



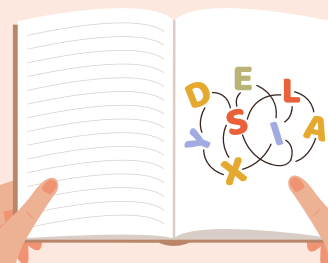
2025

EUROPEJSKI TYDZIEŃ ŚWIADOMOŚCI DYSLEKSJI

DYS... KROPEK

W numerze:

- | | |
|--|---------|
| • Kilka słów o afazji dziecięcej | str. 2 |
| • Metody relaksacji i wypoczynku u nastolatków:
Jak zadbać o zdrowie psychiczne młodego pokolenia | str. 9 |
| • Scenariusz zajęć z elementami muzykoterapii | str. 11 |
| • Zaburzenia snu u dzieci i młodzieży | str. 13 |
| • Most porozumienia o budowaniu relacji szkoły z rodzicami uczniów ze specjalnymi potrzebami | str. 20 |
| • Cykl poetycki | str. 22 |
| • Kilka słów o dysleksji | str. 23 |
| • Znane osoby z dysleksją | str. 27 |
| • Metody badania samooceny uczniów z problemami w uczeniu się. Raport z badań własnych | str. 32 |



KILKA SŁÓW O AFAZJI DZIECIĘCEJ



dr nauk medycznych Jolanta Zielińska

Poradnia psychologiczno-Pedagogiczna we Włocławku

Co kryje się pod pojęciem afazji dziecięcej?

Mowa zaliczana do wyższych czynności nerwowych, jest sprawnością nadrzędną, pozwalającą na wyrażenie myśli słyszalnymi słowami za pomocą narządów mowy i głosu.

Już w okresie noworodkowym mózg wyposażony jest w pewien „program startowy” przygotowany do nauki mowy. Przy odpowiedniej stymulacji ze strony środowiska pakiet ten powoduje, iż dziecko w wieku około dwóch lat zaczyna efektywnie się komunikować [1].

Mózg i układ nerwowy rozwijają się najintensywniej w pierwszych dwóch latach życia. W momencie narodzin następuje gwałtowny rozwój dwóch struktur mózgu: śródmózgowia i rdzenia przedłużonego. To one regulują funkcje życiowe takie jak oddychanie, bicie serca; odpowiadają za czynności wykonywane przez noworodka, w tym również za koncentrację uwagi, spanie, czuwanie. Najslabiej rozwinięta jest kora mózgowa, która odpowiada za myślenie, mowę, spostrzeganie, ruchy ciała. W pierwszych miesiącach życia znacząco poprawia się funkcjonowanie wszystkich zmysłów, głównie wzroku i słuchu [2].

Przebieg procesu rozwoju mowy i języka zależy od bardzo wielu czynników takich jak: poprawnie wykształconych i sprawnie działających narządów artykulacyjnych, poprawnie funkcjonującego analizatora słuchowego, wzrokowego, kinestetycznego i wreszcie prawidłowo funkcjonującego OUN [3].

Zaburzeniem w zakresie rozwoju mowy i języka, które wynika z patologii mózgu nazywamy afazją dziecięcą. „O afazji dziecięcej mówi się, gdy we wczesnym dzieciństwie nastąpiło przerwanie czy zahamowanie procesu rozwoju mowy, lub gdy się ona nie rozwija, pomimo iż dziecko nie ma niedowładów czy porażień w obrębie aparatu wykonawczego mowy, słyszy dźwięki, dobrze rozwija się umysłowo i wychowuje się w korzystnych dla rozwoju warunkach” [4].

Zgodnie z definicją WHO „Afazja to zaburzenie języka związane z brakiem wykształcenia się kompetencji, ich wykształceniem się w stopniu niewystarczającym do prawidłowej realizacji wypowiedzi lub z rozpadem systemu komunikacyjnego. Przyczyną są uszkodzenia lub nieprawidłowości zlokalizowane na najwyższym piętrze mechanizmów mowy odpowiedzialnych za kodowanie i dekodowanie wypowiedzi słownej” [5]. Uszkodzenie może nastąpić w wyniku np. zmian rozrostowych mózgu, urazu czaszkowo-mózgowego, choroby bakteryjnej lub wirusowej we wczesnym dzieciństwie z ciężkim przebiegiem i powikłaniami (np. zapaleniem opon mózgowych) czy też na skutek udaru mózgu, który może być spowodowany różnymi czynnikami (wady wrodzone, infekcje, niektóre choroby genetyczne).

Terminologia zaburzeń afatycznych

W neuropsychologii afazję u dzieci dzieli się na dwa główne rodzaje: afazję rozwojową i nabytą. Powyższe stanowisko reprezentuje między innymi G. Jastrzębowska, która zaburzenia rozwoju mowy pochodzenia centralnego (niezwiązane z głuchotą, upośledzeniem czy zaburzeniami emocjonalnymi) dzieli na dwa zasadnicze typy: afazję/dysfazję rozwojową i afazję/dysfazję nabytą [6].

Afazja rozwojowa, inaczej wrodzona, jest zaburzeniem mowy wynikającym z wrodzonego uszkodzenia mózgu w okresie prenatalnym, okołoporodowym lub w pierwszych miesiącach życia, co skutkuje nieprawidłowym rozwojem mowy od samego początku. Natomiast w afazji nabytej rozwój mowy u dziecka przebiegał prawidłowo aż do momentu uszkodzenia mózgu [7].

W praktyce rzadko mamy do czynienia z afazją nabytą u dzieci, w której kwestia etiologii nie podlega dyskusji, podobnie jak w afazji dorosłych. Uważa się, że nabytą afazję można rozpoznać najwcześniej w 2. r.ż., gdyż w tym czasie dziecko zaczyna rozumieć wypowiedzi innych osób i formułować własne [3,8]. Jak określiła J. Skiba „w afazji nabytej mamy do czynienia z utratą osiągniętej umiejętności posługiwania się mową” [9].

Wśród badaczy w dalszym ciągu nie ma zgodności co do terminologii afatycznych zaburzeń u dzieci, a to za sprawą, że poprzez afazję rozumie się zakłócenie funkcjonowania systemu językowego będące wynikiem uszkodzenia mózgu u osoby, u której wykształciło się programowanie mowy. W odniesieniu do dzieci zaburzenia mowy nie zawsze dotyczą w pełni wykształconego systemu językowego. Z tego względu w przypadku dzieci w literaturze istnieją rozbieżności terminologiczne [9,10]. Ze względu na mnogość pojęć opisujących zaburzenia rozwoju mowy i języka w polskiej literaturze pojawia się problem z ich konsekwentnym stosowaniem zarówno przez autorów publikacji naukowych, jak i psychologów, logopedów, pediatrów, neurologów dziecięcych.

M. Maruszewski podaje, że klasyczne pojęcie afazji nie oddaje zaburzeń, które są obserwowane u dzieci. A to za sprawą, że często nie są one wynikiem utraty mowy, lecz następstwem jej nieprawidłowego rozwoju [11]. Podobnego zdania była dr Z. Kordyl, wg której afazja u dzieci to brak integracji mowy w odróżnieniu od afazji u dorosłych, u których występuje dezintegracja mowy. To ona wprowadza najczęściej używane w polskiej literaturze określenie- niedokształcenie mowy o typie afazji.

W polskim piśmiennictwie spotykamy między innymi określenia:

- niedokształcenie mowy o typie afazji (Z. Kordyl, U. Parol),
- afazja dziecięca (H. Spionek, B. Sawa),
- afazja rozwojowa (J. Szumska, H. Traczyńska),
- wrodzony niedorozwój ekspresji słownej oraz wrodzony niedorozwój ekspresji i recepcji słownej. To terminologia popierana przez E. Dilling-Ostrowską, która uważa, że zaburzenia mowy powstałe na skutek uszkodzenia mózgu przed ukończeniem 12-go miesiąca życia powinny mieć określenie „wrodzony niedorozwój ekspresji lub ekspresji

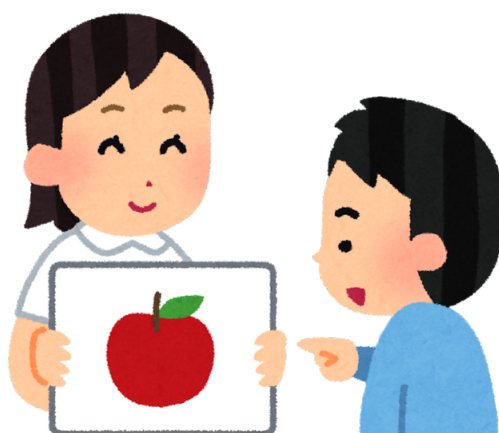
i recepcji mowy”, a po ukończeniu 12 miesiąca życia nosić miano „afazja” [12].

- dysfazja (T. Zaleski) [3,13,14,15],
- SLI, w Polsce propagatorką terminologii anglojęzycznej jest M. Smoczyńska [16].

Trudności diagnostyczne

Postawienie diagnozy afazji rozwojowej może i często jest trudne, wymagające dodatkowych badań. Do postawienia rzetelnej diagnozy logopedycznej niezbędne są badania specjalistyczne: konsultacja audiologiczna (w celu wykluczenia niedosłuchu, głuchoty jako podłoża braku rozwoju języka lub jego opóźnienia), konsultacja psychologiczna (wykluczenie upośledzenia umysłowego), psychiatryczna (wykluczenie autyzmu i innych zaburzeń zachowania o podłożu psychiatrycznym). Szczególne znaczenie w rozpoznawaniu wad rozwoju mowy wynikających z uszkodzeń neurologicznych mają badania neuroobrazowe mózgu (TK, RM) oraz funkcjonalne (EEG). W diagnozowaniu małych dzieci w okresie prelingwalnym niezbędna jest ocena: pediatryczna, neurologiczna, fizjoterapeutyczna [15], a w niezbędnych przypadkach również badania genetyczne [3].

W tym momencie pragnę wspomnieć, a może i uczulić diagnostów, że afazja rozwojowa często jest mylona z prostym opóźnieniem rozwoju mowy. Do 5. roku życia nie istnieje tak naprawdę żadna zasadnicza różnica powyższych zespołów. Początkowo w obu zaburzeniach obserwuje się brak i opóźnienie rozwoju mowy. Jeżeli w wyniku obserwacji stwierdzamy utrzymywanie się opóźnień rozwojowych mowy powyżej 5 roku życia, możemy mówić o afazji rozwojowej [9].



E. Drewniak-Wołosz i A. Paluch wyraźnie wskazują, że o niedokształceniu mowy o typie afazji możemy z całym przekonaniem mówić u dziecka dopiero powyżej 5 roku życia, jeżeli uporczywie utrzymują się znaczące braki w jego kompetencji i sprawności językowej [17]. Co w praktyce może oznaczać, że czasami ostateczna diagnoza może być ustalana pod koniec edukacji przedszkolnej, a w niektórych przypadkach nawet później. Niekiedy objawy mogą być subtelne czy też być mylone z innymi zaburzeniami, np. autyzmem, zespołem Aspergera. Natomiast w przypadku afazji nabytej istnieje wyraźna przyczyna a objawy są bardziej widoczne.

Kryteria objawowe a rodzaje afazji dziecięcej

Uwzględniając kryterium objawowe większość autorów publikacji o afazji dziecięcej wyróżnia afazję [9]:

- motoryczną (ruchową, ekspresyjną)-uwzględniającą trudności z ekspresją słowną (kodowaniem),
- sensoryczną (czuciową, percepcyjną)- dotyczącą rozumienia (dekodowaniem).

Objawy afazji ekspresyjnej różnią się od objawów afazji percepcyjnej. W praktyce logopedycznej ich rozdzielenie jest często trudne. W każdej postaci niedokształcenia mowy o typie afazji, obecne są, choć w różnym stopniu nasilenia, trudności w ekspresji i rozumieniu mowy, świadczące o mieszanej postaci zaburzenia [18]. W związku z powyższym wyróżniono afazję:

- motoryczno-czuciową (mieszaną)- jako problemy zarówno w nadawaniu i rozumieniu mowy.

Specyficzne i niespecyficzne zaburzenia u dziecka afatycznego

Zaburzenia mowy w wyniku uszkodzenia mózgu mogą być bardzo złożone i w zależności od miejsca oraz wielkości obszaru uszkodzenia uwzględniać wiele różnych objawów. Specyficzne zaburzenia dotyczą bezpośrednio języka i komunikacji, takie jak trudności w mówieniu i rozumieniu komunikatów werbalnych.

W przypadku afazji motorycznej o znacznym nasileniu może dochodzić do dezautomatyzowania nawyków artykulacyjnych, naruszenia kinestezji mowy, niemożności znalezienia odpowiedniej artykulacji przy wymawianiu dźwięków. Zaburzenia gnozy somestaticznej prowadzą do wielu zniekształceń w wypowiedziach, wynikających z mylenia artykulacji głosek o podobnym ułożeniu narządów mowy- parafazji głoskowych. Dochodzi do braku czy też utraty umiejętności szybkiego i płynnego przechodzenia od jednego ogniwa artykułowanej mowy do następnego, rozpadu dynamiki wypowiedzi i melodii. W lżejszych przypadkach dzieci mogą mieć trudności z budowaniem dłuższych wypowiedzi, często posługują się zdaniami pojedynczymi, z występującymi agramatyzmami, zdaniami zawierającymi jedynie podmiot, orzeczenie, przyimek lub przydawkę. Dużą część wypowiedzi stanowią jednak nie zdania, lecz równoważniki zdań. Niekiedy obecna jest przewaga stylu telegraficznego w wypowiedziach, czyli redukcja struktury zdania do pojedynczych słów. Obok trudności w opanowaniu fleksji i składni występuje często bardzo wolny proces wiązania słowa ze

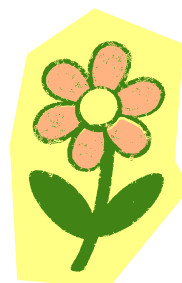
znaczeniem. Zdarza się, że dzieci zbyt długo używają określeń i sposobu mówienia z okresu wczesnodziecięcego, często też nie są w stanie nazwać konkretnej rzeczy, posługują się omówieniami, dokonują peryfraz czy też używają nazw pokrewnych lub nowotworów językowych. Wypowiedzi mogą być chaotyczne, głównie u dzieci z afazją sensoryczną może wystąpić wielomówność, krążenie wokół tematu czy też mowa „nieproduktywna”. Obrazem klinicznym afazji sensorycznej mogą być trudności w rozumieniu mowy o różnej skali ilościowej- niekiedy zaburzenia występują już na pułapie pojedynczych słów czy prostych komunikatów werbalnych, w cięższych przypadkach dochodzi do trudności przy poleceniach złożonych.

