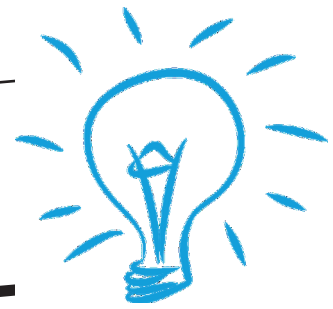


# W G L A D



Rok 2, numer 3  
Marzec 2019

## Zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD)



Kazimierz Gelleta

### Na aucie, czyli poza linią

Kiedy jesteśmy w drodze do sukcesu, a kiedy na aucie? Jak sprostać stawianym przed nami w tej grze życiowym wyzwaniom?

Więcej na s. 2

Tomasz Gosztyła

### Rodzice dzieci ze spektrum autyzmu – od rozpaczki do transgresji

W momencie, kiedy pada rozpoznanie spektrum autyzmu u dziecka, rodzice przechodzą proces żałoby.

Więcej na s. 4

### Who is who w Zakładzie Psychologii?

W tym dziale przedstawiamy sylwetki pracowników Zakładu Psychologii. Dziś opowiada o sobie dr Tomasz Gosztyła

Więcej na s. 6

Tomasz Gosztyła

### Świat ASD: rozmowa z prof. dr hab. Ewą Pisulą

Autyzm bywa dzisiaj spostrzegany nie w kategoriach zaburzenia, a jako odmienna ścieżka rozwoju.

Więcej na s. 7

#### W numerze:

Kazimierz Gelleta Na aucie, czyli poza linią	2
Tomasz Gosztyła Rodzice dzieci ze spektrum autyzmu – od rozpaczki do transgresji	4
Who is who w Zakładzie Psychologii dr Tomasz Gosztyła	6
Tomasz Gosztyła Świat ASD. Rozmowa z prof. dr hab. Ewą Pisulą	7
Andrzej Łukasik Mózg – istota społeczna cz. I	11
Andrzej Łukasik Mózg – istota społeczna cz. II	13
Danuta Ochojska, Jacek Pasternak „Szkolne” błędy w diagnozowaniu ASD	15
Agnieszka Łaba-Hornecka Pierwsze Rzeszowskie Seminarium Naukowe	19
Hubert Sommer Wizyta Świętego Mikołaja na Wydziale Pedagogicznym	20
Natalia Łukasik Chrześcijańskie Stowarzyszenie	21
Osób Niepełnosprawnych Ich Rodzin i Przyjaciół „Ognisko” Krakowie	21
Z badań Zakładu Psychologii	22
Wybrane publikacje Zakładu Psychologii	22
Z badań psychologicznych na świecie	23
Słow(n)ik psychologiczny	23
Mistrzowie psychologii	24
Czy wiesz, że...?	25
Recenzje	25
Eksperymenty psychologiczne Warunkowanie reakcji emocjonalnych	26
Opowiadanie na z grubsza stronę. Drzwi	27
Psychorysunek	28

Kazimierz Gelleta

## Na aucie, czyli poza linią

Trzeci numer naszego „Biuletynu” ma charakter tematyczny. Mamy taki zamiar, aby w każdym kolejnym roku wydawniczym ukazywał się jeden numer tematyczny. W tym roku tematem, wokół którego oscyluje nasz WGLĄD, jest problematyka zaburzeń spektrum autyzmu. Jest to temat obecnie ważny z wielu powodów, które usprawiedliwią się, mamy nadzieję, same zamieszczonymi w biuletynie tekstami, do których lektury zachęcamy naszych Czytelników.

Aut kojarzy nam się głównie ze sportem. Z dyscyplinami sportowymi, w których prócz rywalizujących ze sobą zawodników, nieodłącznym, a wręcz kluczowym obiektem jest piłka. Piłka siatkowa, ręczna i nożna, koszykowa lub znacznie mniejsza przeto zwana piłeczką – tenisowa lub jeszcze mniejsza – pingpongowa. W każdej z tych dyscyplin owa kulista forma może znaleźć się na aucie, czyli poza linią wyznaczającą pole rywalizacji określonej regułami danej dyscypliny. Czy linia taka została jednoznacznie przekroczona rozstrzyga arbitralnie sędzia lub ich zespół, aktualnie często wspomagany także przed podjęciem ostatecznej decyzji przez systemy wysokich technologii, np. system typu VAR, inaczej wideo weryfikacji we współczesnym futbolu, czy challenge w tenisie bądź piłce siatkowej, określane jako systemy Hawk-Eye, inaczej sokoły lub jastrzębie oko. Przekroczenie takiej linii decyduje tym samym o błędzie popełnionym przez zawodnika w prowadzonej rywalizacji, a co za tym idzie, oddala go od upragnionego sukcesu. W sporcie zatem linie autowe są bardzo precyzyjnie wyznaczone, a ich przekraczanie bądź nie pozwala w zasadzie dość obiektywnie dokonywać oceny umiejętności rywalizujących ze sobą sportowców.

A jak to jest na polu tej gry, jaką jest nasze życie? Kiedy jesteśmy w drodze do sukcesu, a kiedy na aucie? Jak sprostać stawianym przed nami w tej grze życiowym wyzwaniom? To jeden z podstawowych dylematów współczesnej psychologii. Gdzie norma, a gdzie patologia? Co z wygrywanymi, a co z przegrywanymi? Co z równością szans? Gdzie te linie, kto i w jakim

miejscu, według jakich kryteriów ma je wyznaczyć, jaką kreską – cienką czy grubą? Nie jest to bowiem takie proste i oczywiste, szczególnie w odniesieniu do rozmaitych obszarów zachowań człowieka, np. gdzie wyznaczyć tę linię demarkacyjną dla doświadczania lęku? Lęku, kiedy spełnia on jeszcze rolę konstruktywną, sygnałną, informującą podmiot o zbliżającym się zagrożeniu, a kiedy staje się on patologiczny, dekonstruktywny dla dobrostanu jednostki? Podobnie ze wstydem i poczuciem winy. Gdzie jest granica między ich funkcją ochraniającą, regulującą



takie osobowościowe funkcjonowanie jednostki, które jest oznaką jej dojrzałości, a kiedy uczucia te uniemożliwiają już satysfakcjonującą realizację swoich życiowych potrzeb, czy stają się wręcz przejawem patologii charakteropatycznej? Generalnie zaś, gdzie jest granica między normą a patologią, zdrowiem a chorobą?

Kiedy w życiu codziennym używamy określeń: „normalny”, „zdrowy psychicznie”, „człowiek dobrze przystosowany” czy innych stosowanych w mowie potocznej synonimów tych określeń, to na ogół w zasadzie każdy rozumie, o co chodzi. Trudności i kontrowersje pojawiają się jednak, gdy zmuszeni jesteśmy ściślej doprecyzować te terminy. Okazuje się wówczas, że pojęcia te stają się mgliste i imponderabilne. Problematyka ta podejmowana wielokrotnie od wielu już lat, nie

tylko zresztą przez literaturę psychologiczną, do dzisiaj nie daje nam jasnych i jednoznacznych rozstrzygnięć w tych kwestiach. Wciąż bowiem dyskutuje się rozmaite kryteria, jakie są w tym celu używane, a także stojące za nimi, często zresztą zmieniające się, założenia filozoficzne je usprawiedliwiające. Tak też właśnie określenie normalności szczególnie w odniesieniu do dziedziny zdrowia psychicznego jest bardzo pożądane, wręcz kluczowe, a jest jednocześnie w precyzyjnym dookreśleniu tak niezmiernie kontrowersyjne. Należy pamiętać, że już samo pojęcie normy zawiera w sobie dwa różne znaczenia. Pierwsze rozumienie jako pojęcie statystyczne. Oznacza wówczas wartość przeciętną, cechę reprezentatywną lub typową, wyznaczaną na podstawie częstotliwości jej występowania. Drugie

rozumienie jako pojęcie normatywne o określonej walencji. Ma zatem charakter postulatyczny oznaczając pewien wzór, cel do osiągnięcia, ideał. Często zatem już to tylko z pomieszania znaczeń tego pojęcia mogą wynikać liczne nieporozumienia. Dzieje się tak choćby dlatego, że znaczenia te nie zawsze się pokrywają – nie zawsze bowiem to, co występuje dostatecznie często, a nawet w większości przypadków, jest jednocześnie oczekiwane jako cenne i pożądane. Jest tak natomiast na ogół w stosunku do wielu aspektów zdrowia fizycznego. Norma statystyczna, a więc funkcjonowanie w taki sposób jak większość ludzi, jest rzeczywiście oznaką zdrowia i używa się jej dosyć szeroko w postaci licznych wskaźników opartych na badaniach statystycznych. Wskaźniki te, inaczej normy, pozwalają zasadniczo bardzo traf-

nie oceniać sprawność różnych funkcji biologicznych człowieka, a co za tym idzie, skutecznie orzekać o jego zdrowiu fizycznym bądź chorobie. A jak to wygląda w odniesieniu do funkcji psychologicznych człowieka i oceny jego zdrowia psychicznego versus patologii? Weźmy przykład jakiejś wyodrębnionej społeczności, w której określone zachowania zdecydowanej większości tworzących ją jednostek będą miały postać skrajnego egoizmu związanego z walką o byt i przetrwanie, tak jak to miało miejsce np. w niemieckich obozach koncentracyjnych. Przyjmowanie przez współwięźniów roli „kapo”, kradzieże, denuncjacje bliźnich, naruszanie wcześniej zinterioryzowanych wartości, rozmaite symulacje, by tylko za wszelką cenę zachować życie w tych nieludzkich warunkach, stały się na tyle powszechne w społecznościach obozowych, że przybrały postać statystycznej normy. W tej sytuacji zachowania drastycznie od niej odbiegające określić można jako anormalne. Jakże wymowną egzemplifikacją takiej „nienormalności” w tych warunkach będzie postawa franciszkańskiego mnicha Rajmunda Kolbe-go. Ten wąty, schorowany (z usuniętym płucem) człowiek, jak zaświadczało to wielu współwięźniów, niejednokrotnie dzielił się swoją głodową porcją chleba czy lurowatej polewki nazywanej przez hitlerowskich oprawców zupą z innym więźniem, który akurat nie radzi sobie wcale z nie większym od niego cierpieniem. I który w końcu wychodzi przed szereg za wskazanego na śmierć głodową człowieka, deklarując własne życie za ocalenie obcego sobie współwięźnia. Notabene, jak można sądzić, zamknięty w głodowym bunkrze zakonnik zdaje się być bardziej wolny od swojego hitlerowskiego oprawcy. Ten bowiem zniewolony jest chorą ideologią, własnym lękiem i rozkazem przełożonego. Kolbe zaś jest wolny w swoim wyborze wierności własnym standardom zachowań i wartościom, które stanowią credo jego życia oraz – jak się okazuje – także śmierci. Śmierci, którą trzeba było dopełnić w jego przypadku zastrzykiem z fenolu, gdyż po otwarciu w kilka dni od zamknięcia skazanych w bunkrze głodowej zakłady, ten potencjalnie najsłabszy ze skazanych na śmierć zdradzał jeszcze oznaki życia.

Inny kłopot z normą statystyczną to możliwość ustalenia ściśle określonej ramy zachowań dla wszystkich ludzi na świecie, np. publiczne chodze-

nie nago, poligamia, homoseksualizm, ascetyzm lub hedonizm w zaspokajaniu rozmaitych potrzeb, tak naturalne w niektórych społecznościach i niebudzące tam niczyjego zdziwienia, uważane w nich będą za całkiem normalne. W innych zaś, choć same w sobie nie muszą stanowić dowodów na zaburzenia w zakresie zdrowia psychicznego, to jednak nie będą uznawane w ich obrębie za zachowania normalne. Podstawą zatem do takiej czy innej ewaluacji określonego zachowania jest tu z jednej strony częstotliwość jego występowania, a z drugiej normatywny postulat ideału uzgodnionego i przyjętego w danej zbiorowości.

W końcu należy także zauważyć, że człowiek spostrzegany przez pryzmat normy statystycznej staje się jednostką z definicji skazaną na przeciętność. A przecież rozliczne cechy czy umiejętności zarówno wyższe od przeciętnych, np. poziom inteligencji, kompetencje społeczne, zdolności, wrażliwość uczuciowa, itp., ani niższe od przeciętnych, jak np. pamięć, determinacja w dążeniu do zaspokajania określonych potrzeb, motywacja, wyobraźnia itp., a także cechy z natury różnorodne, jak

nierzadko patologizowaniu, choćby tylko poprzez kulturową jej stygmatyzację, wielu form dotychczasowej normalności. A wszystko to przybrane w szaty dekretowanej wolności i nowoczesności. Przykłady można mnożyć. Tak czy owak poszukiwanie powszechnej normy i jej dookreślenie poprzez statystyczną normatywność ma na celu uspokojenie współczesnego człowieka, przynajmniej co do tego, że nie ma patologii. Czy trend ten zaprowadzi nas do dobrego i szczęśliwego życia? Na pewno można dyskutować.

Nieco więcej jasności i porządku mamy przy wskazywaniu istotnych właściwości określających nienormalność, chociaż i tu coraz częściej podnoszone są rozmaite zastrzeżenia. Jedynie chyba tylko cierpienie jako właściwość nienormalności nie wzbudza zasadniczo kontrowersji. Jest tak, ponieważ na ogół patologia boli. Pamiętać jednak należy, że cierpienie nie jest warunkiem sine qua non patologii. Inne właściwości na indeksie nienormalności to trudności w przystosowaniu, nieracjonalność i dziwaczność, nieprzewidywalność i utrata kontroli, wyrazistość i niekonwencjonalność, dyskomfort obserwa-

*Sposób spostrzegania, rozumienia i określania tego, co normalne bądź nie, w sposób oczywisty uwarunkowany jest epoką historyczną i kulturową, jak też ogólnym światopoglądem żyjących w niej ludzi...*

np. płeć, temperament, poziom libido itd., nie świadczą przecież o lepszej czy gorszej jakości zdrowia psychicznego. Jest tak tym bardziej, że pomimo niezliczonej już ilości podejmowanych prób, nie istnieje faktycznie taka definicja zdrowia psychicznego, w stosunku do której nie można byłoby wysunąć takich czy innych uwag i zastrzeżeń. Sposób bowiem spostrzegania, rozumienia i określania tego, co normalne, bądź nie, w sposób oczywisty uwarunkowany jest epoką historyczną i kulturową, jak też ogólnym światopoglądem żyjących w niej ludzi. Współcześnie przynajmniej w obszarze tych społeczności, które wyrosły z korzeni tradycji określonej umownie jako judeochrześcijańska, obserwujemy coraz wyraźniej zaznaczającą się tendencję do depatologizacji patologii, przy jednoczesnym

ra, naruszanie uniwersalnych ideałów i norm moralnych. Przy wszystkich z nich granice kreślone są już jednak nieostro i dyskusyjnie. No może poza przypadkiem ostatniej z nich, gdy w jej zakresie jednoznaczne jest wskazanie na satanizm, który programowo kwestionuje z definicji dobro jako takie i deifikuje zło w osobie szatana.

Przechodząc do puenty, jak śpiewał kiedyś znakomity bard, mistrz puenty Wojciech Młynarski: „Nie mam jasności w temacie Marioli”, tak i my nie mamy pełnej jasności w temacie, kiedy jesteśmy na aucie. I chyba musimy z tym żyć, pomni zresztą, że testowanie niejednoznaczności jest swoistą oznaką dojrzałości. A „optymistyczny” klinicysta uspokoi nas także jeszcze dodatkowo, gdy powie, że: „Nie ma zdrowych, tylko źle zdiagnozowani”.



