dziecko mogą czuć się daleko od siebie” (Ch. Knill 1995, s. 13). Jako spektakularny przykład Ch. Knill opisuje niewidome dziecko, które

ma tendencje do reagowania na środowisko, używając ruchów całego ciała, a szczególnie ruchów rąk. Jeśli te unikalne sygnały niewidomego niemowlęcia nie są przez nikogo dostrzegane lub nikt nie reaguje na nie w sposób, w jaki ono przewidywało, łatwo powstaje ‘mismatch’ i zaburzona jest pozytywna komunikacja (Ch. Knill 1995, s. 13).

Autorzy wyszli z założenia, że wadliwe spostrzeganie rzeczywistości, nieprawidłowe odbieranie wrażeń płynących z otoczenia jest konsekwencją nieświadomości własnego ciała. Powoduje ona, że człowiek nie jest w stanie nabywać wiedzy o sobie, zdobywać nowych umiejętności, znaleźć miejsca dla siebie w otaczającym go świecie. Naturalnym skutkiem takich zaburzeń jest brak kontroli nad własnymi ruchami, reakcjami oraz problem w komunikacji. To wszystko sprawia, że jednostka traci poczucie bezpieczeństwa i przynależności, zaczyna cierpieć na zaburzenia emocjonalne. Kolejnym, nieuniknionym następstwem jest anormalny, a czasami hamowany rozwój. Według autorów sposobem na przerwanie tego błędnego koła jest rozwijanie świadomości ciała oraz użycie dotyku, który sprzyja nawiązaniu relacji interpersonalnych, odpowiada za jakość związków międzyludzkich i umożliwia komunikację. Dlatego twórcy terapii położyli główny nacisk na najbardziej wrażliwy kanał sensoryczny, jakim jest skóra. Zdaniem Ch. Knilla

podstawowymi dla nas są informacja i stymulacja, którą otrzymujemy dzięki kontaktowi fizycznemu, dlatego dotyk jest dla naszego rozwoju szczególnie ważny. Doświadczenie dotyku jest pierwszym wrażeniem, jakiego doznajemy, i ostatnim, które tracimy (Ch. Knill 1995, s. 10).

Realizacja tej metody wymaga od nauczycieli, terapeutów, opiekunów bliskiego kontaktu fizycznego z uczniem, pacjentem, podopiecznym. I choć programy powstały w latach, gdy powszechnie nie omawiano zjawisk „złego dotyku”, pedofilii i molestowania seksualnego, to już wówczas autorzy zwracali uwagę na etyczną stronę stosowania programów. Podkreślali, że bliskość z podopiecznym ma budzić w nim poczucie bezpieczeństwa, a ewentualne zachowania seksualne z niej wynikające mają spotkać się z zdecydowaną postawą opiekuna. Według Ch. Knilla

musimy być świadomi, że jeśli ludzie z dużymi trudnościami w komunikacji okazują oznaki seksualnych zachowań, to są one rzadko świadomie kierowane do personelu lub do innych dorosłych. Powinny być raczej rozważane w kontekście całości życia emocjonalnego naszego partnera (Ch. Knill 1995, s. 32).

Podjęcie przez pedagoga specjalnego decyzji o wprowadzeniu do procesu rewalidacji metody Knillów powinno być skonsultowane z rodzicami lub opiekunami dziecka, z którym pedagog zamierza pracować. Dobrym rozwiązaniem jest opcja, gdy terapeutą pracującym z dzieckiem jest jego rodzic lub sama obecność matki/ojca podczas sesji.

Autorzy zwracają również uwagę, że najlepsze rezultaty metoda przynosi wówczas, gdy jest częścią profesjonalnie przygotowanej codziennej pracy z dzieckiem niepełnosprawnym prowadzonej przez terapeutę otwartego, wrażliwego, przygotowanego do wejścia w emocjonalny kontakt z podopiecznym. Może ona stanowić metodę dopełniającą lub współlistniejącą z innymi rodzajami terapii, co opisuje L. M. Bożek realizująca w pracy z dziećmi autystycznymi „Knillów” wraz z elementami stymulacji wielozmysłowej. Autorka przyjęła założenie, że

w zależności od aktualnego poziomu koncentracji uwagi i aktywności (pobudzenia) grupy, zajęcia rozpoczynają się stymulacją polisensoryczną (aktywizacja dzieci) lub realizacją określonego Programu Aktywności Knillów (skoncentrowanie na zadaniu, wyciszenie) (L. M. Bożek 2005, s. 107).

Zarówno Programy Aktywności – Świadomość Ciała, Kontakt i Komunikacja, jak i program Dotyk i Komunikacja nie mogą tworzyć jedynej taktyki edukacyjnej czy terapeutycznej.

Programy Aktywności – Świadomość Ciała, Kontakt i Komunikacja

Opis programów

Pierwsza część metody Knillów to Programy Aktywności – Świadomość Ciała, Kontakt i Komunikacja, co nie oznacza, że należy ją stosować w pierwszej kolejności. Obie części są niezależne od siebie, a Programy Aktywności zostały uznane za pierwsze, bo ich książkowe opracowanie powstało 10 lat przed Dotykiem

i Komunikacją. Do każdej z książek zostały dołączone, jako integralny element, kasyety z nagraniem odpowiednio zharmonizowanej muzyki.

Książka zawiera opis sześciu programów. Cztery z nich opatrzone są tylko numerem (1, 2, 3, 4), a dwa pozostałe zostały przez autorów nazwane (Program Wprowadzający, Program Specjalny). Każdy program zawiera zestaw aktywności, które występują w określonej kolejności, jedna po drugiej. W książce, bogato ilustrowanej zdjęciami i wyposażonej w konkretny komentarz autorów, nie ma dokładnego opisu, jak realizować w praktyce poszczególne czynności. Autorzy wybrali słuszną drogę prezentacji swej metody. Nie można dać gotowej recepty na jej realizację. Terapeuta sam musi znaleźć własny sposób, drogę urzeczywistnienia wytycznych określonych przez Knillów. Każde dziecko, wobec którego opiekun chce stosować tę metodę jest indywidualnością. Do każdego należy inaczej podejść i niekonwencjonalnie realizować założenia programu.

Program Wprowadzający (trwa ok. 8 minut) — ma charakter diagnozujący. Pozwala ustalić stopień koncentracji uwagi dziecka, jego umiejętności nawiązywania kontaktu. W skład programu wchodzi następujące aktywności: kołysanie, wymachiwanie rękoma, pocieranie dłoni, klaskanie, głaskanie głowy, głaskanie brzucha, relaksacja. Przeprowadzenie tego programu umożliwia przejście do Programu 1 i 2. Program Wprowadzający jest skierowany szczególnie do pracy z małymi dziećmi, dziećmi autystycznymi, psychotycznymi i hiperaktywnymi.

Program 1 (trwa ok. 15 minut) – wymusza głównie zaangażowania górnych części ciała (ramion, dłoni, policzków itd.).

Program 2 (trwa ok. 15 minut) – wymusza głównie zaangażowania dolnych części ciała (ud, kolan, stóp, itd.).

Program 3 (trwa ok. 20 minut) – przeznaczony jest dla osób o większej świadomości społecznej, posiadających umiejętności koordynacji.

Program 4 (trwa ok. 20 minut) – przeznaczony jest dla osób o większej świadomości ciała, lepszej samokontroli, koncentracji, rozumienia pojęciowego i uspołecznienia.

Program Specjalny – SPH (trwa ok. 25 minut) – adresatem tego programu są dzieci najbardziej niesprawne fizycznie.

Każdy program, oprócz czwartego, kończy krótka relaksacja, która jest odpoczynkiem, wyciszeniem, znakiem, że sesja dobiega końca. „Okazuje się, że przy akompaniamencie odpowiednio dobranej muzyki nawet dzieci hiperaktywne relaksują się łatwiej. Dziecko odpowiada na coś zewnętrznego, jeśli pomaga mu to osiągnąć kontrolę nad swoim ciałem” (M. Knill, Ch. Knill 1995, s. 32). Program 4 jest wyjątkiem i kończy się dowolnym ruchem/tańcem, stwarzającym duże możliwości dla pracy wyobraźni, inwencji twórczej, kreatywności, dowolności. Finałowa melodia zachęca do tańczenia w parach, w grupie, w kole.

Numer kolejnych programów nie determinują hierarchii ich wprowadzania. Decyzja należy do terapeuty i musi być wynikiem kompetentnej analizy zachowania dziecka podczas realizacji danego programu, a nawet konkretnej aktywności. Ogólna zasada jest taka, że jeśli dziecko dobrze opanuje jeden program, może przejść do następnego. Może się

jednak zdarzyć, że nigdy nie będzie uczestniczyć we wszystkich programach.

Czas trwania programów jest tylko ramowym założeniem. Ich realizacja zawsze musi być uwarunkowana indywidualnymi możliwościami podopiecznego oraz ograniczeniami, jakie wynikają z jego niepełnosprawności. Programy 3 i 4 są bardziej skomplikowane i ich stosowanie może znacznie wykroczyć poza ramy czasowe znajdujące się w opisie.

M. i Ch. Knill w wyniku wieloletnich doświadczeń i obserwacji stwierdzili, że muzyka ma cechy stymulujące i znacznie podwyższa uwagę. „Podstawową cechą muzyki jest to, że jej właściwości mają wpływ na wszystkich ludzi niezależnie od ich wieku i poziomu rozwoju oraz od umiejętności komunikacji” (M. Knill, Ch. Knill 1995, s. 19). Do Programów Aktywności zostały opracowane nagrania składające się z zestawu sygnaturek sygnalizujących wykonanie konkretnej aktywności. Pracujący w parze uczeń i nauczyciel, pacjent i terapeuta, dziecko i rodzic, podopieczny i opiekun znają, dzięki muzycznym sygnałom, zaprogramowane sekwencje ruchowe. Ton sygnaturki na początku i na końcu każdego programu sprawia, że nasz partner powoli rozpoznaje sytuację, łączy ją z ustalonym ruchem i, co najważniejsze, czuje się bezpiecznie. Komercyjna muzyka nie sprawdza się w tym przypadku. Jest zbiorem przypadkowych dźwięków, których podopieczny nie jest w stanie przyporządkować danej czynności przewidzianej w programie. Autorzy zwracają również uwagę na fakt, że „używane w programie tematy muzyczne powinny odzwierciedlać rytm i mowę dostosowaną do czynności, której towarzyszą” (M. Knill, Ch. Knill 1995, s. 7).

Książka kończy się zaproponowanym przez autorów sposobem zapisu realizacji programów, swoistym monitoringiem stosowanej metody. Praca z człowiekiem niepełnosprawnym jest trudna, budzi szereg obiekcji, rodzi opory. Często postęp przychodzi z opóźnieniem rodzącym wątpliwości, co do wybranej metody pracy. Czasami trudno go zauważyć, a jeszcze trudniej zapisać. Rozwój osób niepełnosprawnych jest dysharmonijny, będąc przyczyną wyżej wymienionych problemów. Nie zwalnia to jednak nauczyciela od protokolowania efektów pracy.

Autorzy przygotowali wzory protokołów służące opisowi obserwacji, pomiaru i ewaluacji. Raporty zostały opracowane dla Programów 1, 2, 3 i Programu Wprowadzającego. Niestety nie ma tego typu wzorów dla Programu 4 i w tym przypadku terapeuta musi liczyć na własną inwencję. Formularze zawierają następujące rubryki: aktywności, komentarz, uczestniczenie, uważność, zachowania zakłócające. O ile aktywności są prowadzącemu znane z poszczególnych programów, komentarz jest sprawą indywidualną terapeuty, o tyle pozostałe rodzaje interakcji pomiędzy opiekunem a podopiecznym są szczegółowo opisane przez Knillów. Każda z osób stosująca tę metodę może z nich skorzystać, a także sama może skonstruować własny arkusz obserwacji i pomiaru, korzystając z indywidualnych doświadczeń i własnej pomysłowości.

M. Sekułowicz zwraca uwagę na jeszcze jedną z ważnych cech Programów Aktywności dotyczącą ich przeznaczenia.

Metoda może być wykorzystywana podczas indywidualnych zajęć terapeutycznych, ale sprawdza się także w przypadku pracy w grupie. Wówczas duże zna-

czenie ma nawiązanie kontaktów społecznych wśród dzieci i pracujących z nimi rodziców lub terapeutów. Istnieje możliwość uczenia się naśladowania reakcji i zachowań innych, co w przypadku dzieci z głębszymi niepełnosprawnościami ma bardzo istotne znaczenie dla całego procesu rehabilitacji (M. Sekułowicz 2006, s. 212).

Warunki realizacji programów

Wprowadzanie programów musi się rozpocząć od dokonania wyboru programu dla dziecka, którego wieloprofilową diagnozą musi dysponować terapeuta.

Następnie należy podjąć decyzję dotyczącą wyboru terapeuty, który nie tylko musi posiadać odpowiednie predyspozycje psychiczne, ale również dysponować wolnym czasem na przestrzeni kilku tygodni, a może miesięcy.

Kolejnym krokiem jest ustalenie częstotliwości prowadzenia pracy według programów. Autorzy podkreślają, że dzieci o znacznych problemach w komunikacji wymagają codziennych zajęć.

Następną czynnością jest porozumienie dotyczące pory dnia i miejsca dla przeprowadzania ćwiczeń. Ogólne zalecenie dotyczy tej części dnia, w której dziecko jest ożywione, najbardziej aktywne, chętne do podjęcia wysiłku. „Decyzje dotyczące wyboru czasu i miejsca są ważne zarówno dla terapeuty, jak i dla dziecka, powinien być osiągnięty satysfakcjonujący obie strony kompromis, wysiłek ten będzie potem nagrodzony” (M. Knill, Ch. Knill 1995, s. 11).

Do realizacji programów potrzebne są maty dla dzieci, dobry sprzęt nagłaśniający i pokój/sala/klasa, gdzie podopieczny czuje się bezpiecznie. Wysoka jakość dźwięku ma szczególne znaczenie, gdy pracujemy z dziećmi głuchymi, niewidomymi lub głuchoniewidomymi. W pracy z osobami o tym rodzaju niepełnosprawności musimy pamiętać o spójności sygnałów dźwiękowych, wzrokowych, dotykowych. Zajęcia w grupie wymagają przygotowania mat w różnych kolorach, co znacznie ułatwi dzieciom wybór ich własnej maty do ćwiczeń.

Dotyk i Komunikacja

Opis programu

W odróżnieniu od Programów Aktywności program Dotyk i Komunikacja nie ma klasycznego opisu poszczególnych części. Jest przez Ch. Knilla uznany za jedyną w swoim rodzaju „sesję kontaktu”, która od prowadzącego wymaga otwartości oraz silnej więzi emocjonalnej z podopiecznym. W tym programie, już na wstępie, autor wprowadza pojęcia „opiekun” i „partner”, które – jego zdaniem – najlepiej charakteryzują powinności i prawdziwość każdej ze stron.

Książka składa się z trzech rozdziałów, w których zawarta jest wiedza potrzebna do przeprowadzania tego programu z zachowaniem właściwych proporcji między teorią a praktyką.

Rozdział pierwszy Dotyku i Komunikacji zawiera informacje dotyczące:

– interakcji i rozwoju człowieka, który nie jest możliwy bez wczesnego kontaktu fizycznego, będącego jednocześnie „emocjonalnym potwierdzeniem” więzi łączącej ludzi, np. matki i niemowlęcia;

– potrzeb tych, którzy zostali dotknięci „skazą” komunikacji i roli, jaką w ich życiu odgrywa jakość kontaktu z drugim człowiekiem, a nie ich ilość. Autor wyjaśnia teorię „rusztowania” zbudowanego z pewnego obrządku tworzonoego przez opiekuna wokół partnera. Doskonałą ilustracją takiego rytuału jest szereg zabiegów czynionych przez matkę wokół niemowlęcia, które jest ich świadome, co umożliwia obu stronom magiczną formę kontaktu;

– kanałów komunikacyjnych, którymi dysponujemy, a często nie jesteśmy świadomi ich roli, takich jak: głos, język ciała, ruch, mimika, gest. Szczególną rolę autor przypisuje naszym dłoniom, które w dotyku są najważniejszą drogą komunikacji.

Rozdział drugi „Planowanie i przygotowanie sesji kontaktu” zwraca uwagę na:

– konieczność zdiagnozowania potrzeb partnera;

– nieodzowność ustalenia osoby odpowiedzialnej za sesję kontaktu, która musi być także „pierwszą osobą kontaktu” w innych ważnych sytuacjach dla partnera;

– rolę rodziców często zmęczonych stałą opieką nad swoim niepełnosprawnym dzieckiem, co może wykluczać ich z „obowiązku” bycia partnerem dla własnego dziecka;

– dostosowanie sesji kontaktu do rozkładu dnia codziennego partnera;

– obligatoryjne wyposażenie niezbędne do profesjonalnie przeprowadzonej sesji;

– związki i różnice między sygnałami partnera a reakcjami opiekuna;

– strukturę sesji kontaktu;

– rejestrowanie wyników obserwacji i ewaluacji poczynionych przez partnera, któremu mają pomóc zamieszczone na końcu książki załączniki.

Rozdział trzeci „Sesja kontaktu w praktyce” jest, bogato ilustrowanym fotografiami, opisem praktycznych rad niezbędnych dla potencjalnych opiekunów.

Do książki została dołączona kasetka z specjalnie skomponowaną muzyką, „która tworzy wspierającą obudowę do przeprowadzenia sesji kontaktu” (Ch. Knill 1995, s. 19). Według autora, muzyka odgrywa w życiu człowieka rolę, której znaczenie nie zawsze sobie uświadomiamy. Ch. Knill zwraca przede wszystkim uwagę na emocje i odczucia wywoływane w nas przez brzmienie oraz naszą zdolność do reakcji pod wpływem określonych sygnałów dźwiękowych. Opracowany akompaniament muzyczny został podzielony na pięć części i trwa około 23 minuty.

Część pierwsza – muzyka wprowadzająca ma na celu stworzenie bezpiecznego i refleksyjnego klimatu zachęcającego do wyciszenia się, a jednocześnie jest ona sygnałem dla partnera o zbliżającej się reszcie sesji.

Część druga – charakteryzuje się mocnym rytmem będącym znakiem dla kolejnych ruchów. Czynności wykonywane przez opiekuna muszą być delikatne i mogą polegać na głaskaniu, np. nóg lub ramion.

Część trzecia – jest intensywna melodycznie i rytmicznie, stanowi zachętę do bliższego kontaktu i interakcji w oparciu o nową część ciała, np. plecy.

Część czwarta – jest lekka i melodyjna, co pomaga delikatnym ruchom, np. masowaniu twarzy.

Część piąta – muzyka zamykająca służy relaksacji i odpoczynkowi.

Warunki realizacji programu

Wszystkie elementy tworzące warunki do realizacji programu mają na celu stworzenie bezpiecznej atmosfery i muszą się partnerowi dobrze kojarzyć. Istotnym jest wybór pokoju i miejsca w nim, gdzie systematycznie będzie odbywać się sesja. Muszą one być pozbawione przedmiotów, które dekoncentrują partnera, znajdować się w odpowiedniej odległości od rozpraszających odgłosów, muszą mieć właściwą temperaturę i dysponować intymnym oświetleniem. Sesje mogą odbywać się także podczas ciepłych kąpieli, np. w basenie, pod prysznicem. Sesje są związane z kontaktem fizycznym dwojga ludzi w postaci dotyku, delikatnego masażu. Ułatwieniem będzie zastosowanie olejków i zapachów, które pobudzają skórę, ułatwiają ruchy, wyciszają.

Przygotowując się do sesji należy pamiętać o sprzęcie nagłaśniającym dobrej jakości i właściwym ustawieniu w miejscu, gdzie odbywa się sesja.

Błędy w interpretacji metody

„Pomimo tego, iż metoda Knillów ma jasno określone założenia, nie jest prosta w realizacji praktycznej. Zdarza się często, że jest niewłaściwie interpretowana i w związku z tym nieprawidłowo stosowana” (M. Sekułowicz 2006, s. 210). Do najczęściej występujących błędów w jej interpretacji należą:

- traktowanie metody, jako sposobu na usprawnianie dużej motoryki;
- wprowadzanie terapii w charakterze zajęć z wychowania fizycznego;
- stosowanie „Knillów” od czasu do czasu, jako elementu wpływającego na atrakcyjność zajęć;
- realizacja programów „za wszelką cenę”, bez uwzględniania potrzeb podopiecznych i ich zaangażowania się;
- przyjęcie tej metody jako jedynej w procesie rehabilitacji.

Wyżej przedstawione błędy w analizie metody Knillów mogą spowodować skutki bardzo niekorzystne, a nawet groźne dla rozwoju osób z zaburzeniami intelektualnymi, fizycznymi, ruchowymi i społecznymi. Konsekwencją braku profesjonalizmu u prowadzących może być pogłębienie deficytów rozwojowych u podopiecznych, a nawet wystąpienie nowych, destruktywnych zachowań.

Bibliografia

Bożek L. M. (2005), *Metoda Knillów z elementami stymulacji polisensorycznej w terapii dzieci autystycznych*, [w:] J. J. Bleszyński (red.), *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*, Kraków.

Knill Ch. (1995), *Dotyk i Komunikacja*, Warszawa.

Knill M., Knill Ch. (1995), *Programy Aktywności – Świadomość Ciała, Kontakt i Komunikacja*, Warszawa.

Kruk-Lasocka J. (1999), *Autyzm czy nie autyzm*, Wrocław.

Sekułowicz M. (2006), *Wykorzystanie metody Knillów w terapii dzieci z głębokimi deficytami rozwoju – autyzm*, [w:] M. Sekułowicz (red.), *Wybrane problemy pedagogiki specjalnej. Teoria – Diagnoza – Terapia*, Wrocław.



Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną

pod redakcją naukową

Jacka J. Błeszyńskiego, Ditty Baczały i Józefa Binnebesela

Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej w Łodzi 2008

Ewelina Jutrzyzna

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej
w Warszawie

TERAPIA MUZYKĄ: GENEZA I ROZWÓJ ZJAWISKA

Music washes away from the soul the dust of everyday life

Bertold Auerbach

Wprowadzenie

To, że muzyka oddziałuje na człowieka jest bezsporne. Jej związek z naszym życiem sięga czasów pradawnych. We wszystkich kulturach na przestrzeni wieków był on utrwalany i przekazywany z pokolenia na pokolenie w postaci obrzędów, rytuałów, folkloru, utworów muzyki liturgicznej i świeckiej. Wykryształowując się z ogólnej „przestrzeni muzycznej” (A. Welles 1963) i towarzysząc, zgodnie z tradycją i obyczajem, pewnym rytuałom, formy muzyczne przenikały konkretną treścią. To znaczy doznawały wpływów kulturowych. Funkcjonowały one jako środek «subsementyczny» (B. Luban-Plozza i in. 2002) – nośnik informacyjny, środek komunikacyjny. Muzyka, potrafiąca bezpośrednio przekazywać pewne treści, często stawała się pozawerbalnym sposobem przekazu.

Obcowanie z muzyką jest swoistym dialogiem, który czyni człowieka bardziej szczęśliwym, twórczym, pomaga mu dostrzec i zrozumieć wartości dobra, piękna, logikę własnej egzystencji, sens bycia Człowiekiem. Owocem tego poważnego i jednocześnie pięknego dialogu jest nie tylko rozwój takich integralnych komponentów osobowości, jak estetyczne uczucia, potrzeby, relacji, gust, ale przede wszystkim proces formowania całego układu osobowości, jej indywidualnych i społecznych aspektów. Zdolność zrozumienia, przeżywania piękna zawartego w sztuce muzycznej jest swoistym kryterium, wskaźnikiem poziomu rozwoju jednostki. Będąc złożonym zjawiskiem społecznym o skomplikowanych prze-

obrażeniach kulturowych, muzyka nie tylko rozbudowuje i wprowadza harmonię w sferę uczuć jednostki, jest ona ściśle związana z wartościami realnie odczuwanymi przez każdego człowieka, immanentnie w nim tkwiącymi i determinującymi w pewnym stopniu jego relację z rzeczywistością.

Jednocześnie muzyka „nosi” potężne treści terapeutyczne o szerokim zakresie oddziaływania. Poprzez sferę emocjonalną, dostarczając człowiekowi moc przeżyć i wiele wrażeń, odbiór których był zakłócony lub uniemożliwiony na skutek występujących zaburzeń, działa w kierunku rozwoju jego intelektu. Jest to proces niezmiernie ważny dla prawidłowego przebiegu procesu rehabilitacji.

Obecnie w teorii i praktyce muzykoterapeutycznej zgromadzono znaczące zasoby wiedzy, metod, rozwiązań praktycznych. Nauka coraz intensywniej dąży w kierunku poznania epidemiologii i etiologii różnych wad i zaburzeń, ich następstw w sferze poznawczej, emocjonalnej, wolicjonalnej. Rozszerza się nasza wiedza na temat przebiegu rozwoju i poziomu funkcjonowania fizycznego, psychicznego, umysłowego i społecznego jednostki w warunkach różnorodnych deprywacji. Pozwala to na określenie kierunków skutecznej diagnozy i terapii wad występujących u człowieka w różnych okresach życia, wyznaczenie priorytetowych kierunków i metod, co niewątpliwie będzie sprzyjać dalszemu udoskonalaniu procesu rehabilitacji, podniesieniu go na wyższy poziom efektywności.

Terapia muzyką, jako jeden z wielu instrumentów rehabilitacji – „psychologiczna rehabilitacja niespecyficzna” (R. Ossowski 1999) – znajduje się w punkcie przecinania się powiązań i zależności pomiędzy ogólnokształcącym a specjalnym podejściem do wykorzystania muzyki w edukacji i rehabilitacji osoby niepełnosprawnej. Jest to proces złożony i długotrwały, obejmujący etapy: przedszkolny, wczesnoszkolny i kolejne etapy nauczania szkolnego, a także życie dorosłe.

Na etapach wczesnego dzieciństwa, przedszkolnym i szkolnym, terapia muzyką jest jednym z wielu oddziaływań korekcyjno-kompensacyjnych wspierających i zabezpieczających prawidłowy rozwój jednostki. Na przykład w warunkach szkolnych wielkiej wagi nabiera praca muzykoterapeuty oraz nauczyciela muzyki, ukierunkowana na kształtowanie u uczniów procesów kompensacyjnych i korekcji odchyleń w rozwoju, jako skutków dyzontogenezy. Realizacja zadań muzykoterapeutycznych w warunkach szkolnych bazuje na połączeniu obiektywnych i subiektywnych czynników nauczania i rozwoju dzieci niewidomych w każdej grupie wiekowej.

W tej – dorosłej – fazie istnienia ludzkiego terapia muzyczna znajduje się wśród działań wspierających człowieka po podjęciu zatrudnienia, jak również wśród różnorodnych metod sprzyjających rozwiązywaniu wielu problemów o podłożu zdrowotnym, socjalnym itd. Konieczne jest więc systemowe podejście do terapii muzycznej i prowadzenie w tym zakresie badań zapewniających zarówno rzetelną analizę przyczynowo-skutkową głównych determinant, jak i wypracowanie odpowiedniej strategii przy organizacji terapii muzyką, zapewniając tym samym jej optymalną skuteczność.

Terapia muzyczna w ujęciu historycznym

Na przestrzeni wieków naukowcy podejmowali liczne próby wykorzystania muzyki w terapii. Terapia muzyką – unikalny sposób zastosowania muzyki do kreowania pozytywnych zmian w zachowaniu człowieka, prowadzących z kolei do zmian w jego życiu, przeszła długą i ciekawą drogę ewolucji. Związek między muzyką a terapią pewnych zaburzeń, stanów psychicznych i fizycznych człowieka jest tak dawny, jak historia ludzkości. Wzmianki o możliwości leczniczego oddziaływania muzyki na człowieka znajdujemy w starożytnych mitach, poglądach filozoficznych, badaniach naukowo-przyrodniczych itd. Przebieg rozwoju terapii muzycznej na przestrzeni tysiącleci był nierównomierny; w pewnych okresach była ona ogromnie popularna, by w innych niemal całkowicie ulec zapomnieniu.

Oddziaływania muzyczne w dobie starożytnej

U ludów pierwotnych muzyka stanowiła bardzo istotny element magii, służący – wspólnie z tańcami rytualnymi, zaklęciami i innymi magicznymi obrzędami – różnym celom, np.: zwalczaniu lęku przed polowaniem, rozładowaniu napięć, wprowadzeniu w pewien stan emocjonalny, leczeniu chorych. Rysunki obrzędów pozostawione na ścianach jaskiń potwierdzają, jak wielką rolę odgrywała muzyka w życiu człowieka tuż na początku jego istnienia. Niektóre obrzędy z użyciem muzyki zachowały się w kulturach wielu narodów, na przykład u Indian ówczesni lekarze z plemion Odżibejów i Winnebagów jako zabieg leczniczy stosowali śpiew przy łóżku chorego pod akompaniament grzechotek zrobionych z dyni, a lud z plemienia Winnebago, śpiewając swoje pieśni – potrafił zagoić ranę (za: R. Assadzoli 1993).

Najstarszy zapis zabiegów muzykoterapeutycznych pochodzi sprzed 8 tysięcy lat. Już w starożytnym Egipcie, Babilonii, Asyrii kapłani dostrzegali i wykorzystywali lecznicze walory muzyki (W. Tatarkiewicz 1960). Również Biblia podaje przykłady oddziaływania dźwięków trąb. Znajdujemy tam też wzmiankę o ustąpieniu choroby depresyjnej Saula pod wpływem gry Dawida na harfie.

W cywilizacjach starożytnych – chińskiej, hinduskiej, perskiej, egipskiej – muzykę wokalną i instrumentalną wykorzystywało się w ceremoniach religijnych jako dopełnienie dramy i poezji (melodeklamacja), jako środek magiczny w różnych zaklęciach ludowych i cudotwórców, w medycynie. Z biegiem czasu filozoficzne i terapeutyczne aspekty wiedzy o muzyce z Egiptu trafiły do starożytnej Grecji.

W starożytnej Grecji wielcy filozofowie: Teofrast, Pitagoras, Demokryt, Arystoteles oraz Platon dostrzegali znaczący wpływ muzyki na życie człowieka, szczególnie na wychowanie młodzieży, podkreślając jej zdolność do budzenia w człowieku uczuć moralnych o charakterze pozytywnym lub negatywnym (H. Gaertner 1955).

Pitagoras, stosując muzykę w swoich praktykach, nie miał żadnych wątpliwości co do jej zalet terapeutycznych, wpływów na umysł i ciało człowieka.

Nazywał takie oddziaływanie „medycyną muzyczną”. Większe znacznie nadawał on instrumentom strunowym, podkreślając, że dusza powinna oczyszczać się z irracjonalnych naleciałości (zjawisko katharsis – E. J.) pod wpływem urokliwego śpiewu przy akompaniamencie harfy. Badając muzykę, doszedł on do wniosku, że siedem kluczy greckiego systemu muzycznego może wywoływać określone emocje. Cenił śpiew zespołowy i na swoim uniwersytecie w Krotonie wraz z uczniami rozpoczynał i kończył dzień śpiewem, żeby odzyskać równowagę ducha (za: A. Antonowa-Turczenko, L. Drobot 1997).

W starożytnej Grecji muzyka towarzyszyła też ćwiczeniom gimnastycznym, recytacjom poezji, tańcom i innym. Arystoteles na przykład przykładał wagę do wykorzystania muzyki w celach osiągnięcia emocjonalnego katharsis. Obowiązkiem każdego wolnego obywatela było uczestnictwo w chórze, a człowiek, który nie umiał śpiewać, uważany był za nieokrzesanego (gr. anachoretēs).

Terapia muzyką w filozofii i lecznictwie Wschodu

Na innej części globu działał najsłynniejszy mędrzec islamu i jeden z najwybitniejszych uczonych wszech czasów wśród wszystkich narodów świata, arabski filozof i lekarz pochodzenia tadżyckiego Abu Ali Ibn Sina (980–1037). Był on znany na Zachodzie jako Avicenna. Pełne imię i nazwisko mędrca w języku perskim brzmi: Abu Ali al-Husain ibn Sina-e Balji. W swojej praktyce szeroko wykorzystywał on terapię muzyką. Abu Ali ibn Sina zwracał uwagę ówczesnych lekarzy na pewne podobieństwo muzyki i poezji, podkreślając szczególne znaczenie rytmu w poezji i muzyce. Uważał on, że tony wysokie mogą wywołać u człowieka uczucie gniewu, napięcia, niskie natomiast – sprzyjają powstaniu uczucia spokoju, odprężenia.

Z kronik wynika, że w leczeniu chorych w horezmskim szpitalu wykorzystywał on śpiew ptaków oraz bodźce muzyczne (H. Allojarow 1980a, 1980b; A. Antonowa-Turczenko, L. Drobot 1997). Dostrzegał w muzyce puls i porównywał go z tętnem u człowieka, a pewne brzmienia muzyczne z ówczesnymi środkami farmaceutycznymi – zimnymi, suchymi, wilgotnymi, gorącymi. Dobrze pojmując rolę układu nerwowego w procesie leczenia chorób, Avicenna w doborze muzyki uwzględniał indywidualne potrzeby pacjentów, ich stany psychiczne i próbował korygować je za pomocą bodźców muzycznych. Kiedy trudno mu było nawiązać kontakt z chorym, odwoływał się do muzyki jako do czynnika leczniczo-komunikatywnego. Wykorzystanie muzyki przyjemnej dla pacjenta, a jednocześnie najbardziej odpowiadającej dynamice i rytmowi jego stanu psychicznego, osoby chorej i cierpiącej, jego zdaniem było skutecznym środkiem leczniczym.

Inny filozof i naukowiec Wschodu Al-Farabi, inaczej Muhammad ibn Muhammad ibn Tarkhan ibn Uzalagh al-Farabi (870–950), dzielił muzykę na trzy grupy. Do pierwszej zaliczył muzykę przynoszącą człowiekowi zadowolenie, radość; miała ona zapewnić odpoczynek. Muzyka z grupy drugiej wyrażała i wywoływała uczu-

cia i przeżycia, a z trzeciej – pobudzała wyobraźnię. Mówiąc o muzyce należącej do pierwszej grupy, zwracał uwagę na jej funkcję profilaktyczną, podkreślając, że „gdzie jest radość i uciecha – nie ma miejsca dla chorób”. Opisując działanie muzyki z drugiej grupy, Al-Farabi akcentował zdolności muzyki do pobudzania uwagi i wyobraźni; jako przykład podawał melodeklamację. Muzykę z trzeciej grupy Al-Farabi stosował jako środek wspomagający rozwój i wychowanie oraz utrwalający pozytywne skutki leczenia poprzez pobudzenie i uaktywnienie naszej wyobraźni (za: H. Allojarow 1980b).

Al-Farabi podkreślał, że każda muzyka pełni określoną funkcję, a efektu należy spodziewać się tylko wtedy, gdy jest ona wykorzystana zgodnie ze swoim przeznaczeniem. Owocem wieloletnich rozważań na temat terapeutycznych walorów muzyki jest fundamentalne dzieło „Wielki traktat muzyki”, jedno z najważniejszych źródeł o muzyce Wschodu i jej możliwościach.

Poglądy Al-Farabiego znajdują swoją kontynuację w XX stuleciu w ideach znanego szwedzkiego muzykoterapeuty A. Pontvika (1962), który również uważa, że głównym zadaniem muzykoterapii jest przenikanie do głębokich sfer osobowości, gdzie trudno dotrzeć za pomocą słowa.

W literaturze narodów północnych też można znaleźć wiadomości o terapeutycznym zastosowaniu muzyki, na przykład w fińskim poemacie epicznym Kalewala występuje mędrzec uspakajający podekscytowany tłum, hipnotyzując go za pomocą muzyki (R. Assadzoli 1993).

Średniowiecze nie pozostawiło po sobie znaczących pamiątek o stosowaniu muzyki w celach terapeutycznych. Wspomina się znanego ormiańskiego lekarza XII stulecia – Mhitara Heracyego, który w swojej klasycznej rozprawie *Uspokojenie przy gorączce* rekomendował chorym słuchać jak najwięcej przyjemnych melodii śpiewanych i dźwięków strun instrumentów muzycznych (J. Lisicin, E. Żylajewa 1985). W skryptach z tego okresu można znaleźć nieliczne wzmianki o charakterze filozoficznym oraz muzyczno-teoretycznym, w ujęciu przeważnie religijnym.

Okres renesansu i baroku

W okresie renesansu w piśmiennictwie pojawiają się liczne wiadomości o korelacji pomiędzy upodobaniami muzycznymi jednostki a jej wiekiem, temperamentem, samopoczuciem, cechami charakteru itp.

Łączono także działania muzyczne z medycyną, magią oraz astrologią, co wskazywało na traktowanie muzyki jako jednego z tych elementów, które mogą wpłynąć na ogólną równowagę organizmu. W tym czasie podkreślano także przydatność wiedzy muzycznej w praktykach lekarskich, np. przy właściwej ocenie pulsu i trafnym doborze leku. Już wówczas zauważono duże zbieżności pomiędzy pulsem a rytmem muzycznym (M. Kronenberger 2004a, s. 12).

Okres barokowy owocuje w pierwsze traktaty naukowe odsłaniające lecznicze walory muzyki i jej wykorzystanie w medycynie. Zainteresowanie naukowców, jak pisze M. Janiszewski (1993), skupiło się na wykorzystaniu elementów muzycznych do przywrócenia równowagi zakłóconych funkcji organizmu. Pierwsza poważniejsza praca o znamionach naukowości powstaje pod koniec XVII wieku we Włoszech. Jest nią *Phonurgia nova*, autorstwa włoskiego jezuita Atanasiusa Kirchera (1601–1668), wszechstronnego i płodnego badacza, lekarza i teoretyka muzyki. Był on ponadto autorem 44 ksiąg i tysięcy naukowych listów.

Traktat *Phonurgia nova* (1673), nawiązujący do pitagorejskiej teorii harmonii sfer, faktycznie jest książką na temat akustyki. A. Kircher rozważa w niej problemy dotyczące wzmacniania i panowania nad dźwiękami, szuka najlepszych rozwiązań technicznych dla pomieszczeń z prawidłowymi akustycznymi właściwościami. Kolejna jego praca – *Musurgia Universalis sive Ars Magna Consoni et Dissoni* (Rome 1650) to swoista encyklopedia muzyczna, najslynniejsza z jego prac. Omawia w niej niemal wszystkie możliwe aspekty związane z muzyką: historyczny, fizyczny, techniczny, medyczny, mitologiczny, matematyczny itp. Zamieszcza artykuły na temat instrumentów muzycznych z innych czasów i kultur, harmonii, strojenia instrumentów, akustyki, teorii muzyki. Analizuje systemy tonalne – od starożytności do ówczesności. Cytuje również historyczne dokumenty, na przykład te dotyczące muzyki żydowskiej itd. (*Music dictionary*, www.dolmetsch.com/defsk.htm). Ponadto A. Kircher podaje przykłady dwu rodzajów kuracji muzycznej, omawiając wskazania i przeciwwskazania. Utrzymuje, że muzyką można leczyć stany podgorączkowe, udar serca, stany po amputacji i podagrę (T. Natanson 1979).

W tym samym okresie inny muzyk, L. Roger, wydaje swoją rozprawę naukową *Treite' des effets de la musique sur le corps humain*, w której, opisując historię choroby jednego ze swoich pacjentów, próbuje na poziomie ówczesnej wiedzy naukowej wytłumaczyć mechanizm oddziaływania muzycznego na osobę cierpiącą (za: T. Natanson 1979).

Rzadko który szpital dla chorych nerwowo osób w XVIII wieku nie miał na etacie muzyka. Wśród dokumentów historycznych można znaleźć *Myśli o starożytnej i współczesnej muzyce* autorstwa londyńskiego lekarza Richarda Broklesbiego. Zawierają one historię chorego Szkota, który po śmierci swoich synów stracił sens życia, zapadł na melancholię (możliwe, że była to depresja – E. J.), wycofał się z kontaktów interpersonalnych, nawet przestał przyjmować pokarm. Zabiegi lekarskie okazały się nieskuteczne. Wtedy autor zwrócił uwagę na fakt, że chory kiedyś grał na harfie. Przyniósł instrument i ublażał pacjenta, aby zechciał zagrać. Obcowanie z muzyką wywołało u niego utracone emocje i stopniowo, dzień po dniu, przywracało mu zdrowie. Na tym i innych podanych w traktacie przykładach R. Broklesbi udowadnia swoje racje o tym, że lekarz koniecznie musi poznać, jaką rolę odgrywała muzyka w życiu chorego (J. Lisicin, E. Żylajewa 1985). W tym okresie muzyka coraz pewniej wkraczała do psychiatrii.

Muzykoterapia XIX-XX stulecia

W następnym – XIX wieku – muzyka nadal pozostaje w kręgu zainteresowań medycyny. Na początku tego stulecia psychiatra francuski Eskirol stosuje terapię muzyką w zakładach psychiatrycznych. Nieco później jej obecność jest już zauważalna i w praktyce leczenia innych schorzeń. Krok po kroku zajmuje ona miejsce wśród środków stosowanych w leczeniu niewydolności krążenia krwi, chorób serca, układu oddechowego oraz w anestezjologii. Pojawiają się wzmianki o walorach terapeutycznych muzyki w odniesieniu do osób niepełnosprawnych. Quartant wykorzystuje muzykę w przypadkach afazji i amuzji, obniżonej inteligencji, płasawicy, wszelkiego rodzaju niedowładów, zwłaszcza spowodowanych zapaleniem opon mózgowych (T. Natanson 1979).

Ciekawe przykłady wykorzystania muzyki w terapii osób chorych psychicznie i niepełnosprawnych umysłowo w szpitalach psychiatrycznych w dziewiętnastowiecznej Francji podają J. Arveiller (1980) i E. Lecourt (1992, 2005). W tym okresie edukacja muzyczna zostaje wprowadzona do szkół prywatnych, powstaje Narodowa Akademia Muzyczna (konserwatorium) w Paryżu. Główne zadanie „powierzone” muzyce polegało na jednoczeniu państwa. Miało to się dokonać poprzez oświatę muzyczną. Edukacja muzyczna objęła masy, wkroczyła też na teren szpitali psychiatrycznych i zakładów dla niepełnosprawnych. Pierwsi studenci konserwatorium zostali również pierwszymi specjalistami w zakresie terapii muzyką, ponieważ byli wysyłani do szpitali, by dawać tam koncerty i uczyć pacjentów. Odbyła się w tym okresie swoista konsolidacja sił psychiatrów i muzyków w rozwiązywaniu wspólnych problemów zdrowia psychicznego społeczeństwa. Właśnie w tym okresie następuje rozwój psychiatrii, szczególnie za sprawą Philippa Pineliego, autora *Traité medico-philosophique sur l'aliénation mentale* (za: E. Lecourt 1992, 2005), jego zwolenników i kontynuatorów.

We Francji terapia muzyką pełniła wówczas dwie główne funkcje – społeczną, ukierunkowaną bardziej na rolę regulacji psychologicznej, oraz edukacyjną. W te funkcje zostały wplecione cele narodowościowe; edukacja muzyczna mas i robotników miała odmienić społeczeństwo. Muzyka miała też pomóc w przywróceniu niepełnosprawnym społeczeństwu. Zakładano również, że złagodzi wiele negatywnych objawów w zachowaniu osób psychicznie chorych. W tym celu organizowano liczne koncerty bezpośrednio dla tych osób.

Jednocześnie wielu medyków i muzyków XIX stulecia z innych krajów europejskich zaczęło poważnie interesować się wpływem wywieranym przez muzykę na pracę mięśni. Jednak interesujące jest to, że zastosowanie muzyki w medycynie miało charakter empiryczny.