Dzieci afatyczne oprócz objawów specyficznych, inaczej pierwotnych nieprawidłowości w zakresie rozwoju językowego, prezentują szereg innych trudności określanych mianem objawów niespecyficznych. W obrazie klinicznym afazji dziecięcej możemy zaobserwować zmiany poznawcze takie jak: osłabienie procesów pamięci, w tym pamięci świeżej werbalnej i niewerbalnej, deficyty w koncentracji, problemy z utrzymaniem uwagi, zaburzenia przetwarzania słuchowego, uwagi słuchowej. Przy słabej pamięci sekwencji dźwięków, znanej jako trudności z zapamiętywaniem sekwencji słuchowych, dzieci mogą mieć problemy z zapamiętywaniem nazw, sekwencji głosek, cyfr, a nawet krótkich wierszyków czy piosenek.

Dzieci z afazją charakteryzują się nasilonymi zaburzeniami słuchu fonemowego. Powodują one zakłócenia rozumienia mowy i nieprawidłową artykulację, gdyż wzorce kinestetyczno-ruchowe kształtują się pod wpływem słuchu fonematycznego [9]. Obserwujemy problemy z odróżnianiem podobnie brzmiących słów, co skutkuje zniekształceniami struktury wyrazów (parafazje głoskowe, słowne, kontaminacje werbalne).

Często zdarza się, że dzieci są słabo zmotywowane do jakiegokolwiek działania. Stan ten najczęściej wynika z zaburzenia złożonych czynności poznawczych, z zaburzeń procesów umysłowych, które pozwalają na analizowanie i rozwiązywanie problemów, na podejmowanie decyzji. Mogą utrzymywać się problemy w myśleniu pojęciowo-kategorialnym, z myśleniem przez analogię, przyczynowo - skutkowym i symbolicznym, które jest kluczowe dla rozwoju wyobraźni i kreatywności dziecka.

Niekiedy zaburzenia poznawcze są subtelne czy dyskretne, jak określa J. Skibska [9], nie tak widoczne jak zaburzenia językowe i mogą być niezauważalne przez dłuższy czas, np. wykazywać wolniejsze procesy przetwarzania wzrokowego, zaburzenia w zakresie postrzegania stosunków przestrzennych, również w schemacie ciała - to szeroka kategoria zaburzeń, m.in. mylenie stron lewej z prawą, zaburzenia koordynacji oko-ręka, dotyczy również nieustalonej dominacji jednej ze strony ciała. Dzieci mogą nie radzić sobie z ubieraniem i ruchami precyzyjnymi, z wyszukaniem obrazka wśród wielu innych, trudności w układankach puzzle, mylenie liter podobnych kształtem. Należy wspomnieć, że z zespołem afazji integralnie związane



są zaburzenia czytania (czasami dobra jest technika czytania, lecz bez zrozumienia treści tekstu), pisanie oraz zaburzenia liczenia.

Dość liczna grupa dzieci afatycznych przejawia zaburzenia w zakresie integracji sensorycznej. Są wśród nich zarówno dzieci z niewielkimi dysfunkcjami w tym zakresie, jak i z głębokimi trudnościami. A przecież do harmonijnego rozwoju ogólnego dziecka, potrzebne jest nie tylko prawidłowe funkcjonowanie poszczególnych zmysłów, ale także ich wzajemna współpraca. Często można spotkać dzieci, które poszukują intensywnych doznań, by osiągnąć właściwy poziom pobudzenia układu nerwowego. Są nadruchliwe, wszystkiego chcą dotknąć i doświadczyć. Spotykamy też dzieci, które mają niski próg pobudzenia, są nadwrażliwe na bodźce, szczególnie dotykowe i słuchowe. Dzieci te mogą być bierne, ospałe, słabo i z opóźnieniem reagujące na zmiany sensoryczne w otoczeniu.

Inna grupa zaburzeń, integracji sensorycznej to zaburzenia motoryczne. Należy podkreślić, że prawidłowy rozwój motoryczny zależy od właściwej integracji bodźców przedsionkowych, proprioceptywnych i dotykowych. Zaburzenia w tym obszarze objawiają się: słabym czuciem własnego ciała, zakłóceniami w regulacji napięcia mięśniowego, słabą równowagą, nieadekwatną kontrolą ruchu i niewłaściwą kokontrakcją mięśni, nieprawidłowościami postawy, która jest jednym z widocznych przejawów zaburzeń posturalnych. Widoczne są wolniejsze reakcje motoryczne, problemy neuromotoryczne w zakresie motoryki dużej, ale przede wszystkim, precyzyjnej, w organizacji i planowaniu ruchu. Deficyty w wykonywaniu ukierunkowanych ruchów kończyn górnych, pogarszają w znacznym stopniu prakcję. Dzieci dyspraktyczne wiedzą, co należy zrobić podczas ruchu, mają jednak problem z wyobrażeniem sobie akcji ruchowej i z jej realizacją. Problem zaburzonej zdolności planowania motorycznego u dzieci afatycznych dotyczy często ruchów artykulacyjnych, o których wcześniej wspomniała.

Zaburzenia koordynacji ruchowej powodują, że dzieci odbierane są jako niezborne ruchowo, „niezgrabne w ruchach”(potykają się i przewracają, mają trudności z utrzymaniem równowagi). Powyższe trudności obserwujemy głównie u dzieci z niedokształceniem mowy o typie afazji motorycznej, gdzie doszło do uszkodzenia obszaru przedruchowym płata czołowego.

Dzieci afatyczne mogą mieć trudności z różnicowaniem bodźców, z rozpoznawaniem dotykowym przedmiotów, faktur, temperatury. Niekiedy ujawniają się trudności z dostosowaniem siły potrzebnej do wykonania danej czynności.

U dzieci z afazją percepcyjną, gdzie obecne są zaburzenia przetwarzania słuchowego, dochodzi do mylenia podobnie brzmiące głoski i słów. Utrudnione jest przetwarzanie i rozumienie poleceń, pytań, instrukcji oraz treści słuchanych tekstów. Dość często zauważalna jest nadwrażliwość słuchowa, powodująca trudności w skupieniu się na zajęciach, każdy dźwięk rozprasza, dzieci źle znoszą hałas.

Zaburzeniom w nadawaniu i odbiorze mowy często towarzyszą wtórne zaburzenia procesów emocjonalnych i zachowań społecznych takich jak: podwyższony poziom lęku, unikanie kontaktów społecznych, labilność emocjonalna, problemy z motywacją. Znacząco widoczne są one u dziecka nieco starszego. W grupie rówieśniczej małe dziecko, początkowo ma kontakt zabawowy, który nie wymaga obszernego dialogu, bawi się obok innych dzieci, współdziała, naśladuje. Sytuacja dziecka nieco starszego 4-5 letniego jest już zdecydowanie trudniejsza. Rówieśnicy zaczynają dostrzegać jego problem. Brak kontaktu werbalnego utrudnia wspólną zabawę. Dziecko afatyczne zaczyna być stopniowo izolowane w grupie rówieśniczej. Zaczyna być świadome, swojej odmienności, pojawiają się reakcje nerwicowe: lęk, niepewność, nadwrażliwość, nieśmiałość, obawy przed kontaktem, problemy z adaptacją, izolacja w grupie, obniżone poczucie własnej wartości. Dzieci wykazują obniżony napęd do działania, są powolne, męczliwe, wykazują apatię, niekiedy natomiast nadpobudliwość psychoruchową.

Uczniowie z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją, stanowią w polskiej edukacji stosunkowo niewielką grupę w porównaniu do ogółu uczniów[19]. Co nie oznacza, że potrzeby tych dzieci są mniej ważne. Wręcz przeciwnie, należy podkreślić, że wymagają one szczególnej uwagi i dostosowań w procesie edukacyjnym.

Dzieci fatyczne nie muszą mieć problemów w życiu. Przy odpowiednim wsparciu mogą rozwijać się prawidłowo. Afazja oczywiście jest wyzwaniem, ale przy odpowiednim wsparciu i terapii dzieci mogą osiągnąć i osiągać wiele sukcesów. Uczęszczają do szkół masowych, nawiązują relacje z rówieśnikami, realizują swoje pasje i plany.

Piśmiennictwo:

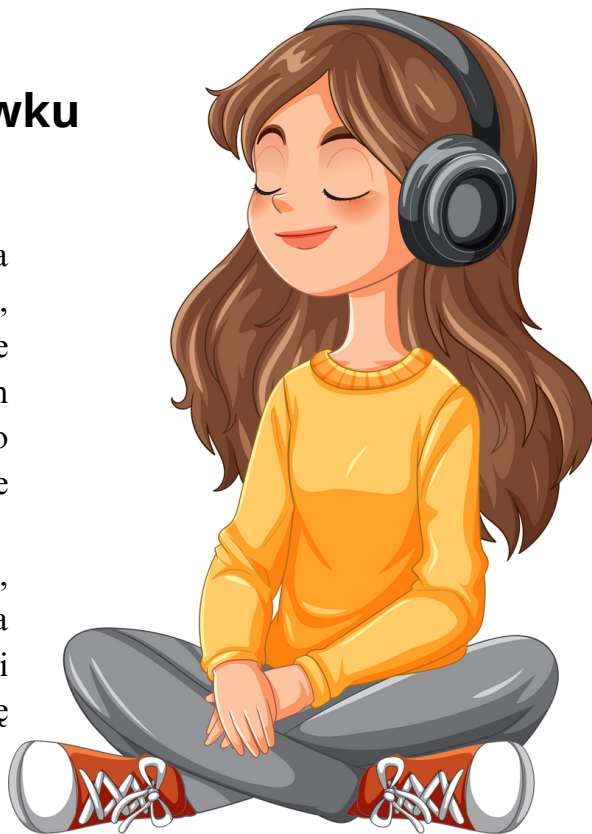
- [1] Żywot A., Terapia mowy dzieci z rozwojową afazją/dysfazią dziecięcą, w: Wspomaganie funkcjonowania dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym z trudnościami rozwojowymi, red. Michalczyk A., Kraków 2023, 49-65
- [2] Zielińska J., Metody obrazowania pracy mózgu w perspektywie pedagogiki specjalnej, Kraków 2015, 29-35
- [3] Pilarska E., Afazja rozwojowa, w: *Neurologia dziecięca*, Vol.30-31/2021-2022 nr 60, 85-87
- [4] Kordyl Z., Mowa dzieci afatycznych, w: „Logopedia” 1969, nr 8/9
- [5] Jastrzębowska G., Afazja i dysfazja dziecięca, w: *Logopedia Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki. tom II*, red. Gałkowski T., Jastrzębowska G., Opole 2003; 83-120
- [6] Jastrzębowska G., Istota i klasyfikacja opóźnień rozwoju mowy, w: *Audiofonologia* 10, 1997, 69-81
- [7] Pąchalska M.: Neuropsychologia w diagnostyce afazji, w: *Podstawy neurologopedii*, red. Gałkowski T., Szelaż E., Jastrzębowska G., Opole 2005, 750-907
- [8] Herzyk A., Taksonomia afazji. Kryteria klasyfikacji i rodzaje zespołów zaburzeń, w: *Logopedia* 2000 /28, 85-104
- [9] Skibska J., Afazja dziecięca, w: *Neurologopedia w teorii i praktyce. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii dziecka*, red. Skibska J., Larysz D., Bielsko-Biała 2012, 48-78
- [10] Gunia G., Afazja, afazja dziecięca (alalia), w: *Wprowadzenie do logopedii*, Gunia G. Lechta V., Kraków 2012, 99 – 108
- [11] Maruszewski M., Afazja. Zagadnienia teorii i terapii, Warszawa 1966
- [12] Dilling-Ostrowska E.: Rozwój i zaburzenia mowy u dzieci w zależności od stopnia dojrzałości układu nerwowego, w: *Zaburzenia mowy u dzieci*, red. Szumska J. Warszawa 1982
- [13] Jastrzębowska G., *Podstawy logopedii*, Opole 1996, 12-132
- [14] Zaleski T., Opóźniony rozwój mowy, w: *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, red. Gałkowski. T., Tarkowski Z. Zalewski T., Lublin 1993, 185-193
- [15] Panasiuk J., Standardy postępowania logopedycznego w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji, 69-88
- [16] Leonard L.B., SLI – specyficzne zaburzenie rozwoju językowego, Gdańsk 2006
- [17] Drewniak-Wołosz E., Paluch A., Niedokształcenie mowy o typie afazji – rozważania nad kryteriami diagnozy, *LOGOPEDA* 1(7)/2009, 90-99
- [18] Paluch A., Drewniak-Wołosz E., Mikosza L., Afa-skala. Jak badać mowę dziecka afatycznego, Kraków, 2005
- [19] Smoczyńska M., Wczesne interwencje u dzieci z opóźnionym rozwojem mowy, w: *Teoretyczne podstawy metod usprawniania mowy. Afazje i zaburzenia mowy*, red. Mierzejewska H., Przybysz-Piwko M., Warszawa 2000, 45-54.