Tomasz Gosztyła

## Rodzice dzieci ze spektrum autyzmu – od rozpaczki do transgresji

Przyjście na świat dziecka zwykle uruchamia u rodziców bardzo pozytywne marzenia i oczekiwania – może zostanie lekarzem, prawnikiem, artystą albo wybitnym sportowcem? Obdarzy nas wnukami i zaopiekuje się na starość. Zdecydowana większość osób ma bardzo pozytywny obraz przyszłości swojego potomka, siebie i całej swojej rodziny – siedzimy w fotelu, przy kominku, otoczeni przez dzieci i roześmiane wnuki... W momencie, kiedy pada rozpoznanie spektrum autyzmu (ASD) u dziecka, te marzenia i oczekiwania stają się mało realne, a rodzice przechodzą proces żałoby. Żałoba to reakcja psychologiczna na bezpowrotnie utraconą wartość. W tym przypadku strata dotyczy oczekiwanego zdrowia i prawidłowego rozwoju dziecka, ale także własnej, przewidywalnej, chciałoby się powiedzieć – „normalnej” przyszłości.

Żałoba zwykle obejmuje kilka etapów. J. Elder (2013) charakteryzuje je, odwołując się do klasycznej stadialnej koncepcji opracowanej przez E. Kübler-Ross (1969). Stadium pierwsze to „zaprzeczanie”. Rodzice mogą odrzucać rozpoznanie, doszukiwać się zachowań dziecka, które są z nim niezgodne, wreszcie udać się do innego, „lepszego” diagnosty (z nadzieją, że ten wykluczy zaburzenia rozwoju). Warto zauważyć, że diagnoza pojawia się najczęściej między 2 a 4 rokiem życia dziecka i nierzadko wcześniej opiekunowie nie mają żadnych podejrzeń, że jego rozwój jest nietypowy. Potęguje to szok i niedowierzanie. Badania (Andreica-Săndică i in., 2011; Altierre, von Kluge, 2009) pokazują, że emocje i uczucia, jakie targają rodzicem w momencie diagnozy, to zmartwienie, smutek, przerażenie, ból, frustracja, zdenerwowanie, wściekłość, poczucie beznadziei



Pierre Auguste Renoir  
La Blanchisseuse et son enfant 1886  
The Barnes Collection, Philadelphia  
Public domain

i – chyba najtrudniejsze przeżycie – rozpacz.

Stadium drugie to „gniew”. Rodzice zadają sobie pytanie: „Dlaczego nas musiało to spotkać?!”. Gniew (np. w formie krytyki) może być kierowany do profesjonalistów i terapeutów pracujących z dzieckiem, członków rodziny, wreszcie do siebie samego (pod postacią poczucia winy).

Te przejawy są po części powodowane i tym, że osoby bliskie, najczęściej w dobrej wierze, starając się pocieszyć, nie dają szansy na uzewnętrznienie i ponazywanie trudnych emocji doświadczanych przez rodzica (komunikaty typu „Jesteście tacy dzielni”, „Nigdy się nie skarżysz” itd., z jednej strony wyrażają podziw, ale z drugiej także „kneblują”). Stadium trze-



cim jest „targowanie się”. Może polegać na szukaniu niekonwencjonalnych form leczenia i rehabilitacji („podejmiemy każdą terapię, byle dziecko wyzdrowiało”), przeciążaniu dziecka zajęciami rewalidacyjnymi oraz na wydawaniu dużych sum pieniędzy na nieefektywne i niesprawdzone terapie. U osób religijnych może wystąpić targowanie się z Bogiem bądź inną siłą wyższą – składanie obietnic zmiany życia w zamian za wyzdrowienie dziecka. Kiedy rodzic zyskuje świadomość, że nie ma „leku” na autyzm ani terapii pozwalającej w pełni „usprawnić” dziecko, zwykle występuje stadium czwarte – „depresja”. Niekiedy faktycznie mamy tu do czynienia z depresją w sensie klinicznym, częściej jednak będzie to emocjonalne (a niekiedy i fizyczne) wyczerpanie, poczucie osamotnienia oraz przeświadczenie, że „nic nie da się zrobić”. Warto podkreślić, że wymienione powyżej niewątpliwie trudne etapy mogą (choć nie muszą) prowadzić do ostatniego stadium – „akceptacji”. Rodzice już wiedzą, że nie da się „wyleczyć” dziecka z autyzmu, ale można efektywnie wspierać jego rozwój, podejmując szereg zajęć terapeutycznych o sprawdzonej skuteczności. Kochają i akceptują dziecko, takim, jakie jest, równocześnie starając się rozwijać jego kompetencje komunikacyjne i społeczne. Charakterystyczne dla tego stadium jest ugruntowanie nadziei, jak również ponowne zainteresowanie relacją małżeńską, sytuacją zawodową i rozwojem własnym – a zatem podjęcie na nowo zadań rozwojowych typowych dla aktualnego etapu cyklu życia rodziny przy równoczesnym zaangażowaniu w terapię dziecka.

Oczywiście koncepcje stadialne, jak każde modele naukowe, nieco upraszczają rzeczywistość. Ich dużą zaletą jest z kolei to, że zwracają uwagę na „węzłowe” istotne momenty i doświadczenia, które są udziałem rodziców. Każdy z nich przeżywa żalobę bardzo indywidualnie, niemniej badania sugerują, że większość doświadcza przynajmniej dwóch etapów: szoku i niedowierzania

oraz akceptacji (na indywidualnym, właściwym dla siebie poziomie). Przebycie żaloby, choć trudne i bolesne, stwarza szansę rozwoju rodzica. Oprócz oczywistych obciążeń, badania (np. Pakenham, Samios, Sofronoff 2004) donoszą o pozytywnych doświadczeniach związanych z byciem rodzicem dziecka z ASD. Mogą to być: nabywanie nowej wiedzy i umiejętności (np. ukończenie studiów uniwersyteckich dotyczących zaburzeń neurorozwojowych); lepsze rozumienie osób z niepełnosprawnością i – ogólnie – „innych”; rozwijanie zdolności niezbędnych do pokonywania trudności, przyrost wiary w siebie; zmiana perspektywy życiowej, systemu wartości i prio-

nia, jeżdżą z odczytami, tworzą grupy wsparcia, w różny sposób działają na rzecz osób z niepełnosprawnością. Transgresji nie należy oczywiście rozumieć jako całkowitego wyzbycia się negatywnych myśli i emocji. Chyba zawsze będzie towarzyszyć jej pewien poziom stresu, lęku, wreszcie – jak to ujmuje B. Siegel (1997) – chronicznego smutku.

Jakie są uwarunkowania transgresji rodzica? Na pewno istotną rolę odgrywają tu zmienne osobowościowe – z jednej strony stabilność, a z drugiej plastyczność (głównie otwartość na doświadczenie), ale także związane ze wsparciem społecznym: emocjonalnym, informacyjnym i instrumentalnym. Przy negatywnych

*Badania donoszą o pozytywnych doświadczeniach związanych z byciem rodzicem dziecka z ASD. Mogą to być: nabywanie nowej wiedzy i umiejętności, lepsze rozumienie osób z niepełnosprawnością i – ogólnie – „innych” ...*

rytetów (docenianie życia jako takiego, relacji z innymi, współczucia i współpracy zamiast rywalizacji, dowartościowanie tzw. „małych” spraw); zmiany w systemie rodzinnym – udzielanie sobie nawzajem wsparcia, zdolność do współdziałania, poprawa relacji z najbliższymi; wreszcie rozwój duchowy i religijny.

Jak widać, rodzic może osiągnąć coś więcej niż tylko „pogodzić się” z faktem, czy „przystosować” do niepełnosprawności swojego dziecka. Doświadczenie umocnionych rodziców – jak się wydaje – znakomicie tłumaczy psychologiczna koncepcja transgresji rozwijana w Polsce przez J. Kozielskiego (1987). Transgresja to intencjonalnie wyjście poza granice dotychczasowych doświadczeń i osiągnięć; zdolność przekraczania barier materialnych, społecznych i symbolicznych. Niektórzy rodzice stają się do tego zdolni. Zakładają fundacje i stowarzysze-

postawach społecznych, etykietowaniu dziecka, stereotypowym spojrzeniu na rodzica, braku dostępu do terapii i indywidualnie dostosowanej edukacji – bardzo o to trudno.

Wreszcie na zakończenie trzeba podkreślić, że psychologia jako nauka szczegółowa nie jest w stanie w pełni wyjaśnić doświadczenia bycia rodzicem tak wyjątkowego dziecka. Zawsze pozostaje to doświadczeniem egzystencjalnym, wymykającym się eksploracji naukowej.

Cytowane prace do wglądu u autora.

Warto przeczytać: E. Pisula, *Rodzice dzieci z autyzmem*, PWN, Warszawa 2012.

## Who is who w Zakładzie Psychologii dr Tomasz Gosztyła



Zainteresowanie naukami społecznymi uświadomiłem sobie jeszcze w szkole średniej. Czytając literaturę piękną lub publicystykę, zawsze ciekawiły mnie interakcje międzyludzkie, intrygowały motywy zachowania i dylematy wewnętrzne, a raczej nużyły opisy środowiska geograficznego. Z nauk przyrodniczych, na które kładziono szczególny nacisk w I Liceum Ogólnokształcącym w Przemyślu, do którego uczęszczałem, najbardziej interesowała mnie etologia. Oprócz wyrobienia nawyku systematyczności, szkole zawdzięczam staranne przygotowanie w zakresie biologii, co bardzo przydaje się w pracy psychologa.

Ukończyłem studia magisterskie z socjologii, a następnie z psychologii w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim. KUL początkiem lat 2000 był wyjątkowym miejscem, skupiającym zarówno naukowców-badaczy, jak i praktyków, przedstawicieli różnych dyscyplin społecznych, co pozwalało zapoznać się z szerokimi możliwościami teoretycznymi i aplikacyjnymi tych nauk. Psychologia uprawiana w KUL była bliska nurtom personalistycznym i humanistycznym, choć wyraźne były też inspiracje psychodynamiczne i systemowe. Warto podkreślić, że z jednej strony dbano o gruntowne przygotowanie filozoficzno-antropologiczne studentów, a z drugiej pręźnie działała psychometria i na wysokim poziomie były zajęcia z metodologii badań.

W latach 2005–2009 byłem asystentem w Katedrze Psychologii Wychowawczej i Rodziny w Instytucie Psychologii KUL. Zakładem kierowała wówczas prof. dr hab. Maria Braun-Gałkowska, wybitna psycholog rodziny i wychowania, a także doświadczona terapeutka. Koleżanki w większości przypadków również zajmowały się poradnictwem i terapią psychologiczną, co umożliwiało podejmowanie bardzo wartościowych staży lub wolontariatów oraz uczestniczenie w ciekawych szkoleniach. Uprawiana w Katedrze psychologia zawsze miała aspekt aplikacyjny, co jest mi bliskie po dziś dzień. Mieszkając w Lublinie, poza pracą w KUL, współpracowałem również ze Specjalistyczną Poradnią dla Rodzin, gdzie li-



derem zespołu była charyzmatyczna terapeutka, najpierw moja nauczycielka, a potem koleżanka – dr Elżbieta Trubilowicz. W roku 2009 uzyskałem stopień naukowy doktora. Rozprawa wpisywała się w moje ówczesne zainteresowania naukowe dotyczące psychologii religii i psychologii rodziny.

W roku 2009 rozpocząłem pracę w Zakładzie Psychologii UR. Zakład mieścił się wówczas w ramach Wydziału Pedagogiczno-Artystycznego, co dawało szansę poznania przedstawicieli różnych dyscyplin – pedagogów, językoznawców, a także artystów (plasty-

ków i muzyków). Pracując w Rzeszowie, ostatecznie skryształizowały się moje zainteresowania badawcze. Dotyczą one funkcjonowania rodziny z osobą ze spektrum autyzmu, problemów i wyzwań, przed jakimi staje, stereotypów społecznych, z którymi się boryka, wreszcie możliwości rozwoju i wsparcia.

Moja żona Katarzyna jest również psychologiem, pracuje w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Mam dwóch synów: Miłosza i Łukasza. Lubię indywidualne dyscypliny sportu oraz literaturę i film z gatunku *science-fiction*.



Tomasz Gosztyła

## Świat ASD

### Rozmowa z prof. dr hab. Ewą Pisulą\*

**Szanowna Pani Profesor, współcześnie zaburzenia ze spektrum autyzmu (*Autism Spectrum Disorder* – ASD) diagnozowane są coraz częściej. Z autyzmem spotykają się nie tylko tacy specjaliści, jak psychologowie, czy psychiatrzy, ale także nauczyciele, wychowawcy, wykładowcy akademicy. W sposób szczególny dotyka on rodzin. W związku z tym chcielibyśmy zwrócić się do Pani Profesor z kilkoma pytaniami dotyczącymi tej problematyki.**

**Pani Profesor, jakie są najważniejsze objawy zaburzeń ze spektrum autyzmu?**

Zgodnie z kryteriami uwzględnionymi w systemach diagnostyczno-klasyfikacyjnych, takich jak DSM lub ICD, najważniejsze objawy tych zaburzeń dotyczą dwóch obszarów. Na plan pierwszy niewątpliwie wysuwają się trudności w zakresie społecznej komunikacji, czyli zdolności i umiejętności niezbędnych do tego, by móc efektywnie porozumiewać się z innymi ludźmi. Nie oznacza to po prostu zaburzeń rozwoju mowy czy języka, choć i one występują u wielu osób z ASD. Bardziej specyficzne są trudności w rozumieniu i ekspresji komunikatów niewerbalnych, ich integrowaniu z wypowiedziami językowymi. Obszar drugi to tzw. ograniczone, powtarzane, schematyczne wzorce zachowania i zainteresowań. W skrócie można by powiedzieć, że wiąże się on z mniejszą elastycznością zachowania i tendencją do sztywnego powielania pewnych jego form, choć wszelkie takie uogólnienia zawsze są upraszczające.

Warto z pewnością dodać, że rozumienie autyzmu w kategoriach zaburzenia rozwoju nie jest jedynym możliwym ujęciem tej

problematyki. W związku z coraz wyższymi wskaźnikami częstości ASD powstaje wiele pytań i wątpliwości wokół sposobu definiowania oraz klasyfikowania tych zjawisk. Jeżeli jedno na niespełna 60 dzieci (a wg wyników niektórych analiz nawet mniej niż jedno na 50) spełnia kryteria takiej diagnozy, to istotne staje się pytanie, o przyczyny tego stanu rzeczy. Nie mam na myśli pytania o czynniki mogące powodować zaburzenia neurorozwojowe – są one intensywnie badane i wiele jest w tym zakresie hipotez. Istnieje też inny kontekst, w którym należy rozważać wzrost wskaźników epidemiologicznych. Obejmuje on pytania o znaczenie i konsekwencje nietypowych, zróżnicowanych trajektorii rozwojowych. Innymi słowy, jak bardzo – a czasem jak niewiele – zachowanie dziecka musi odbiegać od „typowego”, by dziecko to musiało otrzymać pomoc, bo nie będzie sobie radziło z zadaniami rozwojowymi, oczekiwaniami społecznymi, czy też wreszcie po prostu wymaganiami instytucjonalnymi związanymi np. z edukacją. To samo można powiedzieć o dorosłych i np. wymaganiach związanych z pracą, choć wydaje się, że okres edukacji jest szczególnym sitem wychwytyującym nietypowość rozwoju i widzącym w niej problem wymagający klinicznej etykiety. Nie chcę powiedzieć, że autyzm to jedynie nietypowa ścieżka rozwoju (jeśli już, to raczej wiele różnych ścieżek), ani też bagatelizować trudności doświadczanych przez osoby z ASD. Niewątpliwie natomiast potrzebna jest nam głębsza refleksja nad tym, co definiujemy jako normę i patologię w funkcjonowaniu dziecka.