Rozkwit terapii muzyką w XX stuleciu

Prawdziwy przewrót w historii rozwoju terapii muzycznej dokonał się w wieku XX. W tym stuleciu, szczególnie w jego drugiej połowie, ten rodzaj terapii – jako

dyscyplina niezależna – rozwija i stosuje się już na szeroką skalę w różnych krajach Europy.

Trudno uwierzyć, że jeszcze w XIX stuleciu muzyka była stosowana w terapii dość sporadycznie, przeważnie w psychiatrii. Cały obszar wiedzy teoretycznej i doświadczeń naukowo-praktycznych, który teraz można określić mianem muzykoterapii w szerokim ujęciu, był rozpatrywany jako dodatkowe narzędzie, środek wspomagający niektóre rodzaje ingerencji medycznej. A jednak, już na samym początku XX stulecia można zaobserwować wzrastające zainteresowanie oddziaływaniem muzyki na różne sfery osobowości. Odnotowujemy pierwsze próby kształtowania teoretycznych koncepcji muzykoterapeutycznych.

W 1950 roku pojęcie „muzykoterapia” oficjalnie zostaje włączone do terminologii światowej (M. Kronenberger 2004, s. 16). Zakres jej oddziaływań ulega znacznemu rozszerzeniu. Również ulega zmianie definicja muzykoterapii. W nauce światowej zaczyna się ją definiować już jako metodę terapeutyczną o dość ściśle określonych założeniach teoretycznych, dysponującą szeregiem efektywnych i sprawdzonych w toku postępowania empirycznych sposobów oddziaływania.

W każdej istniejącej definicji muzykoterapii odzwierciedlają się poglądy naukowe i społeczne określonego kraju, jednak ogólne rozumienie roli i miejsca muzyki w terapii jest bardzo zbliżone. Na przykład w Stanach Zjednoczonych American Music Therapy Association (AMTA) określa muzykoterapię jako czynnik polepszający jakość życia osób z problemami wynikającymi z zaburzenia rozwoju lub uszkodzenia zdrowia somatycznego. Podobną definicję z 1996 roku proponuje World Federation of Music Therapy (WFMT). Terapia muzyką jest określona jako użycie muzyki lub elementów muzycznych (dźwięku, rytmu, melodii i harmonii) przez wykwalifikowanego specjalistę w zakresie terapii muzyką do pracy z pacjentem (grupą pacjentów), w procesie zaprojektowanym tak, by ułatwić i sprzyjać nawiązywaniu kontaktów i związków, uczeniu się, ulepszeniu mobilności ruchowej, ekspresji oraz w innych odpowiednich celach terapeutycznych, aby zaspokajać fizyczne, emocjonalne, umysłowe, społeczne i poznawcze potrzeby jednostki. Celem muzykoterapii – według WFMT – jest dążenie do rozwijania możliwości lub przywrócenie jednostce utraconych funkcji, by umożliwić jej lepszą wewnętrzną i interpersonalną integrację przez profilaktykę, rehabilitację albo leczenie, a wskutek tego lepszą jakość życia (www.musictherapyworld.de).

Jeden z czołowych współczesnych muzykoterapeutów norweskich E. Ruud definiuje muzykoterapię jako specjalistyczne wykorzystanie muzyki w celu wzmocnienia oddziaływań terapeutycznych na jednostkę (E. Ruud 1990). W polskiej literaturze specjalistycznej odnajdujemy definicję T. Natansona:

Muzykoterapia jest jednym spośród działań zmierzających w kierunku dehumanizacji współczesnego życia przez wielostronne wykorzystywanie wielorakich walorów substancji muzycznej w celu ochrony i przywrócenia ludzkiego zdrowia oraz w celu korzystnego wpływania na współkształtowanie zarówno środowiska, w którym człowiek żyje i działa, jak i na panujące w nim stosunki międzyludzkie (T. Natanson 1988, s. 123).

Obecnie istnieje wiele różnych definicji muzykoterapii. Zawarte są w nich poglądy różnych wybitnych naukowców i praktyków. W pewnych kwestiach są one podobne, w niektórych się różnią. Jednak ogólna, jedyna powszechna definicja muzykoterapii jeszcze nie została opracowana.

Za najbardziej pełne i jednocześnie lapidarne ujęcie muzykoterapii można uważać określenie K. Bruscia (1998). Konkretyzuje on muzykoterapię wielopłaszczyznowo i interdyscyplinarnie. Przede wszystkim uważa, że muzykoterapia nie jest zwykłym połączeniem muzyki i terapii, ponieważ jest to sztuka, nauka, proces interdyscyplinarny i interwencyjny jednocześnie. Wskazując na jej interdyscyplinarność, podkreśla, że muzykoterapia nie jest odizolowaną dyscypliną naukową, lecz odwrotnie, jest to dynamiczne powiązanie wielu dyscyplin, przede wszystkim z obszarów terapii i muzyki. Zauważając równocześnie interwencyjność muzykoterapii, K. Bruscia kieruje uwagę na oddziaływania, dzięki którym pacjent odzyskuje zdrowie, lepszą sprawność. W drugiej połowie XX stulecia w różnych państwach zostaje określony zakres uprawnień i wymagań do wykonywania zawodu muzykoterapeuty.

Wiek XX zostanie w historii zaznaczony jako wiek wielkiego progresu naukowo-technicznego. Dzięki szybkiemu rozwojowi różnych dziedzin naukowych stało się możliwe wytlumaczenie wielu znaczących dla terapii muzycznej aspektów oraz przygotowanie gruntu do prowadzenia szerokich badań naukowych. Studiowanie pozytywnego terapeutycznego potencjału muzyki rozwija się w dwóch kierunkach: naukowo-teoretycznym i praktycznym.

Zakres badań przeprowadzonych w XX stuleciu obejmuje artystyczno-estetyczne zasady percepcji dzieł muzycznych oraz koncepcję terapii muzyką. Największe przyspieszenie rozwoju terapii muzyką następuje bezpośrednio po II wojnie światowej oraz poczynając od lat siedemdziesiątych. Lata siedemdziesiąte w wielu krajach wyróżniają się ogromną ilością przeprowadzonych wielokierunkowych doświadczeń, intensywnym wzrostem liczby uniwersytetów, na których rozpoczęto przygotowywanie przyszłych terapeutów lub wprowadzono przedmiot muzykoterapia. Z całej masy rozmaitych nurtów, umocowanych na różnorodnych, często sprzecznych poglądach i koncepcjach, obejmujących problemy miejsca, roli, zasad stosowania muzyki w terapii, stopniowo wykrystalizowuje się kilka szkół naukowych. Najbardziej znane szkoły to amerykańska i szwedzka. Jednocześnie w Europie Wschodniej – na terenach byłego ZSRR – w nieco zamkniętych warunkach – kształtuje się szkoła wschodnia.

Dzięki tak intensywnemu rozwojowi tej dziedziny wiedzy na temat terapii muzyką napisano wiele artykułów, skryptów, rozpraw, książek. W niektórych z nich czasem dość trudno jest odróżnić rzeczywiste fakty dobroczynnego oddziaływania muzyki na człowieka od ich dowolnej – często skrajnie subiektywnej – interpretacji. W takim stanie rzeczy, w celu uwydatnienia możliwości terapeutycznych muzyki oraz skonkretyzowania sfery jej oddziaływań, wydaje się słuszne rozpatrzenie niektórych kierunków i specyfiki stosowania muzyki w terapii. Przedmiotem rozważań w tej dziedzinie jest dorobek zachodnioeuropejski i amerykański oraz wschodnioeuropejski, zgromadzony w XX stuleciu i na początku nowego tysiąclecia.

Aktualne osiągnięcia i perspektywy wykorzystania

Przejsście w nowe tysiąclecie skłania nas do podsumowania kolejnego etapu w rozwoju terapii muzycznej. Patrząc wstecz na osiągnięcia w tej dziedzinie, można z całą pewnością stwierdzić, że od zaledwie czterdziestu lat, licząc od jej renesansu w latach siedemdziesiątych XX wieku, muzykoterapia ma na swoim koncie znaczące osiągnięcia. Terapia muzyką wyraźnie rozszerzała strefy wpływów i zmieniała się strukturalnie. Pojawiło się wielu nowych metod i kierunków, które zostały zweryfikowane w warunkach klinicznych, o czym świadczą liczne artykuły, raporty i doniesienia z badań.

Terapia muzyką zaczyna współpracę z coraz to nowymi dziedzinami nauki. Na przykład w Narodowym Instytucie Transfuzji Krwi we Francji w trakcie operacji brzmi specjalnie dobrana muzyka. Przy jej doborze w najdrobniejszych szczegółach bierze się pod uwagę zgodność fizjologicznego wpływu muzyki na organizm człowieka z indywidualnymi osobliwościami jednostki oraz rodzajem dolegliwości (S. Szuszardzan 2000).

W ostatnich dziesięcioleciach powstały nowe kierunki terapii muzycznej: paliatywna i tanatologiczna (T. Schroeder-Sheker 1994), etnomuzykoterapia, terapia środowiskowa (B. Stige 2004). Dobroczynne oddziaływania muzyczne coraz szerzej są wykorzystywane w neonatologii, kardiologii dziecięcej, onkologii, geriatricznym itd. W muzykoterapii paliatywnej i terminalnej oddziaływania muzyczne ukierunkowane są nie tylko na cierpiącą osobę, ale również na jej rodziców i rodzeństwo (T. Aasgaard 2001), a także na dzieci, rodziców chorych na nowotwory. Jednocześnie muzykoterapia paliatywna i tanatologiczna ma swoją wewnętrzną strukturę, składającą się z terapii dziecięcej (A. Turry 1999) oraz skierowanej na osoby dorosłe (C. C. O'Callaghan 1996). Oprócz tego w jej obrębie powstał swoisty nurt muzykoterapii ekologicznej (A. Decuir 1991). Jest to rodzaj terapii prowadzonej w warunkach domowych przez terapeutę, a później przez rodziców. Te i inne zagadnienia współczesnej terapii muzycznej w opiece paliatywnej i tanatologicznej zostały naświetlone w pracach licznych naukowców z różnych krajów (por. np. D. Aldridge 1998; M. Smith, L. Casey i in. 2001 i innych).

W pediatrii oddziaływania muzykoterapeutyczne obejmują takie działy, jak neonatologia (J. W. Cassidy, J. M. Standley 1995; C. Lorch i in. 1994) i kardiologia dziecięca (S. Torregrossa i in. 2005). Jednocześnie, jak wynika z licznych doniesień, możliwości terapii muzyką są znaczne i istnieje jeszcze wiele obszarów naukowych i praktycznych, na których ta dziedzina wiedzy mogłaby owocnie się rozwijać.

W praktyce światowej obecnie istnieje wiele szkół i modeli muzykoterapeutycznych. Jednym z nich jest kreatywny model autorstwa P. Nordoffa i C. Robbinsa (2004). Głównym warunkiem w tym modelu jest kontakt dziecka z muzyką. Poza tym duży nacisk w kontaktach pomiędzy terapeutą a dzieckiem kładzie się tu na zaufaniu. Według założeń kreatywnego modelu terapii cel terapeutyczny osiąga się poprzez połączenie uczuć z siłą ekspresji. Terapeuta, dostarczając dziecku

potrzebnych „podpórek”, wykorzystuje różne możliwości ekspresji, pobudza swego małego pacjenta do działania, aktywności, stopniowo odkrywając jego rezerwy muzyczne prowadzi do pożądaných pozytywnych zmian w strukturze jego osobowości (za: K. Bruscia 2003, s. 55–68). Ten model, polegający na delikatnym, stopniowym przenikaniu muzyki do wewnętrznego świata emocjonalnego dziecka i jego otwarciu. „Możliwości ludzkiej ekspresji, zakomunikowane przez muzykę są bardzo rozmaite i niejednoznaczne. Dlatego czyni to muzykę żywotnie istotną terapią dla dzieci niepełnosprawnych” (P. Nordoff, C. Robbins 2004, s. 49).

Wśród innych współczesnych modeli terapii muzycznej warto wymienić „Swobodną improwizację terapeutyczną” (J. Alvin 1975). Nazwa modelu wynika ze specyfiki postępowań terapeutycznych. Terapeuta, improwizując, nie narzuca jakichkolwiek zasad czy struktur muzycznych. Jednocześnie tematy improwizacji ukierunkowują dziecko i pozwalają mu „wygadać się” na instrumencie. Autorka wypróbowała ten rodzaj terapii pracując z różnymi pod względem niepełnosprawności i wieku osobami oraz wykorzystując rozmaite formy terapii: indywidualną, grupową, rodzinną. Ten rodzaj terapii obejmuje trzy etapy. Każdy etap charakteryzuje się pewnymi metodami, które mogą być aktywnymi (gdy klient muzykuje) albo receptywnymi (gdy klient słucha muzyki). Terapeuta wybiera metodę najwłaściwszą, maksymalnie odpowiadającą potrzebom jednostki i uwzględnia jej możliwe reakcje na różne czynniki sytuacyjne.

Interesującą propozycję organizacji terapii muzycznej można znaleźć wśród procedur Analitycznej Terapii Muzycznej. Swoim początkiem sięga ona do wczesnych lat siedemdziesiątych. W wersji podstawowej model ten był opracowywany dla osób dorosłych z problemami emocjonalnymi albo interpersonalnymi. Nieco później, uwzględniając możliwość jego skutecznego wykorzystania w terapii innych grup pacjentów, korekty do niego wprowadziła M. Priestley (1975). Dlatego jest on znany jako „Priestley Models”. Głównym celem tego programu jest usunięcie przeszkód uniemożliwiających jednostce realizację swego potencjału i osiągnięcia osobistych celów. Analityczna Terapia Muzyką obecnie jest zdefiniowana jako wykorzystanie słów i symbolicznych improwizacji muzycznych, jako środek badania wnętrza emocjonalnego jednostki i ułatwianie jej rozwoju. W całej terapii duży nacisk kładzie się na pracę z emocjami, stanem niepokoju, frustracji.

Nie mniej ciekawymi i pożytecznymi w muzykoterapii dzieci niewidomych mogą być metody wykorzystane w Doświadczalnej Improwizatorskiej Terapii Muzycznej, znanej również jako „Riordan-Bruscia Experimental Improvisation Model of Music Therapy”. Ten rodzaj terapii posługuje się jednocześnie muzyką i tańcem. Początkowo idea wykorzystania tańca została rozwinięta przez Anne Riordan jako dydaktyczna metoda improwizacji tanecznej dla osób niepełnosprawnych. Później, po kilku latach wspólnej pracy nad łączeniem muzyki i tańca, została dopracowana do celów terapii muzycznej już przez K. Bruskiego (1987).

Jest to rodzaj terapii grupowej, która może być wykorzystana zarówno w celach terapeutycznych, jak i edukacyjnych. Polega na zwiększeniu u pacjentów potencjału możliwości wyrażania własnego „ja” i inwencji twórczej; rozwoju

indywidualnej swobody w warunkach grupowych; kształtowaniu umiejętności nawiązywania kontaktów interpersonalnych.

Obecnie istnieje wiele różnorodnych modeli terapii muzycznej, których szczegółowy opis wymaga odrębnego opracowania. Prawie w każdej z nich można znaleźć metody i techniki, które wzbogaciłyby praktykę terapeutyczną z osobami niewidomymi. Jednym z nich może być już dobrze znany improwizatorski model C. Orffa – „Orff-Schulwerk”, swoista filozofia edukacji muzycznej. Został on przedstawiony w terapii muzycznej w trzech propozycjach: C. Bitcona (1976), G. Orff (1980) i I. Lehrer-Carle (1982). Można wymienić także Parawerbalną Terapię Muzyczną (autor E. Heimlich 1972, 1983). Jest ona stosowana w terapii dzieci z problemami komunikacyjnymi oraz z psychozą, trudnościami w uczeniu się, zaburzeniami emocjonalnymi, niepełnosprawnością intelektualną, problemami zdrowotnymi itd.

Ogólnie rzecz biorąc, muzykoterapię na obecnym poziomie można podzielić na trzy globalne bloki: leczniczo-profilaktyczny, psychologiczny, korekcyjno-rozwijający. Każdy z tych bloków ma pewien podział wewnętrzny, odzwierciedlający ukierunkowanie oddziaływań muzykoterapeutycznych.

Otoczający nas świat rozwija się coraz szybciej, wzrasta tempo życia. Powstają nowsze technologie, zmienia się hierarchia wartości. Życie zaczyna otwierać przed człowiekiem nowe perspektywy. Zmienione warunki egzystencji wymagają od nas większej wytrwałości psychicznej, szybkiej interpretacji rzeczywistości, odnalezienia w niej swego miejsca, udziału. W stechnicyzowanej dobie szybkiego rozwoju cywilizacyjnego człowiek jest poddawany ogromnej presji nie tylko informacji, ale i czasu. Obecnie, oprócz innych zagrożeń cywilizacyjnych, czas jest postrzegany, niestety, jako czynnik dezorganizacyjny, przyczyniający się do „zgęszczania” naturalnego przebiegu ludzkiej aktywności (R. Carlson, J. Bailey 1997).

Nie każdy człowiek jest w stanie sprostać zadaniom stawianym przez naszą epokę. Pęd ślepego nurtu życia, działanie, często od nas niezależnych, wrogich sił zmuszają człowieka do ucieczki, by umknąć traumatycznym kolejom losu. Szczególnie zagrożony czuje się człowiek niepełnosprawny. Zatem jawi się pytanie o poszukiwanie swoistego antidotum. Czy jednym z jego składników może być terapia muzyką? Czy potrafi ona skutecznie przygotować jednostkę do spotkania z nie zawsze przychylną rzeczywistością? Na pewno tak, wszak już samo wykorzystanie muzyki jest działaniem antytraumatycznym, katartycznym, kojącym. Czyli współczesność stawia przed muzykoterapią nowe wyzwania, wymaga poszukiwania nowych humanistycznych strategii.

Bibliografia

- Aasgaard T. (2001), *An ecology of love: aspects of music therapy in the pediatric oncology environment*, Journal of Palliat Care, vol. 17 (3), s. 177–81.
- Aldridge D. (ed.) (1998), *Music Therapy in Palliative care*. New Voices, Jessica Kingsley Publishers, London.

- Allojarow H. A. (1980a), *Muzykoterapia w trudach Ibn Sino*, Zdravoohranienie Tadžikistana, nr 2, s. 55–56.
- Allojarow H. A. (1980b), *Muzykoterapia w trudach Ibn Sino*, Zdravoohranienie Tadžikistana, nr 5, s.15.
- Alvin J. (1975), *Music Therapy*, John Claire Books, London.
- Antonowa-Turczenko A., Drobot L. (1997), *Muzyczna psychoterapia*, Wydawnictwo Instytutu Zmistu i Metodii Nawczannia Ministerstwa Oswity Ukrainy, Kijów.
- Arveiller J. (1980), *Des musicothérapies*, Issy-les-Moulineaux: L.A.P
- Assadzoli R. (1993), *Muzyka kak przyczyna bolezniej i celitielnica*, [w:] Psichosintez. Moskwa, s. 75–85.
- Bitcon C. (1976), *A like and different: The clinical and educational use of Orff-Schulwerk*, Rosh Press, Santa Ana, CA.
- Bruscia K. E (1987), *Improvisational Models of Music Therapy*, Charles C. Thomas Publisher, Springfield, IL.
- Bruscia K. E (1998), *Defining Music therapy (second edition ed.)*, Barcelona Publishers, Lower Village.
- Bruscia K. (2003), *Modelli di improvvisazione in musicoterapia*, Editore “Ismez”, Roma.
- Carlson R., Bailey J. (1997), *Slowing Down to the Speer of Life: How to Create a More Peaceful, Simpler Life from the Inside Out*, San Francisco.
- Cassidy J. W., Standley J. M. (1995), *The effect of music listening on physiological responses of premature infants in the NICU*, Journal of Music Therapy, vol. 32 (4), s. 208–227.
- Decuir A. (1991), *Trends in music and family therapy*, Special Issue: The creative arts therapies and the family, Arts in Psychotherapy, vol. 18 (3), s. 195–199.
- Gaertner H. (1955), *Muzyka a medycyna*, Muzyka, R. VI, nr 3–4, s. 53–56.
- Heimlich E. (1972), *Paraverbal techniques in the therapy of childhood communication disorders*, International Journal of Child Psychotherapy, vol. I (1), s. 65–83.
- Janiszewski M. (1993), *Muzykoterapia aktywna*, PWN, Warszawa–Łódź.
- Kronenberger M. (2004a), *Muzykoterapia. Wykorzystanie technik aktywnych i receptywnych w profilaktyce stresu*, Wydawnictwo „Global Enterprises”, Łódź.
- Lecourt E. (1992), *The functions of Music Therapy in France in the XIX^o and XX^o Centuries*, The Arts in Psychotherapy, an International Journal, 19 (2), s. 123–126.
- Lecourt E. (2005), *Découvrir la musicothérapie*, Editions Eyrolles, Paris.
- Lehrer-Carle I. (1982), *Music therapy in a different key*, Music therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, vol. 2, s. 73–71.
- Lisicin J., Żylajewa E. (1985), *Sojusz medycyny i sztuki*, Medizdat, Moskwa.
- Lorch C., Lorch V., Diefendorf A., Earl P. (1994), *Effect of stimulative and sedative music on systolic blood pressure, heart rate, and respiratory rate in premature infants*, Journal of Music Therapy, vol. 31 (2), s.105–118.
- Luban-Plozza B., Pobereżna H., Bielów O. (2002), *Muzyka i psychika*, Dom Wydawniczy „ADEF-Ukraina”, Kijów.
- Natanson T. (1979), *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Wydawnictwo Zakładu Narodowego Imienia Ossolińskich, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk.
- Natanson T. (1988), *Muzyczna profilaktyka w procesie nauczania-wychowania. Wybrane refleksje teoretyczne*, Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej we Wrocławiu, nr 45, s. 121–126.
- Nordoff P., Robbins C. (2004), *Therapy in Music for Handicapped Children (re-issue)*, Barcelona Publishers, Gilsum, NH.