METODY RELAKSACJI I WYPOCZYNKU U NASTOLATKÓW: JAK ZADBAĆ O ZDROWIE PSYCHICZNE MŁODEGO POKOLENIA

Joanna Dzedzic
pedagog szkolny i specjalny
Szkoła Podstawowa nr 10 we Włocławku

- Cześć , jak się macie? Wakacje już się skończyły i - szkoła czeka? Wiem, co czujecie -skończyły się pobudki o 13, chodzenie spać, gdy często inni wstawali do pracy, nocne kolacyjki, gierki, filmiki itd., itp. I po pierwszych tygodniach już jesteście zmęczeni i macie dość. Dlatego musimy coś zaradzić, by za szybko nie zniechęcić się i nie stracić motywacji do jakiegokolwiek wysiłku, w tym nauki.

Proponuję kilka technik relaksacyjnych i wypoczynku, które w obliczu różnych wyzwań takich jak: presja szkolna czy związanych z technologiami i mediami społecznościowymi - mogą pomóc zachować równowagę psychiczną i fizyczną:



1. Aktywność fizyczna jako sposób na relaks

Regularna aktywność fizyczna, taka jak jogging, jazda na rowerze, pływanie czy taniec, nie tylko poprawia kondycję, ale także wpływa korzystnie na samopoczucie. Endorfiny uwalniane podczas ćwiczeń działają jak naturalne środki przeciwbólowe i relaksacyjne, pomagając zredukować stres i napięcie.

2. Medytacja i techniki oddechowe

Medytacja to skuteczny sposób na wyciszenie umysłu. Możecie korzystać z prostych ćwiczeń oddechowych, takich jak głębokie oddychanie, które pomagają obniżyć poziom stresu i poprawiają koncentrację. Warto wypróbować techniki mindfulness, czyli skupienia uwagi na teraźniejszości, które uczą świadomego przeżywania chwili.

3. Relaksacja progresywna mięśni

Ta metoda polega na napinaniu i rozluźnianiu kolejnych grup mięśniowych. Regularne ćwiczenia pomagają rozładować napięcie mięśniowe, co sprzyja ogólnemu odprężeniu. Można ją wykonywać samodzielnie w domu, słuchając relaksacyjnej muzyki lub korzystając z dostępnych aplikacji.

4. Hobby i kreatywność

Zajęcia artystyczne, muzyka, pisanie, rysowanie czy rękodzieło to doskonałe formy relaksu. Pozwalają one wyrazić emocje, odciągnąć myśli od problemów i rozwijać pasje. Czas poświęcony na kreatywne działania sprzyja również budowaniu poczucia satysfakcji i własnej wartości.

5. Kontakt z naturą

Spacer w parku, wycieczka do lasu czy weekend na łonie natury mają działanie wyciszające i odświeżające. Obcowanie z przyrodą pomaga zredukować poziom kortyzolu – hormonu stresu – oraz poprawia nastrój.

6. Odpowiednia higiena snu

Sen odgrywa kluczową rolę w regeneracji organizmu i zdrowiu psychicznym. Powinniście dbać o regularny harmonogram snu, unikać ekranów na godzinę przed snem i tworzyć przyjemne warunki do odpoczynku, co pozwala na pełną regenerację sił.

Metody relaksacji i wypoczynku są nieodzowne dla zdrowia psychicznego młodych ludzi. Warto, aby nastolatki nauczyły się korzystać z różnych technik, dostosowując je do własnych potrzeb. Rodzice i nauczyciele mogą wspierać młodzież w tym procesie, zachęcając do aktywności fizycznej, rozwijania pasji i praktykowania technik relaksacyjnych. W ten sposób nasze dzieciaki będą lepiej radzić sobie ze stresem, a ich rozwój będzie harmonijny i pełny energii.

Drodzy Rodzice, Nauczyciele - my też zadbajmy o wypoczynek i relaks - bo nasz przykład jest bardzo ważny. Wszak dzieci najlepiej uczą się przez naśladownictwo. Ubierzmy wygodne buty - i - wyjdźmy na spacer czy pobiegać. Może szydełko, druty, książka spowodują, że zapomnimy na chwilę o obowiązkach dnia codziennego. Może coś wspólnie ugotujemy z naszymi Młodziakami?

Ważne, by znaleźć swój własny sposób na odreagowanie trosk, napięć i stresów.



Ps. I pamiętajcie o oddechu!!
Z pozdrowieniami Joanna Dziedzic,
pedagog szkolny i specjalny SP 10

SCENARIUSZ ZAJĘĆ Z ELEMENTAMI MUZYKOTERAPII

opr. Joanna Karwat, nauczyciel
współorganizujący proces kształcenia
w Szkole Podstawowej nr 10 we
Włocławku



Temat: Słowo i rytm – jak muzyka pomaga w czytaniu i pisaniu

Czas trwania: 45 minut

Adresat: uczeń z dysleksją (klasy IV–VI)

Cele ogólne:

- wspieranie procesu czytania i pisania poprzez wykorzystanie muzyki i rytmu;
- rozwijanie koncentracji, pamięci słuchowej i sekwencyjnej;
- redukcja napięcia emocjonalnego i zwiększenie motywacji do nauki.

Cele szczegółowe (uczeń):

- ćwiczy płynne czytanie krótkich wyrazów i zdań;
- utrwała poprawną pisownię wyrazów w formie zabawy;
- uczy się kojarzyć rytm z układem liter/sylab;
- doświadcza radości płynącej z aktywności muzycznych.

Metody: elementy muzykoterapii aktywnej i receptywnej, rytmizacja, drama, metoda sylabowa, praca z tekstem.

Formy: indywidualna, dialog nauczyciel–uczeń.

Środki dydaktyczne: nagrania muzyczne (spokojna muzyka klasyczna i rytmiczna perkusyjna), bębenek, klaskanie/dzwonki, kartoniki z wyrazami i sylabami, tablica/zeszyt.

Przebieg zajęć

1. Wprowadzenie – „Muzyczne przywitanie” (5 min)

- Puszczenie fragmentu spokojnej muzyki klasycznej.
- Nauczyciel i uczeń rytmicznie witają się poprzez klaskanie w prostym rytmie (echo rytmiczne).
- Krótkie ćwiczenie oddechowe przy muzyce – wdech i wydech w rytmie.

2. Rozgrzewka – „Rytm i słowo” (10 min)

- Uczeń powtarza sylaby na bębnieku (np. ma-me-mi-mo-mu), utrwalając ich zapis na kartonikach.
- Zabawa: nauczyciel wybija rytmy, a uczeń dopasowuje kartonik z odpowiednią sylabą/wyrazem.
- Ćwiczenie sylabizowania wyrazów z klaskaniem (np. la-to, książ-ka, ry-ba).

3. Część główna – „Czytanie w rytmie” (15 min)

- Uczeń czyta krótkie zdania z kartoników, akcentując rytmy klaskaniem (np. każde słowo = klaśnięcie).
- Tworzenie prostych rymów – nauczyciel podaje pierwszy wyraz (np. kot), uczeń dopasowuje rym (płot, lot), a następnie zapisuje wyraz przy akompaniamencie rytmu.
- Wspólne układanie krótkiego wierszyka/rymowanki z wybranych wyrazów i rytmiczne jego recytowanie z akompaniamentem.

4. Ćwiczenie relaksacyjne – „Słucham i rysuję” (10 min)

- Uczeń słucha spokojnej muzyki i jednocześnie rysuje litery/wyrazy w powietrzu lub palcem po kartce.
- Może również tworzyć obrazek ilustrujący wyraz/zdanie, które przed chwilą czytał.
- Ćwiczenie sprzyja utrwaleniu pamięci wzrokowo-słuchowej.

5. Zakończenie – „Muzyczne podsumowanie” (5 min)

- Nauczyciel pyta ucznia, które ćwiczenie podobało mu się najbardziej.
- Krótkie pożegnanie w rytmie (np. wspólne wyklaskanie imienia ucznia).
- Podkreślenie mocnych stron ucznia i zachęta do dalszych ćwiczeń w rytmie ulubionej muzyki.



Zaburzenia snu u dzieci i młodzieży

opr. Ewelina Skucha- Pastucha, pedagog w
Szkole Podstawowej nr 10 we Włocławku



Sen jest jednym z podstawowych stanów fizjologicznych człowieka, który determinuje dobre funkcjonowanie organizmu i utrzymanie zdrowia. Zaburzenia funkcji snu i czuwania są powszechne u dzieci i nastolatków, jednak nadal często nie są odpowiednio rozpoznawane i leczone. Zaburzenia snu są jeszcze częstsze u dzieci z zaburzeniami psychicznymi. Dlatego ważne jest rozpoznawanie i leczenie zaburzeń snu tak, aby zapewnić optymalne wyniki terapii.

Definicja/ klasyfikacja

Zaburzenia snu jest to grupa zaburzeń, które mogą dotyczyć długości snu, jak i jego jakości. Niektóre zaburzenia snu są na tyle poważne, że zakłócają normalne fizyczne, umysłowe i emocjonalne funkcjonowanie.

Zaburzenia snu są uwzględniane zarówno w klasyfikacji amerykańskiej DSM–5, jak i klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia ICD-11.

Jednak w sposób najbardziej kompletny są one zebrane w Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Snu ICSD-3.

Klasyfikacja DSM–5

- Zaburzenia snu i czuwania,
- Zaburzenia polegające na bezsenności,
- Zaburzenia z nadmierną sennością,
- Narkolepsja,
- Zaburzenia snu związane z oddychaniem,
- Parasomnie.

Klasyfikacja ta uzupełniła i uwzględniła następujące kryteria diagnostyczne, które pomagają w rozpoznawaniu zaburzeń snu:

- zaburzenia snu nocnego utrzymujące się przez ponad 4 tygodnie;
- czas potrzebny do zaśnięcia jest dłuższy niż 30 minut;
- całkowity czas snu jest krótszy niż 6 godzin;
- występuje obniżone samopoczucie w trakcie dnia.

Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Snu ICSD-3

Klasyfikacja ta dzieli zaburzenia snu na pierwotne i wtórne, czyli na występujące samoistnie lub towarzyszące innym chorobom. Dzieli zaburzenia snu na trzy podstawowe grupy:

1. dyssomie, czyli pierwotne zaburzenia zasypiania, kontynuacji snu lub nadmiernej senności – zaburzenia snu lub czuwania per se; (np. insomnie, hipersomnie, narkolepsję, zaburzenia oddychania podczas snu, zaburzenia rytmów dobowych);
2. parasomie, czyli epizodyczne zjawiska występujące we śnie towarzyszące wybudzeniu, częściowemu wybudzeniu lub przejściu między stadiami snu;
3. zaburzenia snu w chorobach somatycznych i psychiatrycznych oraz inne zaburzenia snu.

Etiologia snu u dzieci w różnym wieku

Do 1 roku życia:

1. Problemy ze snem są powszechne.
2. Związane są one z różnymi sytuacjami i problemami medycznymi.
3. Powstaje on w wyniku zaburzeń afektu, przejściowych problemów adaptacyjnych, zaburzeń po stresie traumatycznym czy zaburzeń relacji.
4. wielokrotnie mogą występować zarówno zaburzenia snu przemijające, jak i przewlekłe.
5. U 25-50% niemowląt w wieku od 6 do 12 miesiąca życia i u 30% dzieci jednorocznych zaobserwować można przebudzenia ze snu nocnego.
6. Około 50% dzieci 12 – miesięcznych ma trudności z zasypianiem lub nie może uspokoić się przed zaśnięciem. Czynniki zaburzeń snu są m.in.: temperament dziecka, depresja matki, stres w rodzinie, schorzenia somatyczne niemowlęcia.
7. Zaburzenie zasypiania (Protodyssomnia związana z zasypianiem). Charakteryzują je problemy z zasypianiem przejawiające się długością czasu potrzebnego, aby dziecko zasnęło, potrzebą dziecka, aby rodzic pozostał w pokoju, dopóki ono nie zaśnie i/lub potrzebą dziecka, aby rodzic wracał (np. rodzic wychodził z pokoju i wraca w odpowiedzi na wołanie dziecka).
8. Zaburzenie ciągłości snu (Protodyssomnia związana z budzeniem się nocnym). Problem budzenia się w nocy oznacza przebudzanie się wymagające interwencji ze strony rodzica i/lub przebudzanie się z przychodzeniem do łóżka rodziców.



U dzieci 1-3 rok życia

1. Łagodne przysenne mioklonie noworodkowe – specyficzną cechą mioklonii są asynchroniczne zrywy kończyn i tułowia występujące w okresie noworodkowym w czasie snu spokojnego (ICSD, 1990). Występują one w seriach z częstotliwością 1Hz. W zapisie EEG nie stwierdza się w tym czasie zmian napadowych. Spontaniczna remisja mioklonii następuje przed 4. mies. życia. Wymagają rozróżnienia z drgawkami mioklonicznymi. Nie wymagają leczenia.

2. Rytmiczne ruchy z zasypianiem (jaktacje) – powtarzające się, stereotypowe ruchy obejmujące zazwyczaj głowę i szyję, które typowo występują w okresie poprzedzającym zaśnięcie i mogą jeszcze utrzymywać się w płytkim śnie. Epizody te trwają krócej niż 15 min. i dają się przerwać. Zachowania te o różnym stopniu nasilenia są spotykane u 75% dzieci w 1.rz. i ustępują z wiekiem. Nie wymagają leczenia.

3. Nocne budzenie – zachowania zmuszające otoczenie do zajęcia się dzieckiem w trakcie wybudzeń nocnych. Występuje u ok. 40% dzieci w pierwszych latach życia i przyczyną mogą być błędy wychowawcze. Każde dziecko budzi się kilka razy w ciągu nocy, natomiast problem powstaje wówczas, gdy dziecko nie potrafi poradzić sobie z wybudzeniem i zaczyna płakać.

4. Opór przy kładzeniu się do łóżka – krzyk, płacz i agresja wtórna do narastającego zmęczenia dziecka, które jednak nie chce podporządkować się konieczności pójścia spać. Prowadzić to może do zasypiania w niewłaściwym miejscu, a następnie do częstszych wybudzeń nocnych oraz dezorganizacji życia rodziny. Problem z reguły jest następstwem błędów wychowawczych i wymaga ustalenia odpowiednich zmian w postępowaniu z dzieckiem.