**Co wiemy na temat przyczyn występowania ASD?**

Przyczyny ASD nie zostały dotąd poznane. Przypuszcza się,

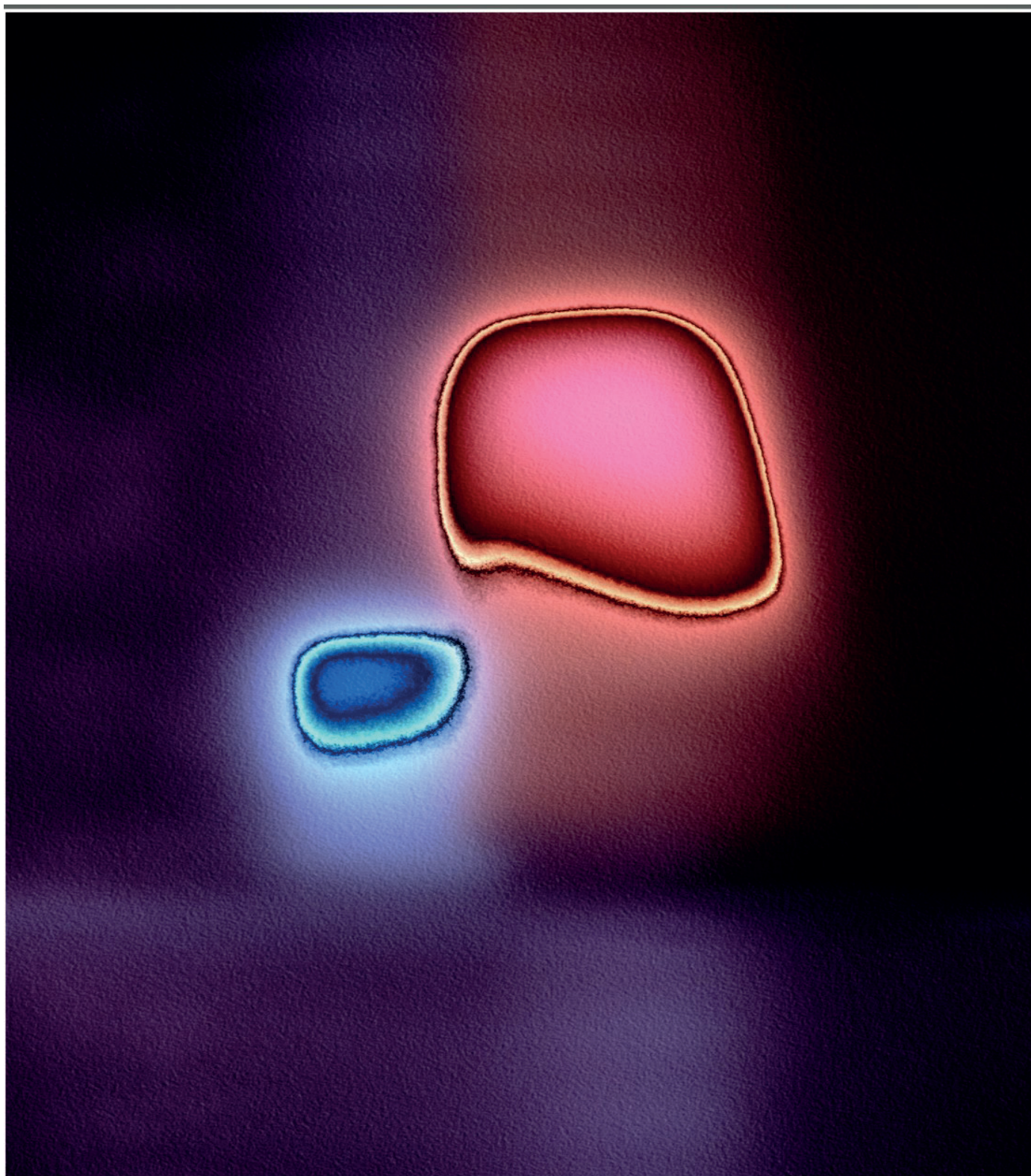


że do powstawania tego skomplikowanego wzorca trudności rozwojowych przyczynia się interakcja czynników genetycznych i środowiskowych. Wiadomo, że zaburzenia ze spektrum autyzmu w niektórych rodzinach występują częściej niż w innych, opisywany jest też szerszy fenotyp autyzmu, którego cechy obecne są częściej u osób blisko spokrewnionych z osobami z ASD niż ogólnie w populacji – np. rodzeństwo dzieci z ASD uznawane jest za grupę podwyższonego ryzyka. Testowanych jest też wiele hipotez dotyczących takich czynników, jak wcześniactwo, niektóre choroby matki, wiek rodziców, zatrucia chemiczne i wiele innych.

**Jak przebiega diagnoza ASD?**

Pełna diagnoza to proces skomplikowany, składający się z wielu elementów i etapów. Obejmuje on przede wszystkim zdobycie informacji na temat dotychczasowego rozwoju dziecka oraz jego aktualnego funkcjonowania. Fundamentalne znaczenie mają więc wywiad z rodzicami/opiekunami oraz obserwacja zachowania, przeprowadzone pod kątem występowania symptomów ASD – czasu i okoliczności ich pojawienia się, wpływu na codzienne funkcjonowanie dziecka. Od niedawna





Flickr: Vernon Hyde. Abstraction 226  
(CC BY-NC-ND 2.0)

diagnozy w Polsce mogą korzystać z wystandaryzowanych narzędzi diagnostycznych, takich jak ADOS-2 czy ASRS przygotowanych w celu wspomaganie procesu diagnostycznego. Mamy nadzieję, że niebawem dostępna będzie też polska wersja wystandaryzowa-

nego wywiadu ADI-R. Do oceny funkcjonalnej małych dzieci przygotowywana jest polska adaptacja profilu psychoedukacyjnego PEP-3, która już w 2019 r. powinna zastąpić nigdy niezwalidowany, a mimo to wbrew zasadom sztuki powszechnie w Polsce stosowa-

wany PEP-R. Wspominam o tych narzędziach, ponieważ nasz zespół z Wydziału Psychologii UW we współpracy z wieloma osobami i ośrodkami z całego kraju włożył w ostatnich latach wiele wysiłku w przygotowanie polskich wersji kilku z nich. Oczywiście

ście wystandaryzowane narzędzia tylko wspomagają diagnostę, którego specjalistyczne kwalifikacje muszą być bardzo wysokie. Diagnoza jest zazwyczaj przeprowadzana przez zespół specjalistów obejmujący psychiatrę i psychologa, a także innych profesjonalistów w zależności od konkretnych potrzeb. W przypadku najmłodszych dzieci zazwyczaj przydatne jest monitorowanie przebiegu rozwoju dziecka przez pewien czas, a diagnoza nigdy nie jest formułowana w czasie jednej wizyty. Odpowiedniego diagnosty poszukuje też coraz więcej dorosłych osób, które dostrzegają u siebie trudności typowe dla ASD. Niestety ta grupa jest w naszym kraju właściwie niemal pozbawiona wsparcia, w każdym razie wsparcia systemowego i instytucjonalnego.

### **Jakie są najważniejsze formy terapii stosowane wobec osób ze spektrum autyzmu?**

Form terapii jest wiele, coraz więcej jest też badań nad ich skutecznością. Warto podkreślić, jak ważne jest stosowanie metod udowodnionych naukowo mających mocne podstawy w teorii. To jeden z podstawowych warunków etycznego postępowania profesjonalistów. Dużą popularnością cieszą się w terapii osób z autyzmem metody behawioralne oraz poznawczo-behawioralne, a także podejście rozwojowe i edukacyjne. W odniesieniu do najmłodszych dzieci bardzo interesującą możliwością jest metoda wczesnego startu dla dzieci z autyzmem (*ESDM – Early Start Denver Model*), rozwijana w Stanach Zjednoczonych przez Sally Rogers ze współpracownikami. W Polsce niewielu jest jeszcze profesjonalistów wyszkolonych w jej stosowaniu, ale zapewne będzie się również rozwijać.

### **Co jest największym wyzwaniem w edukacji osób ze spektrum autyzmu?**

Takich wyzwań jest wiele i trudno byłoby tu sporządzić kompletną listę. Przede wszystkim populacja osób z ASD jest bardzo zróżnicowana i w związku z tym zróżnicowane są także możliwości

edukacyjne i potrzeby w zakresie wsparcia poszczególnych dzieci. Dość wspomnieć, że są wśród nich zarówno dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, jak i o inteligencji w normie, a nawet wybitnej; są osoby, które w ogóle nie mówią, i takie, które budują złożone, bogate wypowiedzi – długo można by mnożyć kryteria, pod względem których osoby z ASD różnią się między sobą. Na pewno szczególnie wyzwaniem stwarzają społeczne trudności dzieci z ASD. Ta ich unikatowa charakterystyka w po-

ite problemy, które w tym zachowaniu występują – zachowania agresywne, czasem samouszkodzenie, wybuchy złości, samostymulacja. Nierzadko trudno jest zrozumieć przyczyny takiego zachowania dziecka i poradzić sobie z nim. Rodzice i rodzeństwo uczą się tego latami, doświadczając przy tym poczucia wielkiej bezradności. Ogromnym obciążeniem są dla nich również wrogie, oceniające postawy innych ludzi, odrzucanie ich dziecka, przypisywanie im

*Ogromnym obciążeniem dla rodziców dzieci z ASD są wrogie, oceniające postawy innych ludzi, odrzucanie ich dziecka, przypisywanie im samego braku kompetencji rodzicielskich...*

łączeniu z deficytami poznawczymi, różnymi trudnościami w uczeniu się, nadwrażliwością sensoryczną i wieloma innymi problemami sprawia, że potrzebują one w warunkach szkolnych bardzo dużego wsparcia. Osobisty asystent, ktoś, kto pomoże dziecku w większości sytuacji szkolnych, bywa na pewnym etapie kształcenia wręcz koniecznością.

### **Jakiego wsparcia najbardziej potrzebują bliscy osób ze spektrum autyzmu (rodzice, rodzeństwo, partnerzy życiowi)?**

To pytanie odnosi się do bardzo bliskiego mi obszaru badań – wiele prac naszego zespołu dotyczyło sytuacji bliskich, zwłaszcza rodziców. Z badań tych – a ich rezultaty są bardzo bliskie temu, co stwierdza się w innych krajach – wynika jednoznacznie, że życie z osobą z ASD wiąże się z wieloma niezwykle trudnymi wyzwaniami. U rodziców tych dzieci odnotowuje się bardzo wysoki poziom stresu – bywają pod tym względem porównywani do żołnierzy na polu bitwy. Jego źródła to przede wszystkim nietypowe zachowanie dzieci z ASD i rozma-

samym braku kompetencji rodzicielskich, rozpuszczania dziecka, zaniedbywania swoich rodzicielskich obowiązków. Jeśli więc mówimy o wsparciu dla bliskich, to niewątpliwie powinno ono z jednej strony obejmować możliwości rozwijania swojej wiedzy na temat ASD i umiejętności przydatnych w życiu z osobą z ASD (dotyczących np. komunikowania się), a z drugiej rozwijanie w otoczeniu społecznym zrozumienia i akceptacji dla innych – w tym osób z ASD oraz ich rodzin. Wielu rodzinom bardzo potrzebna jest pomoc zapewniająca chwilę wytchnienia, wiele też potrzebuje wsparcia finansowego, ponieważ terapia dziecka wiąże się z dużymi wydatkami. Dodam jeszcze, że sytuacja partnerów osób z ASD jest poznana bardzo słabo, ale z pewnością im także potrzebne jest zrozumienie i wsparcie.

### **Czego my, osoby neurotypowe, możemy się nauczyć od osób ze spektrum autyzmu? Jakiej wartości wnoszą one do naszego społeczeństwa?**

Na samym początku naszej rozmowy wspominałam o tym, że





autyzm bywa dzisiaj spostrzegany nie w kategoriach zaburzenia, a jako odmienna ścieżka rozwoju. Jeśli otworzymy się na fakt, jak bardzo różni są ludzie, to dostrzeżemy w tej różnorodności wartość samą w sobie. Osoby z ASD mają rozmaite cechy i zdolności, których większość z nas, neurotypowych mogłaby im pozazdrościć. I nie mam tu wcale na myśli tzw. wysepkowych zdolności, np. genialnej pamięci czy super sprawnego przeprowadzania obliczeń arytmetycznych. Te występują u nielicznych, a każda osoba z ASD jest człowiekiem niepowtarzalnym i przez to wyjątkowym. Podziw czasem może budzić ich niezwykła wiedza wynikająca z zainteresowań, spostrzegawczość, szczerłość i trafność spostrzeżeń wynikająca z odporności na konwenanse. Nierzadko imponuje uporczywość w dążeniu do celu – być może ludzkość nie osiągnęłaby wielu rzeczy, gdyby nad nimi nie pracowali uparci, wytrwali w rozwiązywaniu fascynującego ich zagadnienia ludzie z autyzmem.

**Dziękuję za rozmowę.**

\* prof. dr hab. Ewa Pisula kieruje Katedrą Psychologii Zdrowia i Rehabilitacji, Uniwersytet Warszawski, autorka wielu prac naukowych na temat ASD, monografii, m.in.: *Małe dziecko z autyzmem. Diagnoza i terapia* (2005); *Rodzice i rodzeństwo dzieci z zaburzeniami rozwoju* (2007); *Autyzm: przyczyny, symptomy, terapia* (2010); *Autyzm. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej* (2012); *Rodzice dzieci z autyzmem* (2012), artykułów w czasopismach naukowych, m.in.: „Journal of Autism and Developmental Disorders”, „Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities”, „Journal of Intellectual Disability Research, School Psychology International”, „Acta Neurobiologiae Experimentalis”, „The Cleft Palate Craniofacial Journal”, „PLoSOne”.



Andrzej Łukasik

## Mózg – istota społeczna cz. I

W niektórych zaburzeniach, na przykład w ASD – spektrum zaburzeń autystycznych – charakterystyczne są deficyty społeczne i w zakresie komunikacji. W ASD społeczne deficyty mogą dotyczyć prostych zachowań, takich jak kontakt wzrokowy, i złożonych zachowań, jak rozmowa w grupie (Pelphrey, 2018). Osoby z ASD mają także trudności ze zrozumieniem abstrakcji, metafory i humoru (zob. Pisula i in., 2018), ze środkami językowym wykorzystywanymi m.in. w rozmowie. Wiele danych wskazuje na biologiczne – genetyczne i neurorozwojowe – przyczyny ASD (np. Frith i in., 2005; Ha i in., 2015; State i in., 2012).

Zaburzenia zachowań społecznych występują także w przypadku bezpośredniego uszkodzenia mózgu. Jednym z najbardziej znanych i zbadanych jest przypadek Phinasa Gage'a. 3 września 1848 r. Phineas Gage pracował przy budowie toru kolejowego w stanie Vermont w USA. Jego zadaniem było przygotowywanie ładunków wybuchowych w otworach wydrążonych w ścianie skalnej. Doszło do przypadkowego wybuchu ładunku. Znajdujący się w otworze pręt o długości 1 metra uderzył Gage'a w twarz i przebijając płyty



License: Freepik.com



Rys. 1. Rekonstrukcja drogi przejścia pręta przez czaszkę i mózg Phinasa Gage'a <https://psychmuseum.uwgb.org/category/neuro/>

czołowe wyleciał z czaszki, lądując wiele metrów dalej (rys. 1). Gage odzyskał świadomość po kilku minutach i wydało się, że wypadek nie spowodował większych konsekwencji zdrowotnych. Jednak po pewnym czasie doszło do drastycznych zmian w jego osobowości: stał się kapryśny, porywczy, obsceniczny i niezdolny do konsekwentnego dążenia do celów (zob. film, adres na końcu tekstu).

