

Wybrane aspekty diagnozy psychologicznej i oddziaływań terapeutycznych stosowanych wobec dziecka z zaburzeniami w rozwoju – założenia teoretyczne, implikacje praktyczne

Aleksandra Borkowska

W najnowszej literaturze psychologicznej i pedagogicznej pojawia się coraz więcej pomysłów na to, jak poprawić jakość oddziaływań psychologicznych stosowanych wobec dzieci i młodzieży z zaburzeniami w rozwoju. Wydaje się, że spektrum zadań psychologa, jak również innych specjalistów wchodzących w skład *teamu* terapeutów (zespołu wielospecjalistycznego), rozszerza się coraz bardziej. W artykule przedstawiono najważniejsze, zdaniem autorki, głosy w niezwykle cennej i potrzebnej dyskusji o różnych aspektach diagnozy i terapii dzieci z zaburzeniami w rozwoju.

Artykuł podzielono na trzy części. W pierwszej opisano założenia procedury diagnostyczno-terapeutycznej zwanej eksperymentującą obserwacją terapeutyczną; wiele uwagi poświęcono na wskazanie różnic między tą procedurą a tradycyjnym badaniem testowym przeprowadzanym w gabinecie psychologicznym. W drugiej części artykułu Czytelnik znajdzie informacje na temat założeń sporządzania opisu dziecka z zastosowaniem koncepcji postępowania określanej przez L.S. Wygotskiego mianem strefy najbliższego rozwoju. W trzeciej części artykułu opisano trzy typy sytuacji terapeutycznej wyróżniane na podstawie wieloletnich doświadczeń w postępowaniu psychoterapeutycznym z małymi dziećmi przez T. Kaczmarek.

1. Eksperymentująca obserwacja terapeutyczna jako alternatywna procedura diagnostyczno-terapeutyczna w warsztacie pracy terapeutów

Przedstawiając założenia eksperymentującej obserwacji terapeutycznej warto podkreślić, że jakkolwiek jest to procedura opisywana jako alternatywna, kontrastująca z tradycyjnym badaniem testowym, nie może być uznana za procedurę lepszą, bardziej wartościową. H. Olechnowicz (1998) podkreśla, że obydwie metody służą diametralnie innym celom: klasyczne badanie testowe

służy ocenie sprawności intelektualnej badanego, natomiast eksperymentująca obserwacja terapeutyczna – stworzeniu swoistego opisu osoby badanej.

Analiza zaprezentowanych poniżej czynników różnicujących obydwie procedury może stać się tematem do nowych dyskusji w gabinetach psychologów na temat metodologii i założeń teoretycznych prowadzonych przez nich działań. Czynniki różnicujące procedury: badanie testowe i eksperymentującą obserwację terapeutyczną przedstawiono w tabeli nr 1.

Tab.1. Czynniki różnicujące procedury: badanie testowe, eksperymentującą obserwację terapeutyczną (za: Olechnowicz, 1998)

Czynnik:	Badanie testowe:	Eksperymentująca obserwacja terapeutyczna:
Przedmiot diagnozy	Ocena sprawności umysłowej.	Ujawnienie potrzeb terapeutycznych dziecka i sposobów zaspokajania potrzeb.
Ludzie	Obcy dziecku psycholog, ale osoba znacząca dla rodziców.	Grupa zbliżona do rodziny rozgałęzionej: rodzice, rodzeństwo, młodzież różnej płci i wieku, terapeuci.
Proksemiczne warunki kontaktu	Kontakt twarzą w twarz z jedną osobą. Trudność uniknięcia tego kontaktu.	Wolny wybór kontaktu spośród wielu możliwości. Swoboda w unikaniu kontaktu (z wyjściem z pokoju włącznie).