Po 3 r. ż.

1. U dzieci nie jest uważane za zachowanie patologiczne. Zwykle zachowanie to zaczyna się w wieku 6-12 lat i utrzymuje się przez kilka lat – większość wyrasta z niego do 16 roku życia.

2. Niechęć przed kładzeniem się spać obserwuje się u 10-15% dzieci, natomiast nocne przebudzenia lub trudności z zaśnięciem dotyczą 15-30%.

3. U około 20% przypadków somnambulizm jest genetycznie uwarunkowany. Przyczyną lunatykowania może być zmęczenie, stres, choroba, przyjmowanie leków.

4. Bruksizm – oznacza mimowolne zgrzytanie i zaciskanie zębów w trakcie snu. Badania wskazują, że wraz ze zwiększającą się liczbą zachorowań, równolegle postępuje obniżanie wieku, w jakim pojawiają się symptomy.

5. Lęki nocne (łac. pavor nocturnus) – charakteryzują się epizodami płaczu, krzyku z towarzyszącymi gwałtownymi zachowaniami ruchowymi (bicie, siadanie, wstawanie), z objawami wegetatywnymi (tachykardia, zaczerwienienie twarzy, rozszerzenie źrenic), w trakcie których nie można nawiązać kontaktu z dzieckiem.

6. Somnambulizm – określane jako lunatyzm lub sennowłóctwo. Objawia się pod postacią zachowań, takich jak: siadanie na łóżku, opuszczanie łóżka i wędrowanie, a w skrajnych przypadkach wychodzenie na zewnątrz (poza dom).

7. Koszmary nocne (nightmares) zwane także zmorą nocną polegają na przeżywaniu przerażających snów. Są to uwidocznione objawy strachu (krzyk, płacz) towarzyszące marzeniom sennym o przerażającej treści, zazwyczaj prowadzące do wybudzenia.

Wiek szkolny oraz okres dojrzewania

1. Braki jakościowe występujące w nieprawidłowej diecie, zaburzenia przemiany materii.
2. Występują stany osłabienia po przewlekłych chorobach takich jak: niedoczynność tarczycy, cukrzyca, stan psychonerwowy dorastającej młodzieży.
3. Dominują zaburzenia snu wtórne związane z zmianą trybu życia: okres intensywnej nauki oraz intensywnych kontaktów towarzyskich; stałe zmiany godzin snu; częstotliwość spożywanie herbaty, kawy i innych napojów wysokoenergetycznych.
4. Do zaburzeń snu w okresie dorastania należą: koszmary senne z lękiem, nieodpowiednia higiena snu, bezsenność, zespół opóźnionej fazy snu, zespół niespokojnych nóg, zespół okresowych ruchów kończyn podczas snu, narkolepsja.
5. Zespół Kleinego i Levina – istota choroby polega na okresach nadmiernej senności, w trakcie których pacjenci śpią ponad 20 godzin na dobę, budzą się jedynie w celu zjedzenia posiłku lub potrzeb fizjologicznych. Wzmóżonej senności towarzyszy nadmierny apetyt. Nieprzyjemne incydenty senności trwają od kilku dni, do kilku tygodni. Pomiedzy incydentami osoby nie wykazują żadnych innych objawów. Incydenty mogą natomiast poprzedzone krótkotrwałymi zaburzeniami zachowania, orientacji i mowy, a czasem nawet halucynacjami.
6. Zespół opóźnionej fazy snu – jest zaburzeniem rytmów okołodobowych, który objawia się trudnościami w zasypianiu. W zespole tym wewnętrzny zegar biologiczny nie jest synchronizowany z rytmem dnia i nocy. Nieprawidłowość ta najczęściej pojawia się w okresie dojrzewania, szczególnie u chłopców.

Diagnostyka

- Wywiad psychospołeczny - ukierunkowany wywiad powinien skupiać się na ustaleniu zaburzeń ilości i jakości snu, uwzględnić uważne poznanie historii psychospołecznej, funkcjonowania w ciągu dnia, zachowań i zwyczajów związanych z kładzeniem się spać oraz zachowania w nocy. Pytania powinny być ukierunkowane na uzyskanie informacji dotyczącej rodzinnej, warunków życiowych, ważnych wydarzeń życiowych i znaczących zmian i czynników stresowych.
- Dzienniczki snu - są graficzną metodę zapisu 24-godzinnego cyklu sen-czuwanie. Pacjent lub rodzic jest proszony o codzienne zapisywanie pory zasypiania i wstawania w okresie 1-2 tygodni. Taki zapis może stanowić cenne źródło informacji dotyczących spójności i braków w rozkładzie snu pacjenta oraz może służyć jako przesłanka oceny zmian związanych z różnymi interwencjami terapeutycznymi.

-Testy

Dla dzieci w wieku szkolnym używana jest **8-punktowa skala PDSS** (Pediatric Daytime Sleepiness Scale)

BEARS- do badań przesiewowych, stosuje się u dzieci od 2 do 18 lat, kwestionariusz składa się

z pięciu punktów: problemy związane z kładzeniem się do łóżka (B -Bedtime problems), nadmierna senność w ciągu dnia (Excessive daytime sleepiness), wybudzenia w nocy (Awakenings), regularność kładzenia się wieczorem i wstawania rano (Regularity), kłopoty z oddychaniem lub chrapanie (Sleep- related breathing problems or Snoring)



Kwestionariusz CSHQ składa się z 33 pytań, jest stosowany u dzieci w wieku 4-10 lat, głównie w przebiegu badań naukowych dotyczących snu. W Polsce dostępny jest kwestionariusz nawyków związanych ze snem dla dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym (polska adaptacja autorstwa: Rogala, Walęcka, Wichniak)

Kwestionariusz PSQ jest narzędziem złożonym z 22 pytań, przeznaczonym dla dzieci i nastolatków w wieku 2-18 lat. **PSQ** daje wyższą punktację w obecności zaburzeń oddychania podczas snu, chrapania, nadmiernej senności, zachowań odbiegających od normy oraz okresowych ruchów kończyn (PLMD).

Polisomnografia (poligrafia, PSG)

Monitorowane parametry Ocena etapów snu wymaga 3 badań:

- elektroencefalografii (EEG) aktywność elektryczna mózgu
- elektrookulografii (EOG) - ruchy gałek ocznych
- elektromiografii powierzchniowej (EMG) - aktywność mięśniowa



Test wielokrotnej latencji snu (multiple sleep latency testing, MSLT) jest wykorzystywany do oceny senności w ciągu dnia oraz do rozpoznawania narkolepsji. Często jest przeprowadzany bezpośrednio po nocnym badaniu polisomnograficznym. Polega ono na rejestracji 4, 5 drzemek

w ciągu dnia, które przerywa się 15 min po zaśnięciu. Jeżeli sen nie wystąpi, rejestracja jest przerywana po upływie 20 min. Badanie ma ograniczone zastosowanie u dzieci, ponieważ wymaga współpracy pacjenta, ze względu na drzemki w ciągu dnia, które mogą być normalne oraz na brak przeprowadzonej walidacji badania u dzieci poniżej 6 roku życia.

Badanie aktygraficzne

Jest stosowane do oceny bezsenności i zaburzeń rytmów okołodobowych. Może trwać do 14 dni, nawet dwa tygodnie i dostarcza informacji o porach zasypiania i budzenia się. Może być wykonywana ambulatoryjnie, pacjent nosi wtedy małe urządzenie przypominające zegarek.

Leczenie

- W leczeniu bezsenności u dzieci stosuje się głównie metody behawioralne.
- Ich skuteczność wynosi ponad 80%.
- Metody behawioralne mogą być stosowane u dzieci powyżej 6. m.ż.
- U młodszych dzieci trzeba pamiętać o zapobieganiu, wykształcając odpowiednie nawyki związane ze snem i stosując zasady higieny snu.

Edukacja rodziców

Wykazano, że edukacja rodziców, szczególnie w okresie prenatalnym lub krótko po urodzeniu dziecka, jest bardzo skutecznym sposobem zapobiegania rozwojowi behawioralnych zaburzeń snu u dzieci.

Interwencje behawioralne

- * Niemodyfikowane wygaszanie, zwane też wyplakaniem się (crying out approach) jest skuteczne, jednak jego zastosowanie jest szczególnie trudne dla rodziców .
 - * Zmodyfikowane wygaszanie wiąże się z obecnością rodzica w pokoju dziecka w trakcie usypiania, ale bez ingerencji, i charakteryzuje się porównywalną skutecznością do niemodyfikowanego wygaszania.
 - * Stopniowe wygaszanie polegające na planowych krótkich wizytach w przypadku nieustającego płaczu, np. co pięć minut, lub na stopniowym wydłużaniu czasu pomiędzy kolejnymi reakcjami na płacz dziecka.
 - * Zaplanowane wybudzenia. Zwykle budzenie dziecka na krótki czas przed porą jego zwykłego wybudzenia spontanicznego lub częściowego
 - * Chronoterapia jest interwencją ukierunkowaną na poprawę cyklu sen-czuwanie. Jest to metoda stosowana głównie do leczenia nastolatków z zespołem opóźnionej fazy snu.
 - * Fizjoterapia • wodolecznictwo, leczenie klimatyczne, leczenie ruchem (kinezyterapia), rozmaite rodzaje masażu, leczenie inhalacjami, światło-lecznictwo, leczenie sanatoryjne.
 - * Bajkoterapia • Bajki terapeutyczne są utworami adresowanymi do dzieci, głównie w wieku 4-9 lat, w których świat jest widziany z dziecięcej perspektywy, a ich celem jest uspokojenie, zredukowanie problemów emocjonalnych i wspieranie we wzroście osobistym.
 - * Muzykoterapia polega na leczeniu poprzez słuchanie odpowiednio dobranych utworów muzycznych, muzyka działa szczególnie na sferę emocji człowieka, może pobudzać, wprawiać w niepokój, ale także łagodzić, uspokajać i harmonizować.
 - * Terapia rodzinna w paradygmacie systemowym terapia indywidualna dziecka w podejściu behawioralno-poznawczym, w którym stosuje się trening relaksacyjny.
 - * Leczenie farmakologiczne -dobór farmakoterapii powinien być zindywidualizowany, dostosowany do rozpoznania klinicznego i zoptymalizowany pod kątem profilu farmakokinetycznego.
- Preparaty stosowane u dzieci z zaburzeniami snu: przeciwhistaminowe, melatonina, mieszanki ziołowe, benzodwiazepiny, agoniści receptorów GABA (zolpidem, zopiklon, zaleplon), ramelteon (nieдоступny w Polsce), alfa-agoniści (klonidyna), leki przeciwdepresyjne, stabilizatory nastroju i atypowe leki przeciwpsychotyczne

Higiena snu

- sypialnia pozbawiona intensywnych bodźców,
- stałe ramy snu,
- rytuały okołosenne,
- unikanie napojów zawierających kofeinę,
- czytanie przed snem,
- zasypianie we własnym łóżku pod nieobecność rodzica,
- ograniczenie czasu korzystania z urządzeń emitujących spektrum światła niebieskiego (tablety, smartfony, komputery, telewizory),
- umiarkowana aktywność fizyczna w ciągu dnia,
- śniadanie bogate w tryptofan oraz witaminę B6,
- ekspozycja na światło w godzinach porannych.



Literatura

Andrzejczak B., Śmigielski J., Gmitrowicz A. : *Analiza wybranych parametrów snu w populacji młodzieży szkolnej*, „*Psychiatria i Psychologia Kliniczna*” 2017, nr 17(4), s. 279–288. *Bezsennaść i inne zaburzenia snu u dzieci i dorosłych*. PZWL, Warszawa, 1983. *Leczenie behawioralnych zaburzeń snu u dzieci i młodzieży – przegląd literatury*, „*Psychiatria Polska* 2016”; *Zaburzenia snu u dzieci i młodzieży z zaburzeniami i chorobami psychicznymi – zaburzenia afektywne i lękowe*. *Psychiatria Polska*, 2013; 47(2): 303–312. *Zaburzenia snu w codziennej praktyce*. Warszawa, Medical Tribune, 2012 . • Skalski M., *Bezsennaść – patogeneza i leczenie* Szymańska K., *Zaburzenia snu*. [w] Wolańczyk T., Komender J. (red.). *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*. PZWL, Warszawa, 2006; • Urban, M., *Zaburzenia snu u dzieci i młodzieży*, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 16(3), (2007), s. 257-262. • Zajac A., Skowronek-Bala B., Wesolowska E., Kaciński M., *Wstępne wyniki badań elektroencefalograficznych i polisomnograficznych zaburzeń snu u dzieci*.



MOST POROZUMIENIA. O BUDOWANIU RELACJI SZKOŁY Z RODZICAMI UCZNIÓW ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI



Opr. Aleksandra Kalinowska – nauczyciel współorganizujący proces kształcenia, Szkoła Podstawowa nr 10 we Włocławku

Współpraca nauczyciela z rodzicami ucznia stanowi podstawowy warunek skuteczności i efektywności oddziaływań wychowawczych oraz edukacyjnych – zarówno w szkole, jak i poza nią. W przypadku uczniów z niepełnosprawnością ma ona znaczenie szczególne, ponieważ dotyczy dzieci o wyjątkowych potrzebach i wymagań rozwojowych. Budowanie prawidłowych relacji na linii szkoła–rodzina nie jest jednak zadaniem łatwym, gdyż wymaga od obu stron otwartości, kompromisu oraz rezygnacji z własnych, jednostkowych celów na rzecz nadrzędnego – jakim jest wszechstronny rozwój dziecka.