- O'Callaghan C. C. (1996), *Complementary therapies in terminal care: Pain, music creativity and music therapy in palliative care*, The American Journal of Hospice and Palliative Care, vol. 13 (2), s. 43–49.
- Orff G. (1980), *The Orff-music Therapy*, Translated by Margaret Murray, Schott Music Corporation, New York.
- Ossowski R. (1999), *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*, Wydawnictwo uczelniane WSP, Bydgoszcz.
- Pontvik A. (1962), *Der tönende Mensch*. Psychorhythmie als gehorseelische- Erziehung, Rascher Veriad, Zurych-Stuttgart.
- Priestley M. (1975), *Music therapy in action*, MMB, St. Louis.
- Ruud E. (1990), *Musikk som Kommunikasjon og samhandling*, Solum Forlag, Oslo.
- Schroeder-Sheker T. (1994), *Music for the dying: a personal account of the new field of music – thanatology – history, theories, and clinical narratives*, Holistic Nursing, vol.12 (1), s. 83–99.
- Smith M., Casey L. et al. (2001), *Music as a Therapeutic Intervention for Anxiety in Patients Receiving Radiation Therapy*, Oncology Nursing Forum, vol. 28 (5), s. 855–866.
- Stige B. (2004), *Community Music Therapy: Culture, Care and Welfare*, G. Ansdell & M. Pavlicevic (eds.) Community Music Therapy – International Initiatives, Jessica Kingsley Publishers, London.
- Szuszardżan S. (2000), *Muzykoterapia: istoria i pierspiektiw*, Kliniczeskaja medicyna, na 3, s. 15– 24.
- Tatarkiewicz W. (1960), *Estetyka starożytna*, t. I, Wrocław–Kraków.
- Turry A. (1999), *A song of life: Improvised songs with children with cancer and serious blood disorders*, [in:] T. Wigram, J. De Backer (eds.), Clinical Applications of music therapy in developmental disability, paediatrics and neurology, Jessica Kingsley, London, s. 167–177.
- Welles A. (1963), *Musikpsychologie und Musikasthetik*, Frankfurt.

Repozytorium



UMK

Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną

pod redakcją naukową

Jacka J. Błeszyńskiego, Ditty Baczały i Józefa Binnebesela

Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej w Łodzi 2008

Aleksandra Zawiaślak

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego

Bydgoszcz

SNOEZELLEN – GENEZA I PIONIERSKIE DZIAŁANIA NA ŚWIECIE*

Snoezelen¹ zaliczamy do terapii opartych na stymulacji polisensorycznej. Idea ta należy do najstarszych w pedagogice specjalnej, a jej genezę możemy wywodzić już od propozycji Eduarda Séquina (H.W.M. Kwok, Y.F. To, H.F. Sung 2003, s. 122). Podobne założenia stały się podstawą szeregu innych, znanych terapii, nie jest więc w istocie niczym nowym. To kolejna propozycja wykorzystania podstawowego bodźcowania w celu poprawy funkcjonowania osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Definicja Snoezelen formułuje następująco jej istotę:

Jest to celowo zaprojektowana sala (najczęściej w kolorze białym), posiadająca elementy świetlne, dźwiękowe, zapachowe, dająca okazję, zarówno do odprężenia i relaksu, jak i do zróżnicowanej sensorycznie aktywności. Zakłada tworzenie przyjemnej atmosfery bezpieczeństwa i wprowadzanie w dobre samopoczucie. Specjalna aranżacja wnętrza zachęca i prowadzi uczestnika do działań stymulacyjnych. Jest zarówno terapią, jak i rozwojem i może być stosowane na każdym etapie, od wczesnego dzieciństwa do późnej starości (Mertens 2003; 2005).

Snoezelen tworzy świat przyjazny, pozbawiony chaosu nakładających się na siebie bodźców. Pozwala na skupienie się na wybranych, w dowolnym tempie, z możliwością powtórzeń danej czynności bez ograniczeń. Istotą jest stworzenie dającego się kontrolować świata. Podkreślano to od początku, bo już w pierwszym opracowaniu teoretycznym, jako warunki niezbędne uważano spełnienie następujących założeń: „właściwa atmosfera, własna decyzja, własne tempo, odpowiedni czas trwania, powtarzalność, wybrana propozycja bodźców, właściwe nastawienie i odpowiednia opieka” (J. Hulsegge, A. Verheul 1993, s. 31-40).

* Artykuł ten jest fragmentem większej całości przygotowanej przez autorkę.

¹ W Polsce używa się również nazwy Sala Doświadczania Świata.

Wyniki współcześnie prowadzonych badań, co do skuteczności Snoezelen dla lepszego funkcjonowania niepełnosprawnych intelektualnie, są zachęcające (G.E. Lancioni, A.J. Cuvo, M.E. O`Reilly 2002), jednak nie zgromadzono jeszcze wystarczających dowodów na potwierdzenie tej koncepcji. Idea pozostaje nadal teorią, co do której istnieje potrzeba dalszych badań, zarówno w zakresie podstaw neuropsychicznych, psychologicznych, pedagogiczno-terapeutycznych, jak i technicznych. Nasuwa się również wiele pytań natury metodologicznej, dotyczących głównie metod pomiaru jej efektów.

Mimo to już od początku istnienia Snoezelen obserwujemy dynamiczny rozwój tej terapii na całym świecie. Praktycy i entuzjaści postępują w myśl hasła: „wiemy, że Snoezelen nie jest jeszcze w pełni terapią, ale już przynosi skutki terapeutyczne”. W efekcie staje się ona coraz popularniejsza, a historia jej rozwoju może być ciekawym przykładem ewolucji tego rodzaju działań w pedagogice specjalnej. Celem tego artykułu jest przedstawienie procesu jej rozwoju z perspektywy historycznej, z uwzględnieniem następujących zagadnień: źródła powstania, prekursorów i procesu ewolucji w okresie początkowym.

Literatura na temat Snoezelen nie jest bogata, a polskojęzyczna właściwie nie istnieje. Jeszcze rzadziej są omawiane zagadnienia historyczne. Z tego względu w pisaniu tego tekstu wykorzystano wszelkie informacje, nie tylko opracowania, ale i źródła, w tym materiały własne oraz zasoby wirtualne. Ostatnie z nich nie zawsze są datowane.

Artykuł składa się z pięciu części podejmujących poszczególne zagadnienia. Pisane są one zgodnie z chronologią wydarzeń. Zebrany materiał uzupełniony został podsumowaniem.

Holenderskie początki

Nie ulega wątpliwości, że ojczyzną Snoezelen jest Holandia. Idea ta narodziła się w wyniku poszukiwań efektywniejszych sposobów pracy z osobami z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, czynionych przez holenderskich terapeutów. Początki, późniejszy rozwój i rozpropagowanie terapii, zawdzięczamy jednak kilku ośrodkom.

Pierwsze próby² podjęto w 1974 roku w zakładzie dla dzieci z upośledzeniem umysłowym Haarendael w miejscowości Haaren, na południu kraju. Rein Staps, który w tym czasie zajmował się w tej placówce organizowaniem czasu wolnego mieszkańcom, otrzymał do pomocy przy tych zadaniach, dwóch młodych mężczyzn, którzy odbywali w tym ośrodku zastępczą służbę wojskową: nauczyciela sztuki Nielsa Snoek oraz studenta Klaasa Schenk. Zespół ten organizował zajęcia o charakterze rozrywkowym oraz wszelkiego rodzaju uroczystości i imprezy.

² Okoliczności te Niels Snoek, który obecnie zajmuje się malarstwem artystycznym, przybliżył mi w liście z 02.02.2007 r. (w posiadaniu autorki).

Najtrudniejszym zadaniem było zaproponowanie odpowiednich form pracy dla najgłębiej upośledzonych umysłowo. Wynikiem przemyśleń i dyskusji tej grupy był projekt zakładający wykorzystanie bodźców o charakterze percepcyjnym poprzez wyposażenie dużego pomieszczenia w elementy sprzyjające pobudzeniu poszczególnych zmysłów:

- wzroku: przygaszone światła imitujące zmierzch, filmy eksperymentalne Normana McLarena, slajdy z płaskimi, abstrakcyjnymi lub płynnymi obrazami, oklejone folią aluminiową lub lustrami szafki, obracające się przy suficie światła, sznury lampeczek w kształcie niewielkich gwiazdek rozwieszane na ścianach,
- słuchu: liczne głośniki z wyciszoną spokojną muzyką gitarową, wielka lalka z głośnikiem w środku, kostka pokryta miękką gąbką imitująca pojazd z ukrytym wewnątrz magnetofonem kasetowym, wydająca dźwięki przy pociąganiu,
- dotyku: olbrzymie łóżko wypełnione miękkimi materacami z dużą liczbą baloników, podłoga usłana piłkami, kołyszące się łóżko ze sprężarką, która rozwiewała włosy i ubranie, hamak, narożnik wypełniony sianem,
- węchu: palące się kadzidelka, spraye z różnymi zapachami, chusteczki zapachowe,
- smaku: stoliki z różnymi daniami: bitą śmietaną, sokiem jabłkowym, wiórkami czekoladowymi, korniszonami, frytkami itp.

Młodzi twórcy mieli znacznie więcej pomysłów, jednak nie wszystkie z nich mogli zrealizować ze względu na skromne fundusze finansowe oraz brak odpowiedniej ilości czasu dla tego projektu. Mimo wszystko przedsięwzięcie to okazało się dużym sukcesem, co zachęciło autorów do ustalenia pewnych zasad prowadzenia tych zajęć. Pomieszczenie to odwiedzały 6–8 osobowe grupy dzieci z opiekunem i przebywały tam około godziny. Uznano, że rola prowadzącego zajęcia ograniczy się do obserwacji, podążania za wyborem dziecka i nie zakłócania mu jego sposobu odbioru bodźców, na co bardzo uczulano wychowawców. Pierwsze obserwacje dowodziły, że wychowankowie podczas tych zajęć są bardzo spokojni, ścisząją głos, nawet gdy mówią sami do siebie. Z czasem wzbogacono wyposażenie sali, a raz na trzy miesiące organizowano specjalne dni poświęcone tym zajęciom, tzw. Snoeseldagen (N. Snoek, 2005).

W ten sposób narodziła się pierwsza na świecie sala Snoezelen, scharakteryzowana w 1975 roku w pierwszym artykule na ten temat:³

Celem naszych działań jest poprawa stanu osoby z głęboką niepełnosprawnością, stworzenie sytuacji w której wykaże ona aktywność w swoisty dla siebie sposób. Będziemy usatysfakcjonowani, nawet jeżeli będzie to pewien rodzaj biernego odbioru. Aby to osiągnąć proponujemy bodźce o charakterze słuchowym, doty-

³ Niels Snoek *Ontspanningsproject voor diepergestoorden op Haarendael* - autor wskazuje na pierwotną publikację tego tekstu w 1975 roku przez Fundację Samivox - 5e annual no 6 april (N. Snoek, 2005).

kowym, zapachowym i smakowym. Odbywa się to w sali przepełnionej łagodnym światłem, muzyką, innymi obiektami, zapachami itp.(...)Zainteresowanie się jakimś bodźcem daje wiele możliwości odczucia go, a za każdym kolejnym razem jest możliwość przeżycia wciąż czegoś nowego . (...) Kreujemy w ten sposób swoisty rodzaj świata z marzeń. (...) Wydaje się prawie niemożliwością opisanie tej atmosfery – jest to coś, co raczej należy przeżyć, a co można jedynie określić jako imaginację”. (N. Snoek, 2005).

Pomysłami w zakresie Snoezelen kierownictwo ośrodka Haarendael jeszcze w 1974 roku zaczęło dzielić się z pracownikami okolicznych szkół i zakładów, zapraszając ich przedstawicieli na prezentacje w ramach „Snoezeldagen”, oraz wygłaszając serie wykładów na ten temat, z których materiały nie zachowały się. Rozpoczęta praca nie była jednak później rozwijana, ze względu na fakt, że zredukowano liczbę personelu, a Snoek i Schenk zakończyli swoją służbę (N. Snoek 2005; J. Hulsegge, A. Verheul, 1993, s. 4).

Jednak inne ośrodki podjęły wyzwanie oparte na pomysłach z Haarendael. Zakład dla upośledzonych umysłowo Piusoord w Tilburgu zbudował specjalny „namiot aktywności” oraz dzielił się pozytywnymi doświadczeniami w tym względzie. Znaczącym wydarzeniem, które przyczyniło się do rozpropagowania idei Snoezelen było zorganizowanie przez tę placówkę oraz NGBZ (Nederlands Genootshap ter Bestudering van de Zwakzinnigheid en de Zwakzinnigenzorg⁴), w 1979 roku, konferencji na ten właśnie temat, co zapoczątkowało współpracę ośrodków zainteresowanych Snoezelen (J. Hulsegge, A. Verheul, 1993, s. 4, 24; A. Verheul 2005 s. 3). Niestety nie można w tej chwili ustalić, którym konkretnie terapeutom z tego ośrodka to zawdzięczamy.

Największe jednak znaczenie dla dalszego rozwoju miały prace prowadzone w ośrodku De Hartenberg w Ede. Stało się to za sprawą dwóch zatrudnionych tam osób: Jana Hulsegge (muzykoterapeuty) i Ada Verheul (kierującego terapią zawodową), którzy już w 1978 roku zbudowali w okresie letnim tymczasową salę Snoezelen. Wygląd jej można odtworzyć na podstawie opisu samych autorów:

Ponieważ chodziło o instalację czasowo ograniczoną, użyto pewnego rodzaju dachu na słupach. Naokoło zrobiono ściany z płótna namiotowego, a za pomocą czarnej folii, której normalnie używa się w rolnictwie, stworzono drogi i korytarze(...) W tym labiryncie ustawiono pewną liczbę aktywności, obok których mieszkańcy domu mogli przechodzić. Poszczególne stacje były wprawdzie oddzielone od siebie zasłonami, ale niestety nie wytłumione akustycznie, co niekiedy przeszkadzało. Przygotowano m.in. pomieszczenie, w którym dmuchawa powodowała ciągłe utrzymywanie się w powietrzu skrawków papieru i balonów, a także miejsce do leżenia z sianem i miękkimi poduszkami, gdzie były ukryte pluszowe zabawki – piszczące zwierzątka. Było też miejsce z projektorem sufitowym, przy którym stała miska z wodą. Jeżeli lało się kropelkami kolorowy atrament do wody, powstawały piękne kompozycje barw, wyświetlone na białym prześcieradle (w zasadzie była

⁴ Holenderskie Towarzystwo do Badań nad Niepełnosprawnością Intelktualną z siedzibą w Utrechcie (<http://www.ngbz.nl/>.)

to projekcja pierwszego płynącego obrazu). Na talerzu starego adaptera kręcił się, oklejony kolorowymi paskami papieru, słoik po marmoladzie, który służył jako soczewka. Kręcąc się, rzucił kolorowe promienie na ekran i tak powstało pierwsze koło płynącego obrazu.

W innym korytarzu proponowano odgłosy i dźwięki. Można ich było słuchać w dużej różnorodności form poprzez głośniki i słuchawki. Ponadto stał tam stojak z różnymi instrumentami muzycznymi, które zapraszały do grania. Także zmysł węchu był angażowany poprzez wiele pachnących przedmiotów ustawionych na stole: flaszeczki z perfumami, mydła. Dywan wełniany i pluszowe zwierzęta służyły jako obiekty do dotykania. Był tam też stół z wodą i piaskiem oraz miska z pianą. Ustawiono także naczynia ze środkami spożywczymi, które smakowały słono, słodko, kwaśno i gorzko. Na końcu korytarza leżała, jako przeszkoda, długa, płaska niecka, która wypełniona była w części żwirem, a w części piaskiem o zróżnicowanej ziarnistości. Można więc było przeżyć rozmaite doświadczenia stapania i odgłosów. Po kilku dniach przekonano się, że można zapomnieć o początkowych wątpliwościach i obawach. Całość była ogromnym sukcesem. Terapeuci z ośrodka De Hartenberg zaczęli zatem zastanawiać się nad dalszym rozwojem” (J. Hulsegge, A. Verheul 1993, s. 24-25).

Z innych przekazów o tej wczesnej działalności⁵ wiadomo, że dużą rolę na początku odgrywały przedmioty bardzo proste, ale użyte z fantazją. Jan Hulsegge wspomina, iż w pierwszej sali jego żona Mini porozwieszała na ścianach nadprute elementy z dzianiny, którymi uczestnicy chętnie manipulowali. Nie zabrakło też akcentu typowo holenderskiego, odwrócony do góry rower, którego koła mogły być wprawiane w ruch poprzez kręcenie pedałami.

Udany początek spowodował, że co roku w De Hartenberg powstawały coraz bardziej rozbudowane namioty, a od 1984 roku stała dobrze wyposażona sala. Hulsegge i Verheul dzielą się swoimi doświadczeniami z terapeutami z innych części kraju. Przykładowo w 1979 roku, w ciągu zaledwie dwóch dni, salę zwiedza około 400 osób z różnych ośrodków holenderskich (J. Hulsegge, A. Verheul, 1993 s. 26).

Z czasem Snoezelen staje się coraz popularniejsze. Jednocześnie następuje wymiana doświadczeń i równoległe rozwój teorii: ukazują się artykuły, wygłaszane są prelekcje i wykłady. Najbardziej jednak znaczącym faktem, w tym okresie, jest przedstawienie przez J. Hulsegge i A. Verheul swoistej filozofii działań związanych ze Snoezelen w ich pierwszym opracowaniu „Snoezelen – Een andere Wereld” (J. Hulsegge, A. Verheul 1989). W historii rozwoju, ośrodek De Hartenberg odegrał niezwykle znaczącą rolę i do dzisiaj jest wiodącym na świecie miejscem szkoleń i pokazów, a istniejąca tam obecnie sala o powierzchni 410 m² uważana jest za wzorcową. Od 1980 roku Ad Verheul organizuje również szereg seminariów w języku angielskim i niemieckim poza Holandią, a także jest współzałożycielem International Snoezelen Association, z siedzibą w Berlinie.

Z tego względu ośrodek De Hartenberg jest obecnie najbardziej znanym i powszechnie uważanym za pionierski, a Jana Hulsegge oraz Ada Verheul uznaje się

⁵ Wykład Jana Hulsegge w CDN we Włocławku 5.04.2003 roku.

⁶ Snoezelen – nieco inny świat.

często w literaturze przedmiotu za twórców Snoezelen, z czym jednak, w świetle przedstawionych wyżej faktów, nie można się w pełni zgodzić. Nie podważa to oczywiście ich wkładu w rozwój Snoezelen w okresie rodzenia się tej terapii.

Zasługi wszystkich wymienionych, holenderskich prekursorów, są niepodważalne, a ich duża rola dotyczy również nomenklatury przyjętej na całym świecie, czemu poświęcona zostanie następną część artykułu.

Etymologiczne potyczki

Snoezelen (wym. snuzelen), w przeciwieństwie do innych terapii, nie posiada typowej nazwy. Próżno szukać etymologii tego słowa w języku greckim czy łacińskim. Nie wywodzi się też od nazwiska jej twórców, ale została przez nich całkowicie wymyślona. Rein Staps, Niels Snoek⁷ oraz Klaas Schenk z ośrodka Haarendael w Haaren stworzyli całkiem nowe słowo-neologizm. Okoliczności powstania tego terminu możemy poznać dzięki relacji Nielsa Snoek. Przypomina on sobie, że wyłoniło się ono w efekcie „burzy mózgow”, podczas której zlepiono dwa słowa holenderskie: „snuffelen” – co znaczy węszyć, szperać, oraz „doeze-len” – czyli drzeć. Początkowo jednak zapisano je z literą „s” w środku:

Używaliśmy na początku słowa „Snoeselen” i tak właśnie było ono zapisywane na pierwszych plakatach, które wykonywałem w celu propagowania naszych nowych zajęć. W języku flamandzkim jednak, w podobnych wyrazach, zazwyczaj występuje litera „z”, więc i tutaj narzucało się niejako aby ją zastosować. Dyrektor ośrodka prawdopodobnie tak to zinterpretował, gdyż znał to słowo jedynie ze słyszenia, z rozmów jakie prowadził z pracownikami na ten temat. Uznał, że pisownia z „z” w środku jest rzeczą oczywistą. Taką też nazwę przyjął i rozpropagował. Nie uważam aby to zmieniło istotę rzeczy, przecież sens tego co robiliśmy był najważniejszy”⁸. O zamianie liter wspomina również Snoek w swoim innym artykule (2005). Od początku określenie to przyjęło się bardzo dobrze. Co prawda w ośrodku De Hartenberg pierwotnie używano słów „pobudzanie podstawowe”, jednak szybko zaniechano tego (*Ad Verheul...*, 2004).

Nazwa oddaje istotę terapii, wskazuje na czynności uspokajające, nie pozbawione jednak aktywności. To po prostu „ostrożne rozeznawanie otoczenia” (J. Hulsegge, A. Verheul, 1993, s. 31). Jednak jego wydźwięk najlepiej wyjaśnić za autorami pierwszego opracowania:

Leżeć na łące. Żuć źdźbło trawy. Widzimy przeciągające wysoko ponad nami chmury. Leżymy wygodnie, hałas silników jest daleko od nas, słyszymy tylko rechot żab w rowach i szum wiatru pomiędzy źdźbłami. Zapach świeżej trawy. Czujemy się wspaniale odprężeni. Nie dzieje się nic, tylko nasiona z przekwitłego dmuchawca pędzone łagodnym wiatrem przyciągają naszą uwagę. Próbujemy niektóre z tych

⁷ List Nielsa Snoek do autorki artykułu z dnia 02.02.2007. (W posiadaniu autorki).

⁸ *Ibid.*,

spadochroników pochwyć. Wkrótce potem zrywamy takiego dojrzałego dmuchawca i wydmuchujemy nasiona w powietrze, aby je potem śledzić wzrokiem tak długo, jak jest to tylko możliwe. Później drzemiemy oddalając się nieco od tego wachania trawy i kwiatów na łące. Wspaniale tak w południe oddać się Snoezelen. (J. Hulsegge, A. Verheul, 1993, s. 32).