Wymiar: dominacja-podległość	Psycholog pyta i ocenia. Brak miejsca na inicjatywę dziecka. Spontanizność obu uczestników interakcji jest blokowana.	Dążenie do równorzędności podmiotowej. Dziecko samo inicjuje lub przyjmuje, czy też odrzuca propozycje dorosłych. Wyklucza się tzw. natarczywość dydaktyczną.
Nastawienie psychologa	Obiektywizm, niezaangażowanie, wytlumienie reakcji impulsywnych.	Natychmiastowy rezonans emocjonalny na zachowanie dziecka i jego rodziców jest podstawowym narzędziem postępowania.
Kryteria oceny aktywności dziecka	Ocena dobrze/złe według instrukcji. Zdarzenia nie kwalifikujące się do takiej oceny bywają przeoczone lub pominięte.	Postawa poszukująca. Wyróżnianie i rozszyfrowywanie sekwencji znaczących w strumieniu swobodnej aktywności dziecka. Weryfikacja hipotez stawianych tu i teraz.
Wymiar: sukces-porażka	Badanie prowadzone do momentu niepowodzenia.	Nie stawia się przed dzieckiem zadań, stąd nie może ono przeżyć porażki. Nie przeżywa także sukcesu (brak nagrody zewnętrznej). Dziecko przeżywa (wspólnie z innymi) doznanie spełnienia ważnej potrzeby psychologicznej.
Przestrzeń jako istotny „rekwizyt” badania	Zamknięta przestrzeń gabinetu, przymus siedzenia.	Swoboda pokonywania przestrzeni w poziomie (sala, korytarz) i w pionie (schody, drabinki, spiętrzone materace).
Inne rekwyzyty użyte do badania	Standaryzowany zestaw pomocy.	Zestaw pomocy standaryzowany (przez lata) przez same dzieci (część pomocy dzieci odrzucały, część wybierały). Najczęściej używane są te pomoce, które niezawodnie sprawiają dzieciom radość.
Relacja: diagnoza – -terapia	Iloraz inteligencji kwalifikuje dziecko do uzyskania pomocy w odpowiednich placówkach. Samo badanie nie jest terapeutyczne, może być nawet urazem (dla dziecka, jak i rodziców).	Diagnoza i terapia są tu nierozdzielne: dzieci ujawniają swoje dążenia autoterapeutycznie, dorośli pomagają w ich realizowaniu.
Porady dla rodziców	Porady przekazywane werbalnie.	Porady przekazywane w formie komentarzy do zachowania dziecka i terapeutów. Zachowania terapeutów modelują właściwe sposoby postępowania.
Wkład do zasobu wiedzy psychologa	Pytanie testowe w większości zamknięte. Nie przewiduje się stawiania pytań nowych, badawczych.	Swoboda i udział wielu osób uczestniczących generuje wiele zachowań i sytuacji nieprzewidywanych, o dużej wartości heurystycznej. Psycholog poszukuje odpowiedzi na zagadki stawiane przez zachowania dzieci.

Hanna Olechnowicz (1998) dodaje, że zachowania dorosłych podczas trwania eksperymentalnej obserwacji terapeutycznej są również w pewnym stopniu standaryzowane przez same dzieci (po-

dobnie jak rekwyzyty, opisane w tabeli powyżej). Pewne formy zachowań dorosłych dzieci przyjmowały, podtrzymywały i zachęcały dorosłych do ich przejawiania, a niektóre zachowania

były przez dzieci odrzucane. Więcej szczegółów i przykładów zastosowania obserwacji diagnostyczno-terapeutycznej znajdzie Czytelnik w licznych publikacjach H. Olechnowicz.

2. Pojęcie strefy najbliższego rozwoju L.S. Wygotskiego a diagnozowanie dzieci z zaburzeniami w rozwoju

Diagnozowanie odchyłeń od normy w rozwoju umysłowym dziecka oznacza pomiar możliwości (zdolności) oraz umiejętności przystosowawczych (m.in.: porozumiewanie się, samoobsługa, uspołecznienie, samodzielność, troska o zdrowie i bezpieczeństwo, umiejętności szkolne, organizowanie czasu wolnego). O ile pomiar możliwości dziecka jest znacznie ułatwiony dzięki wielu narzędziom mierzącym inteligencję (choć jesteśmy świadomi wielu trudności i ograniczeń), o tyle pomiar umiejętności przystosowawczych dziecka jest zazwyczaj bardziej problemowy.

Psycholog opiera swoje działania diagnostyczne na trzech kryteriach: 1) jakościowym – sprawność uczenia się, poziom rozwiązywania zadań, posługiwanie się pojęciami; 2) rozwojowym i społecznym – rozwój psychofizyczny, zachowania w sytuacjach społecznych; 3) ilościowym – wyniki badań z zastosowaniem testów psychologicznych (Sęk, 1987 za: Czapięga, 2000). Koncepcja-postępowanie określone przez Wygotskiego mianem strefy najbliższego rozwoju może znaleźć zastosowanie w analizie procesu diagnozy klinicznej w zakresie pierwszego z wymienionych wyżej kryteriów. (Czapięga, 2000). Zdaniem Wygotskiego procesy i czynności psychiczne nie funkcjonujące jeszcze samodzielnie mogą być stymulowane przez planowe oddziaływania osoby dorosłej. Wygotski poddaje krytyce wszelkie pomiary testowe (mówiące o tym, jak jest u dziecka w zakresie badanych zmiennych), a proponuje dynamiczne analizowanie możliwości rozwojowych dzieci. Pamiętać należy jednak, że nie pomija się tu znaczenia technik psy-

chometrycznych, a jedynie podkreśla się, że kryterium ilościowe nie może być wyłącznym kryterium w procedurze psychologicznego poznania.