Emocje rodziców wobec diagnozy i wychowania dziecka z niepełnosprawnością

Rodzice, którzy dowiadują się o zaburzeniach rozwojowych dziecka, często przeżywają smutek, lęk i rozczarowanie. Proces adaptacji do nowej sytuacji uzależniony jest m.in. od momentu postawienia diagnozy. Wczesne rozpoznanie sprzyja stopniowemu oswajaniu się z trudnościami, pozwala rodzicom na stworzenie bardziej realistycznego obrazu dziecka, a także ułatwia dostosowanie oczekiwań do jego rzeczywistych możliwości. Z kolei przewlekłe diagnozowanie problemów wiąże się z długotrwałym napięciem i poczuciem bezradności. Wówczas samo otrzymanie diagnozy bywa paradoksalnie źródłem ulgi – rodzice wiedzą, z jakimi ograniczeniami muszą się zmierzyć i jak mogą przeorganizować życie rodzinne, aby zaspokoić potrzeby wszystkich jej członków.

Akceptacja niepełnosprawności dziecka i przewartościowanie dotychczasowych priorytetów życiowych to pierwszy, a zarazem najtrudniejszy krok, jaki muszą podjąć rodzice. Stopniowe przystosowywanie się do nowej sytuacji, odkrywanie w kontakcie z dzieckiem coraz większej liczby pozytywnych emocji oraz sukcesów sprzyja zarówno wzmacnianiu więzi rodzinnych, jak i poprawie jakości relacji między rodzicami.

Wsparcie i zagrożenie wypaleniem rodzicielskim

Badania wskazują, że nawet dobrze zaadaptowani rodzice dzieci z niepełnosprawnością zmagają się z wieloma czynnikami psychologicznymi, które zwiększają ryzyko tzw. wypalenia rodzicielskiego. Najczęściej jest to poczucie braku wystarczającej wiedzy i umiejętności w zakresie wychowania, osamotnienie, brak wsparcia społecznego czy przeciążenie obowiązkami.

Dlatego tak istotne jest, by rodziny mogły korzystać zarówno z pomocy specjalistów (lekarzy, psychologów, pedagogów, rehabilitantów, terapeutów), jak i z codziennego wsparcia osób z bliskiego otoczenia.

Rola szkoły polega nie tylko na dostarczeniu dziecku narzędzi edukacyjnych, ale również na objęciu całej rodziny systematycznym wsparciem informacyjnym i emocjonalnym. Rodzice powinni otrzymywać rzetelną wiedzę na temat zaburzeń dziecka, jego potencjału oraz ograniczeń, a także na temat instytucji i usług, z pomocy których mogą korzystać.

Rola nauczyciela w budowaniu relacji z rodzicami

Rodzice dzieci z niepełnosprawnością stają przed trudnym zadaniem – bycia przewodnikami dziecka w coraz bardziej złożonej rzeczywistości. W tym procesie kluczową rolę odgrywa nauczyciel, który dzięki partnerskiemu dialogowi, wzajemnemu zaufaniu i życzliwości może wspierać rodzinę w wychowaniu i edukacji.

Jakość relacji rodzic-nauczyciel zależy od obu stron. Dobra współpraca wymaga:

- otwartości na kontakt,
- umiejętności wzajemnego słuchania,
- uzupełniania się w działaniach,
- wspólnego planowania procesu wychowania i edukacji,
- tworzenia atmosfery zrozumienia i wzajemnego szacunku.

Zgodność oddziaływań wychowawczych szkoły i rodziny wzmacnia poczucie bezpieczeństwa u dziecka i daje mu jasne, przewidywalne zasady funkcjonowania.

Praktyczne formy współpracy szkoły z rodzicami

W praktyce współdziałanie rodziców i nauczycieli może obejmować m.in.:

- wspólne ustalanie zasad jednolitego oddziaływania wychowawczego w szkole i w domu,
- pomoc w organizacji kształcenia, wychowania i opieki,
- zapoznavanie rodziców z programem nauczania, metodami pracy i zadaniami szkoły,
- upowszechnianie wiedzy o wychowaniu i funkcjach opiekuńczych rodziny,
- zachęcanie rodziców do aktywnego udziału w życiu szkoły,
- tworzenie przyjaznego klimatu sprzyjającego współpracy,
- włączanie rodziców w planowanie działań szkoły – zarówno bieżących, jak i długofalowych.

Podsumowanie

Właściwa współpraca z rodzicami dzieci z niepełnosprawnością to nie tylko formalny obowiązek szkoły, lecz przede wszystkim fundament efektywnego wspierania rozwoju dziecka. Rodzic, który czuje się akceptowany i traktowany po partnersku, chętniej angażuje się w działania edukacyjne, a przede wszystkim – ufa nauczycielowi. W atmosferze otwartości, dialogu i zaufania możliwe jest stworzenie optymalnych warunków rozwoju ucznia, w których szkoła i rodzina stają się prawdziwymi sojusznikami.

Cykl poetycki



Pszczele trele morele

Pszczelarz Przemek, tuż przed Pszczyną
pszenną bułkę przygryzając
przecisnął się przestraszony
Przez przyciasną w drzwiach szczelinę.
Przyczał się niby zając,
By przemyśleć przedwczorajsze
Przypomnienie przemilczane
O przestępczym procederze
Pszczelich rodów dotyczące.

Tu zamilknę i przemilczę
zakres owych procederów.
Pszczół przeloty, wyrojenia
i ... możliwe użądlenia
są powodem przemilczenia!

Jolanta Adamczyk
**Logopeda Poradni Psychologiczno-
Pedagogicznej**
we Włocławku

Porządki

Spłukać z płótna plamy tłuste,
zetrzeć z półek pył i kurz,
blask przywrócić jarzeniówce
i odkurzyć każdy kąt.

Zaprzyjaźnić się z trzepaczką
i odkurzaczu w rękę wziąć,
zmywać, ścierać i przecierać...
Zniknął kurz! Porządku wróć!

Jolanta Adamczyk
**logopeda w Poradni Psychologiczno-
Pedagogicznej**
we Włocławku

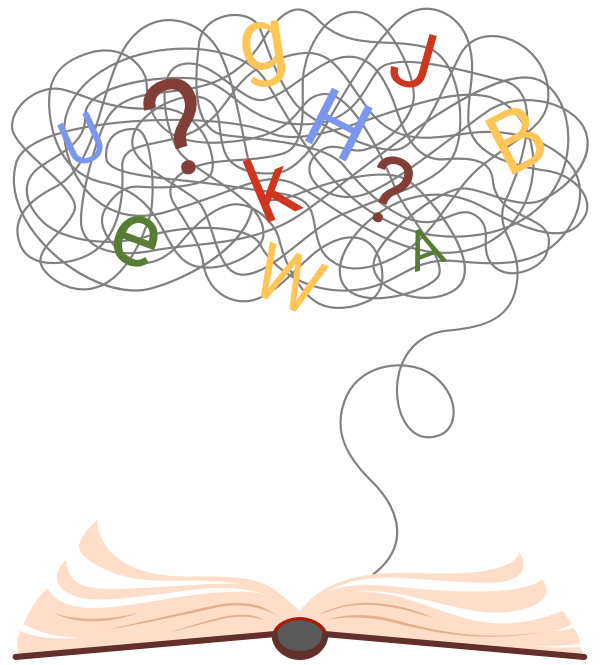
Bajka o chlebie

Woła chłop, chleb bym jadł.
Chleb na obiad zjadłbym rad.
Biada baba: chleba brak,
bochen chleba zniknął... sam.

Był tu Bogdan, Bartka brat,
Paweł, Borys, Patryk chwat.
Każdy pajdę chleba zjadł.
Chleba brakło, barszcz Ci dam.

Jolanta Adamczyk
**logopeda w Poradni Psychologiczno -
Pedagogicznej**
we Włocławku





Kilka słów o dysleksji



**DYSLEKSJA TO NIE
KWESTIA WIARY,
ALE WIEDZY**



pedagogonline.pl



**Z DYSLEKSJI
SIĘ NIE
WYRASTA**



pedagogonline.pl



**DYSLEKSJA TO NIE
CHOROBA, WIĘC
NIE MOŻNA JEJ
WYLECZYĆ**



pedagogonline.pl



DYSLEKSJA TO ROZWOJOWE ZABURZENIE UCZENIA SIĘ W ZAKRESIE CZYTANIA.



(DEF. ICD-11)



pedagogonline.pl



OSOBY Z DYSLEKSJĄ NIE SĄ MNIEJ INTELIGENTNE!



pedagogonline.pl



DYSLEKSJA JEST DIAGNOZOWANA DOPIERO NA DRUGIM ETAPIE EDUKACYJNYM.



WCZEŚNIEJ MÓWIMY O RYZYKU DYSLEKSJI, CZYLI ZWIĘKSZONYM PRAWDOPODOBIENSTWIE, ŻE ZABURZENIE TO ROZWINIE SIĘ U DZIECKA W PRZYSZŁOŚCI.



pedagogonline.pl



**RYZIKO DYSLEKSJI NIE
OZNACZA JEDNAK, ŻE
DZIECKO NA PEWNO BĘDZIE
MIAŁO DYSLEKSJĘ.**

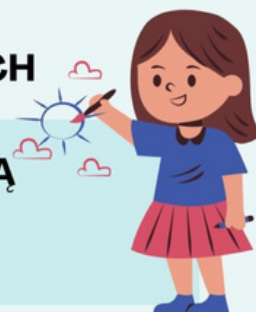


**KAŻDE DZIECKO ROZWIJA SIĘ
WE WŁASNYM TEMPIE.**

pedagogonline.pl



**TERAPIA DYSLEKSJI
ODBYWA SIĘ W RAMACH
SPECJALISTYCZNYCH ZAJĘĆ
KOREKCYJNO-KOMPENSACYJNYCH
LUB TERAPII PEDAGOGICZNEJ,
UZUPEŁNIANYCH PRACĄ WŁASNĄ
UCZNIA W DOMU**



pedagogonline.pl



ISTOTĄ ZAJĘĆ KOREKCYJNO-KOMPENSACYJNYCH JEST:

**• KOREKCJA
CZYLI USPRAWNIANIA ZABURZONYCH
FUNKCJI POZNAWCZYCH I RUCHOWYCH
DZIECKA ORAZ ICH WSPÓŁDZIAŁANIA.**

**• KOMPENSACJA
USPRAWNIANIA FUNKCJI DOBRZE
ROZWIJAJĄCYCH SIĘ CELEM WSPOMAGANIA
TYCH SŁABIEJ FUNKCJONUJĄCYCH LUB
CZĘŚCIOWEGO ICH ZASTĘPOWANIA.**



pedagogonline.pl

Znane osoby z dysleksją



Wieszcz – brzydkie pismo i nieco błędów ortograficznych

Wydaje się, że o naszym wieszczu narodowym Adamie Mickiewiczu wiemy wszystko. Istnieją jednak takie fakty z jego życia, które jeszcze nie zostały w pełni zbadane lub których precyzyjne wyjaśnienie obecnie wydaje się niemożliwe. Dotyczy to chociażby miejsca narodzin Mickiewicza: nie można ustalić, czy poeta przyszedł na świat w Zaosiu, czy też w Nowogródku. W każdym razie stało się to 24 grudnia 1798 roku i stąd decyzja o nadaniu dziecku imienia Adam. Edukacją chłopca najpierw zajmowała się matka, na tyle skutecznie, że podobno już w 4. roku życia Mickiewicz płynnie czytał. Jako uczeń był pilny, bystry, posiadał szczególne zdolności szybkiego zapamiętywania. Tym wszystkim zaletom towarzyszyła niezwykła pracowitość i chęć zdobywania wiedzy. Na świadectwach szkolnych widniały same dobre wyniki, oprócz informacji o zdrowiu i oceny z kaligrafii – tu ocena zawsze była mierna. Mickiewicz miał bardzo nieczytelny charakter pisma. Do dziś odczytanie jego rękopisów sprawia trudność edytorom. W 1815 roku ukończył szóstą (ostatnią) klasę nowogrodzkiej szkoły u dominikanów z celującymi ocenami z przedmiotów ścisłych. Jego pracowitość i wychowanie również zostały ocenione bardzo wysoko. Natomiast zdrowie – miernie.



Po ukończeniu szkoły Mickiewicz myślał o medycynie, lecz ostatecznie trafił na Wydział Fizyko-Matematyczny na Uniwersytecie Wileńskim. Poeta niewątpliwie był poliglota, znał doskonale języki: litewski, łacinę, grekę, polski, niemiecki, francuski, białoruski, uczył się tureckiego. Na Wydziale Literatury i Sztuk Wyzwolonych pod okiem profesora Leona Borowskiego odniósł pierwsze sukcesy. Został przyjęty do seminarium nauczycielskiego, które umożliwiło mu studia z roczną pensją w zamian za pracę na stanowisku nauczyciela. W 1819 roku poeta wyjechał do Kowna, gdzie uchodził za niezwykle zdolnego, ale samotnika i dziwaka (w swej ubogiej kawalerce trzymał kota, psa i węża). Napisany w tym okresie utwór manifestacyjny, sztandarowy dla młodych jego epoki – „Oda do młodości” – spotkał się z różnym odbiorem: jedni uważali go za „arcygłupi”, inni zaś za przejaw geniuszu. Te krytyczne uwagi i zły stan zdrowia przyczyniły się do pogorszenia jego samopoczucia. Ponadto odrzucono (oddano do poprawy) jego pracę magisterską. Powodem były – jak twierdził poeta – błędy ortograficzne.

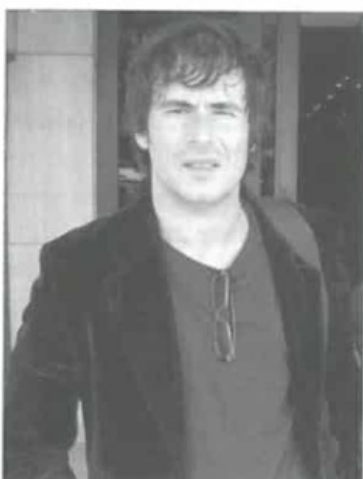
W dalszej karierze Mickiewicz przyjął propozycję stanowiska profesora literatury łacińskiej w Lozannie, potem, jak wiadomo, objął katedrę literatury słowiańskiej w paryskim College de France. Jego wykłady cieszyły się ogromną popularnością. Był witany i żegnany oklaskami (Ozimek, 1998).