Określenie „Snoezelen” znane już obecnie na całym świecie, zazwyczaj używane jest w wersji oryginalnej, bez tłumaczenia na język rodzimy. Słowa Snoezelen nie ma jeszcze w słowniku języka holenderskiego, lecz występuje już jako hasło w niektórych encyklopediach, np. Brockhaus, Wikipedia. Przyjęła się pisownia z wielkiej litery, tak jak nazwy różnych metod, np. Metoda Dobrego Startu, Metoda Weroniki Sherborne i in. Jednak w niektórych źródłach używa się również pisowni z małej litery. Wydaje się, że w języku polskim nie powinno być raczej odmieniane, chociaż niektórzy autorzy usiłują to robić.

Wiele dotychczas istniejących na świecie określeń, odnoszących się do działań związanych z pobudzaniem sensorycznym, coraz częściej zastępowanych jest przez to określenie. Jest ono bardzo celne i trafne, a jednocześnie pojemne znaczeniowo. Sporadycznie istnieją też próby tłumaczenia nazwy na język rodzimy. Na przykład w Polsce przyjęła się nazwa „Sala Doświadczenia Świata”, zgodnie z interpretacją tłumaczki pierwszej książki Hulsegge i Verheul⁹ (1993). Obecnie jednak i w naszym kraju coraz częściej używa się nazwy oryginalnej.

Pewną komplikacją językową w tym względzie może okazać się fakt, że firma Rompa International stała się właścicielem zastrzeżonego znaku towarowego i jedynie ona może obecnie używać nazwy Snoezelen dla produktów wyposażenia sal. W efekcie, pozostali producenci lansują ostatnio inne określenia typu: Quiet Room, White Room, Multi Sensory Room itp., wywołując tym pewne nieporozumienia (*Technical...*).

Słowo Snoezelen, mimo pewnej tajemniczości, okazało się trafnym i nośnym określeniem, które pomogło w rozwoju tej terapii. O czym w następnej części artykułu.

Coraz szersze kręgi

Rozwój terapii Snoezelen w następnych latach można określić jako bardzo dynamiczny. Niezmiernie szybko zyskuje dużą popularność, wychodzi poza granice Holandii. Dotyczy to jednak najczęściej krajów wysoko rozwiniętych, z uwagi na duże koszty związane z wyposażeniem odpowiednich sal.¹⁰

W Europie najwcześniej Snoezelen spopularyzowane zostało na terenie Niemiec, gdzie już od 1980 roku powstają liczne instalacje w różnego rodzaju ośrodkach i centrach dla osób z niepełnosprawnością intelektualną. W 2000 roku jest ich 250

⁹ Pani Agnieszka Smrokowska (obecnie Smrokowska-Reichmann).

¹⁰ Koszt przeciętnej instalacji to około 20.000 euro (*Cost plan...*).

w instytucjach dla niepełnosprawnych intelektualnie, zakładach pracy chronionej, w szpitalach, ośrodkach rehabilitacyjnych i domach opieki dla osób starszych (K. Mertens), natomiast w 2005 roku ponad 1200 (K. Mertens, A. Nouh, 2005). Obok praktyki rozwija się też myśl teoretyczna, zwłaszcza na Uniwersytecie im. Humboldta w Berlinie. Doprowadza to do powołania w 1998 roku German Snoezelen Foundation. Działaniom tym przewodzi prof. Krista Mertens.

Również na terenie Wielkiej Brytanii Snoezelen szybko rozprzestrzenia się. Pierwsze centrum zorganizowano w ośrodku dla osób z niepełnosprawnością intelektualną Whittington Hall w North Derbyshire w 1987 roku. Sponsorem przedsięwzięcia był Rotary International. Sześć nowoczesnych sal, o bardzo zróżnicowanym charakterze, zostało wyposażonych przez angielską firmę Rompa International, której działalność marketingowa w tym okresie znacznie przyczyniła się do rozpropagowania idei Snoezelen, najpierw na Wyspach Brytyjskich, a później w innych częściach świata. Kadra ośrodka Whittington Hall podejmuje też, jako jedna z pierwszych, badania nad skutecznością terapii, znane jako „The Whittington Hall Snoezelen Project”, uzyskując bardzo zachęcające efekty (K. Hutchinson 1991). Szybko powstają nowe sale, w 2004 roku ich liczba w Anglii wynosi około 1000 (E.J. Brecher, 2003).

Do Ameryki Północnej Snoezelen sprowadza firma FlagHouse w 1992 roku. Pierwsza instalacja w Stanach Zjednoczonych powstaje w ośrodku dziennego pobytu w Nowym Jorku, prowadzonym przez organizację działającą na rzecz osób z niepełnosprawnością intelektualną Lifespire¹¹. Następnie następuje szybkie rozpropagowanie na terenie USA, tak że w 2006 roku jest już około 600 ośrodków w których odbywa się Snoezelen (*Snoezelen Room...2006*, s. 4). Liderką działań na gruncie amerykańskim jest doświadczona trenerka Linda Messebauer. Podobnie jak w innych krajach, następne sale buduje się dla niepełnosprawnych intelektualnie, ale także dla osób z innymi dysfunkcjami. Jest to coraz szersze spectrum adresatów: z zaburzeniami emocjonalnymi, problemami zachowania, uzależnionych od narkotyków, umysłowo i fizycznie niepełnosprawnych, po przeżyciach traumatycznych, z chorobą Alzheimera, w depresji, z uszkodzeniami mózgu itp. (*Snoezelen Room...2006*, s. 4). W 2005 roku New York Hospital zdecydował się wprowadzić Snoezelen dla osób zupełnie zdrowych – pielęgniarek tam zatrudnionych, w celu redukcji stresu i poprawienia ich funkcjonowania w pracy (*World Wide Snoezelen...*).

Snoezelen znajduje podatny grunt także w Kanadzie, gdzie również w 1992 roku rozpoczyna działalność pierwsza w tym kraju sala w szpitalu dziecięcym Bloorview Macmillan Children's Centre w Toronto¹². Placówka ta staje się pionierem terapii w tym kraju. Z czasem dysponuje bardzo bogatym wyposażeniem, gdyż trzy lata później, dzięki fundacji Ronald McDonald Children's Charities, zbudowano następną salę w tym szpitalu, służącą wszystkim mieszkańcom miasta. Mats Johan Sundin (hokeista szwedzki), jako prywatny sponsor, dodatkowo ufundował szpitalowi mobilną Salę Doświadczenia Świata. W 2002 roku otwarto tutaj również pierwszy w Kanadzie basen tzw. Wet Snoezelen (*E.J. Snoezelen...*).

¹¹ Dawniej ACRMD

¹² Obecnie Bloorview Kids Rehab

Podobnie jak w Stanach Zjednoczonych, rozwój postępuje bardzo szybko. Wg. danych FlagHause w 2005 roku jest już w tym ogromnym kraju, 450 sal Snoezelen (*Making the...*, 2006, s. 3). Firma ta sama przyznaje, że dystrybucja tego sprzętu to najprężniejsza część ich przedsiębiorstwa (*Snoezelen in North...*).

Do krajów pionierskich zaliczyć też można Izrael. Historia Snoezelen rozpoczęła się tutaj w 1995 roku, w placówce opieki całkowitej w Bnei Zion Medical Center w Hajfie. Kilka lat później jest już w Izraelu 140 sal (E.J. Brecher 2003), a od 2000 roku zatrudnia się tam przeszkolonych terapeutów do prowadzenia tego typu zajęć (J. Merrick i in., 2004, s. 307). Wyróżniającą się placówką jest Beit Issie Shapiro w Raanana, organizacja świadcząca usługi dla dzieci i rodziców, która jako jedna z pierwszych wprowadziła zajęcia Snoezelen. Obok tradycyjnej sali, posiada też basen do zajęć Snoezelen w wodzie oraz klinikę dentystyczną, gdzie Snoezelen wykorzystuje się do walki z bólem. Ośrodek ten wiele miejsca poświęca na rozwój myśli teoretycznej poprzez badania naukowe. Wydaje się w nim również materiały dla praktyków i zajmuje się współpracą na terenie kraju i poza nim. Działaniami tymi kieruje Michelle Shapiro (*Beit Issie...*).

W tym samym czasie Snoezelen jest odkrywany na terenie Japonii. Inicjatorką pierwszych działań w tym kierunku jest Yuko Yamanaka, która podczas pobytu w Europie, zwiedza ośrodek De Hartenberg w Holandii i przeszczepia ideę na swój rodzimy grunt. Pierwsza sala powstała w 1995 roku dzięki wsparciu fundacji dobroczynnej. Od 1998 roku działała już bardzo prężnie Japan Snoezelen Association. Przeciętnie dwa razy w roku organizuje seminaria i warsztaty szkoleniowe, w których bierze udział od 200 do 300 osób z całego kraju. Publikowany jest też co dwa miesiące biuletyn, wydano podręcznik, tłumaczone są publikacje na język japoński oraz rozprowadzane materiały pomocnicze. W rezultacie w Japonii istnieją już setki miejsc w których zainstalowano sprzęt Snoezelen, w tym w co najmniej 60 ośrodkach dla osób z niepełnosprawnością intelektualną. Niezmiernie popularne są tutaj również tzw. „Home delivery Snoezelen” – przenośne zestawy instalowane w domu pacjenta, a także budowanie sal przez osoby prywatne dla niepełnosprawnych członków swojej rodziny (np. dla dzieci). W ten sposób rozpowszechnia się zwyczaj wspólnego rodzinnego „zażywania” Snoezelen (Y. Yamanaka, 2004).

Wymienione kraje były pierwszymi, ale oczywiście Snoezelen praktykuje się już, jak się szacuje, w ponad 30 państwach świata, a ich liczba stale wzrasta. Brakuje niestety wiarygodnych danych, co do rzeczywistego rozmiaru tego zjawiska.

Ponad granicami

Od początku istnienia ruch Snoezelen przybiera charakter międzynarodowy. Sympozja czy konferencje krajowe szybko przekształcają się w spotkania entuzjastów nowej terapii z krajów ościennych. Przykładem może być Second Worldwide

Snoezelen Congress w Neukirchen w 1998 roku, czy 3rd Snoezelen World Congress in Toronto w 1999 roku (*Snoezelen in Deutschland...*, 2000; *Snoezelen in North...*). Działaniom tym jednak brakowało koordynacji.

Milowym krokiem w tym kierunku było dopiero utworzenie stowarzyszenia o charakterze międzynarodowym - International Snoezelen Association (ISNA). Powołano je w 2002 roku z inicjatywy prof. Krysty Mertens z Niemiec i Ada Verheul z Holandii, podczas trwającego na Uniwersytecie im. Humboldta w Berlinie sympozjum „Snoezelen – wiele krajów – wiele koncepcji” Uczestniczyło w nim około 120 uczestników z trzynastu krajów świata (A. Verheul, K. Mertens, 2002). Od tej pory, odbyły się następujące międzynarodowe sympozja:

- „Snoezelen – obszary zastosowań w praktyce” Ede 2003.
- „Świat odkrywa Snoezelen” Berlin 2005.
- „Snoezelen – koncepcje i projekty wspierania” Mitterteich 2006.

Sympozja te gromadzą licznych uczestników, którzy dyskutują i wymieniają się doświadczeniami nad wdrażaniem Snoezelen w różnych instytucjach, dla bardzo zróżnicowanych odbiorców. W ramach sympozjów organizowane są również zajęcia o charakterze warsztatowym, pokazy sal w różnych ośrodkach itp. ISNA stara się nadać temu ruchowi charakter bardziej naukowy, chociaż analiza materiałów pokonferencyjnych uświadamia, że są to spotkania przede wszystkim praktyków. Mimo założenia, aby International Snoezelen Association stał się ogólnosiwiatowym forum wymiany, uczestniczą w nich jednak przede wszystkim reprezentanci krajów europejskich i nieliczni spoza nich, głównie Kanady, Japonii i Izraela. Następne sympozjum planowane jest jesienią 2007 roku w Kanadzie. ISNA wyłoniła też grupę ekspertów – doświadczonych teoretyków i praktyków, na których opiera swą działalność. Są to osoby o bardzo zróżnicowanych profesjach: terapeuci, nauczyciele, lekarze, naukowcy, pracownicy socjalni, psychologowie i inni. Obecnie jest to 57 osób z 16-stu krajów, jednak więcej niż połowa to specjaliści z Niemiec (luty 2007). Ekspersi spotykają się między konferencjami, aby wytyczać dalszy kierunek działań. W 2004 roku spotkanie takie odbyło się w Sztokholmie i Örebro. Cele i zamierzenia stowarzyszenia obejmują całe spektrum zagadnień: współpraca, wymiana, doksztalcanie, teoretyczne podstawy i rozwój. Zamierzenia te są powoli wdrażane, np. ISNA organizuje kursy kwalifikacyjne „International Additional Qualification Snoezelen”, utworzono stronę internetową¹³, zgromadzono listę wydawnictw o Snoezelen itp. (*ISNA International...*). Przed stowarzyszeniem jest jeszcze wiele pracy i znajduje się ono właściwie dopiero na początku swej drogi, jednak obecnie jest najważniejszym forum wymiany międzynarodowej.

Innym przykładem światowej kooperacji były inicjatywy Izraela. Wspomniany już wcześniej ośrodek, Bei Issie Shapiro w Raanana, zorganizował pierwszą w historii tego kraju międzynarodową konferencję dotyczącą Snoezelen nt. „Odkryty świat”. Odbyła się ona w 2004 roku i zgromadziła 360 uczestników,

¹³ <http://www.isna.de>

głównie z Izraela, ale przybyli również przedstawiciele Stanów Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii, Holandii i Kanady. Ośrodek był również organizatorem kursów na Uniwersytecie w Miami na Florydzie (2004), podczas których wspólnie pracowali trenerzy izraelscy i amerykańscy (*A result of...*, 2004).

Ogromne znaczenie posiada możliwość działań skoordynowanych za pomocą sieci internetowej. Spośród wielu portali wyróżnić należy World Wide Snoezelen¹⁴, istniejący od 2004 roku. Inicjatorką oraz założycielką jest Ilse Achterberg, doświadczona holenderska terapeutka i trenerka Snoezelen. Motywy swoje przedstawia następująco:

Wdrażając przez 20 lat Snoezelen w pracy z osobami starszymi z demencją, jednocześnie prowadziłam szereg szkoleń, warsztatów i wykładów na ten temat. Zorientowałam się, że na świecie jest tak wiele osób, o najróżniejszych specjalnościach, które mają wspaniałe pomysły i osiągają zadziwiające rezultaty w podobnej do mojej pracy. Wszystkich nas łączy jednak jeden problem: brak informacji o sobie nawzajem (...). Moją misją i misją portalu, który założyłam, jest upowszechnianie filozofii Snoezelen, przyczynianie się do jej akceptacji i stosowania. Zamierzeniem jest, abyśmy dzielili się wszyscy ważnymi informacjami, dyskutowali, uczyli się od siebie, i w ten sposób byli w stanie rozwijać Snoezelen, aby działania terapeutyczne osiągały coraz wyższy poziom. Nie dla nas samych, lecz dla pożytku naszych klientów i pacjentów, aby czynić ich życie możliwie najlepszym (J. Achterberg, 2007).

Portal prowadzony jest z rozmachem w dziewięciu językach i rzeczywiście staje się ważnym międzynarodowym ruchem. Zamieszcza publikacje, informacje o autorach, zawiadania o wszelkich inicjatywach, szkoleniach, warsztatach, sympozjach. Posiada czat i forum dla użytkowników oraz odnośniki do ważnych adresów on-line. Zapoznając się z zawartością portalu można zorientować się, w jak wielu dziedzinach wykorzystuje się współcześnie Snoezelen: niepełnosprawność intelektualna, zaburzenia autystyczne, trudności szkolne, uszkodzenia mózgu, demencja, zaburzenia psychiatryczne, zwalczanie bólu, redukcja stresu, praca z rodzinami. Portal jest więc miejscem spotkań wielu specjalistów. Przekonać się również można jak szybko i gdzie powstają nowe odmiany: Snoezelen w wodzie, w domu czy ogrodach i parkach, i inne propozycje.

World Wide Snoezelen jednocześnie jest również organizatorem wielu przedsięwzięć, np. prowadzi szkolenia (na razie jedynie w języku holenderskim) we własnej „Worldwidesnoezelen Academy” (*World Wide Snoezelen...*). Zorganizował też pierwszą międzynarodową konferencję nt. „Snoezelen w praktyce”, która odbyła się w Heel w Holandii w 2005 roku. Brało w niej udział ponad 200 uczestników, m.in. z Brazylii, Grecji, Australii, Japonii i Nowej Zelandii. Wygłoszono 14 wykładów i przeprowadzono 26 warsztatów, które są dostępne on-line na World Wide Snoezelen (*Sharing...*, 2006 s.1).

Międzynarodowa współpraca niewątpliwie przyczynia się najbardziej do ewo-

¹⁴ <http://www.worldwidesnoezelen.com/> (luty 2007)

lucji, sprzyjając zwłaszcza rozwojowi badań naukowych.

Czas na puentę

Przedstawiony przegląd uświadamia, że historia Snoezelen rozpoczęła się w latach 70. XX wieku w Holandii i liczy już więcej niż trzy dekady. Powstanie jej możemy zawdzięczać Reinowi Staps, Nielsowi Snoek oraz Klaasowi Schenk, a rozwinięcie i rozpropagowanie Janowi Hulsegge i Adowi Verheul. O jej powstaniu i rozwoju zdecydowało kilka czynników. Przede wszystkim aktywne poszukiwanie przez terapeutów, nowych form pracy, odpowiednich dla osób z głębszym stopniem niepełnosprawności intelektualnej. Zauważyć można, że bezpośredni twórcy to osoby nie związane na stałe z pedagogiką specjalną, co prawdopodobnie generowało niekonwencjonalne pomysły i nowe spojrzenie na zastane problemy. Zwraca również uwagę fakt, jak chętnie i szybko holenderscy pedagodzy specjaliści dzielili się swoimi pomysłami z innymi. Dzięki temu możliwe było nie tylko powstanie, ale również rozpropagowanie tej idei na obszar całego kraju. Jednocześnie jasno widać, że praktyczne działania nie wynikały z konkretnych założeń teoretycznych, co więcej, twórcy nie poszukiwali ich, nie inspirowali się nimi i nie wydaje się, aby odczuwali ich brak. Było to działanie bardziej intuicyjne, niż usprawiedliwione teoretycznymi przesłankami. Jeszcze raz potwierdziła się tutaj, już dawno zaobserwowana w pedagogice specjalnej, tendencja wyprzedzania przez twórczą praktykę teorii, która dopiero później wyrasta na bazie konkretnych działań.

Sama nazwa Snoezelen, która obecnie zdecydowanie dominuje na świecie, jest pochodzenia holenderskiego i zaproponowana została przez jej twórców. Oznacza działania spokojne, nie pozbawione jednak aktywności, łączące się z relaksem i odprężeniem.

Rozwój Snoezelen przebiegał bardzo dynamicznie - już w latach 80. XX w. popularyzuje się w Europie, natomiast do Ameryki Północnej i Australii trafia na początku lat 90. XX w. a pod koniec tego wieku na kontynent azjatycki. Ze względu na wysokie koszty, rozwój ten jest najsilniejszy w krajach najbogatszych i najbardziej rozwiniętych, chociaż i tam zazwyczaj odbywa się na bazie pomocy udzielanej przez fundacje i sponsorów.

Innym elementem rozwoju tej terapii jest udział firm produkujących sprzęt. Jedynie na samym początku rozwój miał charakter spontaniczny, zaraz potem działało się to w cieniu zysków, jakie może Snoezelen przynieść biznesowi. Trudno tutaj określić, czy popularność terapii jest efektem jej użyteczności, czy raczej działalności marketingowej.

Inną konkluzją, którą przyniósł dokonany historyczny przegląd, jest niewątpliwie fakt rozszerzania się odbiorców tej terapii. Stworzona początkowo jedynie dla głęboko niepełnosprawnych intelektualnie, staje się z czasem bardzo użyteczna dla szerokich grup odbiorców. Co więcej, elementy Snoezelen stają się powoli propozycją dla pełnosprawnych, zarówno dzieci, jak i dorosłych, jako środek relaksujący bądź zabawowy. Formy terapii również ewoluują – od prostej, skromnej

sali do przestrzennych pawilonów z wieloma pokojami, od ścisłego rozumienia terapii jako sztucznie utworzonego środowiska do wykorzystywania otwartych przestrzeni i elementów naturalnej przyrody, od statycznych sal do instalacji mobilnych oraz zestawów podręcznych przynoszonych do łóżka pacjenta.

Pionierzy Snoezelen zdołali doprowadzić na początku XXI wieku do utworzenia struktur światowej współpracy. Sformułowała się też grupa międzynarodowych działaczy, trenerów i koordynatorów. Powoli obserwować można budowanie naukowych podstaw terapii, chociaż w tej kwestii jest jeszcze wiele do zrobienia.

Prezentowany artykuł omawia historyczny rozwój terapii Snoezelen na świecie. Potwierdza fakt, że praktyczne, intuicyjne działania są czynione z wielkim rozmachem i wyprzedzają naukową refleksję. Jest to fascynujący proces, który właściwie od początku istnienia pedagogiki specjalnej rozgrywa się wciąż od nowa, budząc te same pytania i wątpliwości. Historia jednak uczy, że intuicja zawodzi praktyka niezmiernie rzadko. Mając taką nadzieję, autorka wierzy, że warto było pisać ten artykuł.