Opisane powyżej deficyty psychiczne i w zachowaniu związane są z dysfunkcją lub uszkodzeniem ośrodków w mózgu wchodzących w skład tzw. mózgu społecznego.

### Hipoteza społecznego mózgu

Jednym z najbardziej fascynujących pytań, które zadają sobie naukowcy, jest to, jak powstał ludzki mózg? Właściwie najważniejsze w tym pytaniu jest to, co kryje się pod terminem „ludzki”, a więc co przyczyniło się do tego, iż jest on tak

bardzo specyficzny dla naszego gatunku *Homo sapiens*.

W ewolucji ludzkiego mózgu wyraźne są dwa trendy: zwiększenie objętości mózgu i kory nowej – *neocortex*. Rozmiar mózgu od 2 milionów lat zwiększa się: u *Homo habilis* wynosił tylko 600 cm<sup>3</sup>, zaś u współczesnego człowieka wynosi od około 1200 do 1450 cm<sup>3</sup>. Kora nowa charakteryzuje ssaki – ma 6 warstw, grubość od 2 do 4 mm i obejmuje 76% całej kory. Prawdopodobnie pojawiła się u ssaków ok. 220 mln lat temu (Florio i in. 2014) i od tej pory stopniowo następowała jej rozbudowa. U człowiekowatych (*Hominidae*), ssaków naczelnych, do których należy także człowiek, szczególnie duża jest kora czołowa, a przede wszystkim przedczołowa, w której zlokalizowane są funkcje odpowiedzialne za podejmowanie decyzji, planowanie, kontrolę nad działaniem (Sherwood i in., 2008). Gdy w sklepie z namysłem



License: Freepik.com

wyberamy buty, szczególnie planujemy podróż za granicę lub musimy powstrzymać się przed jakimś zachowaniem (bo nie wypada), aktywne są właśnie te okolice mózgu.

Ewolucję ludzkiego mózgu stara się wyjaśnić **hipoteza mózgu społecznego** (*social brain hypothesis*) odwołująca się do tego, że człowiek był (i jest) istotą społeczną. Naturalnym środowiskiem człowieka są inni ludzie, zrzeszeni w mniejsze lub większe społeczności, grupy, plemiona czy narody. Społeczności umożliwiały człowiekowi przetrwanie. Chroniły go przed zagrożeniami ze strony członków innych plemion, zapewniały opiekę podczas choroby, pożywienie w chwilach niedostatku, narzędzia potrzebne do pracy, wspomagały w wychowaniu dzieci. Wszystkie te oraz inne funkcje ludzkich wspólnot wymagają bardzo złożonych mechanizmów umysłowych. Na przykład do opieki nad chorym konieczna jest empatia i współczucie. Zapewnienie innym ludziom narzędzi do pracy wymaga z kolei nie tylko zręczności rzemieślnika potrzebnej do ich wytworzenia, ale także pewnej chęci do współpracy: podzielenia się posiadaną wiedzą,

która jest zgromadzona w narzędziu. Trzeba przecież wiedzieć, jak je stworzyć, aby było użyteczne do określonego celu. Wspomaganie matki w opiece nad dzieckiem przez inne osoby (wujków, ciotki czy osoby niespokrewnione) – wychów wspólny (*allomothering*

*care*) – wymusza tolerancję, np. na krzyk, płacz czy odchody nie swojego dziecka. Niezbędna jest również aktywna prosocyjność. Polega ona m.in. na tym, że opiekun jest zdolny przezwyciężyć własne potrzeby i skupić na potrzebach dziecka, na przykład obdzielając go pokarmem, zamiast samemu go spożyć (Burkart i in., 2010). Jednym z najważniejszych zachowań społecznych jest altruizm (zob. Łukasik, „Wgląd” nr 2). Bez altruistycznej pomocy ze stro-

ny bliźnich nasze szanse przeżycia drastycznie by się zmniejszyły.

Hipoteza społecznego mózgu została sformułowana na początku lat 70. XX w. przez prymatologów – badaczy małp naczelnych (zob. Dunbar, 2016). Przypuszcza się, że zwiększająca się w trakcie ewolucji złożoność życia społecznego *Homo sapiens* pobudzała rozwój mózgu – zarówno pod względem ogólnej wielkości, jak i wielkości kory nowej. Mózg musiał pomieścić różnorakie nowe kompetencje psychiczne niezbędne do interakcji z innymi ludźmi. Inaczej mówiąc, gdy życie społeczne stawało się coraz bardziej złożone, a więc gdy liczba osób należących do grupy wzrastała, rosła także liczba możliwych interakcji między nimi i ich konfiguracji, to zwiększał się też rozmiar mózgu. Złożoność miała nie tylko ilościowy, ale i jakościowy charakter, np. im więcej ludzi w grupie, tym większe prawdopodobieństwo konfliktu między nimi. Tym bardziej też liczyły się umiejętności jego zażegnania czy mediacji. Grupy toczyły ze sobą waśnie i wojny, pojawiła się więc kwestia przywództwa i predyspozycji przywódczych. Na powiązanie złożoności życia społecznego i rozrostu naszego mózgu wskazują różne badania. Wykazały one, że rozmiar grupy lub osobista sieć społeczna, czyli np. liczba osób, które są naszymi znajomymi i przyjaciółmi (kiedyś plemię, a współcześnie to pewnie Facebook), korelują z wielkością obszarów mózgu, głównie okolic skroniowych

*Gdy w ewolucji Homo sapiens życie społeczne stawało się coraz bardziej złożone, to zwiększał się też rozmiar mózgu...*

i przednich (zob. Dunbar, 2016). Regiony te zaangażowane są w zdolność rozumienia stanów umysłowych własnych i innych osób (zob. Dunbar, 2016). Podobna korelacja jest także z korą nową (Dunbar, 2017).

Cytowane prace do wglądu u autora.

Film dotyczący przypadku Gage’a *Lessons of the brain: the Phineas Gage case* dostępny jest na YouTube (w opcji można wybrać tłumaczenie na j. polski).



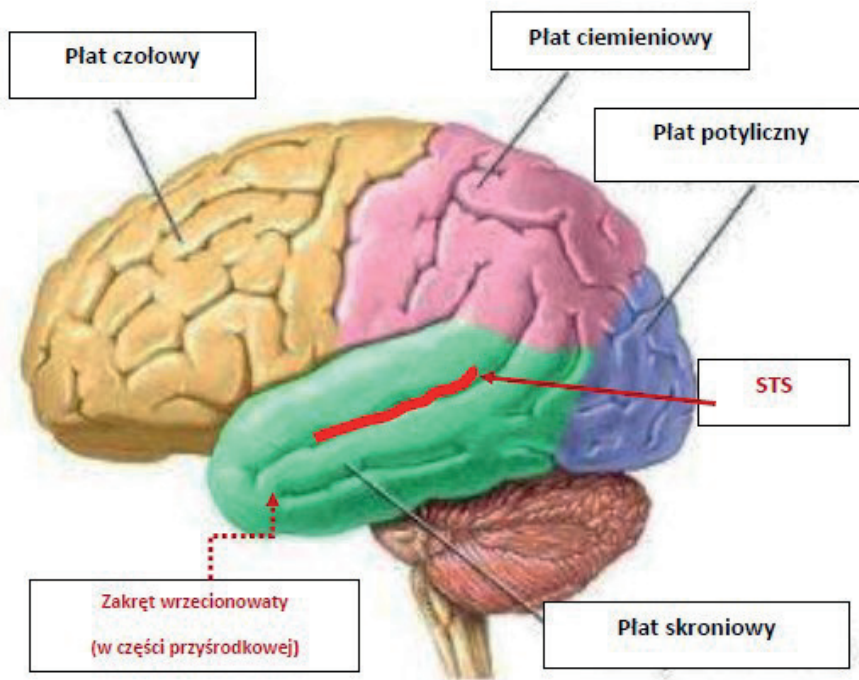
Andrzej Łukasik

## Mózg – istota społeczna cz. II

Terminem „społeczny mózg” określa się szereg połączonych ze sobą anatomicznie i funkcjonalnie struktur mózgowych regulujących funkcje psychiczne odpowiedzialne za życie społeczne człowieka oraz jego społeczny rozwój w ciągu życia. Struktury te należą jednak do różnych części mózgu. Część z nich to struktury ewolucyjnie „stare” powstałe w bardzo odległych – ewolucyjnie patrząc – czasach, ponad 220 mln lat temu. Są to przede wszystkim struktury układu limbicznego związanego z przeżywaniem emocji obecne już u archaicznych ssaków (McLean, 1969). Część natomiast to struktury ewolucyjnie „młode” – wykształcone stosunkowo niedawno, w szczególności u naczelnych (pierwsze naczelne pojawiają się we wczesnym kenozoiku, ok. 66 mln lat temu; Gilbert i in., 2006). To kora nowa (McLean, 1969), w której pomieszczone są wyższe, intelektualne czynności psychiczne człowieka – przede wszystkim w płatach czołowych.

Mózg społeczny składa się z połączonych ze sobą drogami nerwowymi struktur, m.in.: ciała migdałowatego (pomagającego rozpoznawać stany emocjonalne innych i własne), kory oczodołowo-czołowej, której aktywność działa jak nagroda, gdy wokół nas są inni ludzie, zakrętu wrzecionowatego znajdującego się w płacie skroniowym, a umożliwiającego identyfikację twarzy (rys. 1), bruzdy skroniowej górnej (STS) rozpoznającej ruch oczu, rąk, ciała, co pomaga „odczytować” zamiary innych osób (zob. Łukasik, 2015; Pelphrey, 2018).

Mózg społeczny w rozwoju ontogenetycznym człowieka kształtuje się bardzo wcześnie: aktywacja okolic mózgu odpowiedzialnych za rozpoznawanie twarzy następuje już w wieku 2–3 miesięcy (zob. Grossmann i in., 2007; Simion i in., 2015). Bodźcem społecznym może być także ton, z jakim pod wpływem emocji wypowiedzane są słowa. Gdy 7-miesięczne dzieci słuchają słów wypowiedzianych radośnie, ze złością oraz neutralnie, to powstaje specyficzna reakcja neuronalna dla słów wyrażających złość, co jest zgodne



Rys.1. Płaty mózgowe  
Opr. własne

z biologiczną skłonnością ludzkiego umysłu do przywiązywania większej wagi do bodźców zagrażających niż innych (zob. Grossman i in., 2007).

### Społeczny mózg a ASD

Jednym z podstawowych zadań społecznego mózgu jest rozpoznawanie innych ludzi oraz odczytywanie ich stanów umysłowych: intencji, poglądów, potrzeb (Pelphrey, 2018). Co w tym przypadku znaczy „odczytywanie”? Jeśli znany celebryta ukradł batonik w sklepie, staramy się odpowiedzieć na pytanie, dlaczego to zrobił: może z głodu, może z kimś się założył, może cierpi na przymus kradzieży, może był pijany itd. Tworzymy więc pewne hipotezy we własnym umyśle mające na celu zrozumienie postępowania takiej osoby. Niektóre z hipotez wydają się nam mniej prawdopodobne (głód), inne z kolei bardziej prawdopodobne (pod wpły-

wem alkoholu). Jeśli przyjmiemy więc, że zrobił to dlatego, iż był pijany, to jednocześnie rekonstruujemy we własnym umyśle stan jego umysłu. Myślimy np.: „tak był zamroczony alkoholem, że nie wiedział co robi” (czyli nie był świadomy – a to stan umysłu). Tę umiejętność odtwarzania we własnym umyśle stanów umysłowych innej osoby nazywamy teorią umysłu (*theory of mind*, ToM). Często wskazówkami do rozpoznawania, co czują lub myślą inni, są sygnały niewerbalne, np. wyraz twarzy.

Za rozpoznawanie twarzy odpowiada zakręt wrzecionowaty znajdujący się w płacie skroniowym. W typowym rozwoju zwracanie uwagi na twarze i umiejętność rozpoznawania ludzkich twarzy pojawiają się w pierwszych 2–3 miesiącach życia (Simion i in., 2015). Jednak dzieci z ASD zwracają mniejszą uwagę na ludzkie twarze (Osterling i in.,



1994; 2002). U dzieci z ASD wykazano zmniejszoną aktywność neuronalną w zakręcie wrzcionowatym podczas oglądania twarzy (np. Schultz i in., 2000). Osoby z ASD podczas oglądania twarzy nie kierują wzroku na oczy, tylko na inne części twarzy (rys. 2). Badania wskazują też na dysfunkcję ośrodków mózgowych odpowiedzialnych za teorię umysłu (Ha i in., 2015; Frith i in., 2005). Dzie-

ci z ASD wykazują także zmniejszoną wrażliwość na spostrzeganie ruchu – towarzyszy temu zmniejszona aktywność bruzdy skroniowej górnej (STS, Pelphrey, 2018). Spostrzeganie ruchu człowieka jest natomiast ważną wskazówką do odczytania jego zamiarów. Przypuszcza się również, że niewłaściwe funkcjonowanie ośrodków odpowiedzialnych za mowę jest przyczyną trudności komunikacyjnych i języko-

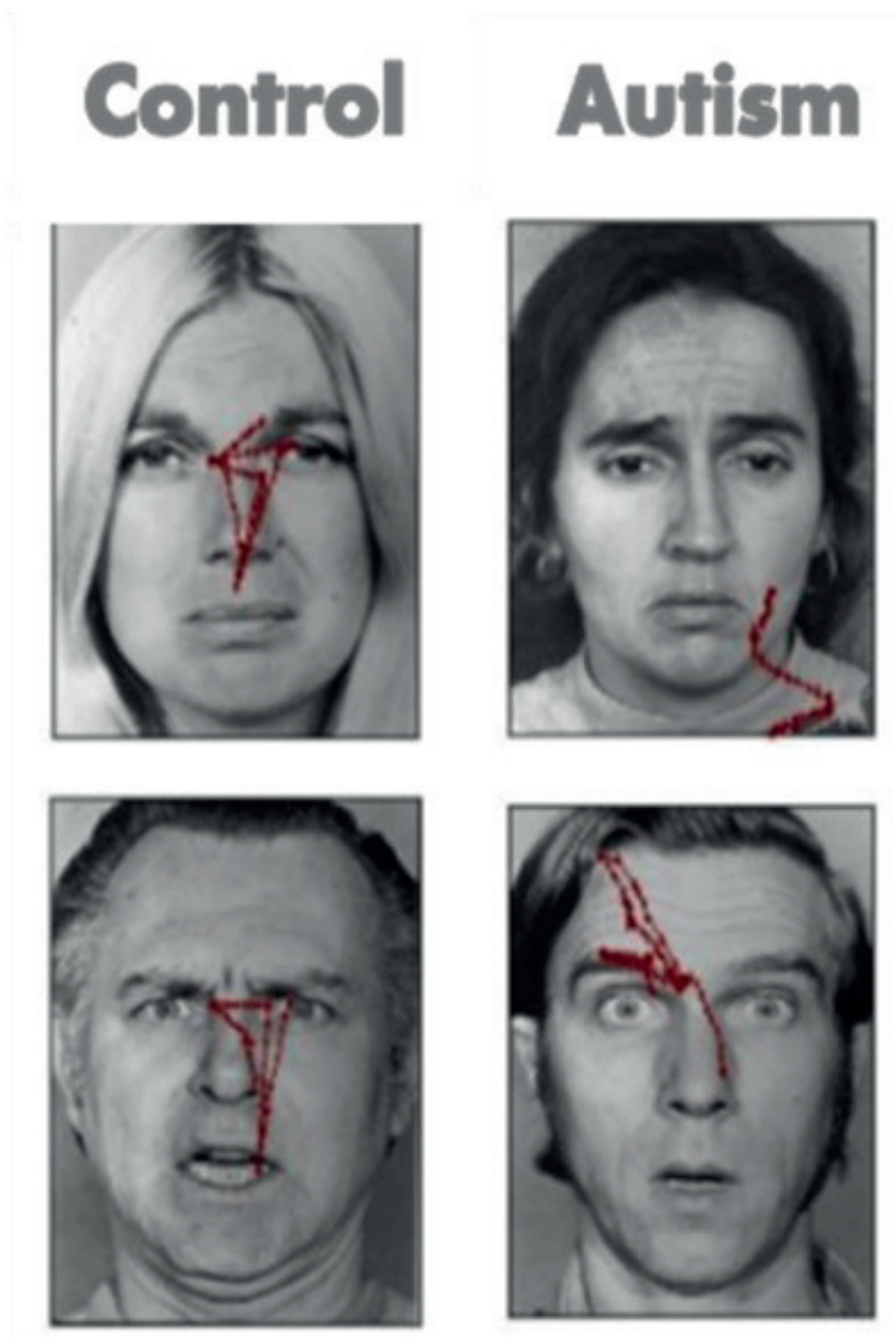
wych u osób z ASD (Ha i in., 2015).