Ludzie sceny

Jeden ze znanych polskich aktorów – Bartosz Opania, syn Mariana Opani – z niechęcią wspomina lata szkolne, które przez kłopoty z czytaniem i pisanem stały się dla niego koszmarem. Trudno uwierzyć, że ten młody, zdolny artysta – znany ze sceny teatralnej, znakomitych ról filmowych w „Zakochanych”, „Historii kina w Popielawach”, „Daleko od okna” czy „Ciszy” oraz serialu telewizyjnego „Na dobre i na złe” – z takimi problemami brnął przez szkołę. Opisuje je w artykule w „Wysokich obcasach” (2002).

Szczególne trudności sprawiało aktorowi czytanie na głos i pisanie: (...) *na stronie potrafiłem zrobić kilkadziesiąt błędów ortograficznych. (...) Do tego bazgrałem lewą ręką. Zmuszono mnie do pisania prawą, ale*



paskudne kulfony i tak zostały. Opania przyznaje, że z napisanych przez niego wypracowań korzystali jego koledzy, którzy później dostawali z nich piątki, on zaś mógł liczyć tylko na dwóje. W szkole jego przypadek nazywano po prostu lenistwem, dopiero później okazało się, że jego trudności wynikają z dysleksji.

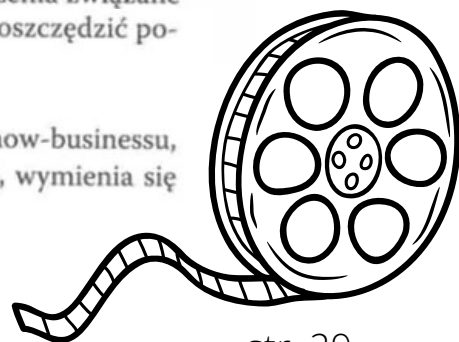
Tylko dzięki rodzicom skończyłem podstawówkę, dostałem się do liceum (psycholog stwierdził, że się nie nadaję) i zdałem maturę. Do dziś nie wiem, jak mi się to udało – chyba tylko z pomocą

Bożę i książek, które mnie zawsze interesowały – bo zacząłem się intensywnie uczyć na kilka tygodni przed egzaminem – mówi Bartosz Opania.

Rodzice w dużej mierze przyczynili się do sukcesu syna przez intensywne ćwiczenia prowadzone podczas odrabiania prac domowych: *Mama tłumaczyła mi chemię i biologię. Ojciec próbował mi włożyć do głowy alfabet rosyjski. Polskie litery troiły mi się w oczach, a co dopiero rosyjskie.* Oboje wzajemnie się wspierali, choć czasami mieli po prostu dość, zwłaszcza że nie było widać znaczących wyników. Jednak nie poddali się. Również zaangażowanie rodziców w szkolne wywiadówki pomogło Bartoszowi w ukończeniu szkoły. Sam wspomina z niedowierzaniem sytuację, kiedy: *ojciec z kwiatami na korytarzu czekał na nauczycielki (...). Nie wiem, jak mu się udało, ale namówił matematyczkę, żeby – mimo dwunastu dwój – postawiła mi 3=.* Jako uczeń podstawówki Opania pobierał korepetycje z matematyki, choć niestety z równie kiepskim skutkiem.

Jak wiele osób z dysleksją, aktor przez całe swe życie musi walczyć z jeszcze jedną przeszkodą, jaką jest nieśmiałość. Niewątpliwie nieustanne problemy w szkole, kpiny rówieśników były jej przyczyną. Rzutuje ona na jego dalsze życie, między innymi w rozmowach z synami, które jak sam przyznaje, ciężko jest mu przeprowadzać. Doświadczenia związane z dysleksją nauczyły go wiele o ludziach i życiu, chciałby oszczędzić podobnych przykrości swoim synom.

Wśród zagranicznych aktorów i przedstawicieli show-businessu, którzy mają trudności z czytaniem i poprawną pisownią, wymienia się również Toma Cruise'a i Whoopi Goldberg.



Aktorzy z dysleksją:



Fred Astaire,



Orlando Bloom,



Cher,



Tom Cruise,



Harrison Ford,



Dany Glover,



Whoopie Goldberg,



Goldie Hawn,



Salma Hayek



Marilyn Monroe ,



Quentin Tarantino,



Keanu Reeves,



Steven Spielberg,



Kiera Knightley



Robin Williams

Muzycy, piosenkarze z dysleksją:



Enrico Caruso,



John Lennon,



Britney Spears,



Kurt Cobain,



Robbie Williams

Pisarze z dysleksją:



Hans Ch. Andersen,



Agatha Christie,



Charles Dickens,



Ernest Hemingway,



Mark Twain,



Jules Verne

Sportowcy z dysleksją:



Muhammad Ali,



Magic Johnson

Kompozytorzy z dysleksją:



Ludwig van Beethoven,



Mozart

Ludzie biznesu z dysleksją:



Walt Disney,



Henry Ford,



Bill Gates

Malarze, rzeźbiarze z dysleksją:



Michał Anioł,



Vincent van Gogh,



Pablo Picasso,



Auguste Rodin,



Leonardo Da Vinci,



Andy Warhol

Wynalazcy z dysleksją:



Alexander G. Bell,



Pierre Curie,



Charles Darwin,



Thomas Edison,



Albert Einstein,



Michael Faraday,



Galileo Galilei,



Isaac Newton,



Ludwik Pasteur

Politycy z dysleksją:



George Bush,



Winston Churchill,



Benjamin Franklin,



John Kennedy,



George Washington,



Nelson Rockefeller,

Bibliografia:

Opracowano na podstawie materiałów zamieszczonych na stronach internetowych.

Metody badania samooceny uczniów z problemami w uczeniu się.

Raport z badań własnych

Tomasz Borowiak
dr n. hum. w zakresie pedagogiki
Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
we Włocławku



Od wielu lat prowadzę na terenie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej we Włocławku diagnozę pedagogiczną i logopedyczną uczniów. Na tej podstawie zaobserwowałem występowanie związku pomiędzy poziomem samooceny uczniów ze specyficznymi problemami w uczeniu się z ich motywacją do nauki. Badania empiryczne wielokrotnie przeprowadzane przeze mnie wskazywały na to, że związek pomiędzy tymi zmiennymi wypadł negatywnie: niski poziom samooceny uczniów związany był z niską motywacją do uczenia się. Można byłoby pokusić się o stwierdzenie, że nie jest to nic odkrywczego. Problem jednak od wielu lat pogłębia się. Uczniowie mają coraz większe problemy w nauce, nie lubią się uczyć, coraz częściej wskazują nam na to, że uczenie (w szkole) „to nudy”. Jest to m.in. spowodowane ciągłym zwiększaniem się obszaru informacji, z jakimi stykają się nie tylko w szkole, ale również z rosnącym zakresem operacji, które muszą przeprowadzać na tych informacjach. Ta sytuacja prowokuje do poszukiwania skutecznych metod zapamiętywania i ich dostosowania do indywidualnego stylu poznawczego naszych uczniów. Jak wskazuje Tony Buzan, autor licznych publikacji o tematyce szybkiego zapamiętywania, „chodzi o ożywienie w umyśle” informacji będącej przedmiotem uczenia się. Warto wskazać w tym miejscu na cytaty z książki B. Joyca „Przykłady modeli uczenia się i nauczania”: „Najważniejszym długofalowym rezultatem nauczania może okazać się uczniowska umiejętność uczenia się w przyszłości”.

Ślad pamięciowy staje się podstawową kategorią analityczną w badaniach na skutecznością procesów dydaktycznych. Samo wyeksponowanie materiału dydaktycznego z pominięciem nastawienia nauczyciela na wykorzystanie zasobów poznawczych uczniów nie daje powodzenia dydaktycznego. Problem dotyczy takiego organizowania uczenia się, aby w jego efekcie zostały pobudzone wszystkie dostępne możliwości zapamiętywania, a zwłaszcza te odwołujące się do obrazu i wizualizacji. Warto w tym miejscu wskazać na znaczenie dla procesów pamięciowych zastosowania wizualizacji. Wizualizacja, czyli wyobrażanie sobie zapamiętywanego materiału, stanowić może rodzaj transferu codziennych praktyk poznawczych uczniów na proces dydaktyczny. Współczesna kultura, z którą stykają się uczniowie jest ikonograficzna. Stanowi źródło stale zmieniających się obrazów będących zakodowaną formą informacji. Można nawet pokusić się o stwierdzenie, że dzieci przychodzące do szkoły są ekspertami w odbiorze i sprawnym przetwarzaniu informacji ukrytych w obrazach. Szkoła natomiast oparta jeszcze na tradycyjnych, stroniących od obrazu metodach działania nie wykorzystuje tych możliwości, lecz odwrotnie - oducza uczniów od posługiwania się nimi. W zamian za to uczniowie werbalnie zapamiętują długie teksty, rzadko je rozumiejąc.

W efekcie ślady pamięciowe, bez towarzyszących im emocji, nastawień i rozumienia, zanikają szybciej niż zostały przyswojone. Stąd pojawiająca się dysproporcja pomiędzy tym, co uczniowie pamiętają ze swoich kulturowych doświadczeń, a tym co pamiętają ze szkolnych lekcji. Dodatkowo negatywnym czynnikiem w procesach odnoszących się do zapamiętywania szkolnego jest czas, uczniowie muszą szybko zapamiętać proponowane przez nauczyciela treści pod presją czasu, a przecież nikt ich wcześniej nie nauczył, jak radzić sobie z takimi emocjami.

To powoduje, że dodatkowo zniechęcają się i uciekają od propozycji szkolnych, do innego - wirtualnego świata, bez zrozumienia emocji, które tam są przedstawiane. To powoduje, że nie radzą sobie nie tylko z zapamiętaniem i zrozumieniem treści programowych, ale również w relacjach z rówieśnikami i dorosłymi.

Pojęcie samooceny w świetle literatury

Termin samoocena ma wielorakie znaczenia. W ujęciu psychologicznym, mimo zarysowanych różnic w jego definiowaniu, podkreśla się, iż jest to zespół sądów i opinii, które jednostka odnosi do własnej osoby, a głównie do wyglądu, uzdolnień, osiągnięć i możliwości.

Jednym z głównych walorów samooceny jest jej zróżnicowanie, co oznacza, że człowiek ocenia siebie różnie w różnych sferach, ale ogólna samoocena decyduje o tym, w jaki sposób będzie zachowywał się w sytuacjach nowych. W kontekście definiowania samooceny najczęściej wskazywana jest tendencja jednostki do przeceniania bądź niedoceniania swoich możliwości w stosunku do wymogów zadania, a osoba ocenia siebie i swoje możliwości w porównaniu z innymi ludźmi. Samoocena ujmowana jest także jako zespół sądów i opinii, które jednostka odnosi do swojej osoby, cech fizycznych i uzdolnień⁴, aktualnych właściwości fizycznych lub psychicznych jednostki, jak również jej możliwości potencjalnych, jeszcze nie ujawnionych¹. Samooceny (self - evaluation, self - estimate) jako sądy wartościujące stanowią centralny składnik samowiedzy jednostki. Dotyczą specyficznych cech człowieka takich jak: właściwości fizyczne (wygląd, zdrowie), cechy osobowości (zdolności twórcze, dojrzałość emocjonalna, struktura motywacji), stosunki z innymi ludźmi (miejsce w rodzinie, atrakcyjność społeczna)². Samooceną są poglądy człowieka na siebie („jaki jestem”) i na swoje możliwości („na co mnie stać”), postawa wobec samego siebie, zwłaszcza wobec własnych możliwości oraz innych cech wartościowych społecznie.

W zależności od subiektywnej oceny i emocjonalnego stosunku do własnych cech, samoocena jest pozytywna lub negatywna. Tego rodzaju bilans emocjonalny określa się jako poziom samooceny, rozumiany najczęściej jako emocjonalny aspekt postawy wobec siebie. Poznawczy aspekt samooceny określany jest jako „pojęcie samego siebie” (self -concept)⁴.

Ważnym składnikiem samooceny sprzyjającym skutecznemu działaniu jednostki jest jej wiedza o własnej osobie. Rodzi się ona na podstawie samopoznania właściwości indywidualnych, umożliwiającego dokonanie oceny własnej sprawności umysłowej, zdolności, wydolności fizycznej, stanu zdrowia. Pozytywną funkcję regulacyjną spełnia samoocena adekwatna, we właściwy sposób przedstawiająca posiadane przez jednostkę właściwości. Powinna ona być stabilna a równocześnie elastyczna, czyli dostosowana do zachodzących zmian.

W przypadku młodych ludzi, przekraczających kolejne etapy rozwoju psychofizycznego, samoocena jest niezbędna do tego, by mogli porównywać swoje zachowania z zachowaniem innych ludzi i ewentualnie je korygować, co z kolei ma pewien wpływ na to, jak oceniają ich inni i w rezultacie kształtuje charakter kontaktów społecznych.

Uczniowie, poddający w wątpliwość swoją wartość, mają trudności z nawiązaniem przyjacielskich stosunków z innymi, czują się izolowani, w konsekwencji czego rzeczywiście stają się izolowani. Dążenie do utrzymania korzystnej samooceny jest ważnym czynnikiem wpływającym na podejmowanie przez uczniów starań o aprobatę środowiska. Posiadanie pozytywnego obrazu samego siebie związane bywa z dużą aktywnością i z umiejętnością obrony własnego punktu widzenia. Adekwatna samoocena związana jest także z umiejętnością oceniania innych ludzi. Samoocena trafna sprzyja skutecznemu działaniu i jest jednym z warunków zachowania zdrowia psychicznego. „Nie jest zdrowy człowiek, który (...) nie potrafi obiektywnie ocenić siebie i ma albo zbyt wygórowane mniemanie o sobie, albo nie docenia swej wartości”¹.