Bibliografia

- A result of International Cooperation: Israel, New York and Miami conduct Snoezeltraining together* (2004), The World Wide Snoezelen Team, <http://www.worldwidesnoezelen.com/content/view/199/242/lang/en/> (luty 2007).
- Achterberg I. (2007), *Welcome at my Snoezelen internet portal, World Wide Snoezelen*, <http://www.worldwidesnoezelen.com/content/view/20/1/lang/en/> (luty 2007).
- Ad Verheul (2004), The World Wide Snoezelen Team, <http://www.worldwidesnoezelen.com/content/view/149/205/lang/en/> (luty 2007).
- Beit Issie Shapiro Amutat Avi*, <http://www.beitissie.co.il/index.htm> (luty 2007).
- Brecher E.J. (2003), *Room is ray of hope for brain-damaged kids*, *The Miami Herald*, January 15.
- Cost plan for a Snoezelenroom. ISNA International Snoezelen Association*, <http://www.isna.de/education/kostenplansnoezelenraume.html> (luty 2007).
- Hulsegge J., Verheul A. (1993), *Snoezelen, nieco inny świat*, opracowanie Agnieszka Smrokowska, Kraków, Gielas Rehabilitation – Technik GmbH.
- Hulsegge J., Verheul A. (1989), *Snoezelen-Een andere Wereld. Een Praktijkboek voor de Zwaksinnigenzorg*, Nijkerk, Uitgeverij Intro,.
- Hutchinson R. (1991), *The Whittington Hall Snoezelen Project*, North Derbyshire Health Authority.
- ISNA International Snoezelen Association*, <http://www.isna.de/index3.html> (luty 2007).
- Kwok HWM, To YF, Sung HF (2003), *The application of a multisensory Snoezelen room for people with learning disabilities – Hong Kong experience*, „Hong Kong Med J”, 9, 2.
- Lancioni G.E., Cuvo A.J. O’Reilly M.E. (2002), *Snoezelen: an overview of research with people with developmental disabilities and dementia*, *Disabil. Rehabil*, 10, 24, 4.
- Making the community connection with Snoezelen* (2006), „*Snoezelen Sensations*” Winter, 5, 1, Toronto, Bloorview MacMillan Children’s Centre.
- Merrick J., Cahana C., Lotan M., Kandel I., Carmeli E. (2004), *Snoezelen or controlled multisensory stimulation*. Treatment aspects from Israel, *Scientific World Journal*, 4.
- Mertens K. *Sensory stimulation and relaxation in special interior rooms*, <http://www.isna>.

- de/schreiben/radh-snoezelen.html (luty 2007).
- Mertens K. (2005), *Snoezelen – Anwendungspelder in der Praxis*, Dortmund.
- Mertens K. (2003), *Snoezelen – Eine Einführung in die Praxis*, Dortmund.
- Mertens K., Noh A. (2005), *Report about the 3rd International Snoezelen Symposium 9.09.2005-1.10.2005*, ISNA International Snoezelen Association, <http://www.isna.de/index2e.html> (luty 2007).
- Sharing Snoezelen with the world* (2006) „Snoezelen Sensations”, 5, 1, Toronto, Bloorview MacMillan Children’s Centre.
- Snoek Niels (2005), *Het ontstaan, begin en de oorsprong van snoezelen*, <http://www.worldwidesnoezelen.com/content/view/438/227/lang/en/> (luty 2007).
- Snoezelen, Toronto, Bloorview Kids Rehab*, <http://www.bloorview.ca/services/snoezelen.htm> (luty 2007).
- Snoezelen in Deutschland. Berichte vom 2. Snoezelen-Weltkongress 1998 in Neukirchen und dem 1. Deutschen Snoezelen-Kongress 1999 in Düsseldorf* (2000) Deutsche Snoezelen-Stiftung.
- Snoezelen in North America*, Flaghouse, http://www.flaghouse.com/northamerica_AL.asp (luty 2007).
- Snoezelen Room is built for Residents* (2006) „Orchard Times” *The Children’s Home of Wheeling, Inc.*, Spring.
- Technical Solutions Australia*, <http://www.tecsol.com.au/index.html> (luty 2007).
- Verheul A. (2005) *The history and development of Snoezelen. Lessons for the future, Main Lecture at The WWS Conference*, <http://www.worldwidesnoezelen.com/images/stories/docs/wwsconference2005/lecture172adverheul.pdf> (luty 2007).
- Verheul A., Mertens K. (2002) *Report of the International Snoezelen Symposium in Berlin 2002*, ISNA International Snoezelen Association, <http://www.isna.de/index2e.html> (luty 2007).
- Wikipedia, the free encyclopedia- Snoezelen* (2007), <http://en.wikipedia.org/wiki/Snoezelen> (luty 2007).
- World Wide Snoezelen*, <http://www.worldwidesnoezelen.com/content/view/20/1/lang/en/> (luty 2007).
- Yamanaka Y. (2004), *Snoezelen in Japan. The start of the Japanese Snoezelen Association*, World Wide Snoezelen, <http://www.worldwidesnoezelen.com/content/view/188/242/1/0/lang/en/> (luty 2007).

Repozytorium



UMK

Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną

pod redakcją naukową

Jacka J. Błęszyńskiego, Ditty Baczały i Józefa Binnebesela

Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej w Łodzi 2008

Agnieszka Wałęga

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

LUMINARZE POLSKIEJ PEDAGOGIKI SPECJALNEJ

Janina Doroszevska (pedagogika lecznicza)

Rys biograficzny: Urodzona 7 kwietnia 1900 roku w Łodzi, zmarła w październiku 1979 roku. W dzieciństwie uczestniczyła w tajnych kompletach prowadzonych przez Stefanię Sempołowską, po ukończeniu w 1918 roku szkoły średniej rozpoczęła studia filozoficzne na Uniwersytecie w Warszawie. W 1928 roku otrzymała stopień doktora filozofii. Równoległe ze studiami uczyła się w Szkole Pielęgniarskiej Czerwonego Krzyża, gdzie uzyskała zawodowe uprawnienia pielęgniarskie. Dużo podróżowała (Paryż, Ameryka) i gromadziła materiały dotyczące funkcjonowania zagranicznych placówek opiekuńczo-wychowawczych.

Wkład do pedagogiki specjalnej: Ku pedagogice specjalnej skierowały ją doświadczenia z pracy pielęgniarskiej oraz spotkanie z Różą Czacką – w latach 1940-1945 pracowała pod jej kierunkiem w Laskach jako kierownik wychowawczy Zakładu dla Niewidomych. Szczególnie dużo uwagi poświęcała wówczas niewidomym, głęboko upośledzonym dzieciom. Po wojnie nawiązała współpracę z Marią Grzegorzewską i została pierwszą w Polsce wychowawczynią szpitalną, w ramach uruchomionego, przez Instytut Pedagogiki Specjalnej, w Szpitalu Dziecięcym w Warszawie, Działu Dzieci Przewlekle Chorych i Kalekich. Od 1963 roku była zastępczynią Grzegorzewskiej w Instytucie. Gdy zaś tam utworzono centralny Ośrodek Metodyczny dla Szkolnictwa Specjalnego – nadzorowała w nim sprawy związane ze szkolnictwem dla dzieci kalekich i przewlekle chorych. Pracowała również jako adiunkt w pierwszej w Polsce Katedrze Pedagogiki Specjalnej utworzonej w roku 1957 na Uniwersytecie Warszawskim.

Autorka oryginalnej klasyfikacji pedagogiki specjalnej „na zasadzie mechanizmu adaptacji”. Stwierdziła, że wszystkie dzieci niepełnosprawne mają kłopoty z adaptacją w życiu, a czynniki warunkujące te problemy podzieliła na wewnętrzne pochodne (np. niewłaściwe działanie zmysłów, zakłócenia w odbiorze bodźców)

oraz wynikające ze szkodliwych wpływów zewnętrznych otoczenia (np. brak kontaktu z rodzicami). Dokonała klasyfikacji poziomów wysiłkowych dzieci oraz określiła stopień obciążenia dzieci chorych przewlekle i zagrożonych kalectwem. Umożliwiło to właściwą organizację nauczania w organizowanych na terenie zakładów leczniczych szkołach.

Stworzyła podstawy wiedzy o psychopedagogicznych aspektach sytuacji przewlekle chorego dziecka i konieczności udzielania mu wsparcia przez nauczyciela-wychowawcę. Opracowała zasady współpracy lekarzy i nauczycieli-wychowawców w placówkach leczniczych. Uznała, że choroba wywiera negatywny wpływ nie tylko na układ somatyczny dziecka, ale i na jego układ nerwowy. Przedstawiła i określiła zadania wychowania terapeutycznego w zakładach leczniczych, które miało zmniejszać negatywne skutki choroby i pobytu w szpitalu w życiu dziecka. To dzięki niej w Polsce podjęto na szeroką skalę nauczanie dzieci w zakładach leczniczych. Zwróciła uwagę na relatywność pojęcia „norma” w pedagogice. Scharakteryzowała także zjawisko „typowego przemęczenia szkolnego”.

Publikacje (wybór, autorka około 70 publikacji z zakresu pedagogiki specjalnej):

1. *Terapia wychowawcza. Podstawy teoretyczne pracy wychowawczej nad dziećmi przewlekle chorymi w zakładach leczniczych*, Wrocław 1957.
2. *Stefania Sempolowska. Wspomnienia*, Warszawa 1959.
3. *Nauczyciel-wychowawca w zakładzie leczniczym*, Warszawa 1963.
4. *Pedagogika specjalna*, Ossolineum 1981.
5. *Z pracy w zakładach specjalnych (materiały wychowawcze)*, „Szkoła Specjalna” 1947/1948, nr 1–4.
6. *Zajęcia pozalekcyjne w dziecięcych zakładach leczniczych*, „Pediatria Polska” 1951, nr 8.
7. *Uzasadnienie konieczności wprowadzenia do szpitali dziecięcych etatów pedagogów szpitalnych i wychowawczyń oddziałowych*, „Pediatria Polska” 1953, nr 6.
8. *Uzasadnienie potrzeby terapeutyczności wychowania w zakładach leczniczych w świetle patofizjologii korowotrzewnej*, *Studia Pedagogiczne*, t. 2, Wrocław 1955 (wraz z M. Grzegorzewską).
9. *Zestawienie ogólnej problematyki pracy terapeutyczno-wychowawczej w zakładzie leczniczym*, „Szkoła Specjalna” 1961, nr 2.
10. *Zagadnienie adaptacji w świetle pedagogiki specjalnej*, „Szkoła Specjalna” 1962, nr 4.
11. *Klasyfikacja psychopedagogiki specjalnej na zasadzie mechanizmu adaptacji*, [w:] *Materiały do nauczania psychologii*, pod red. L. Wołoszynowej, seria IV, t. 2, Warszawa 1966.
12. *O spojrzenie od strony pozytywnych mechanizmów samoobronnych na dziecko głęboko upośledzone*, „Szkoła Specjalna” 1968, nr 4.
13. *Stan i rozwój polskiej pedagogiki specjalnej*, [w:] *Stan i perspektywy rozwoju nauk pedagogicznych*, pod red. W. Okonia, Warszawa 1976.

Literatura:

1. Wywiad z prof. dr J. Doroszewską: *O tych, którzy doprowadzili mnie do peda-*

gogiki specjalnej, „Nowa Szkoła” 1976, nr 6.

2. Coner D., Jakubowski M., *Życie, poglądy i działalność Janiny Doroszewskiej (w 80. rocznicę urodzin)*, „Ruch Pedagogiczny” 1980, nr 5.

3. Janeczko R., *Janina Doroszevska – życie i działalność (1900–1979)*, „Szkoła Specjalna” 1980, nr 1.

4. Lipkowski O., *Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie 1922–1982*, Warszawa 1983, s. 50–52.

5. Marzec D., *Janina Doroszevska prekursor teorii i praktyki opiekuńczo-terapeutycznej*, Częstochowa 1993 (tam kompletna bibliografia prac J. Doroszewskiej).

6. Gasik W., Pańczyk J., *Czołowi polscy pedagodzy specjalni oraz absolwenci PIPS i WSPS z lat 1971–1996*, Warszawa 1997, s. 14–15.

7. Janeczko R., *Janina Doroszevska (1900–1979)*, „Szkoła Specjalna” 1998, numer specjalny zawierający noty biograficzne osób, które wniosły szczególnie wkład w rozwój pedagogiki specjalnej, s. 209–213.

Natalia Han-Ilgiewicz (resocjalizacja)

Rys biograficzny: Urodzona 21 maja 1895 roku w Warszawie, zmarła 13 sierpnia 1978 roku. Edukację początkową pobierała w domu pod opieką rodziców, uczyła się języków obcych i wiele podróżowała z matką po Europie. W wieku 15 lat rozpoczęła naukę w prywatnym gimnazjum w Tomsku, gdzie w ostatniej klasie dziewczęta otrzymywały przygotowanie pedagogiczne do pracy nauczycielskiej. Ukończyła także kurs dla pielęgniarek. Pracowała jako nauczycielka i jednocześnie podjęła studia prawnicze w Tomsku. W 1924 roku zapisała się na zajęcia w Państwowym Instytucie Pedagogiki Specjalnej, gdzie wybrała specjalizację związaną z dziećmi moralnie zaniedbanymi (dyplom uzyskała w 1926 roku). Jednocześnie wznowiła starania o nostryfikację dyplomu prawniczego z Tomska. Przekroczenie terminów zmusiło ją do ponownego zdawania kilku egzaminów, w roku 1929 otrzymała dyplom magistra prawa Uniwersytetu w Wilnie. Wiele podróżowała, zwiedzając europejskie zakłady wychowawcze i sądy dla nieletnich. W 1939 roku złożyła egzaminy doktorskie, pracę doktorską o konflikcie dziecka z prawem karnym przygotowała pod kierunkiem prof. Bronisława Wróblewskiego.

Wkład do pedagogiki specjalnej: Pracę w zakresie pedagogiki specjalnej rozpoczęła w Irkucku, gdzie pracowała w Ludowym Komisariacie Oświaty, najpierw w zakładzie dla ociemniałych, potem w komisji do walki z przestępczością nieletnich. (Wówczas przeprowadziła pionierski wyjazd kolonijny dla młodocianych przestępców, który zakończył się sukcesem. Zabrała wtedy nad Bajkał 19 nieletnich chłopców, każdy z nich wszedł w konflikt z prawem, a ponadto miał trudne relacje rodzinne. Sama wypracowała metody postępowania, w opiece nad wychowankami pomagał jej jedynie były więzień Piotr Iwanowicz). Z Irkucka wyjechała

do Piotrogradu – tam pracowała w Zakładzie dla Dzieci Niewidomych, a następnie do Wilna, gdzie była nauczycielką w podwileńskim Zakładzie Wychowawczo-Poprawczym Ministerstwa Sprawiedliwości w Wielunianach. W 1923 roku, po spotkaniu M. Grzegorzewskiej, objęła w Warszawie posadę kierowniczką szkoły Towarzystwa Opieki nad Ociemniałymi, przy ulicy Polnej. W szkole tej poznała Różę Czacką. Od 1925 roku podjęła pracę w szkole dla dzieci moralnie zaniedbanych w Warszawie, od 1929 została jej kierowniczką. W 1935 przeniosła się z Warszawy do Wilna i objęła kierownictwo kolejnej szkoły specjalnej. Po wojnie postanowiła opuścić Litwę i osiedliła się w Łodzi, gdzie podjęła pracę w publicznej szkole powszechnej dla chłopców moralnie zaniedbanych. W 1945 roku została ministerialną wizytatorską zakładów i domów dziecięcych-specjalnych. W 1947 utworzyła publiczną Szkołę Specjalną w Reymontówce pod Łodzią dla dzieci z problemami charakterologicznymi, którą przez pewien kierowała. Od października 1946 roku pracowała na Uniwersytecie Łódzkim jako adiunkt w Katedrze Psychologii Ogólnej i Eksperymentalnej, wykladała także w PIPS oraz w łódzkiej filii Państwowego Instytutu Higieny Psychiczej.

Stworzyła podstawy pedagogiki resocjalizacyjnej w Polsce, akcentowała znaczenie profilaktyki, jej zdaniem wychowanie dawało lepsze rezultaty niż kary i represje. Propagowała placówki o charakterze otwartym, opartym na dobrowolnym uczestnictwie dzieci i młodzieży w zajęciach (zasady te realizowała w szkole nr 137 działającej na warszawskim Bródnie). Wiele lat poświęciła badaniom nad ustalaniem typów indywidualnych reakcji dzieci na różne rodzaje bodźców. W ich wyniku wyróżniła: typ ideowy, wyrachowany, wpływowy i nawykowy (publikacja 1). W swoich pracach oprócz rozważań teoretycznych zamieszczała także opisy konkretnych przypadków i sytuacji pedagogicznych, z którymi zetknęła się w trakcie swojej pracy wychowawczej. To łączenie perspektyw teoretyka i praktyka w zakresie resocjalizacji było niezwykle istotne dla rozwoju tego działu pedagogiki specjalnej. Dzięki temu mogła ona przedstawić zarówno przekonującą analizę przyczyn zjawiska społecznego niedostosowania, jak i sposoby zapobiegania i niwelowania negatywnych zachowań młodzieży poprzez odpowiednio zorganizowane oddziaływania wychowawcze. Wiele uwagi poświęciła znaczeniu więzi rodzinnych w resocjalizacji. Twierdziła, że w każdym wychowanku należy znaleźć cechy pozytywne i na ich bazować w pracy wychowawczej. Określiła również metody gromadzenia przez pedagogów materiałów obserwacyjnych. Jest autorką pierwszej w Polsce pracy z dziedziny kryminologii nieletnich (publikacja 5).

Publikacje (wybór, autorka 83 szkiców, artykułów i rozpraw):

1. *Nieznośni chłopcy. Typy plastyczności psychicznej w diagnostyce szkolnej*, Warszawa 1958.
2. *Potrzeby psychiczne dziecka. Refleksje charakterologiczne*, Warszawa 1959.
3. *Trudności wychowawcze i ich tło psychiczne*, Warszawa 1961.
4. *W naszej szkole. Reminiscencje o warszawskiej szkole dla chłopców społecznie niedostosowanych*, Warszawa 1962.
5. *Dziecko w konflikcie z prawem karnym*, Warszawa 1965.

6. *Więź rodzinna w aspekcie pedagogiki specjalnej*, Warszawa 1966.
7. *W poszukiwaniu dróg resocjalizacji*, Warszawa 1967.
8. *Dziecko w konflikcie z rodziną*, Warszawa 1969.
9. *Gawędy o wychowaniu*, Warszawa 1970.
10. *Mozaikowe ścieżki*, Warszawa 1975.

Literatura:

1. Lipkowski O., *Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie 1922–1982*, Warszawa 1983, s. 52–54.
2. Han-Ilgiewicz N., *Pisma, szkice, artykuły, rozprawy, zebrał i wstępem poprzedził K. Poznański*, Warszawa 1995 (tam zarys biografii i pełna bibliografia prac).
3. Gasik W., Pańczyk J., *Człotowi polscy pedagodzy specjalni oraz absolwenci PIPS i WSPS z lat 1971–1996*, Warszawa 1997, s. 18–19.
4. Rychlik A., *Natalia Han-Ilgiewicz (1895–1978)*, „Szkoła Specjalna” 1998, numer specjalny zawierający noty biograficzne osób, które wniosły szczególnie wkład w rozwój pedagogiki specjalnej, s. 226–231.

Maria Grzegorzewska – twórczyni polskiej pedagogiki specjalnej

Rys biograficzny: Urodzona 18 kwietnia 1888 roku we wsi Wołacza, koło Rawy Mazowieckiej, zm. 7 maja 1967 roku w Warszawie. Edukację pobierała w Warszawie – na pensji pani Kotwickiej oraz w szkole Pauliny Hewelke, którą ukończyła w roku 1907. Zapisała się wówczas na roczny kurs przygotowawczy do studiów wyższych zorganizowany przy Wydziale Matematyczno-Przyrodniczym UW. Jej aktywna działalność społeczno-oświatowa, prowadzona w ramach młodzieżowych organizacji socjalistycznych, zmusiła ją do wyjazdu z Warszawy na Litwę, gdzie pracowała jako nauczycielka domowa. W 1900 podjęła studia przyrodnicze na UJ oraz pracę wykładowcy w Uniwersytecie Ludowym Adama Mickiewicza. Choroba i problemy osobiste zmusiły ją do przerwania studiów, w 1913 roku wyjeżdża do Brukseli, gdzie podejmuje naukę w Fakultecie Pedologicznym Józefy Joteyko. W czasie I wojny światowej wraz z Joteyko przeniosła się do Paryża, gdzie podjęła, uwieńczone w roku 1916 doktoratem z zakresu estetyki, studia na Sorbonie. Była współredaktorką, wydawanych przez Polską Ligę Nauczania i Wychowania w Paryżu, „Roczników Polskiej Ligi Nauczania”.

Wkład do pedagogiki specjalnej: W czasie pobytu w Paryżu, pod wpływem wizyty w szpitalu dla upośledzonych umysłowo w Bicêtre, zwróciła swoje zainteresowania ku pedagogice specjalnej i podjęła pracę w tamtejszej szkole specjalnej. W 1919 roku wróciła do Polski i objęła utworzone specjalnie dla niej w MWRiOP stanowisko referenta do spraw szkolnictwa specjalnego. Jako wizytator ministerstwa nadzorowała organizację szkół specjalnych oraz spra-

wy przygotowania dla nich odpowiednio wykształconej kadry. Organizowała kursy i seminaria pedagogiki specjalnej, które stały się podstawą do utworzenia Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej, którego została dyrektorem. Od 1924 roku kierowała Sekcją Szkolnictwa Specjalnego Związku Polskiego Nauczycielstwa Szkół Powszechnych, założyła wówczas i redagowała kwartalnik „Szkoła Specjalna”, a w 1925 roku zwołała pierwszy w Polsce Zjazd Nauczycieli Szkół Specjalnych. Wspólnie z Władysławem Radwanem w 1930 roku założyła Państwowy Instytut Nauczycielski. Redagowała „Polskie Archiwum Psychologii” (w latach 1930–1934). W 1938 roku została członkiem Wydziału Wykonawczego Międzynarodowego Towarzystwa Pedagogiki Lecznicznej. W okresie II wojny światowej pracowała w szkolnictwie specjalnym w Warszawie oraz angażowała się w tajną działalność oświatową Delegatury Rządu na Kraj. Po 1945 odbudowywała PIPS, redagowała „Ruch Pedagogiczny” oraz przewodniczyła Wydziałowi Pedagogicznemu ZNP. W latach 1958–1960 kierowała pierwszą w Polsce katedrą Pedagogiki Specjalnej na UW. Przez wiele lat działała aktywnie w Polskim Związku Głuchych i Niewidomych.