Najnowsze badania koncentrują się także na całościowej „pracy mózgu”. Holger Sperdin wraz z zespołem z Uniwersytetu Genewskiego porównali na poziomie neurofizjologicznym, w jaki sposób trzyletnie dzieci z ASD i bez ASD reagują na sygnały społeczne (Sperdin i in., 2018). Korzystając z wielokanałowej elektroencefalografii (EEG), badacze zmierzili przepływ informacji (tzw. fale mózgowe) w korze mózgowej obu grup w trakcie oglądania filmów przedstawiających bodźce społeczne. Okazało się, że informacje płynęły bardzo różnie w mózgach dzieci z ASD w porównaniu z dziećmi bez ASD podczas przetwarzania informacji społecznych. Zmiany zaszły zarówno dla rytmów alfa, jak i theta. Modulacje rytmu alfa związane są w dzieciństwie z rozwojem uwagi wzrokowej, zaś rytmu theta podobnie, a oprócz tego z rozwojem pamięci i emocjonalnym. Autorzy uważają, że u dzieci z ASD dochodzi do wczesnej zmiany w przetwarzaniu informacji w regionach mózgu społecznego, natomiast – jak twierdzi jedna z autorek – profesor Marie Schaeer: „dalsze badania mogą pomóc w »naprawie« rozwoju mózgu społecznego w tym krytycznym stadium, kiedy plastyczność neuronalna jest wciąż możliwa”.

#### Podsumowanie

Badania nad społecznym mózgiem wciąż dostarczają nowych informacji na temat zaburzeń jego funkcjonowania. Niewątpliwie dalsze badania odkryją jeszcze wiele tajemnic społecznego mózgu. Jest to niezwykle ważne, bo zwiększa się szansa na właściwą diagnozę konkretnych zaburzeń, leczenie i terapię. Kevin Pelphrey, neurobiolog z Uniwersytetu w Yale, sądzi, że grupa dzieci określana obecnie jako ASD może w rzeczywistości reprezentować różne zespoły o różnych przyczynach. Badanie mózgu społecznego pozwoli ujawnić istotne diagnostycznie podgrupy dzieci z ASD oraz dostarczać szczegółowych informacji potrzebnych do ich profilowania z większą dokładnością. Przyczyni się do większej skuteczności terapii.

Cytowane prace u autora tekstu.



Rys. 2 Czerwone linie wskazują sposób oglądania twarzy u osób bez ASD (lewa kolumna) i z ASD (prawa kolumna). Pelphrey, 2018.

<https://nobaproject.com/modules/autism-insights-from-the-study-of-the-social-brain>  
(CC BY-NC-SA 4.0)

Danuta Ochojska, Jacek Pasternak

## „Szkolne” błędy w diagnozowaniu ASD

Diagnoza to nie wyłącznie opis objawów psychopatologicznych (podejście patogenetyczne), ale także zasobów i mocnych stron osoby badanej oraz kontekstowe rozumienie, dlaczego akurat u tej osoby właśnie w tym czasie pojawiły się określone problemy. Proces diagnozowania to nie tylko szukanie prawdy o funkcjonowaniu badanego człowieka: jest to oddziaływanie mocno osadzone w kulturze, zależne od tego, że podział na zdrowie i chorobę jest umowny, a klasyfikacje zaburzeń zmieniają się co jakiś czas. Poza tym diagnoza ma związek z dystrybucją świadczeń pieniężnych i innych ulg (np. renty, subwencje oświatowe dla przedszkola, orzeczenia o potrzebie określonego kształcenia); ułatwia porozumienie między specjalistami; służy statystyce medycznej oraz jest wyrazem władzy instytucji czy diagnosty nad diagnozowaną jednostką czy jej rodziną (za: de Barbaro, 2013). W przypadku diagnozowania dzieci i młodzieży trudno jest rozpatrywać występowanie większości zaburzeń bez uwzględnienia zagadnień związanych z kontekstem rodzinnym i sytuacyjnym. Bywa, że dziecko ze zdiagnozowanym psychiatrycznie zaburzeniem w środowisku szkolnym nie odbiega swoim zachowaniem od innych dzieci w innych środowiskach (Klajs, 2017). Warto też pamiętać o indywidualnym przebiegu rozwoju, przejściowych zaburzeniach pojawiających się u dzieci w określonych momentach rozwojowych. Ważne są także pewnego rodzaju „mody diagnostyczne”.

W drugiej dekadzie XXI w. znacząco rośnie liczba orzeczeń o potrzebie kształcenia specjalnego w związku z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD) (Prokopiak, 2017). Propagowanie wiedzy na temat autyzmu sprzyja



Flicr: Robert McDonald  
(CC BY-NC-ND 2.0)

zauważaniu u coraz to młodszych dzieci cech zaburzeń autystycznych przez coraz większe grono specjalistów oraz inne osoby zawodowo uczestniczące w procesie edukacji i wychowania dziecka. Większa liczba szkoleń i literatury naukowej czy popularnej dociera

do coraz większego grona osób zawodowo zajmujących się opieką i wychowaniem małych dzieci. Z jednej strony wiedza o objawach zaburzenia sprzyja zauważaniu trudności dziecka, z drugiej można mieć wątpliwości czy wiedza, którą te osoby dysponują, jest

wystarczająca do adekwatnego zauważania subtelnych, zmieniających się, uwikłanych w różne konteksty rozwojowe, zdrowotne czy rodzinne obrazów zaburzeń u małego dziecka. Istnieje spore ryzyko, że sugestia „obserwacja w kierunku autyzmu” często jest stawiana na wyrost (zwłaszcza, gdy objawy autystyczne są słabo nasilone) (Kruk-Lasocka, 2012).

Sygnaly o prawdopodobnym występowaniu ASD wśród niektórych dzieci i konieczności poddania ich diagnozie w tym kierunku pochodzą często ze środowiska przedszkolnego, od wychowawców, dyrektorów, a nawet sporadycznie psychologów. U wielu rodziców, którzy otrzymują tego typu sugestie, wyzwala to silne, negatywne przeżycie emocjonalne, nieraz o charakterze traumatycznym. Wiele zależy oczywiście od formy takiego przekazu. W naszych badaniach pilotażowych wysłuchaliśmy kilkunastu rodziców dzieci podejrzewanych przez pracowników przedszkola o występowanie ASD. Do badań zakwalifikowaliśmy rodziców, którzy zgłaszali, że fakt i sposób informowania ich przez wychowawców był dla nich silnym przeżyciem emocjonalnym, wewnętrznym cierpieniem oraz których narracje brzmiały prawdopodobnie i sensownie. Rodzice ci byli szczęśliwymi rodzicami zdrowych dzieci aż do chwili interwencji pracowników przedszkola. Wewnętrznie nie zgadzali się z sugerowaną diagnozą, chociaż uzyskane informacje wprowadziły mnóstwo zamieszania i niepewności. Ich opisy były bardzo podobne w opisywaniu wzorca zdarzeń. Nie rozstrzygamy oczywiście, która ze stron ma więcej racji.

Wykorzystując literaturę (de Barbaro, 2008; Jarosz, Wysocka, 2006; Fein i in., 2013; Angkustsiri, 2014) oraz naszą wiedzę i doświadczenie zawodowe, wyodrębniliśmy wewnętrzne błędne założenia oraz błędne sugestie diagnostyczne pracowników przedszkola.

**Wewnętrzne błędne założenia** mają charakter nieuwzględnianych (bo są prawdopodobnie nieuświadomianych) przez pracowników przedszkola przekonań, które oddziałują na percepcję i rozumienie zachowań dziecka oraz całego kontekstu zdarzeń. Zaliczyliśmy tu:

- absolutyzację własnej obserwacji – ignorowanie lub niewystarczające liczenie się z innymi osiągalnymi danymi na temat dziecka;
- przyzwolenie na przekraczanie granic wobec dziecka i rodziców – stawianie się w roli osoby mającej prawo oceniać i interpretować wszelkie zachowania dziecka, a nawet rodziców, przekonanie, że własne pomysły są dobre dla dziecka i rodziny;
- przekonanie o misji podejmowania działań „dla dobra dziecka” (tzn. swojego wyobrażenia tego dobra, nie dobra realnego lub wynegocjowanego z rodzicami dziecka);
- podejście patogenetyczne – ukierunkowanie uwagi prawie wyłącznie na niepokojące lub patologiczne aspekty zachowania dziecka;
- niewystarczająco uprawnione przypisywanie danych z własnej obserwacji wewnętrznym cechom dziecka;
- wpływ „mody diagnostycznej”, przebytych szkoleń, nagłośnienia medialnego (czas, kiedy wiele mówi się o np. ADHD, a ostatnio o ASD);
- nieuwzględnianie aspektów relacji z dzieckiem dla obserwacji – traktowanie zachowań dziecka jako „obiektywnie istniejących”, zbyt małe uwzględnianie własnych zachowań, postaw, wartości, sympatii, preferencji, przeniesienia czy roli dziecka w grupie (zależnej częściowo od nauczyciela) dla pojawiania się określonych zachowań dziecka;
- korzyści wtórne z diagnozy – świadczenia dla przedszkola, praca dla nauczyciela;
- niewystarczająca wiedza na temat rozwoju dziecka (tego co jest charakterystyczne dla dziecka w danym wieku), indywidualności rozwoju, dojrzewania, roli objawów, systemu rodzinnego, diagnozy różnicowej, rzetelnej wiedzy

z psychologii klinicznej dziecka, psychopatologii.

#### **Do błędnych sugestii diagnostycznych zaliczyliśmy:**

- nieumiejętność rozdzielenia obserwacji od interpretacji – niepokojące dla nauczyciela sygnały zachowania dziecka mogą być traktowane zbyt dogmatycznie jako symptomy zaburzenia – interpretacje związane z pewnym podobieństwem do ASD – co ma wpływ na oczekiwania względem dziecka, myślenie o nim, wybiórcze i tendencyjne spostrzeganie jego przyszłych zachowań;
- błąd zbyt radykalnej i nieuzasadnionej klasyfikacji
- nieuzasadnione stosowanie terminologii psychopatologicznej do określonych zachowań dziecka;
- błąd z pychy wychowawców – „My wiemy lepiej”, „Rodzice niewiele widzą” – brak zainteresowania obserwacjami i opiniami rodziców;
- nieuwzględnianie interpretacji korzystnych dla dziecka i rodziny (np. adaptacja, indywidualne tempo rozwoju, uwarunkowania bardziej psychogenne, kontekstowe czy systemowe);
- błędy jatrogenne podczas informowania rodziców – „Dziecku coś nie styka, konieczna wizyta u neurologa”, „Nie ma żadnej koleżanki” (o dziecku 3,5-letnim), „To autyzm, proszę to diagnozować” (o dziecku po 6 tygodniach pobytu w przedszkolu);
- przekraczanie uprawnień przez wychowawców w formie kierowania rodziców do specjalistów podczas pierwszej, informującej o zauważonych przez nich trudnościach dziecka, rozmowy z rodzicami;
- przenoszenie własnych problemów czy niepowodzeń wychowawczych na dziecko: „Nie przestrzega kodeksu przedszkolaka” (o dziecku 2,5-letnim), „Nie stoi na linii podczas występów” (o 3-latku), „Po wydaniu polecenia o wyjściu grupy do toalety nie przerywa wykonywanej czynności jak inne dzieci, kontynuuje zabawę” (o 3,5-latku);
- opisywanie danego zjawiska w nieuprawniony sposób, spostrzeganie trudności, a nie potencjału dziecka: „Wyłącza





Rys. Justyna Rymarowicz

się”, a nie „Potrafi się skupić na wykonywaniu danej czynności”;

- niewystarczająca empatia dla cierpienia rodziców po własnym działaniu pseudodiagnostycznym i nieuwzględnienie ich potrzeby informacji – np. „klątwa diagnostyczna” psychologa po wybiórczej obserwacji dziecka, a przekazanie informacji dla rodziców przez niekompetentnego dyrektora przedszkola, a później niedostępność psychologa w placówce i w innych miejscach dostępnych dla rodziców tego dziecka przez kolejne 2 miesiące.

Niestety powyższe błędy diagnostyczne niosą różne negatywne konsekwencje. Przede wszystkim – jak już wspomniano – wywołają silny stres u rodziców i nieustający lęk pomimo niepotwierdzenia występowania ASD (m.in. ciągle obserwowane zachowania dziecka i zadawanie pytania „A może jednak ma cechy autystyczne, a ja nic z tym nie robię?”).

Istotne jest zatem edukowanie nauczycieli i innych specjalistów, jak rozmawiać z rodzicami w sytuacji podejrzenia

występowania u dziecka określonych dysfunkcji. Nie można od razu stawiać diagnozy, ale zasugerować potrzebę obserwacji dziecka pod kątem pewnych, odmiennych zachowań (które również mogą świadczyć o indywidualności dziecka) i wyrazić potrzebę zgłoszenia się do wybranych specjalistów, np. w celu wykluczenia określonych nieprawidłowości rozwojowych.

Cytowane prace u autorów tekstu.

## ZAKŁAD PSYCHOLOGII WYDZIAŁ PEDAGOGICZNY

mają zaszczyt zaprosić na  
Ogólnopolską Konferencję Naukową

*Kobiety i mężczyźni. Różnice, podobieństwa*

# *Jubileusz 50-lecia Zakładu Psychologii*

**Rzeszów, 23–24 maja 2019 r.**

Z ogromną przyjemnością kierujemy do Państwa zaproszenie na Ogólnopolską Konferencję Naukową *Kobiety i mężczyźni. Różnice podobieństwa*, organizowaną przez Zakład Psychologii Uniwersytetu Rzeszowskiego. Jest ona w naszym zamyśle kontynuacją rozważań i dyskusji podjętych na konferencji w 2016 roku, jednakże ma w tym roku wymiar szczególny – jubileuszowy, zbiega się bowiem z 50. rocznicą istnienia Zakładu Psychologii w strukturach najpierw Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Rzeszowie, a od 2001 roku – Uniwersytetu Rzeszowskiego. Chcemy więc wspólnie z Państwem ten jubileusz świętować, pochyłając się nad istotnymi i jakże aktualnymi zagadnieniami związanymi z problematyką płci.