Samoocena zwiera niekiedy element myślenia przyszłościowego, dzięki czemu możliwe jest dokonanie rozróżnienia samooceny stanu obecnego oraz obrazu „ja idealnego”, który czasami może się ucieleśnić w modelu - innym człowieku. Niektóre osoby mają tendencję do częstego porównywania samooceny „ja istniejącego” z elementami zamierzonego „ja idealnego”.

Dla samowiedzy i samooceny duże znaczenie ma czynnik określony jako „stopień, w jakim człowiek jest przekonany o samodzielnym kształtowaniu swego losu”. Czasami określa się taką sytuację jako duże lub małe poczucie podmiotowości. Miejsce, jakie osoba zajmuje na osi „podmiotowość-przedmiotowość, zależy od tego, w którym odcinku koncentruje siłę kierującą jej postępowaniem - w obrębie swej woli, inteligencji i zdolności czy też w obrębie czynników zewnętrznych. W tym kontekście ważne jest, by zastanowić się czy i w jakim stopniu uczeń jest przekonany o tym, że jego przyszłość zależy od niego, że ma związek z jej kreowaniem.

Podsumowując rozważania dotyczące definiowania samooceny można stwierdzić, że samoocena stanowi zbiór wiadomości i przekonań jednostki o własnych cechach, możliwościach i umiejętnościach. Autor artykułu traktuje samoocenę, jako system aktualnych ocen samego siebie powstałych na gruncie analizy możliwości intelektualnych i nauki szkolnej.

Kształtowanie się samooceny u dzieci i młodzieży

Samoocena kształtuje się na podstawie danych pochodzących z dwóch źródeł. Jednym

z nich są własne doświadczenia jednostki, dzięki którym przekonuje się ona, na co ją stać, jaka jest jej pozycja w grupie społecznej, jakich reakcji otoczenia w stosunku do siebie może się spodziewać itp. Innym istotnym źródłem samooceny są opinie ludzi, z którymi jednostka się zetknęła, przy czym istotne znaczenie mają tu opinie osób ważnych w jej życiu (tzw. osób znaczących), a także opinie środowiska, w którym jednostka żyje i działa przez dłuższy czas. Formowanie się samooceny ma również związek z tym, co dzieje się wewnątrz rodziny, a także z sytuacją społeczną grupy, do której należy dana jednostka. Mechanizm tworzenia samoocen jest procesem i składa się z trzech głównych faz:

- artykulacji ocenianej cechy,
- wartościowania jej,
- formułowania ostatecznej oceny.

W pierwszej fazie kształtowania samooceny jednostka dokonuje artykulacji określonej cechy (wymiaru) dzieląc ją na pewną liczbę kategorii. Im większa jest ta liczba, im dokładniej człowiek różnicuje natężenie określonej cechy, tym wyższy jest poziom artykulacji. Druga faza tworzenia samooceny polega na wartościowaniu danej cechy. W fazie tej człowiek określa funkcję wartości, której rodzaj zależy od wielu czynników osobowościowych. W trakcie trzeciej fazy jednostka formułuje ostateczną samoocenę, czyli określa natężenie swoich cech oraz ich wartość.

Ocena samego siebie dokonuje się na podstawie waloryzacji interpersonalnej, związanej z porównywaniem siebie do innych ludzi pod względem określonych cech. Dokonują się wówczas sądy waloryzacyjne, które mogą przyjmować następującą formę: „jestem niskiego wzrostu; moi rówieśnicy są wyżsi ode mnie”, „posiadam zdolności matematyczne; moi koledzy nie dorównują mi pod tym względem.

Kształtowanie się samooceny ma ważne konsekwencje regulacyjne. Jest elementem, na podstawie którego tworzy się ocena własnych możliwości człowieka. Jeżeli ocena samego siebie jest prawidłowa, to działania które człowiek podejmuje odpowiadają jego możliwościom. Bardzo często oceny ludzi nie są prawidłowe i bywają „zaniżone” lub „zawyżone”.

Nieadekwatna, zaniżona samoocena to stan, w którym człowiek przypisuje sobie niższe możliwości niż posiada rzeczywistość. Rezultatem takiej samooceny bywa ograniczenie aktywności, co powoduje osiąganie niższych możliwości od wskazującego je potencjału. Osoby charakteryzujące się zaniżoną samooceną nie podejmują trudniejszych zadań, szybko wycofując się z działania. Jako uczniowie zadowolają się trójkami w obawie, że z trudniejszymi zadaniami nie będą mogli sobie poradzić.

Nieadekwatna, zawyżona samoocena, polega na przypisywaniu sobie możliwości wyższych od rzeczywistych. Powoduje to podejmowanie się trudnych zadań nawet wtedy, gdy możliwości tego nie uzasadniają. Ludzie, którzy przesadnie wysoko oceniają swoją własną wartość, wykazują jednak małą odporność w sytuacji zagrożenia. Samooceny formułowane przez człowieka bywają różnorodne. Mogą być pozytywne lub negatywne, wysokie, przeciętne lub niskie.

Warto zatem zadać sobie pytanie: jakie czynniki decydują o wysokości samooceny? Badania przeprowadzone w tym zakresie nie są jednoznaczne. Według J. Kozieleckiego wysokość i rodzaj samoocen zależy prawdopodobnie od statusu społeczno - ekonomicznego człowieka i jego sytuacji rodzinnej. Jednostka, oceniając siebie, bierze również pod uwagę wyniki swoich działań. Dokonuje w tej mierze porównania z rezultatami planowanymi oraz z osiągnięciami innych ludzi, aby w ten sposób stworzyć obraz swoich kompetencji. W podobny sposób interpretuje to zagadnienie Z. Włodarski, który stwierdza, że wiedza jednostki o własnej osobie z upływem lat poszerza się i podlega jakościowym przeobrażeniom. W wieku przedszkolnym w opisach samego siebie werbalizowanych przez dziecko wymieniane są na pierwszym miejscu cechy wyglądu zewnętrznego, posiadane przedmioty, a także ulubione potrawy, zabawy itp.

W młodszym wieku szkolnym w opisach własnej osoby pojawiają się informacje o cechach mniej konkretnych i trudniejszych do zaobserwowania, a związanych z własnymi emocjami, przynależnością do określonych grup, zdolnościami i umiejętnościami. J. Kozielecki wskazuje również na to, że uczniowie z młodszych klas szkoły podstawowej zdecydowanie częściej niż dzieci w wieku przedszkolnym, porównują się z innymi dziećmi w zakresie różnych cech, przy czym charakterystyczne jest to, że ich obserwacje są dokładniejsze.

Opisując siebie młodzież w okresie dorastania w mniejszym zakresie koncentruje się na swoich zdolnościach bądź umiejętnościach, a częściej wskazuje na postawy, przekonania, wreszcie na cechy osobowości.

U młodych ludzi zaznaczają się także mocniejsze, w porównaniu z dziećmi, tendencje do zaznaczania cech negatywnych. Cechy pozytywne zajmują bardziej centralne miejsce w obrazach własnego ja.

Podsumowując rozważania dotyczące formułowania się samoocen dzieci i młodzieży można stwierdzić, że są one różnorodne: skrajnie odmienne - pozytywnych lub negatywnych, ale także wysokie, przeciętne lub niskie. Wysokość i rodzaj samoocen młodych ludzi zależy od ich sytuacji rodzinnej i materialnej. Oceniając siebie porównują się oni do innych ludzi, wyrabiając pogląd o swoich kompetencjach

i możliwościach. Na podkreślenie zasługuje prawidłowość - u osoby osiągającej liczne sukcesy samoocena kształtuje się na wyższym poziomie niż u tej, której działania kończą się często niepowodzeniem.

Samoocena uczniów z problemami w uczeniu się

Jednym z mechanizmów wzajemnych oddziaływań jednostki i otoczenia jest uformowanie pojęcia własnego „ja”, które z kolei stanowi podstawę kształtowania się oceny własnych możliwości przy realizowaniu własnych celów. Zgeneralizowana ocena własnych możliwości składa się na samoocenę. Prawidłowa samoocena (adekwatna i stabilna) ułatwia uczniowi regulację stosunków interpersonalnych i tym samym przystosowanie społeczne. Uczniowie dyslektyczni spotykają się często z negatywną oceną swojej pracy. Takie doświadczenia niekorzystnie rzutują na psychikę dziecka, a później młodego człowieka, Uczeń słabo czytający i gorzej piszący często porównywany jest do „lepszego” od niego rówieśników czy rodzeństwa. Dziecko w domu oraz w szkole wzrasta w poczuciu mniejszej wartości, co może przynosić efekt nakręcającej się spirali niepowodzeń.

Zaburzenia w tworzeniu się prawidłowej samooceny u uczniów ze specyficznymi trudnościami w czytaniu i pisaniu, mogą wynikać z winy rodziców, którzy nie zwracają odpowiedniej uwagi na dziecko, porównują je dziećmi znajomych lub z rodzeństwem, nie akceptują, podkreślają braki, stawiają wymagania przekraczające ich możliwości. Nieprawidłowa samoocena może też mieć swoje źródło w niekorzystnej sytuacji szkolnej, za co w dużej mierze odpowiedzialni są nauczyciele.

Niektórzy nauczyciele w zbyt małym stopniu operują umiejętnością różnicowania zależności zachodzących między różnorodnymi przejawami zachowań uczniów, a ich podłożem jako źródłem tych zachowań. Ważną kwestią z punktu widzenia praktyki pedagogicznej jest również sposób udzielania uczniom specjalistycznej pomocy oraz formy opieki nad uczniami borykającymi się w czytaniu i pisaniu stosowane w szkole (sposób organizowania pracy korekcyjno – kompensacyjnej).

Uczeń ze specyficznymi problemami w czytaniu i pisaniu powinien znajdować się w sytuacjach, w których będzie musiał zaakceptować siebie razem ze swoimi trudnościami po to, aby mimo ich istnienia włączać się do normalnego funkcjonowania społecznego. Nie ma bowiem lepszego sposobu na świadome przewyższanie własnych trudności, a także na stabilną i adekwatną samoocenę, umożliwiającą uczniowi samoakceptację i spojrzenie na siebie w sposób rzeczywisty.

Uczeń, który ma zaniżoną samoocenę, z góry zakłada, że jego wysiłki skończą się porażką, odrabia lekcje niedbale, w przekonaniu, że i tak otrzyma ocenę niedostateczną lub w ogóle nie podejmuje się rozwiązywania zadań. W szkole ma problemy emocjonalne, wykazuje bierność, nie zabiera głosu, gdyż boi się, że zostanie ośmieszony. Narastające uczucie lęku może przy tym spowodować dezorganizację procesów poznawczych, przyczyniać się do powstawania problemów z koncentracją uwagi i poprawności myślenia.

U niektórych uczniów ze specyficznymi trudnościami w czytaniu i pisaniu może jednak występować samoocena zawyżona. Powodu istnienia takich sytuacji należałoby upatrywać w postawach rodzicielskich. Rodzice, nadmiernie wymagający bądź mający problemy w pogodzeniu się z faktem, iż dziecko ma specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu, utwierdzają je w przekonaniu, że nie tylko dorównuje ono rówieśnikom, ale nawet jest od nich lepsze. Taki stan rzeczy prowadzi w konsekwencji do podejmowania przez dzieci zbyt trudnych zadań, których wykonanie kończy się niepowodzeniem, czemu towarzyszy niepotrzebny stres.

Metody badania samooceny uczniów

Badaniu samooceny służą kwestionariusze wywiadu, ankiety oraz metoda obserwacji. Chcąc poznać samoocenę ucznia w pierwszym rzędzie należy zastanowić się nad tym, jaką on może mieć wiedzę o sobie oraz jakie ma możliwości przekazania tej wiedzy. Planując badania warto zastanowić się nad tym, czy badacza interesuje samoocena specyficzna, tj. jak uczeń postrzega swą osobę w zakresie jakiejś określonej cechy lub rodzaju zachowań, czy też samoocena ogólna, tzn. sposób, w jaki uczeń postrzega całościowo swą osobę.

Przygotowanie typów pytań dotyczących samooceny specyficznej nie stanowi problemu. Przykład pytań ankietowych o samowiedzę w zakresie osiągnięć w nauce przedstawia A. Janowski: „Narysuj drabinę z 7 szczeblami. Wyobraź sobie, że uczeń mający największe osiągnięcia w nauce znajduje się na najwyższym szczeblu (7), a najgorszy na najniższym szczeblu (1), jak ci się wydaje:

- na którym szczeblu Ty jesteś?
- na którym szczeblu mógłbyś się znaleźć, gdybyś się o to postarał?



W podobny sposób można pytać uczniów o samoocenę w zakresie innych kwestii np.: zdolności, bycia lubianym, odważnym, silnym itp.

Przygotowanie zestawu czynników, w zakresie których uczeń ma dokonać samooceny ogólnej jest trudniejsze. Niektórzy autorzy twierdzą, że dla samooceny ważne mogą być sprawy związane z takimi dziedzinami, jak stan zdrowia i sprawność ruchowa, zdolności, kontakty społeczne z rówieśnikami (osobno z dziewczętami i z chłopcami), wygląd zewnętrzny, kontakty z nauczycielami, umiejętność pracy, czy w końcu kwestia oceny swoich umiejętności intelektualnych, a także stosunku do własnego uczenia się itp.

Do poznania samooceny uczniów można użyć gotowej listy przymiotników, za pomocą której badani mają określić własną osobę (np. jestem prawdomówny, jestem słowny, itp.). W zestawie sporządzonym przez L. Niebrzydowskiego¹ wymienia się następujące przymiotniki: prawdomówny, słowny, koleżeński, uprzejmy, sprawiedliwy, wyrozumiały, zdolny, punktualny, ambitny, silny, zdrowy, grzeczny, odpowiedzialny, skromny, samokrytyczny, oszczędny, pracowity, obowiązkowy, odważny, sprawny fizycznie, zdyscyplinowany, ładny. Do zbadania samooceny można używać także zestawu cech negatywnych.