Wniosła znaczny wkład w rozwój polskiej psychiatrii dziecięcej i profilaktyki psychiatrycznej. Interesowała się również pedeutologią w kontekście osobowości nauczyciela i wychowawcy i jego kształcenia. Przede wszystkim jednak jest uważana za twórczynię polskiej pedagogiki specjalnej, gdyż to ona jako pierwsza określiła zakres, przedmiot, podstawy metodologiczne tej nowej dyscypliny pedagogicznej oraz podstawowe wskazówki w zakresie praktycznej działalności rewalidacyjnej. Zajmowała się wszystkimi działami pedagogiki specjalnej – oligofrenopedagogiką, surdopedagogiką, tyflopedagogiką, pedagogiką resocjalizacyjną i terapeutyczną. Dostosowała metodę ośrodków zainteresowań O. Decroly’ego do potrzeb polskich szkół specjalnych jako tzw. metodę ośrodków pracy. Propagowała globalne ujmowanie odchyleń od normy, podjęła zagadnienia kompensacji w rewalidacji niepełnosprawnych, tworząc teorie dynamicznych układów strukturalnych. Dużo uwagi poświęciła także problematyce kształcenia nauczycieli. Jej hasło to „Nie ma kaleki jest człowiek”.

Publikacje (wybór, łącznie autorka około 165 publikacji):

1. *O konieczności zorganizowania specjalnego szkolnictwa dla dzieci anormalnych w Polsce*, „Roczniki Polskiej Ligi Nauczania”, t. 1: 1918, z. 3–4.
2. *Uwagi wstępne w sprawie opieki wychowawczej nad dziećmi anormalnymi*, „Szkoła Powszechna”, R. 2: 1921, z. 3–4.
3. *Znaczenie psychopedagogiki dziecka anormalnego w studiach nauczyciela*, „Ruch Pedagogiczny”, R. 8/16: 1921, nr 1/3.
4. *Struktura psychiczna tzw. „zmysłu przeszkód” niewidomych*, „Szkoła Specjalna”, t. 2: 1925/1926, nr 4 i osobne odb., Warszawa 1926.
5. *Wyobrażenia wzrokowe u niewidomych*, „Szkoła Specjalna”, t. 2: 1925/1926, nr 3 i osobne odb., Warszawa 1926.
6. *Głuchociemni*, „Szkoła Specjalna”, t. 4: 1927/1928, nr 1, 3–4, osobne odb., Warszawa 1928.
7. *Rys charakterystyki opieki wychowawczej nad upośledzonymi umysłowo*

- w Polsce i za granicą*, „Szkoła Specjalna”, t. 4: 1927/28, nr 2/4.
8. *Sądy dla nieletnich jako jeden z czynników profilaktyki przestępczości i projekty reform w tej dziedzinie*, „Szkoła Specjalna”, t.6: 1929/30, nr 4.
 9. *Syntetyczny obraz metody „ośrodków pracy” z punktu widzenia jej wartości usprawniających*, „Szkoła Specjalna”, t. 20: 1959, nr 1/2.
 10. *Kształcenie nauczycieli- wychowawców szkolnictwa specjalnego w Polsce. (Na tle całokształtu prac Instytutu Pedagogiki Specjalnej)*, „Kwartalnik Pedagogiczny”, R. 8: 1956, nr 2 i osobne odb., Warszawa 1963.
 11. *Postawa kuratora sądowego wobec nieletniego znajdującego się w warunkach wykołejenia*, „Szkoła Specjalna”, t. 28: 1967, nr 2.
 12. *Psychologia niewidomych*, t. I, Naukowe Towarzystwo Pedagogiczne, Kraków b.r.w.
 13. *Listy do Młodego Nauczyciela, seria I*, Warszawa 1947; seria II, Warszawa 1958; seria III, Warszawa 1961.
 14. *Pedagogika lecznicza. Skrypt wykładów*, Instytut Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 1952/1953.

Literatura:

1. Lipkowski O., *Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie 1922–1982*, Warszawa 1983, s. 39–44.
2. *Maria Grzegorzewska. Pedagog w służbie dzieci niepełnosprawnych*, pod red. E. Żabczyńskiej, Warszawa 1985. (tam pełna bibliografia jej prac).
3. *Stulecie urodzin Marii Grzegorzewskiej. Materiały z sesji naukowej*, pod red. E. Dąbrowskiej, Warszawa 1990.
4. Gasik W., Pańczyk J., *Człotowi polscy pedagodzy specjalni oraz absolwenci PIPS i WSPS z lat 1971–1996*, Warszawa 1997, s. 7–8.
5. Tomasiak E., „*Ocalić od zapomnienia...*” *Maria Grzegorzewska w relacjach ze współczesnymi*, Warszawa 1998.
6. Okoń W., *Wizerunki sławnych pedagogów polskich*, Warszawa 2000, s. 123–145.

Jakub Falkowski (surdopedagogika)

Rys biograficzny: Urodzony 29 kwietnia 1775 roku na Podlasiu. Do 7 roku życia nauczano go w domu, później do 17 roku życia uczył się w szkołach w Siemiatyczach i Drohiczynie. W 1792 roku zdecydował się wstąpić do zakonu pijarów i przez trzy lata kontynuował edukację w Szczuczynie i w Łomży. W wieku 21 lat rozpoczął pracę nauczyciela szkoły początkowej w Szczuczynie oraz zajął się pozyskiwaniem środków finansowych na pomoc dla najbardziej potrzebujących uczniów. Po ośmiu latach został prefektem wszystkich szkół w Szczuczynie, które wówczas reprezentowały wysoki poziom naukowy. W wiedeńskim Instytucie Głuchoniemych w 1816 roku uzyskał on dyplom w zakresie nauczania i wychowania głuchoniemych, a po powrocie do kraju doktoryzował się w Krakowie z filozo-

fii na podstawie dysertacji dotyczącej kształcenia i wychowania głuchoniemych.

Wkład do pedagogiki specjalnej: Po raz pierwszy zetknął się bliżej z problematyką pedagogiki specjalnej, gdy podjął się opieki nad głuchym siedmiolatkiem Piotrem Gąsowskim. Przerwał jednak działalność w tym zakresie i na półtora roku wyjechał do Berlina, gdzie poznawał zasady funkcjonowania tamtejszych szkół. Po powrocie został nauczycielem w Drohiczynie, a od 1807 znów w Szczuczynie, i powrócił do pracy z Gąsowskim. Praca ta jednak początkowo, nie przynosiła żadnych efektów. Dopiero po zastosowaniu metody dźwiękowej, którą zresztą Falkowski przypadkiem poznał w Lipsku, chłopiec zaczął robić postępy. Trzeba podkreślić, że Gąsowski uczył się w szkole dla słyszących. Falkowski przedstawił go nawet w Izbie Edukacyjnej oraz w Towarzystwie Przyjaciół Nauk w Warszawie.

W roku 1815 w Królestwie Polskim planowano utworzenie Instytutu Głuchoniemych. Falkowskiego wysłano wówczas do Niemiec, by poznał tamtejsze zakłady dla głuchych. W Wiedniu poznał on wtedy polskiego lekarza Jana Siestrzyńskiego, który także interesował się nauczaniem dzieci głuchych. Razem wrócili do Polski i podjęli współpracę. Władze Królestwa Polskiego upoważniły Falkowskiego do zorganizowania zakładu dla dzieci głuchych i ociemniałych. Powstał on początkowo w roku 1816 w Szczuczynie, a po roku został przeniesiony do Warszawy. Falkowski do roku 1831 był rektorem tej placówki, która zawdzięcza mu znaczny rozwój, m.in. nowy gmach przy placu Trzech Krzyży. Na utrzymanie Instytutu przeznaczał on wszystkie swoje dochody. Było to tym istotniejsze, że zakład przyjmował wiele dzieci ubogich, które nie mogły płacić za swój pobyt. Podjął się także tłumaczenia prac W. A. Jägera – dotyczących nauczania głuchych (część tłumaczenia pozostawił w rękopisie).

Publikacje:

1. *O Instytucie Głuchoniemych Warszawskim*, Warszawa 1819.
2. *O trudniących się nauczaniem głuchoniemych od XVI wieku*, Warszawa 1820.
3. *O początkach i postępie Instytutu Warszawskiego Głuchoniemych oraz niektóre jego urzędzenia*, Warszawa 1823.

Literatura:

1. Manteufflowa M., *Falkowski Jakub*, [w:] *Polski Słownik Biograficzny*, t. VI, Kraków 1948, s. 361–362.
2. Nurowski E., *Ksiądz Franciszek Jakub Falkowski (1775–1848)*, „Szkola Specjalna” 1998, numer specjalny zawierający noty biograficzne osób, które wniosły szczególny wkład w rozwój pedagogiki specjalnej, s. 218–222.
3. *Dzieje szkolnictwa i pedagogiki specjalnej*, pod red. S. Mauersberga, Warszawa 1990, s. 36–39.

Róża Czacka (tyflopedagogika)

Rys bibliograficzny: Urodzona 22 października 1876 roku w Biełocerkwi na Ukrainie, gdzie mieszkała do roku 1882 i odbierała pierwszą edukację – domową

– pod okiem matki i francuskiej nauczycielki. Po 1882 przeniosła się z rodzicami do Warszawy, nadal uczyła się w domu. Dużą wagę w jej wykształceniu przykładano do znajomości języków obcych. Róża dużo czytała, grała na pianinie, jeździła konno, uczyła się prac kobiecych i prowadzenia gospodarstwa domowego. Wiele uwagi poświęcała też praktykom religijnym. Problemy ze wzrokiem były dość częste w jej rodzinie- Róża zmagала się z nimi wiele lat i ostatecznie w wieku 22 lat całkowicie straciła wzrok. Pomimo tego ograniczenia potrafiła jednak zachować szeroki zakres samodzielności. W 1908 roku, bez niczyjej pomocy, opanowała pismo brajla. W roku 1914 została przyjęta do Sodalicji mariańskiej, która działała tajnie przy klasztorze sióstr niepokalanek w Szymanowie, a trzy lata później złożyła śluby zakonne u franciszkanów i przyjęła imię Elżbieta. Lata I wojny światowej spędziła w Żytomierzu, gdzie także wspierała niewidomych. Po wojnie powróciła do Warszawy. W 1918 roku założyła, zatwierdzone w roku 1922, zgromadzenie „franciszkanek służebnic Krzyża”. Zmarła 15 maja 1961 roku.

Wkład do pedagogiki specjalnej: Początkowo chciała się zaangażować w prace warszawskiego Instytutu Głuchoniemych i Ociemniałych. Ostatecznie uznała jednak, że placówka ta nie przygotowuje w swoich wychowanków do samodzielności. Wówczas pomyślała o stworzeniu własnej placówki dla niewidomych. Rozpoczęła zabiegi wokół gromadzenia niezbędnych funduszy. W 1910 roku uruchomiła pierwsze prywatne schronisko dla niewidomych dziewcząt, w którym uczono je brajla oraz wdrażano do pracy (koszykarstwo, wyplatanie krzeseł, dziewiarstwo ręczne). W latach 1911–1913 odbyła kilka zagranicznych podróży, by poznać tamtejsze działania w zakresie opieki nad niewidomymi (głównie francuskie – we Francji poznała Maurice’a de la Sizzerane’a, wybitnego francuskiego ociemniałego tyflogologa, który wywarł na nią duży wpływ). Środki na utrzymanie swojego zakładu czerpała głównie od rodziny i znajomych, niestety były one niewystarczające. Dlatego postanowiła założyć legalną organizację, która objęłaby opieką całokształt spraw osób niewidomych w Polsce. W wyniku podjętych przez nią działań w roku 1911 władze rosyjskie uznały statut Towarzystwa Opieki nad Ociemniałymi. Do roku 1914 Towarzystwo zorganizowało szkołę dla chłopców, ochronkę dla dzieci, warsztat z internatem dla mężczyzn, patronat dla osób niewidomych, przytułek dla staruszek z warszatem wyrobu papierowych torebek, biuro przepisywania książek metodą brajla oraz bibliotekę brajlowską.

W roku szkolnym 1919/1920 otwarto dla niewidomych szkołę z programem powszechnej szkoły dla dzieci widzących. W tym samym czasie Róża Czacka umieściła pierwszego niewidomego ucznia w szkole dla widzących dzieci. W 1921 roku dzięki staraniom Towarzystwa dokonano pierwszego w Polsce spisu niewidomych, który wykazał 1973 osoby. W tym samym roku przeniosła swój zakład do Lasek (dzięki darowiźnie Antoniego Daszewskiego). W roku 1932 szkoła w Laskach osiągnęła status szkoły powszechnej, liczyła prawie 100 uczniów i 7 klas. W 1937 przyjęto do Lasek kilku niewidomych chłopców upośledzonych umysłowo. Istniały tam już wówczas dwie 4-letnie szkoły zawodowe dla dziewcząt i dla chłopców, których uczniowie końcowe egzaminy zdawali przed Komisją Izby Rzemieślniczej.

Za główny cel pracy z niewidomymi Róża Czacka uznała wdrażanie ich do samodzielności i zajęcia właściwego miejsca w społeczeństwie. Według niej mogło to nastąpić tylko wówczas, gdy niewidomy rozwinię wszystkie swoje możliwości, ale jednocześnie zaakceptuje ograniczenia. Przeciwniczka izolowania niewidomych od społeczeństwa, chciała, by dzieci niewidome utrzymywały kontakty ze swoimi widzącymi rówieśnikami. Zalecała wychowywać ich na ludzi odpowiedzialnych i pracowitych. Uważała, że dzieci niewidome należy wychowywać według wskazań pedagogiki ogólnej, jedynie uzupełnionych przez tyflopedagogikę. W gronie osób niewidomych wydzieliła 3 grupy: niewidomych bez innych form niepełnosprawności; niewidomych z dodatkowymi upośledzeniami oraz niewidomych sprawiających problemy wychowawcze. W Laskach skupiano się głównie na niewidomych z pierwszej z tych grup. Róża Czacka zamierzała w ten sposób zwalczać uprzedzenia społeczne oraz przygotować „elitarną” grupę niewidomych. Mieli oni później zająć się wychowaniem innych niewidzących. Zalecała, by szczerze uświadamiać dzieciom niewidomym od urodzenia i tracącym wzrok ich położenie, by poprzez te rozmowy kształtować właściwy stosunek dzieci i ich otoczenia do tego ograniczenia. Uznała, że należy podkreślić, że ślepotą nakłada oczywiście na człowieka pewne ograniczenia, ale to nie oznacza, że przekreśla wszystkie jego możliwości. Niewidomi mogli jej zdaniem nawet prześcignąć osoby widzące, szczególnie w zakresie rozwoju intelektu, dzięki niezwykle rozwiniętej u nich koncentracji i pamięci. Ostrzegala także przed zbytnim werbalizmem w nauczaniu. Jej zdaniem prowadził on osoby niewidome do braku realizmu i aby temu zapobiec zalecała nauczanie poglądowe. Nie akceptowała postawy roszczeniowej osób niewidomych oraz ich użalania się nad sobą. Propagowała kształtowanie samodzielności myślenia i kultury intelektualnej niewidomych. Zalecała, by program szkół dla niewidomych był szerszy niż szkół dla dzieci widzących, w Laskach np. dodatkowo wprowadzono naukę języków obcych. Szkoły dla niewidomych miały być bowiem, jej zdaniem, jak najbardziej zbliżone do szkół normalnych i co najwyżej przewyższać je poziomem nauczania. Podkreślała rolę, jaką w wychowaniu dzieci niewidomych odgrywa wychowanie fizyczne i praca (zwracała głównie uwagę na moralne i psychologiczne znaczenie pracy). Była zwolenniczką kształcenia niewidomych w zawodzie masażysty, co wówczas w Polsce było pomysłem nowym. Po II wojnie światowej powstała w Laskach Skrócona Trzyletnia Szkoła Masażu Leczniczego i Sportowego. Wraz ze swoimi współpracownikami przygotowała, zatwierdzone w roku 1934 przez Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, skróty brajlowskie.

Publikacje (artykuły napisane wspólnie z siostrą Teresą Landy):

1. *Dziecko niewidome*, „Ku szczytom”, październik–listopad, Wilno 1938.
2. *Książka niewidomego*, „Szkoła Specjalna”, styczeń–maj, Warszawa 1934.
3. *System Braille’a w Polsce*, „Szkoła Specjalna”, lipiec–wrzesień, Warszawa 1931.

4. Literatura:

5. Stabińska J., *Matka Elżbieta Róża Czacka*, wyd. II uzupełnione z wyborem pism, Kraków b.r.w.

6. *Dzieje szkolnictwa i pedagogiki specjalnej*, pod red. S. Mauersberga, Warszawa 1990, s. 100–101.
7. Gościmska A., *Róża Czacka-Matka Elżbieta (1876–1961)*, „Szkoła Specjalna” 1998, numer specjalny zawierający noty biograficzne osób, które wniosły szczególny wkład w rozwój pedagogiki specjalnej, s. 201–205.

Otton Lipkowski:

Rys biograficzny: Urodzony 5 września 1907 roku w Człuchowie na Pomorzu, w 1926 roku ukończył Państwowe Seminarium Nauczycielskie i rozpoczął pracę w szkolnictwie powszechnym (Tczew, Godziszew). W latach 1931–1933 studiował w PIPS, gdzie uzyskał dyplom nauczyciela dzieci upośledzonych umysłowo i podjął pracę w tym zawodzie (szkoła specjalna nr 63 i 105 w Łodzi). Podjął studia w łódzkiej filii Wolnej Wszechnicy Polskiej i w roku 1938 uzyskał stopień magistra filozofii w zakresie pedagogiki. W 1963 roku uzyskał na Uniwersytecie Warszawskim doktorat, przygotował rozprawę pt. „Krytyczna ocena sytuacji w zakresie opieki nad dziećmi i młodocianymi społecznie niedostosowanymi z punktu widzenia założeń resocjalizacyjnych”. W czasie II wojny światowej pracował w Warszawie w Polskim Komitecie Pomocy Społecznej i angażował się w prace tajnego nauczania. Po wojnie pracował przy organizacji szkolnictwa polskiego na Pomorzu (Gdynia, Gdańsk, Sopot) oraz nadzorował kształcenie nauczycieli w Olsztynie jako tymczasowy wizytator zakładów kształcenia nauczycieli i naczelnik Wydziału Kształcenia Nauczycieli.

Wkład do pedagogiki specjalnej: Przez wiele lat był nauczycielem i dyrektorem szkół specjalnych. Pracę w szkolnictwie specjalnym rozpoczął w roku 1949, kiedy objął posadę nauczyciela w szkole nr 139 w Warszawie, a później został dyrektorem Państwowego Zakładu Wychowania Zapobiegawczego (dla młodzieży niedostosowanej społecznie). Dalsza jego praca w tym kierunku odbywała się w ramach Departamentu Szkolnictwa Specjalnego i Opieki nad Dzieckiem w Ministerstwie Oświaty (był jego dyrektorem w latach 1956–1960) oraz w Instytucie Głuchoniemych i Ociemniałych w Warszawie (w latach 1960–1965 kierował tą placówką). Był zastępcą redaktora „Szkoły Specjalnej”.

Zajmował się zarówno ogólną pedagogiką specjalną, jak i zagadnieniami resocjalizacji. Prekursor pedagogiki specjalnej porównawczej. Zabiegał o poszerzenie zakresu pracy szkół specjalnych także o dzieci z mniejszym stopniem niepełnosprawności. Wprowadził do polskiej pedagogiki specjalnej zagadnienia ortodaktyki i wiktymologii. Dużą wagę przywiązywał do kształcenia nauczycieli szkół specjalnych. Najwięcej uwagi w swojej pracy naukowej poświęcił pedagogice resocjalizacyjnej. Określił jej podstawowe pojęcia, tematy badawcze i perspektywy rozwojowe. Za ważny element resocjalizacji uznał kształcenie młodzieży i znaczny jej udział w samorządzie szkolnym. Jego zdaniem sukces pracy pedagoga z młodzieżą niedostosowaną społecznie warunkują dwa czynniki. Przede

wszystkim życzliwość wobec wychowanka oraz znajomość teoretycznych założeń resocjalizacji i metod stosowanych w tej dziedzinie pedagogiki specjalnej.

Uczestniczył w opracowywaniu programów nauczania dla szkół specjalnych oraz programów studiów w zakresie pedagogiki specjalnej.

Publikacje (wybór):

1. *Wychowanie dzieci społecznie niedostosowanych*, Warszawa 1966.
2. *Dziecko społecznie niedostosowane i jego resocjalizacja*, Warszawa 1971.
3. *Resocjalizacja*, Warszawa 1976.
4. *Pedagogika specjalna. Zarys*, Warszawa 1974.

Literatura:

1. *Dzieje szkolnictwa i pedagogiki specjalnej*, pod red. S. Mauersberga, Warszawa 1990, s. 270–271.
2. Gasik W., Pańczyk J., *Człotowi polscy pedagodzy specjaliści oraz absolwenci PIPS i WSPS z lat 1971–1996*, Warszawa 1997, s. 34–35.
3. Żabczyńska E., *Ottón Lipkowski (1907–1982)*, „Szkoła Specjalna” 1998, numer specjalny zawierający noty biograficzne osób, które wniosły szczególny wkład w rozwój pedagogiki specjalnej, s. 250–253.