### **Komitet Naukowy**

dr hab. prof. UR Andrzej Łukasik, Zakład Psychologii, Uniwersytet Rzeszowski – Przewodniczący  
dr hab. Mieczysław Radochoński, Uniwersytet Rzeszowski – Honorowy Przewodniczący  
prof. dr hab. Zbigniew Izdebski, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii Uniwersytet Warszawski;  
Katedra Humanizacji Medycyny i Seksuologii Uniwersytet Zielonogórski  
dr hab. Remigiusz Kijak, prof., Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii, Uniwersytet Warszawski, Zakład  
Badań Nad Niepełnosprawnością Intelektualną, Uniwersytet Rzeszowski  
prof. dr hab. Anna Kwiatkowska, Instytut Psychologii, Polska Akademia Nauk, Warszawa  
prof. dr hab. Eugenia Mandal, Zakład Psychologii Społecznej i Środowiskowej, Instytut Psychologii, Uniwersytet Śląski  
prof. dr hab. Włodzimierz Oniszczenko, Katedra Psychologii Różnic Indywidualnych, Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski  
prof. dr hab. Ewa Pisula, Katedra Psychologii Zdrowia i Rehabilitacji, Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski  
prof. dr hab. Bogdan Wojciszke, Katedra Psychologii Społecznej, Uniwersytet SWPS, Wydział Zamiejscowy w Sopocie

### **Komitet Organizacyjny**

dr Małgorzata Marmola – przewodnicząca  
dr Anna Wańczyk-Welc – sekretarz

### **Członkowie**

dr Kazimierz Gellea  
dr Tomasz Gosztyła  
dr Danuta Ochojska  
dr Jacek Pasternak  
dr Anna Wołpiuk-Ochocińska  
mgr Anna Englert-Bator



Agnieszka Łaba-Hornecka\*

## Pierwsze Rzeszowskie Seminarium Naukowe

*Współczesne obszary badań nad niepełnosprawnością*

10 stycznia 2019 r. na Wydziale Pedagogicznym odbyło się pierwsze Rzeszowskie Seminarium Naukowe pod nazwą **Współczesne obszary badań nad niepełnosprawnością**. Organizatorem spotkania był Zakład Badań nad Niepełnosprawnością Intelektualną pod kierownictwem pana dra hab. Remigiusza Kijaka, profesora UR. Seminarium miało na celu ukazanie głównych założeń interdyscyplinarnego nurtu badań

w Warszawie zwróciła uwagę na to, że każda osoba z niepełnosprawnością posiada jakiś stopień i zakres sprawności. Dalszą część wystąpienia skoncentrowana była na „celebrowaniu różnic” i wskazaniu, że zakres funkcjonowania każdej jednostki obejmuje jej osobowość, samorealizację, odpowiedzialność, poczucie bezpieczeństwa oraz jakże ważną dla tych jednostek, perspektywę autonomicznego funkcjonowania.

podkreślał, jak ważne jest opracowanie wspólnego języka w sytuacji, gdy badacz prowadzi badania mieszane.

W przedostatnim wystąpieniu pani dr hab. Beata Borowska-Beszta, prof. Uniwersytetu im. Mikołaja Kopernika w Toruniu, zarysowała współczesne tendencje w podejściu do niepełnosprawności jako fenomenu głównie społecznego, kulturowego, ekonomicznego i politycznego. Zwróciła uwagę na badania kulturowe i omówienie ich głównych wątków. Nie zabrakło również egzemplifikacji z własnego doświadczenia, m.in. dotyczącego kulturowego podejścia do niepełnosprawności w Japonii.

Całość wykładów zakończyło wystąpienie pana dra hab. Remigiusza Kijaka, prof. Uniwersytetu Rzeszowskiego, który zaprezentował wnioski z wieloletnich badań nad seksualnością osób z niepełnosprawnościami. Pan profesor zauważył, że seksualność w naszym kraju jest niestety w dalszym ciągu tematem tabu. Zwrócił również uwagę na potrzebę zmian postaw społecznych, które niejako wykluczają osoby niepełnosprawne ze społeczeństwa.

Druga część seminarium objęła dyskusję, w której głos zabrali naukowcy i przedstawiciele praktyków: pedagogów specjalnych, specjalistów ze szkół, placówek, poradni i organizacji pozarządowych działających na rzecz osób z niepełnosprawnościami. Podczas dyskusji uczestnicy poruszyli przeróżne problemy, głównie z obszaru potrzeb i praw osób z niepełnosprawnością, ich rodzin, sieci wsparcia społecznego oraz edukacji.

\*dr Agnieszka Łaba-Hornecka, Zakład Badań nad Niepełnosprawnością Intelektualną



Fot. Andrzej Łukasik

naukowych z obszaru niepełnosprawności zwanych *Disability Studies*.

Pierwsza część seminarium skupiła się na wykładach. W swoim wystąpieniu pani prof. dr hab. Joanna Głodkowska z Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

W kolejnym wystąpieniu pan prof. dr hab. Amadeusz Krause z Uniwersytetu Gdańskiego za punkt rozważań objął paradygmat badań jakościowych. Przedstawił konsekwencje wynikające z przyjętej przez badacza koncepcji badawczej oraz formy pracy pedagogicznej. Niejednokrotnie

Hubert Sommer\*

## Wizyta Świętego Mikołaja na Wydziale Pedagogicznym

6 grudnia 2018 r. Wydział Pedagogiczny UR zaszczytliwi bardzo znamienici, ale i nietuzinkowi goście. W ramach współpracy (i na mocy trzyletniego porozumienia) z Niepublicznym Ośrodkiem Rewalidacyjno-Wychowawczym „Caritas” w Wysokiej i na specjalne zaproszenie władz Wydziału w osobie dziekana prof. Ryszarda Pęczkowskiego, a także studentek i studentów pedagogiki i nauk o rodzinie, przybyli do nas wychowankowie tego ośrodka wraz z kadrą kierowniczą reprezentowaną przez panią mgr Janinę Surmacz. Zważywszy, że zaproszeni goście to dzieci z niepełnosprawnością intelektualną (m.in. z zespołem Downa, ASD czy porażeniem mózgowym), było to przedsięwzięcie, z jakim na naszym Uniwersytecie nieczęsto mamy do czynienia. Sama data została wybrana nieprzypadkowo, bo właśnie 6 grudnia Święty Mikołaj odwiedza wszystkie dzieci niezależnie od tego, pod jaką szerokością geograficzną mieszkają.

Po serdecznym powitaniu uczestników przez prodziekana ks. prof. Janusza Miąsę, pojawił się wyczekiwany Święty Mikołaj, który obdarował prezentami przybyłych gości. Dla nich chwile spędzone na Uniwersytecie w pięknie przystrojonej Sali Lustrzanej będą z pewnością niezapomniane. Zabawa była znakomita dlatego też, wizyta naszych gości przeciągnęła się do kilku godzin. Duży w tym udział miały przede wszystkim studentki i studenci naszego Wydziału, którzy po wizycie Świętego Mikołaja wspaniale zorganizowali dzieciom czas. Wspólne kolędowanie, tańce i zabawy sprawiły, że doświadczeni przez los podopieczni ośrodka poczuli się w naszym gronie jak w rodzinie, a to było głównym zamierzeniem organizatorów uroczystości.

Warto nadmienić, iż była to nie pierwsza i z pewnością nie ostatnia taka impreza na naszym Wydziale. Dotychczas jednak to studenci i wykładowcy bywali w ośrodku (m.in. kilkakrotnie na wspólnie organizowanym

patii, jaką ma nasza młodzież dla podopiecznych tej także ważnej instytucji. Na koniec w imieniu organizatorów składamy serdeczne podziękowania na ręce głównego sponsora wizyty: Pana Prezesa Jacka Pięty z firmy BEST Con-



W roli Św. Mikołaja dr hab. prof. UR Krzysztof Bochenek z Wydziału Socjologiczno-Historycznego UR  
Fot. Hubert Sommer

w ostatnich latach Dniu Dziecka). Teraz nastąpiła rewizyta, a najlepszy czas po temu stanowił właśnie Dzień Świętego Mikołaja. Inkluzja społeczna, która po raz kolejny nastąpiła na linii studenci – wychowankowie ośrodka, może świadczyć o ogromnej em-

struction Sp. z o.o., dzięki któremu mogliśmy podopiecznych ośrodka obdarować tak pięknymi prezentami.

\*dr Hubert Sommer, Zakład Pedagogiki Społecznej



Natalia Łukasik\*

## Chrześcijańskie Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych Ich Rodzin i Przyjaciół „Ognisko” Krakowie

Od 1 kwietnia 2018 r. Chrześcijańskie Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych Ich Rodzin i Przyjaciół „Ognisko” rozpoczęło realizację kolejnego już projektu „Ośrodek rehabilitacji i wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Celem naszych działań jest zwiększenie samodzielności dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną, z orzeczoną znacznym stopniem niepełnosprawności, poprzez podnoszenie poziomu ich kompetencji i umiejętności w sferze osobistej, społecznej i w działaniu, w drodze indywidualnych i grupowych zajęć rehabilitacyjno-terapeutycznych. Na co dzień wspieramy 12 osób, które ze względu na niski poziom funkcjonowania i niemożność uzyskania wsparcia adekwatnego do ich potrzeb mają problemy ze zmianą własnej sytuacji życiowej, a także nie mogą otrzymać wsparcia w żadnej innej placówce na terenie Krakowa. Można więc powiedzieć, że jesteśmy unikatowym miejscem w skali miasta.

Klienci ośrodka biorą udział w zajęciach terapeutycznych, które mają na celu wzrost samodzielności poprzez rozwinięcie, podtrzymanie i nabycie nowych umiejętności, jednak naszą podstawową ideą jest tworzenie takiego miejsca, do którego każdego dnia chce się wracać. Wspólnie zbudowaliśmy nasz mały dom, gdzie każdy, niezależnie od poziomu swoich umiejętności, może spędzić czas w taki sposób, aby był to czas dobrze wykorzystany. Przez lata zdążyliśmy się poznać na tyle dobrze, że rozumiemy się dosłownie bez słów. Organizujemy wyjścia do miasta, do kina, na wycieczki. Kładziemy ogromny

nacisk na to, aby nasi klienci brali aktywny udział w życiu społecznym i nie byli spychani na jego margines.

Praca z osobami z niepełnosprawnościami to nieustanna walka. Ze stereotypami, nietolerancją, ograniczeniami architektonicznymi, często własnym zmęczeniem. Myślę, że każdy z naszego ośmioosobowego zespołu terapeutycznego może śmiało powiedzieć, iż żadne studia nie przygotowują do tej pracy. Drugiego człowieka należy się uczyć codziennie, a on i tak codziennie zaskakuje. Czasami wydaje nam się, że Klient osiągnął w pewnej sferze szczyt swoich możliwości, a on pewnego dnia robi coś, czego nikt z nas absolutnie by się po nim nie spodziewał. Każdy taki mały/wielki sukces jest motorem napędowym dla nas – terapeutów – na kolejny dzień i wspominamy te chwile później miesiącami. Nauczyliśmy się obserwować rzeczy tak drobne, że dla niewprawionego oka niedostrzegalne, ale dla nas to kamienie milowe w naszej pracy. Dla osoby z zewnątrz jeden tydzień bez zachowań trudnych to nie jest żaden powód do świętowania, dla nas dowód na to, że jesteśmy we właściwym miejscu. W związku ze specyfiką niepełnosprawności Klientów ośrodka zajęcia odbywają się w małych 3–5-osobowych grupach w ramach pracowni artystycznej, gospodarstwa domowego oraz ogrodniczej. Prowadzimy też zajęcia indywidualne z rehabilitacji ruchowej, treningu funkcjonowania codziennego oraz treningu poznawania świata zewnętrznego. Oczywiście posiadamy plan na każdy dzień oraz cele, które chcemy realizować, jednak to, jak naprawdę wygląda dzień, zależy w 100% od tego, w jakiej formie przyjadą nasi Klienci. Czasami

udaje się zrealizować wszystko, co sobie założymy, innego dnia po prostu podążamy za ich potrzebami, dając od siebie tylko swoją obecność.

Nasza placówka zmagą się też z problemami. W związku z tym, że jest ona dedykowana osobom ze znacznym stopniem niepełnosprawności intelektualnej, a co za tym idzie, z niskim poziomem funkcjonowania i współwystępującymi zachowaniami trudnymi, nie podlegamy żadnemu standardowemu finansowaniu wynikającemu z ustawy. W związku z tym, co 2–3 lata musimy walczyć o kilka kolejnych lat istnienia, pisząc projekty do PFRON. Jak dotąd, dzięki ogromnemu wsparciu Dyrektora, pracowników Biura Stowarzyszenia i Koordynatora Projektu udaje nam się za każdym razem otrzymać finansowanie i w chwili obecnej mamy zapewnioną działalność do końca marca 2021 roku. Liczę na to, że z biegiem czasu uda się nam zapewnić funkcjonowanie systemowe, tak aby rodziny naszych Klientów już nigdy nie musiały się martwić o to, czy w kolejnym roku ich bliscy z niepełnosprawnościami będą nadal mieli to swoje unikatowe miejsce w Krakowie, czy jednak będą musieli zostać w domu.

Gdyby zechcieli Państwo dowiedzieć się więcej o naszym Stowarzyszeniu, które prowadzi Ośrodki Dziennego Pobytu i Projekty na terenie całego Krakowa, lub wesprzeć naszą działalność poprzez przekazanie 1% swojego podatku to zapraszam na stronę [www.ognisko.org.pl](http://www.ognisko.org.pl)

\* mgr Natalia Łukasik, psycholog, pedagog, koordynator merytoryczny projektu „Ośrodek rehabilitacji i wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami” w Krakowie

## Z badań Zakładu Psychologii



**Partnerstwo, współpraca i wsparcie w relacjach specjalistów z rodzicami dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi – polska adaptacja Family-Professional Partnership Scale (FPPS) oraz Enabling Practises Scale (EPS) – grant Narodowego Centrum Nauki (Miniatura 2, nr 2018/02/X/HS6/02306) przyznany dr Tomaszowi Gosztyle**

Współcześnie wzrasta liczba dzieci z diagnozą zaburzeń neurorozwojowych, do których – zgodnie z klasyfikacją DSM-5 – zalicza się: spektrum autyzmu, zespół deficytu uwagi i nadpobudliwości ruchowej, niepełnosprawność intelektualną, zaburzenia w komunikowaniu się, specyficzne zaburzenia uczenia się oraz zaburzenia motoryczne. Dzieci takie wymagają kompleksowej terapii oraz uwzględnienia specjalnych potrzeb edukacyjnych. Osobami w największym stopniu odpowiedzialnymi za jej projektowanie oraz przebieg są terapeuci, rodzice i nauczyciele. W związku z tym kluczową kwestią jest jakość współpracy rodziców z terapeutami i nauczycielami oraz placówkami oferującymi wsparcie, a zwłaszcza ich satysfakcja z relacji zarówno z poszczególnymi profesjonalistami, jak i całym zespołem (instytucją) wspierającymi dziecko i rodzinę. Pociąga to za sobą konieczność diagnozy i ewaluacji otrzymywanego wsparcia w oparciu o zweryfikowane narzędzia. Służące do tego skale i kwestionariusze funkcjonują w obiegu międzynarodowym, tymczasem w Polsce ich brakuje.

Celem realizowanego projektu jest polska adaptacja dwóch narzędzi: *Family-Professional Partnership Scale* (FPPS) (Summers i in., 2005) oraz *Enabling Practises Scale* (EPS) (Dempsey, 1995). FPPS służy do diagnozy partnerstwa i współpracy pomiędzy rodzicami dzieci z niepełnosprawnością a specjalistami pracującymi z ich dziećmi (takimi jak: fizjoter-

apeuta, logopeda, lekarz, pracownik społeczny, psycholog, nauczyciel). FPPS składa się z 18 twierdzeń. Narzędzie tworzą dwie podskale: relacji skoncentrowanych na dziecku (*child-focused relationships*) i relacji skoncentrowanych na rodzinie (*family-focused relationships*). Każda z dwóch podskal składa się z 9 twierdzeń. EPS natomiast została opracowana jako narzędzie do pomiaru stosowanych praktyk wspomagających i wzmacniających rodziców dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, ale z powodzeniem może być wykorzystywana w badaniach z udziałem rodziców dzieci z innymi zaburzeniami neurorozwojowymi. Narzędzie składa się z 24 twierdzeń dotyczących tego, w jakim stopniu – zdaniem rodzica – zespół profesjonalistów stosuje się do praktyk wspomagających i wzmacniających. Skala ma strukturę trójczynnikową: pierwszy to poczucie komfortu w relacji (*comfort with relationship*), drugi to współpraca (*collaboration*), trzeci – autonomia rodziców (*parental autonomy*). Adaptacja FPPS oraz EPS stanowi etap przygotowawczy do dalszych badań dotyczących zaangażowania w terapię dziecka w grupie rodziców dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi, z uwzględnieniem zarówno zmiennych osobowościowych, jak i bezpośrednio związanych z otrzymywanym wsparciem.