Samoocenę uczniów poznaje się również za pomocą obserwacji. Pomocna może być tutaj obserwacja znaczących zdarzeń. Lista zachowań mogących zawierać informacje wskaźnikowe dla samopoczucia i samooceny jest następująca²:

- zachowania mogące być wyrazem samopoczucia wynikającego z wywiązywania się przez ucznia z obowiązków szkolnych: poziom wykonywanej pracy, aktywność poznawcza, zachowania obronne, zgodność lub niezgodność postępowania z istniejącymi normami, stosunek do mienia szkolnego;
- zachowania mogące być wyrazem samopoczucia wynikającego z kontaktów ucznia z nauczycielami: reakcje na pochwałę, reakcje na naganę, sposób, w jaki uczeń rozpoczyna rozmowę z nauczycielem, unikania nauczyciela;
- zachowania mogące być wyrazem samopoczucia, jakie pojawia się w toku kontaktów ucznia z rówieśnikami: reakcje na zachowania kolegów, sposób, w jaki inicjuje zachowanie kontaktu z kolegami, udział w zajęciach, grach, zabawach;
- zachowania mogące być wyrazem samopoczucia wynikającego z powierzchowności i sprawności fizycznej ucznia: ogólny wygląd, ubiór, ruchliwość, siła, sprawność.

Skrócony raport z badań własnych

I. Organizacja badań i ich założenia metodologiczne.

Badania zostały przeprowadzone w październiku 2023 roku i w październiku 2024 r. w Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej we Włocławku, na początku zajęć: Trening pamięci i koncentracji uwagi. Grupę badawczą w liczbie 20 osób stanowili uczniowie ze specyficznymi trudnościami w czytaniu i pisaniu z klas od czwartej do szóstej ze szkół podstawowych z Włocławka. Badanych wybrano na podstawie zgłoszeń, byli to uczniowie uczestniczących w pierwszych zajęciach Trening pamięci i koncentracji uwagi na terenie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej we Włocławku.

W badaniach zastosowano kwestionariusz wywiadu z uczniem w opracowaniu własnym. Kwestionariusz składał się z 20 pytań skierowanych do ucznia mających na celu dokonanie przez niego oceny swoich możliwości intelektualnych oraz stosunku do nauki szkolnej. Badania przeprowadzano indywidualnie z każdym uczniem. Przebiegały one bez zakłóceń, w miłej atmosferze i cieszyły się zainteresowaniem uczniów.

Główny problem badawczy został ujęty w formie pytania: „Jaki jest poziom samooceny u uczniów ze specyficznymi trudnościami w czytaniu i pisaniu?”. Jako główne założenie przyjęto hipotezę o niższej samoocenie badanych uczniów z uwagi na to, że uczniowie ze specyficznymi trudnościami w czytaniu i pisaniu doświadczają często niepowodzeń w szkole, co w efekcie prowadzić może do braku wiary w swoje umiejętności i możliwości, a tym samym może mieć związek z niskim poziomem samooceny.

Problemy szczegółowe, wynikające z problemu głównego, zostały ujęte w postaci następujących pytań:

1. Czy specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu mają związek z poziomem samooceny ucznia?
2. Czy osiągnięte wyniki w nauce mają związek z poziomem samooceny ucznia?

Hipoteza robocza do pierwszego problemu szczegółowego zakładała, że specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu mają związek z poziomem samooceny u uczniów, gdyż są oni inaczej postrzegani przez zespół klasowy i najbliższe otoczenie, a także powodują niepowodzenia szkolne. W kolejnej hipotezie roboczej, sformułowanej do drugiego problemu szczegółowego, założono, że wyniki w nauce mają związek z poziomem samooceny u uczniów ze specyficznymi trudnościami w czytaniu i pisaniu, ponieważ uczeń, który osiąga dobre wyniki w nauce bardziej wierzy we własne możliwości.

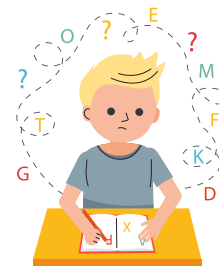
Zmienną zależną, będącą przedmiotem badań stanowił poziom samooceny uczniów. Zmienną niezależną w zakresie pierwszego problemu szczegółowego uczyniono specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu, a zmienną niezależną w zakresie drugiego problemu szczegółowego wyniki w nauce osiągnięte przez uczniów.

Wskaźnikami zmiennych w zakresie problemów szczegółowych były dane uzyskane od badanych uczniów, informacje uzyskane na podstawie wniosków rodziców o badanie dziecka w Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej oraz informacje na podstawie kwestionariusza wywiadu z rodzicami ucznia (z badań pedagoga i psychologa z poradni).

II. Wnioski płynące z analizy wyników badań.

Przedmiotem przeprowadzonych badań było ustalenie poziomu samooceny u uczniów ze specyficznymi trudnościami w czytaniu i pisaniu. W wyniku ich analizy stwierdzono między innymi, że uczniowie ze specyficznymi trudnościami w czytaniu i pisaniu ocenili się jako:

- gorsi od swoich rówieśników (60 % badanych uczniów),
- mniej mądrzy względem rówieśników (70 % badanych uczniów),
- wolniej zapamiętujący zadane lekcje (66 % badanych uczniów),
- gorzej przepisujący tekst z tablicy (67 % badanych uczniów),
- gorzej formułujący ciekawe zdania (53 % badanych uczniów),
- gorzej czytający tekst głośno (70 % badanych)
- mniej zdolni do nauki (65 % badanych).



Badani uczniowie postrzegali siebie jako zdecydowanie gorszych i mniej mądrych od tych, z którymi uczą się na co dzień. W wyraźny sposób dali obraz zaniżonej samooceny, braku wiary we własne możliwości, co może wpłynąć na ich słabszą motywację, a w efekcie ponowny, zaniżony obraz samego siebie. Uczniowie ze specyficznymi trudnościami w czytaniu i pisaniu o typie dysleksji generalnie nie lubią języka polskiego, z którym wiążą się aktywności pisanie, czytanie, werbalizowania własnych myśli, formułowania pytań i odpowiedzi. Niechętnie też sięgają po pozycje książkowe, a tym samym nie doskonalą techniki czytania, nie rozwijają zasobu słownictwa, nie ubogacają stylu języka i umiejętności ortograficznych. W powyższej sytuacji tworzy się swoiste „błędne koło”, z którego wyjście bez pomocy nauczyciela - specjalisty staje się wręcz niemożliwe.

Sposób, w jaki postrzegają się dzieci dyslektyczne stawia przed szkołą, jako instytucją szereg wyzwań dotyczących permanentnego doskonalenia się nauczycieli także w zakresie specyficznych trudności o typie dysleksji, zespołowej pracy nad wzmacnianiem poziomu samooceny uczniów poprzez stawianie im zadań możliwych do wykonania w oparciu o zasadę stopniowania trudności, a wreszcie indywidualizacji procesu nauczania, co tak naprawdę stanowi największy problem z uwagi na liczebność klas.

Uznany metodami interwencyjnymi w przypadku specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu o typie dysleksji są terapie ukierunkowane na poprawę samooceny ucznia, połączone z terapią pedagogiczną oraz psychoterapią indywidualną i rodzinną. Takie sposoby oddziaływania terapeutycznego mogą pomóc uczniom dyslektycznym w radzeniu sobie z problemami.

Ponieważ dziecko rozwija się i wzrasta głównie w rodzinie, stanowiącej jego naturalne środowisko¹, kluczowe zadanie do wykonania leży po stronie rodziców. Zadaniem rodziców powinno być zwracanie uwagi na sytuację występowania zaniżonej samooceny u ich dzieci. W sytuacji braku reakcji na negatywne zjawiska emocjonalne u dzieci połączone z brakiem osiągnięć w nauce czytania i pisania może dochodzić do rozwinięcia się mechanizmów obronnych w postaci wyparcia lub zaprzeczenia istnienia problemów edukacyjnych. Zaistnienie mechanizmów obronnych może być przeszkodą w udzielaniu dziecku skutecznej pomocy terapeutycznej, stąd aby działania rodziców były skuteczne i przynosiły korzyść dzieciom, powinni oni być wspierani przez szkołę dysponującą odpowiednią wiedzą merytoryczną. Stąd płynie wydający się dość oczywistym i mało odkrywczym postulat o konieczności współpracy najważniejszych podmiotów edukacji szkolnej: rodziców, nauczycieli dla dobra uczniów. Oczywiście, a jednak wciąż ponawiany i na niwie badań jawiący się jako niewłaściwie realizowany.

Rodzice i nauczyciele powinni pamiętać także, że w pracy nad podniesieniem samooceny należy nagradzać głównie pracę dziecka dyslektycznego, nie oceniając efektów. Stopnie szkolne powinny tu mieć mniejsze znaczenie, a najważniejszym powinno być dostrzeganie sukcesów ucznia, nawet tych najmniejszych. Dobrą praktyką w tym zakresie stają się indywidualne programy terapeutyczne konstruowane w szkole dla uczniów posiadających opinie poradni psychologiczno - pedagogicznych.

Podsumowując należy stwierdzić, że zadaniem nauczycieli we współczesnej szkole jest nowa forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej wynikająca z potrzeb dzieci i młodzieży w odniesieniu do kompetencji mających związek z samodzielnym uczeniem się tak, aby mogły one poradzić sobie w zakresie dynamicznie zmieniającego się świata. Dopływające do ucznia informacje wymagają nabywania umiejętności ich selekcjonowania, właściwego wyboru, przetwarzania, a także odniesienia do zasobów własnego doświadczenia. Nauczanie i uczenie się odbywa się cały czas, w każdym środowisku, w różnych interakcjach z podmiotami tego procesu. Ma to związek z postrzeganiem jednostki jako osoby „uczącej się przez całe życie”, której celem jest nie tylko nowa wiedza, ale także weryfikacja jej z wcześniejszymi doświadczeniami, zastosowanie w różnych kontekstach. Priorytetem we współczesnej edukacji powinno być wspieranie samooceny uczniów w odniesieniu do ich uczenia się. Jedną z wielu propozycji działań może być organizowanie zajęć rozwijających umiejętności uczenia się na terenie szkół i poradni psychologiczno-pedagogicznych.

Literatura:

1. Aleksandrowicz J., Sumienie ekologiczne, Wiedza Powszechna, Warszawa 1979.
2. Bogdanowicz M., Uczeń z dysleksją w szkole, Wydawnictwo Operon, Gdynia 2005.
3. Bogdanowicz M., Ryzyko dysleksji: problem i diagnozowanie, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2004.
4. Bogdanowicz M., Adryjanek A., Rożyńska M., Uczeń z dysleksją w domu, Wydawnictwo Operon, Gdynia 2007.
5. Bogdanowicz M., Bućko A., Czabaj R., Przewodnik dla nauczyciela. Modelowy system profilaktyki i pomocy psychologiczno – pedagogicznej uczniom z dysleksją, Wydawnictwo Operon, Gdynia 2008.
6. Czajkowska I., Herda K., Zajęcia korekcyjno - kompensacyjne w szkole, WSiP, Warszawa 1996.
7. Grabowska A., Rymarczyk K., Dysleksja: od badań mózgu do praktyki, Instytut Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego PAN, Warszawa 2004.
8. Górniewicz E., Pedagogiczna diagnoza specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1998.
9. Ilnicka R. M., Środowiskowy kontekst niedostosowania społecznego młodzieży, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2008.
10. Janowski A., Zbieranie i wykorzystywanie informacji o uczniu i klasie, [w:] Sztuka nauczania. Czynności nauczyciela, pod red. K. Kruszewskiego, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
11. Jastrząb J., Gry i zabawy w terapii pedagogicznej, Wydawnictwo COM PWZ MEN, Warszawa 1990.
12. Kawula S., Rodzina wiejska a wychowanie. Szczegółowe studium porównawcze, Wydawnictwo UMK, Toruń 1973.
13. Kościelak R., Integracja społeczna niepełnosprawnych umysłowo, Wydawnictwo UG, Gdańsk 1995.
14. Koziński J., Psychologiczna teoria samowiedzy, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1986.
15. Mickiewicz J., Jedynek z ortografii?, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom Organizatora”, Toruń, 1995.
16. Niebrzydowski L., O poznawaniu i ocenie samego siebie, Nasza Księgarnia, Warszawa 1976.
17. Niebrzydowski L., Badanie samooceny i poziomu aspiracji uczniów, [w:] Poznawanie uczniów i kierowanie jego rozwojem, pod red. M. Janiszewskiego, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1977.
18. Spionek H., Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne, PWN, Warszawa 1975.
19. Pętlewska H., Przewyciężyć trudności w czytaniu i pisaniu: terapia pedagogiczna, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2003.
20. Przetacznik - Gierowska M., Włodarski Z., Psychologia wychowawcza, cz.2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.
21. Przetacznikowa M., Makiełło – Jarża G., Podstawy psychologii ogólnej, WSiP, Warszawa 1982.
22. Reykowski J., Obraz własnej osoby jako mechanizm regulujący postępowanie, Kwartalnik Pedagogiczny, 1970.
23. Reykowski J., Osobowość jako centralny regulator integracji czynności, [w:] Psychologia, pod red. T. Tomaszewskiego, PWN, Warszawa 1982.
24. Reykowski J., Kurcz I., Psychologia, cz.2, Warszawa 1966.
25. Skorny Z., Mechanizmy regulacyjne ludzkiego działania, PWN, Warszawa 1989.
26. Spionek H., Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne, PWN, Warszawa 1975.
27. Szewczuk W., Słownik psychologiczny, Wydawnictwo Wiedza Powszechna, Warszawa 1985.
28. Tyszkowa M., Zachowanie się dzieci szkolnych w sytuacjach trudnych, PWN, Warszawa 1976.
29. Włodarski Z., Hankała A., Nauczanie i wychowanie jako stymulacja rozwoju człowieka, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2004.
30. Zaborowski Z., Problemy Opiekuńczo – Wychowawcze, nr 10, Warszawa 1965.





Polskie
Towarzystwo
Dysleksji