Czesław Czapów (resocjalizacja)

Rys biograficzny: Urodzony 25 października 1925 roku w Grodnie, zmarł 27 marca 1980 roku. Absolwent pedagogiki na Uniwersytecie Warszawskim (1951, praca magisterska napisana pod kierunkiem prof. B. Suchodolskiego), gdzie w roku 1965 uzyskał doktorat (na podstawie pracy *Problem chuligańskiej podkultury. Teoretyczne podstawy resocjalizacji młodzieży ze środowiska chuligańskiego*, promotor prof. S. Jedlewski). W 1971 habilitował się, po opublikowaniu książki pt. *Kształtowanie postaw młodzieży pracującej* (Warszawa 1969). Od roku 1961 pracował w Katedrze Pedagogiki Specjalnej UW (kolejno jako starszy asystent, adiunkt i docent).

Wkład do pedagogiki specjalnej: Współtwórca „warszawskiej szkoły” pedagogiki resocjalizacyjnej. Współorganizator i wicedyrektor Instytutu Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji (działającej jako placówka uniwersytecka). Doprowadził do nawiązania przez Instytut współpracy z PIPS oraz z sądami dla nieletnich (sam był ławnikiem). Współpracował z Ministerstwem Sprawiedliwości w kwestiach szkoleń dla kuratorów oraz z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych w zakresie zwalczania przestępczości wśród młodzieży.

Zajmowały go różnorodne aspekty resocjalizacji – od zasad diagnozowania niedostosowania społecznego po zasady wychowania resocjalizującego i przyczyny występujących w tym wychowaniu trudności. Łączył rozważania teoretyczne z udzielaniem praktycznych wskazówek. Twórca metodyki wychowania resocja-

lizującego. Zalecał szczegółową analizę zarówno intro-, jak i extraagresywnych skłonności wychowanków. Zwracał uwagę na rolę zaburzonych kontaktów emocjonalnych w rodzinie w procesie powstawania agresji. Współautor pierwszego w Polsce, i w Europie, akademickiego podręcznika do resocjalizacji (1971 rok).

Uznawał znaczenie profilaktyki społecznej i włączył ją do definicji przedmiotu pedagogiki resocjalizacyjnej. Nadal aktualny jest stworzony przez niego podział rodzajów profilaktycznego oddziaływania na profilaktykę powstrzymującą (usuwanie sytuacji sprzyjających wykołejeniu), uprzedzającą (usuwanie czynników patogennych), objawową (wczesna interwencja wychowawcza). Odróżniał rewalidację, której przedmiotem jest uczenie się edukacyjne (uczymy się czegoś, czego do tej pory nie umieliśmy lub umieliśmy w niedostatecznym zakresie) od resocjalizacji, która opiera się na uczeniu reedukacyjnym (eliminowanie złych nawyków). Określając zasady resocjalizacji, zalecał uwzględniać zarówno społeczną sytuację osoby wykołejonej, jak i wpływ jej niewłaściwego zachowania na ogólną sytuację społeczną. Szczególnie podkreślał znaczenie zasady perspektywicznej opieki nad wychowankiem (ukierunkowanej na jego osobistą przyszłość, ale i na przyszłość jego otoczenia) oraz zasady traktowania penitencjarnego (dającej prawo do pewnej kontroli nad wychowankiem). Uznawał niedostosowanie społeczne za zaburzenie charakterologiczne o niejednoznacznych objawach. Stworzył i często stosował pojęcie wykołejenia społecznego, które obejmowało trzy grupy zjawisk: manifestację zachowań negatywnych, zaburzenia osobowości (emocjonalno-motywacyjne) oraz ich przyczyny wynikające ze środowiska społecznego lub czynników biologicznych. Uważał, że resocjalizacja ma raczej charakter społeczny i wychowawczy niż psychoterapeutyczny, gdyż proces wykołejenia dokonuje się zawsze w określonym kontekście społecznym. W resocjalizacji uwzględniał aktywność opiekuńczą, terapeutyczną i wychowawczą.

Publikacje (wybór):

1. „Przestępstwo chuligańskie” w świetle problemu złego przystosowania, „Kwartalnik Pedagogiczny” 1957, nr 4.
2. *Czy Johnny stanie się gangsterem? Uwagi o metodach walki z przestępczością młodzieży*, Warszawa 1959.
3. *Niebezpieczne ulice. U źródeł chuligaństwa. Materiały i refleksje* (wspólnie z S. Manturzewskim), Warszawa 1960.
4. *Młodzież a przestępstwo*, Warszawa 1962.
5. *Rodzina a wychowanie*, Warszawa 1968.
6. *Psychodrama: geneza i historia, teoria i praktyka, próba oceny* (wspólnie z Gabriellą Czapów), Warszawa 1969
7. *Pedagogika resocjalizacyjna* (razem z S. Jedlewskim), Warszawa 1971.
8. *Wychowanie resocjalizujące – elementy metodyki i diagnostyki*, Warszawa 1978.

Literatura:

1. Gasik W., Pańczyk J., *Czołowi polscy pedagodzy specjaliści oraz absolwenci PIPS i WSPS z lat 1971–1996*, Warszawa 1997, s. 12–13.
2. Jedlewski S., *Czesław Czapów (1925–1980)*, „Szkoła Specjalna” 1998, numer

specjalny zawierający noty biograficzne osób, które wniosły szczególny wkład w rozwój pedagogiki specjalnej, s. 205–208.

3. *Czesław Czapów 1925–1980. Świadectwa trzech pokoleń*, pod red. W. Kaczyńskiej, Warszawa 2003.

Józefa Joteyko (oligofrenopedagogika)

Rys biograficzny: Urodzona 29 stycznia 1866 roku w Poczujkach, koło Kijowa, zmarła 24 kwietnia 1928 roku. By zapewnić właściwą edukację dzieciom jej rodzice przenieśli się do Warszawy. Józefa krótko uczyła się na pensji Z. Sierakowskiej, po czym rodzice zorganizowali swoim dzieciom nauczanie domowe, które stało na bardzo wysokim poziomie. W ten sposób zrealizowała ona program szkoły średniej i w 18 roku życia, by uzyskać kwalifikacje domowej nauczycielki, przystąpiła do państwowego egzaminu. Nie zdała go jednak, gdyż w niewystarczającym stopniu opanowała wymagany wówczas język rosyjski. W 1886 roku wyjechała na studia do Szwajcarii (Genewa), gdzie w 1888 uzyskała bakalaureat w zakresie nauk fizycznych i przyrodniczych. Dalszą edukację, w zakresie medycyny, pobierała początkowo, od 1889 roku, w Belgii (Bruksela), a później w Paryżu, gdzie w 1896 roku obroniła wysoko ocenioną pracę doktorską. Zrezygnowała z praktyki lekarskiej i zdecydowana na dalszą karierę naukową wróciła do Brukseli. Podjęła tam pracę w Instytucie Fizjologicznym oraz w uniwersyteckim laboratorium psychofizycznym. Zajmowała się wówczas tematyką zmęczenia mięśni i nerwów. Zainteresowania psychologiczne rozwijała, nauczając tego przedmiotu w belgijskich seminariach nauczycielskich, co z kolei skierowało ją ku pedagogice. Od 1909 roku organizowała w czasie wakacji międzynarodowe seminaria pedagogiczne, które w 1912 roku dały podstawy dla Międzynarodowego Fakultetu Pedologii. W ciągu kilku kolejnych lat inne uniwersytety belgijskie też wprowadziły ten kierunek nauczania do planów studiów. W czasie I wojny wygłaszała wykłady w College de France i na Sorbonie. Myśląc o powrocie do ojczyzny powołała w 1919 roku w Paryżu Polską Ligę Nauczania. W Polsce podjęła wykłady z zakresu psychologii w Państwowym Instytucie Pedagogicznym w Warszawie, później na Wydziale Lekarskim tamtejszego Uniwersytetu oraz w Instytucie Pedagogiki Specjalnej. Aktywnie uczestniczyła także w Wakacyjnych Kursach Uniwersyteckich dla nauczycieli oraz w ministerialnej Radzie Ochrony Pracy i Opieki Społecznej. Redagowała „Rocznik Pedagogiczny” i „Encyklopedię Wychowawczą”.

Wkład do pedagogiki specjalnej: Dla pedagogiki specjalnej ważne były wyniki jej badań z zakresu fizjologii i pedologii. Zwracała w nich uwagę na konieczność poznania wszystkich aspektów rozwoju dziecka. Uważała, że dzieci upośledzone powinny mieć zapewnioną naukę w specjalnie dla nich utworzonych szkołach. Nie popierała jednak jednostronnej selekcji opartej wyłącznie na wynikach testów inteligencji. Domagała się pogłębionej diagnostyki w tym zakresie. Warto podkreślić znaczenie jej opieki i wpływu na Marię Grzegorzewską w czasie jej studiów w Brukseli. Studenci

Międzynarodowego Fakultetu Pedologii, dzięki jej staraniom, zapoznawali się także z działalnością placówek i szkół dla dzieci upośledzonych, w programie nauczania uwzględniono psychopatologię i pedagogikę specjalną. Na działalności Fakultetu M. Grzegorzewska wzorowała później organizację PIPS.

Opieką nad dziećmi upośledzonymi Joteyko interesowała się już za granicą. Po powrocie do Polski wzięła udział w przygotowywaniu nauczycieli dla szkół specjalnych. Propagowała metodę ośrodków zainteresowań Decroly'ego, miała znaczny udział w propagowaniu tej metody w Polsce. Proponowała trening wychowawczy jako sposób na ograniczanie zjawiska zmęczenia. Zalecała racjonalne plany nauki szkolnej oraz wprowadzenie preorientacji i poradnictwa zawodowego do szkół. Propagowała też pedologię jako doświadczalną naukę o dziecku, która łączy teorię z praktyką. Chciała by w szkołach utworzono etaty dla psychologów. Podkreślała konieczność aktywizacji dzieci w procesie nauczania. Stworzyła także wzór indywidualnej karty dziecka służącej wychowawcom do szczegółowego opisu psychofizycznego i określenia zarówno ich możliwości, jak i ograniczeń.

Publikacje (wybór, autorka m.in. 57 artykułów i referatów w j. polskim, 203 w j. obcych):

1. *Poziom inteligencji uczniów gimnazjum niższego. Badania eksperymentalne, Prace psychologiczne*, pod red. J. Joteyko, nr 1, Lwów–Warszawa 1922.

2. *Metoda testów umysłowych i jej wartość naukowa, Prace psychologiczne*, pod red. J. Joteyko, nr 3, Lwów 1924.

3. *Znużenie*, Warszawa 1932

Literatura:

1. Lipkowski O., *Józefa Joteyko. Życie i działalność*, Warszawa 1968 (tam pełna bibliografia jej prac).

2. Lipkowski O., *Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie 1922-1982*, Warszawa 1983.

3. Gasik W., Pańczyk J., *Człowiek polscy pedagogzy specjalni oraz absolwenci PIPS i WSPS z lat 1971–1996*, Warszawa 1997, s. 26–27.

4. Kornet G., *Józefa Joteyko (1866–1928)*, „Szkoła Specjalna” 1998, numer specjalny zawierający noty biograficzne osób, które wniosły szczególnie wkład w rozwój pedagogiki specjalnej, s. 235–238.

6. *Dzieje szkolnictwa i pedagogiki specjalnej*, pod red. S. Mauersberga, Warszawa 1990, s. 199–201.

Jan Konopnicki (resocjalizacja)

Rys biograficzny: Urodził się pod Krakowem (wieś Tonie), zmarł 30 listopada 1980 roku. Studiował historię na Uniwersytecie Jagiellońskim, w 1930 roku uzyskał na tej uczelni doktorat z filozofii. Pracował jako nauczyciel w gimnazjach, miał też wiele funkcji w administracji szkolnej (m.in. podinspektora) na terenie Kresów.

W czasie II wojny światowej wstąpił do armii, ewakuowany do Szkocji prowadził tam kursy maturalne dla żołnierzy oraz publikował rozprawy naukowe co umożliwiło mu uzyskanie Certificate of Proficiency in English Uniwersytetu w Cambridge. Już po powrocie do kraju habilitował się (1956), od 1959 był profesorem nadzwyczajnym. Wicedyrektor (od 1946) i dyrektor Instytutu Pedagogicznego Związku Nauczycielstwa Polskiego, psycholog Centralnej Wojewódzkiej Poradni Zdrowia Psychicznego we Wrocławiu (1948–1952), pedagog na Oddziale Leczniczo-Wychowawczym dla Dzieci Nerwicowych. Pracował w kilku szkołach wyższych (Wyższa Szkoła Wychowania Fizycznego, Wyższa Szkoła Handlowa i Uniwersytet we Wrocławiu, Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Krakowie, a od 1962 związał się z Uniwersytetem Jagiellońskim).

Wkład do pedagogiki specjalnej: Jego zainteresowania pedagogiczne były niezwykle szerokie i obejmowały: metody badań naukowych, pedagogikę porównawczą, zagadnienia dydaktyki uniwersyteckiej, pedagogikę opiekuńczą i resocjalizacyjną. Początkowo interesował się zagadnieniem niepowodzeń szkolnych. Wyniki prowadzonych przez niego w tym zakresie badań skierowały go później ku pedagogice specjalnej. Stworzył podstawy teoretyczne nowoczesnej polskiej resocjalizacji. Określił znaczenie, jakie w powstawaniu zaburzeń w zachowaniu dzieci odgrywają niekorzystne wpływy środowiskowe oraz powiązał te zaburzenia z innymi czynnikami (np. niepowodzenia w nauce, nerwice itp.). Uznał stosowanie terminów „uczeń trudny”, „dziecko zdemoralizowane” czy „moralnie zaniedbane” za niewłaściwe i sam przyjął określenie „społecznego niedostosowania” (termin M. Grzegorzewskiej uzupełnił on elementami definicji amerykańskich). Określił jednolite zasady i metod badania tego zjawiska. Starał się o wdrożenie efektów własnych prac badawczych do praktyki resocjalizacyjnej. W latach siedemdziesiątych zainicjował szerokie badania diagnostyczne nad zjawiskiem niedostosowania społecznego w szkołach podstawowych. Uznał wyższość profilaktyki nad resocjalizacją.

Publikacje (wybór):

1. *Zaburzenia w zachowaniu się dzieci i środowisko*, Warszawa 1957.
2. *Problem opóźnienia w nauce szkolnej*, Wrocław 1961.
3. *Powodzenia i niepowodzenia szkolne*, Warszawa 1966.
4. *Niedostosowanie społeczne*, Warszawa 1971.

Literatura:

1. Gasik W., Pańczyk J., *Czołowi polscy pedagodzy specjalni oraz absolwenci PIPS i WSPS z lat 1971–1996*, Warszawa 1997, s. 30–31.
2. Urban B., *Jan Konopnicki (1905–1980) „Szkoła Specjalna” 1998*, numer specjalny zawierający noty biograficzne osób, które wniosły szczególny wkład w rozwój pedagogiki specjalnej, s. 245–249.

PAŃCZYK JAN (pedagogika specjalna – oligofrenopedagogika)

Rys biograficzny: Urodzony w 1937 roku, zm. 16 października 2007 roku. Od roku 1960 uzyskiwał kolejne stopnie naukowe i kwalifikacje zawodowe: 1960 upraw-

nienia wychowawcy w specjalnych placówkach opiekuńczo-wychowawczych, a pięć lat później nauczyciela szkoły specjalnej, w 1964 obronił pracę magisterską, a dziesięć lat później uzyskał stopień naukowy doktora, w 1982 roku doktora habilitowanego i ostatecznie w roku 1990 tytuł profesorski. Praca badawcza i dydaktyczna wiązała go kolejno z następującymi ośrodkami naukowymi: Państwowym Instytutem Pedagogiki Specjalnej w Warszawie (później po zmianie nazwy: z Wyższą Szkołą Pedagogiki Specjalnej – WSPS, gdzie wypełniał odpowiedzialne funkcje Dziekana i Prodziekana), Uniwersytetem Łódzkim, Akademią Bydgoską im. Kazimierza Wielkiego (obecny Uniwersytet im. Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy) oraz z Uniwersytetem Marii Curie Skłodowskiej w Lublinie.

Wkład do pedagogiki specjalnej: Pracował w wielu placówkach i instytucjach związanych z pedagogiką specjalną: placówkach resocjalizacyjnych, internatach przy zakładach wychowawczych, specjalnych szkołach zawodowych. Uczestniczył aktywnie w wielu projektach naukowych, których tematyka dotyczyła przede wszystkim różnorodnych aspektów kształcenia specjalnego (orzecznictwa i kwalifikowania dzieci do takich form kształcenia, efektywności jego metod i form, kształcenia zawodowego młodzieży upośledzonej umysłowo w stopniu lekkim, potrzeb zawodowych i praktycznych umiejętności osób upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim i umiarkowanym, kształcenia pedagogów specjalnych w Polsce). Zorganizował sześć konferencji naukowych dotyczących tych zagadnień. Zainspirował pedagogów specjalnych (teoretyków i praktyków) do spotkań w ramach „Forum Pedagogów Specjalnych XXI wieku”. Jako redaktor naczelny Wydawnictwa WSPS (od 1984) zabiegał o rozwój i dostępność książek i czasopism naukowych z zakresu pedagogiki specjalnej. Działania te kontynuował, redagując „Roczniki Pedagogiki Specjalnej”. Aktywnie działał też w licznych towarzystwach i komitetach naukowych, od 1993 roku przewodniczył Zespołowi Pedagogiki Specjalnej Komitetu Nauk Pedagogicznych Polskiej Akademii Nauk. W tym samym roku został ekspertem Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego.

Publikacje (wybór): autor 41 publikacji (w tym 11 autorskich, 2 współautorskich i 28 jako redaktor tomu) oraz licznych artykułów:

1. *Rozwój i sprawność fizyczna dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim*, Warszawa 1976.
2. *Poziom rozwoju cech motorycznych uczniów szkół dla lekko upośledzonych umysłowo na tle innych rówieśników ze szkół normalnych*, Warszawa 1979.
3. *Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie: podstawowe dokumenty oraz informacje dotyczące działalności*, Warszawa 1987.
4. *Kształcenie zawodowe młodzieży upośledzonej umysłowo w stopniu lekkim. Zarys*, Warszawa 1987.
5. *Wyniki kształcenia specjalnego upośledzonych umysłowo. Materiały z konferencji naukowej*, (red.) Warszawa 1987.
6. *Współczesne problemy pedagogiki specjalnej. Materiały z sesji organizowanych w latach 1983-1985*, Warszawa 1987.
7. *Z zagadnień oligofrenopedagogiki*, t. 1 (red. Zesz. Naukowe WSPS), Warszawa 1988.

8. *Z zagadnień oligofrenopedagogiki*, t. 2 (red. Zesz. Naukowe WSPS), Warszawa 1989.
9. *Efektywność metod i form kształcenia specjalnego. Materiały z konferencji*, (red.), Warszawa 1989.
10. *Pedagogika specjalna – uwarunkowania i tendencje rozwoju*, Warszawa 1989.
11. *Potrzeby zawodowe absolwentów zasadniczych szkół zawodowych dla lekko upośledzonych umysłowo*, Warszawa 1989.
12. *Metody dydaktyczne wykorzystywane przez nauczycieli przedmiotów ogólnokształcących szkół podstawowych dla lekko upośledzonych umysłowo*, Warszawa 1990.
13. *Współczesne problemy pedagogiki specjalnej. Materiały z sesji organizowanych w latach 1985-1988*, (red.), Warszawa 1990.
14. *Roczniki Pedagogiki Specjalnej*, t. 1–11 (1990–2000).
15. *Współczesne problemy pedagogiki specjalnej* (red.) Warszawa 1991.
16. *Pedagogika specjalna. Psychopedagogiczne i medyczne studium terminologiczne* (red.) Warszawa 1991.
17. *Funkcjonowanie metody ośrodków pracy w szkołach podstawowych dla lekko upośledzonych umysłowo* (z Ireną Muszyńską), Warszawa 1991.
18. *Potrzeby zawodowe nauczycieli klas I–III szkoły podstawowej*, Warszawa 1991.
19. *Poziom rozwoju cech motorycznych uczniów upośledzonych umysłowo w stopniu umiarkowanym*, Warszawa 1992.
20. *Poziom umiejętności praktycznych uczniów kończących szkołę podstawową dla upośledzonych umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym*, Warszawa 1992.
21. *Przydatność zawodowa osób lekko upośledzonych umysłowo w świetle taryfikatorów zawodowych – wymagań na stanowisku pracy – część I*, Warszawa 1992.
22. *Przydatność zawodowa osób lekko upośledzonych umysłowo w świetle taryfikatorów zawodowych – wymagań na stanowisku pracy – część II*, Warszawa 1996.
23. *Kształcenie specjalne w nowej sytuacji prawnej i ekonomicznej* (red.), Warszawa 1995.
24. *Czołowi polscy pedagodzy specjalni oraz absolwenci PIPS i WSPS z lat 1971–1996*, (z Wojciechem Gasikiem), Warszawa 1997.
25. *Tożsamość polskiej pedagogiki specjalnej u progu XXI wieku. Materiały z konferencji*, (red.), Warszawa 1998.
26. *Potrzeby edukacyjne osób niepełnosprawnych i ich zaspokajanie w aglomeracjach miejskich*, (z Dorotą Podgóorską–Jachnik), Łódź 1999.
27. *Pedagogika specjalna wobec zagrożeń i wyzwań XXI wieku*, (red.), Poznań 1999.
28. *Pedagogika specjalna lat dwutysięcznych*, (red.), Łódź 2000.
29. *Forum pedagogów specjalnych XXI wieku*, t. 1–6, (red.), Łódź 2002–2006.

Literatura:

1. Gasik W., Pańczyk J., *Czołowi polscy pedagodzy specjaliści oraz absolwenci PIPS i WSPS z lat 1971–1996*, Warszawa 1997, s. 76–78.
2. <http://www.gazeta.edu.pl/viewtopic.php?p=13458> (6 II 2008).
3. Minczakiewicz E. M., *Jan Pańczyk nauczyciel nauczycieli – mistrz i uczony, inicjator rozlicznych koncepcji i działań na rzecz rozwoju pedagogiki specjalnej jako nauki i kształcenia specjalnego dzieci i młodzieży [1937–2007].*, „Szkola Specjalna” 2007, nr 4 (242), s. 388-391.