## Wybrane publikacje Zakładu Psychologii



Lukasik, A., Wołpiuk-Ochocińska, A., Borawski, D. (2018). Testing the indirect effects of somatic and parental effort on stress: the roles of worldviews and coping strategies. *Current Psychology*, 1-14, doi 10.1007/s12144-018-0065-7

Ochojska, D. (2018). Niepowodzenia szkolne uczniów klas początkowych a percepcja własnych doświadczeń szkolnych rodziców. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 3(568), 52-61. ISSN 0552-2188.

Wołpiuk-Ochocińska, A., Marmola, M. (2018). Techniki wychowawcze rodziców a zadowolenie z życia u młodzieży na różnych etapach edukacji. *Psychologia Rozwojowa*, 23(3), 39-54, doi:10.4467/20843879 PR.18.015.9356

Wołpiuk-Ochocińska, A. (2018). Kompetencje społeczne i poczucie własnej skuteczności jako predyktory poczucia szczęścia u nauczycieli. *Edukacja – Technika – Informatyka*, 4.



## Z badań psychologicznych na świecie



Różnice w funkcjonowaniu językowym młodzieży z ASD i bez ASD

Istotnym problemem w ASD jest komunikacja słowna. Badanie porównywało młodzież z ASD o normalnym ilorazie inteligencji i płynności słownej z grupą kontrolną – młodzież bez ASD. Wiek badanych ok. 14 lat. Porównywano umiejętności językowe za pomocą testu badającego zdolności prawopółkulowe mózgu, gdyż wiele trudności językowych i komunikacyjnych dzieci z ASD związanych jest właśnie z funkcjonowaniem tej półkuli, np. trudności w rozumieniu humoru czy sarkazmu, a także prozodii mowy przekazującej emocje. Młodzież z ASD w porównaniu z grupą kontrolną słabiej rozumie humor (który zawsze powstaje w jakimś społecznym kontekście), charakteryzuje się mniej spontanicznymi komentarzami do przedstawionych sytuacji oraz ma trudności w spontanicznej konwersacji z innymi. Nie znaleziono żadnych różnic między dziewczętami chłopcami z ASD.

Pisula, E., Pudło, M., Słowińska, M., Kawa, R., Banaśiak, A., & Łojek, E. (2018). Right cerebral hemisphere language and communication functions in females and males. *Psychology of Language and Communication*, 22(1), 372–393, doi:<https://doi.org/10.2478/plc-2018-0017>

Czy iPad pomaga w uczeniu dzieci z ASD?

W Internecie, szczególnie anglojęzycznym, znaleźć można sporo stron reklamujących programy, które mają polepszać

uczenie się dzieci z ASD. A jak to wygląda w świetle badań? W jednym z nich (Allen i in., 2015; zob też Allen i in., 2016) dzieci z ASD w wieku około 9 lat uczono łączenia słów z obrazkami przedstawiającymi różne obiekty (np. krzesło, balonik) przy użyciu Apple iPada i tradycyjnie – poprzez książkę. W obu przypadkach w części prób obiekty były w tym samym kolorze, a części w różnych. Okazało się, że samo medium (tzn. iPad lub książka) nie wpłynęło na polepszenie uczenia się słów. Istotną rolę odegrał natomiast sposób prezentacji obiektów: te, które były w różnych kolorach, miały przewagę nad tymi, które były tylko w jednym kolorze. Uzyskane wyniki zdają się więc przeczyć tezie o przewadze mediów elektronicznych nad tradycyjnymi. Jednakże, według autorek badań, dzieci z ASD chętniej korzystają z takich mediów niż z tradycyjnego sposobu uczenia się. Ponadto inne badania wskazują na ich skuteczność w zakresie niektórych zdolności komunikacyjnych.

Allen M. L., Hartley C., Cain K. (2015). Do iPads promote symbolic understanding and word learning in children with autism? *Frontiers in Psychology*, 6:138. 10.3389/fpsyg.2015.00138; Allen, M.L., Hartley, C., & Cain, K. (2016). iPads and the use of “apps” by children with Autism Spectrum Disorder: Do they promote learning? *Frontiers in Psychology*, 7, 1305. doi:10.3389/fpsyg.2016.01305

(ał)

## Słow(n)ik psychologiczny



**SAWANTYZM** - słowo pochodzi z języka francuskiego, w którym *savant* oznacza tyle, co „mądry, uczony, biegły”. Mianem sawanta czy sawantki, w potocznym użyciu, określa się zwykle nieco ironicznie osobę erudycyjnie wykształconą, która chętnie popisuje się swoją wiedzą, zyskując z tego powodu poczucie wyjątkowości pozwalające jej znacząco podbudować self-esteem. W psychiatrii, psychopatologii i neurobiologii określenie sawanta zostało wykorzystane dla nazwania szczególnie intrygującego poznawczo zespołu objawowego polegającego na współwystępowaniu ponadprzeciętnych zdolności z upośledzeniem umysłowym. Rozpoznawany współcześnie zespół sawanta (ang. *savant syndrome*) opisany został po raz pierwszy przez odkrywcę zespołu Downa, angielskiego lekarza Johna Langdona-Downa (1828–1896) w 1887 roku. Użył on wówczas pojęcia „idiota-sawant” (fr. *savant idiot*) – „uczony głupiec”, nazywany też niekiedy „genialnym idiotą”. Rzeczywiście cechą charakterystyczną większości z nich jest obniżony IQ o zakresie 40–70, przy jednoczesnym występowaniu fenomenalnych umiejętności intelektualnych w jakiejś dziedzinie. Najczęściej są to zdolności matematyczne, lingwistyczne, muzyczne czy plastyczne. Zespół sawanta zdecydowanie częściej, bo około 4 do 6 razy, występuje u mężczyzn niż u kobiet. Przypuszcza się w związku z tym, że na jego powstawanie ma swój wpływ testosteron, który w trakcie rozwoju płodowego oddziałuje negatywnie na wzrost i funk-

cje lewej półkuli. Współczesna neurobiologia odkryła, że u osób sawantycznych nie działa prawidłowo tzw. przedni płat skroniowy w lewej półkuli mózgu odpowiadającej za myślenie logiczne. Zauważono także, że jej uszkodzenie skutkuje większą aktywnością kory nowej w prawej półkuli, co stanowi rekompensatę utraconych funkcji półkuli lewej. Prawa półkula odpowiada za zdolności artystyczne, co tłumaczyć może fenomenalne zdolności wielu sawantów w takich dziedzinach, jak muzyka czy plastyka. Sawantyzm współwystępuje też niekiedy z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Większość przypadków zespołu sawanta ma charakter wrodzony, rzadziej pourazowy. Najbardziej znanym na świecie sawantem jest bez wątpienia Raymond Babbit z filmu *Rain Man* z 1988 r., którego autentycznym pierwowzorem był Kim Peek (1951–2009). Ten upośledzony pod wieloma względami Amerykanin znał na pamięć 12 000 książek, czytał dwie strony jednocześnie, jedną jednym okiem, a drugą drugim, potrafił wymienić nazwy wszystkich autostrad przechodzących przez każde amerykańskie miasto, miasteczko i okręg – a także wszystkie numery kierunkowe, kody pocztowe oraz przypisane do nich sieci telekomunikacyjne i telewizyjne. Znał historię każdego kraju, każdego władcy, jego daty panowania itd.

Kg

## Mistrzowie psychologii



**Hans Johann ASPERGER** ur. się 18 lutego 1906 r. w Hausbrunn niedaleko stolicy Austro-Węgier, zm. 21 października 1980 r. w Wiedniu. Pediatra i psychiatra austriacki, dzisiaj powszechnie znany jako autor opisanego przez siebie – niezależnie od Leo Kanner, który uchodził przez lata za „ojca rozpoznania autyzmu” – syndromu objawów ze spektrum autyzmu nazwanego od jego nazwiska zespołem Aspergera. Po maturze o profilu humanistycznym studiował medycynę na uniwersytecie w Wiedniu. Doktorat obronił w 1931 r., a rok później zatrudnił się w uniwersyteckiej klinice dziecięcej. W roku 1934 przeniósł się do szpitala psychiatrycznego w Lipsku. W czasie wojny był lekarzem wojskowym w oddzia-

łach okupujących m.in. Chorwację. Przez lata był mało znany i niedoceniany wśród międzynarodowego środowiska psychologów i psychiatrów z różnych powodów. Po pierwsze publikował niemal wyłącznie po niemiecku, a jego prace rzadko były tłumaczone na język angielski. Po drugie pracując dla nazistów, brał czynny udział w akcji o kryptonimie T4, w której miał aktywnie realizować program eutanazji dzieci z problemami psychicznymi. W tej kwestii środowisko zdaje się być jeszcze ciągle podzielone. Pewne jest, że podejrzewany o ideowy nazizm Asperger nigdy nie był formalnie członkiem NSDAP, natomiast ostre zarzuty wysuwane już po śmierci uczonego dotyczące jego medycznych zbro-

ni najdobitniej kontestuje brytyjska psychiatra Lorna Wing (1928–2014). Ta wybitna osobowość, bardzo dobrze zaznajomiona z Aspergerem i jego dokonaniem oraz w związku z objawami autyzmu u swojej córki szczególnie zaangażowana w badania dotyczące zaburzeń rozwoju i która jako pierwsza zaproponowała na początku lat osiemdziesiątych minionego stulecia, koncepcję „spektrum autyzmu”, wszelkie wątpliwości w tej materii kwituje stwierdzeniem, że „Asperger był głęboko wierzącym człowiekiem”. I wreszcie po trzecie może zawdzięczać to Leo Kannerowi (1894–1981), który jako osoba egocentryczna i autorytarna miał ambicję, by dzierżyć palmę pierwszeństwa niekwestionowanego autorytetu wśród specjalistów w dziedzinie psychiatrii dziecięcej i który, jak się okazuje, bardzo skutecznie o to dbał przez cały okres swojej kariery. Pierwsze studium zespołu, które trafiło do podręcznika DSM-IV dopiero w 1994 r., Asperger opublikował dokładnie pół wieku wcześniej. Publikacja ta otworzyła mu notabene drzwi do etatu wykładowcy na Uniwersytecie Wiedeńskim. Co ciekawe, niektóre z cech zespołu można także zidentyfikować u samego badacza. Często na przykład mówił o sobie w trzeciej osobie, interesował się językami, miał świetną pamięć, uchodził za samotnika oraz personę trudną w kontakcie. A przecież „łapał” znakomity kontakt ze swoimi pacjentami, których określał mianem „małych profesorów” ze względu na ich wybitne niejednokrotnie kompetencje, choć posiadane zwykle w bardzo wąskim zakresie zainteresowań. Wkrótce po wojnie został dyrektorem miejskiej kliniki dla dzieci i szefem uniwersyteckiej katedry pediatrii, którą to funkcję piastował przez dwie dekady. W roku 1964 został dyrektorem wioski dziecięcej SOS w Hinterbrühl, jednej z wielu, w ramach działania dobroczynnej organizacji pozarządowej, która zajmuje się opuszczonymi i osieroconymi dziećmi, dziś już w 135 krajach świata, w tym i w Polsce.



## Czy wiesz, że...?

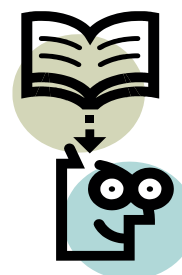
**Czy wiesz, że** słowo autyzm wywodzące się od greckiego „autos” tłumaczone dosłownie oznacza „sam/samotny”?

**Czy wiesz, że** zaburzenia ze spektrum autyzmu występują częściej niż przypadki raka u dzieci, cukrzycy i AIDS liczone razem? Producenci „Ulicy Sezamowej” zdecydowali, że należy edukować o tym tak powszechnym zaburzeniu i w 2017 r. na ekranie zadebiutowała Julia – pierwszy muppet z autyzmem. Julia przez dwa lata zdążyła wywrzeć wielki wpływ na młodych widzów: pokazuje, z czym zmagają się na co dzień, co może sprawić jej trudność, jakie są jej silne strony, jak się z nią komunikować, bawić, czego unikać. Uczy tolerancji i wrażliwości na dzieci z ASD.

**Czy wiesz, że** gdyby Einstein, Mozart, Newton czy Tesla żyli w dzisiejszych czasach, najprawdopodobniej otrzymaliby diagnozę zaburzeń ze spektrum auty-

zmu? Podczas gdy autyzm może utrudnić codzienne funkcjonowanie i relacje społeczne, może również dać niezwykle zdolności w zakresie rzeczy, które się lubi. Dr Temple Grandin, ekspert od zachowań zwierząt, swoje sukcesy w pracy przypisuje autyzmowi. Twierdzi, że to zaburzenie pozwala jej z laserową precyzją koncentrować się na pracy i osiągać w niej sukcesy. Isaac Newton miał zaburzenie ze spektrum autyzmu. Wiadomo też, że wiele sławnych, osób jak np. Messi, Daryl Hannah, Dan Aykroyd, przyznaje się do diagnozy ADS, w tym zespołu Aspergera.

**Czy wiesz, że** szacuje się, że między 50 a 75% dzieci dotkniętych autyzmem jest w pewnym momencie życia ofiarami przemocy? To dwa razy częściej niż ich rówieśnicy i o wiele częściej niż odnotowane przypadki agresji ze strony osób z ADS. Okazuje się też, że ponad połowa przypadków zastraszenia czy nękania może być zahamowana przez



akceptujące i świadome osoby ze środowiska.

**Czy wiesz, że** o ile u dziecka można zdiagnozować autyzm po 18 miesiącach, średni wiek rozpoznania wynosi 4 lata? Bardzo ważna jest wczesna diagnoza, ponieważ im szybciej rozpocznie się terapia, tym większe szanse na samodzielne funkcjonowanie dziecka w przyszłości. Nie ma znanego leku, niewiele też dzieci z autyzmem żyje samodzielnie po osiągnięciu dorosłości. Istnieją jednak liczne przypadki dorosłych, którzy zakładają rodziny czy też osiągają sukcesy zawodowe.

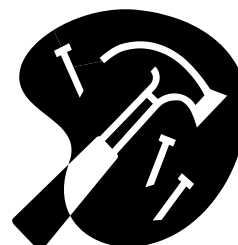
(ae-b, aww)

## Recenzje

**Agnieszka Kossowska (2018), *Duże sprawy w małych głowach*, Ożarów Mazowiecki: Wydawnictwo Linia.**

Tym razem coś dla praktyków – pedagogów pracujących z dziećmi; nie tylko dla specjalistów od autyzmu, ale także, a może nawet przede wszystkim, dla wychowawców, nauczycieli, którzy pracują nad kształtowaniem postaw dzieci i młodzieży wobec ich rówieśników ze spektrum autyzmu lub z innymi zaburzeniami neurorozwojowymi. W moim odczuciu jest to niezwykle ważna i potrzebna pozycja w literaturze dotyczącej funkcjonowania dzieci z niepełnosprawnością pokazująca, w jaki sposób można rozmawiać z ich rówieśnikami o autyzmie, niepełnosprawności ruchowej, sensorycznej, intelektualnej czy o wcześniactwie i epilepsji. Jej wyjątkowość wynika z faktu, że pokazuje problemy związane z wymienionymi zaburzeniami neurorozwojowymi z perspektywy dzieci, które ich doświadczają. Każdy rozdział ma więc swojego bohatera, który opowiada o sobie, swojej niepełnosprawności, specyfice funkcjonowania i problemach, z którymi codziennie musi się mierzyć. Sam bohater wyjaśnia rówieśnikom swoje zachowania, które innym mogą wydawać się dziwne i niezrozumiałe. W książce znajdują się też propozycje ćwiczeń – minieksperymentów, które pozwalają poczuć sytuację rówieśnika z niepełnosprawnością. Autorka napisała tę książkę z nadzieją, że świat, w którym żyją jej i nasze dzieci, będzie bardziej tolerancyjny, pełen zrozumienia i współodczuwania, a także otwarty na odmienność. Intuicja podpowiada, że jeśli trafi ona do nauczycieli, wychowawców, pedagogów, rodziców, a poprzez nich do dzieci, to cel ten stanie się bardziej realny.

(mm)





## Warunkowanie reakcji emocjonalnych

### KOCHAĆ I WZMACNIAĆ

**Zastanów się:** czy masz pod opieką trudne dziecko?

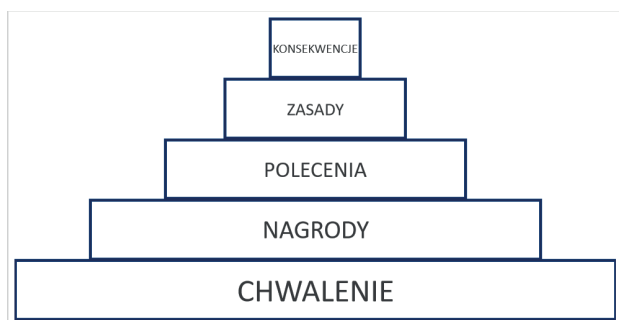
Artur Kołakowski i Agnieszka Pisula zwracają uwagę, że z każdym trudnym albo niepożądanym zachowaniem można sobie poradzić. Służą do tego odpowiednie techniki, które opierają się na wzmocnieniach. Wzmocnienie to zastosowanie po zachowaniu nagrody lub mądrej kary, aby to zachowanie pojawiło się częściej lub rzadziej.

Do redukcji zachowań niepożądanych stosujemy przede wszystkim różnego rodzaju wzmocnienia negatywne, czyli konsekwencje. Konsekwencje negatywne to:

- kary pozytywne — dziecko otrzymuje coś nieprzyjemnego (po głupim żarcie dziecko jest krytykowane, spóźnianie się na lekcję oznacza dodatkowe zadanie domowe, za rozmawianie na lekcji uczeń otrzymuje uwagę do dzienniczka)
- kary negatywne — odbieramy dziecku coś przyjemnego (za karę dziecko nie bawi się ulubioną zabawką, nie ogląda fajnej bajki, nie dostaje pysznego cukierka)
- wygaszanie — ignorujemy zachowania, które nam nieodpowiadają, nie zauważamy psikusów dziecka
- naturalne konsekwencje — dziecko zniszczyło zabawkę, nie będzie jej już miało.

Aby dziecko częściej powtarzało pożądane przez nas zachowania stosujemy:

- chwalenie
- dostrzeganie pozytywów
- nagrody
- systemy żetonowe



**Od czego zacząć?** Od chwalenia — to podstawa. Stosuj je najczęściej. Potem nagrody, polecenia, zasady. Najrzadziej — konsekwencje (kary).

**Ważne:** eliminując złe zachowanie, pokaż dziecku właściwe.

### Ciekawe?

Behawioryzm w psychologii oznacza, że każde zachowanie da się zmienić. Można się go nauczyć bądź oduczyć. Jaki z tego wniosek? Nigdy nie jesteśmy bezradni! Możemy skorzystać z terapii behawioralnej, która w prosty, szybki i skuteczny sposób zmodyfikuje aktualnie występujące zachowania problemowe. Sam rodzic czy wychowawca również może zastosować metody behawioralne, które są skuteczne w odniesieniu do

### CZY EMOCJI MOŻEMY SIĘ NAUCZYĆ?

W psychologii znane są klasyczne badania behawiorysty Johna Watsona nad warunkowaniem strachu. W jednym ze swych badań autor wraz ze swą współpracowniczką Rosalie Raynor nauczyli małego Alberta bać się białego szczura, którego początkowo lubił.

Albert był 11 miesięcznym niemowlęciem. Rozwijał się prawidłowo pod wieloma względami, również emocjonalnie. Chętnie bawił się różnymi zabawkami, sięgał po nie, dotykał je. Z zainteresowaniem bawił się zarówno białym pluszowym szczurem, królikiem, małpką czy pieskiem, jak i maską z włosami, białą bawełnianą włóczką czy klockami. Podczas tej beztrudnej zabawy mięciutkim szczurem za plecami Alberta uderzono młotkiem w ponadmetrowy stalowy pręt. Hałas przstraszył Alberta i dziecko się rozplakało. Wszystko było gotowe — psychologowie uznali, że można uwarunkować Alberta, by odczuwał strach. Badacze rozpoczęły eksperyment. Pokazywali Albertowi białego szczura, jednocześnie wywołując przerażający hałas. Gdy chłopiec chciał dotknąć zabawkę, w tym momencie uderzano w metalowy pręt. Zabieg powtórzono trzy razy i tydzień później zrobiono to samo. Następnie pokazano dziecku samo pluszowe zwierzę, bez towarzyszącego mu wcześniej dźwięku, i jak się można domyślić, Albert na widok szczura zareagował skrajnym strachem. Zaczął płakać, odwrócił się i zaczął szybko raczkować, uciekając przed szczurem. Strach stał się wyuczoną reakcją na obiekt, którego mały Albert nie bał się jeszcze tydzień wcześniej.

Czy ten wyuczony strach dotyczył tylko pluszowego białego szczura? Okazało się, że strach został zgeneralizowany — dziecko przeniosło go na inne podobne obiekty. Albert bał się białego królika, pluszowego psa, białego futrzanego płaszcza, kłębka bawełny i siwej głowy Watsona. Bał się też maski Świętego Mikołaja! Jaka była reakcja dziecka? Strach, który objawiał się negatywnymi reakcjami, takimi jak płacz, odsuwanie się czy ucieczka.

Badania Watsona udowodniły istnienie zachowań emocjonalnych, których uczymy się za pomocą prostych technik bodziec — reakcja. Co czujesz, kiedy słyszysz dźwięk wiertarki dentystycznej? Inne, bardziej skrajne reakcje emocjonalne, takie jak fobie, również mogą powstać w wyniku warunkowania.

Eksperyment przyniósł Johnowi Watsonowi sławę, ale też jest przykładem poważnego naruszenia zasad etycznych obowiązujących dzisiaj podczas prowadzenia badań naukowych z udziałem ludzi. Jednak w 1920 r. przekonał wielu psychologów, że zachowanie człowieka jest wywoływane przez różne zewnętrzne bodźce środowiskowe i sytuacyjne.

prawie wszystkich dzieci. Tylko bardzo trudne przypadki wymagają pomocy specjalisty. Specjalista wkracza, gdy zachowanie ośmiolatka odbiega od normy i nie zachowuje się on jak przeciętny ośmiolatek. Warto więc coś wiedzieć o rozwoju, aby rozpoznać u dziecka zaburzenia zachowań.

(aww, aeb)

Cytowane prace do wglądu u Auterek tekstu.



Opowiadanie na z grubsza stronę

## Drzwi



Chociaż jego narodzinom nie towarzyszyły żadne znaki na niebie i ziemi, jak przed wiekami w Betlejem, to dla jego rodziców, którzy od kilku lat wcześniej bezskutecznie starali się o potomstwo, był niewątpliwym cudem. Imię Radosław otrzymał na chrzcie św. dla podkreślenia tej radości, jakiej swoim przyjściem na świat sprawił nie tylko zresztą rodzicom, ale i dziadkom, a także całej rozległej rodzinie. Silny, zdrowy, zrazu Radunio, później Raduś, Radek i Radosław, o reklamowej urodzie, w każdej fazie swojego życia, rozwijał się znakomicie, napawając słuszną dumą zapatrzoną weń rodzinę, budząc podziw, a nierzadko i zazdrość innych. Rezolutny w przedszkolu, prymus w szkole, lider w lokalnej drużynie hokejowej, a później akademickiej koszykówki, dusza towarzystwa wśród licznych znajomych i przyjaciół, wyróżniony absolwent wydziału prawa renomowanego uniwersytetu, wreszcie ceniony za kompetencje i doceniany na gruncie kariery zawodowej. Trzeba również dodać, że na każdym też etapie swojego rozwoju, czy to dziecka, młodzieńca, czy mężczyzny, był zawsze obiektem podziwu, westchnień, kokieterii, zachwytów, zauroczeń i porywów namiętnych uczuć, rozlicznych dziewcząt, panien i pań. Umiał cenić też tę ich adorację dla swej osoby i umiejętnie ją wykorzystywać. Robił to zarówno dla swoich ujawnianych i nieujawnianych celów, a jednocześnie bardzo często dla nieskrywanej przyjemności obu stron. W ogóle zawsze radził sobie doskonale, i to nawet w najtrudniejszych sytuacjach. Potrafił zadrwić z każdego figla, jakiego próbowało mu nierzadko płatać przekorne życie. Jak to się dzisiaj mówi w rozmaitych kręgach – ogarniał wszystko! Z nieustającym powodzeniem, mimo szybko postępującej złożoności wezwań



Flickr: Tim Green (2013). Two Pink Doors (CC BY 2.0)

i wynikających z nich komplikacji życiowych, dawał radę. W pracy z szefami i podwładnymi, w rodzinie ze zmieniającymi trzykrotnie żonami, z dziećmi, a także kochankami. W Boże Narodzenie np. zdarzało się, że potrafił ogrzać swoim wyjątkowym czarem i nasycić radością swojej obecności przy wigilijnym stole kilka, bo 5 lub nawet 6 osobno zgromadzonych konfiguracji biesiadników. To natomiast, jak parokrotnie udało mu się wypić noworoczny toast z dwoma, a raz nawet trzema damami, a jednocześnie bez utraty ich wiary w pierwszeństwo spełnianego z nimi szampańskiego toastu, pozostanie już nieodgadnioną tajemnicą radosnego Radosława.

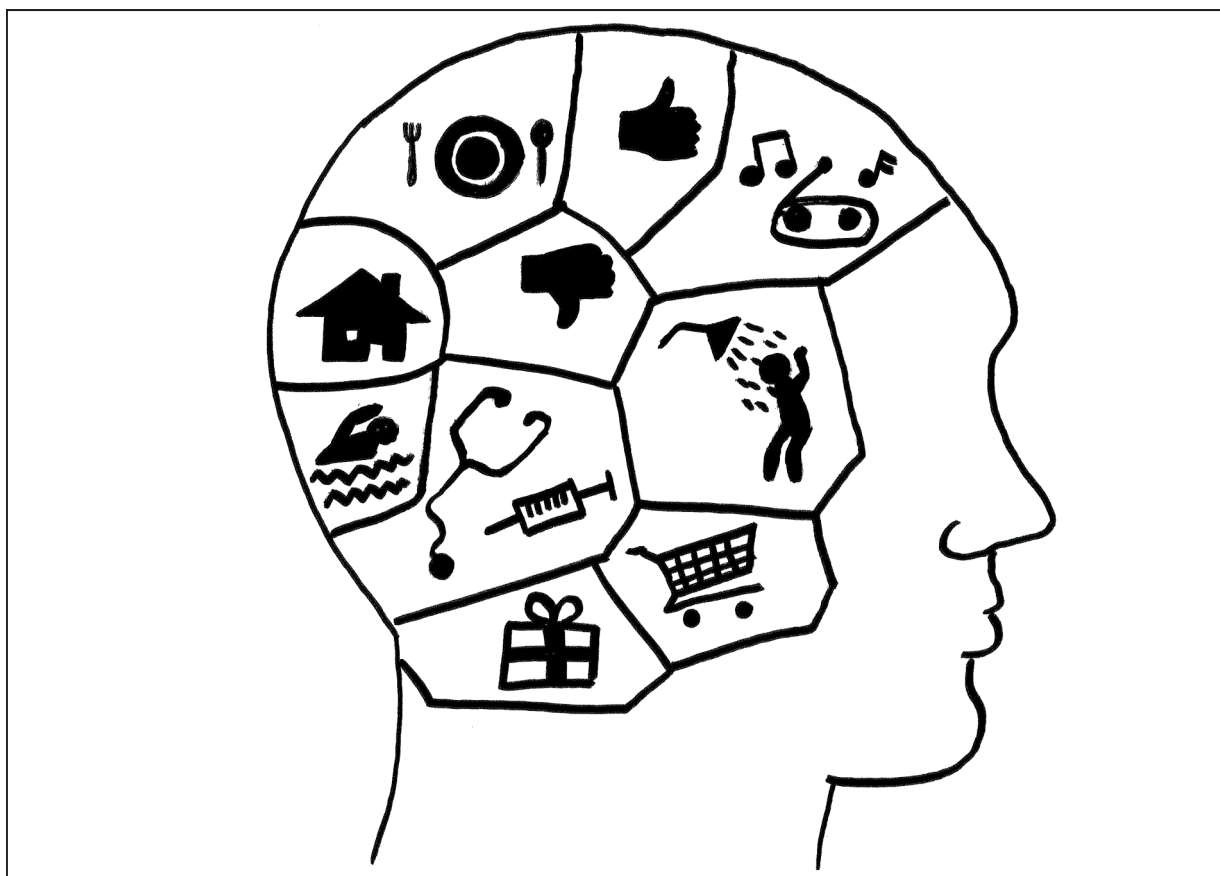
Teraz jednak sytuacja, w jakiej się znalazł, przerastała wszystkie jego dotychczasowe doświadczenia. Stał oto przed dwojgiem

drzwi z dylematem decyzji o wyjściu. Jedne z nich miały na sobie wymagowany przez Radosława napis: „Piekło z niebem”, drugie zaś: „Niebo z piekłem”, bo tak w rzeczywistości jawiła mu się konsekwencja dokonanego przez niego wyboru. Ogarniała go niespotykana dotąd niepewność, wahanie, lęk, wręcz po raz pierwszy w życiu trwoga.

Wreszcie, choć w końcu trudno to ustalić, czy drzwi jakie się otworzyły, rozwarły się przed nim same, czy też on sam gwałtownie ostatecznie pchnął ich skrzydło, to faktem jest, że przez nie wyszedł. Nie były to jednak te drzwi, przed którymi stał chwilę wcześniej w rozkroku. Były to inne drzwi, przez które właśnie tyle, co wyszedł.

Wyszedł... z siebie!

## Psychorysunek



Rys. Justyna Rymarowicz

### Skład redakcji:

**Dr Kazimierz Gelleta – redaktor naczelny**

*Dr hab. Andrzej Łukasik, prof. UR*

*Dr Małgorzata Marmola*

*Dr Anna Wańczyk-Welc – redaktor techniczny*

### Adres redakcji

Ul. Ks. Jałowego 24

35-010 Rzeszów

[zakladpsychologiiur@gmail.com](mailto:zakladpsychologiiur@gmail.com)

<http://www.ur.edu.pl/wydzialy/pedagogiczny>

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania tekstów

## PORADNIA NO-STRES

Porad psychologicznych udzielamy w pokoju nr 20 na Wydziale Pedagogicznym, ul. Ks. Jałowego 24. Wykaz psychologów i terminy ich dyżurów w tym semestrze zostaną zamieszczone na stronie internetowej (Wydział Pedagogiczny UR, zakładka „studenci”) oraz na drzwiach pokoju nr 19.

Zakład Psychologii UR

Jesteśmy na