Strefa najbliższego rozwoju to różnica między tym, co dziecko potrafi wykonać samo, a tym, co dziecko wykona przy pomocy osoby dorosłej; jest to zatem obszar kompetencyjny, w ramach którego dziecko ujawnia gotowość do wychodzenia poza aktualne możliwości poznawcze. Aktywizowanie strefy najbliższego rozwoju odbywa się w kontakcie dziecka z dorosłym, który stosuje: pytania naprowadzające, wskazówki (pośrednie, bezpośrednie), kieruje myśleniem dziecka, prezentuje sposoby rozwiązania problemu, a nawet sam rozwiązuje cały problem. Należy podkreślić, że dzieci różnią się między sobą zdolnościami do korzystania z pomocy dorosłego, mają tym samym inne strefy najbliższego rozwoju – różnią się reakcjami na naprowadzanie przez dorosłego; różnią się czasem potrzebnym do uwewnętrznienia nowego sposobu rozwiązania; wreszcie, różna jest u dzieci trwałość „posiadania” określonych umiejętności (nie wspominając już o tym, że nie wszystkie z nich potrafią przenieść nabyte umiejętności na inne sytuacje szkolne czy życiowe).

Podsumowując, badanie strefy najbliższego rozwoju obejmowałoby:

- ustalenie poziomu rozwoju dziecka w sytuacji wspierania, pomocy pochodzącej od osoby dorosłej
- sprawdzenie szybkości uczenia się na materiale konkretnym i abstrakcyjnym
- obserwację transferu umiejętności opanowanych w kontakcie z dorosłym na inne sytuacje.

Nasuwa się jednak pytanie, jak, organizując sytuację współdziałania osoby dorosłej z dzieckiem, odróżnić pożądaną naśladowanie dziecka od prostego, automatycznego kopiowania? Zakres niniejszego artykułu nie pozwala na dalsze zgłębianie problemu, ale odpowiedzi na wszelkie pytania wnikliwy

Czytelnik znajdzie w publikacjach Wygotskiego (np. 1987).

Na zakończenie warto przedstawić stanowisko A. Czapiği (2000), która zaleca przystępowanie do ustalania zakresu strefy najbliższego rozwoju dziecka dopiero po przeprowadzonym wcześniej tradycyjnym badaniu testowym. Autorka rekomenduje w diagnozowaniu dzieci z zaburzeniami w rozwoju uwzględnianie zarówno aktualnego poziomu rozwoju dziecka (w oparciu o klasyczne badanie testowe), jak i uwzględnianie poziomu funkcjonalnego rozwoju dziecka (co pozwala przewidywać kierunek i tempo zmian rozwojowych).

Pamiętajmy jednak o dużej ostrożności w prognozowaniu dalszego przebiegu rozwoju psychomotorycznego dziecka. Zawsze zwracamy uwagę na fakt całkowitej odrębności specyfiki zadań prognostycznych od diagnostycznych.

3. Trzy typy sytuacji terapeutycznej wg T. Kaczmarek

Rozpoczynając rozważania na temat typów sytuacji terapeutycznych, wyróżnionych na podstawie wieloletniej pracy z małymi dziećmi (a więc także z matkami dzieci) przez T. Kaczmarek, warto przypomnieć szereg założeń dotyczących interakcji zachodzących w diadzie: matka-dziecko.

Po pierwsze, w przypadku zdrowych noworodków około trzeciego miesiąca życia dziecka w parze: matka – dziecko, kształtuje się specyficzny, w dużym stopniu stały wzorzec interakcji.

Po drugie, ukształtowanie się tego wzorca interakcji jest ściśle związane z tworzeniem się więzi emocjonalnej dziecka z matką, a jakość tej więzi stanowi fundament dalszego rozwoju psychiki dziecka.

Po trzecie, w przypadku pojawienia się nieprawidłowości rozwojowych u dziecka we wczesnym okresie życia poprawny przebieg interakcji i procesu komunikowania się między matką a dzieckiem

jest zawsze poważnie zagrożony (Kaczmarek, 2001).

T. Kaczmarek w swojej pracy psychoterapeutycznej opiera się na następujących tezach:

- U dziecka z uszkodzeniami CUN możemy obserwować zmienione wyposażenie biologiczne, co utrudnia mu prezentowanie zachowań adaptacyjnych w kontakcie z matką. Sygnały wysyłane do matki mogą być zbyt słabe (np. zbyt cichy płacz, ograniczona zdolność przywierania do matki). Zakłócenia organizacji percepcji dziecka mogą mu utrudniać koncentrowanie się na sygnałach wysyłanych przez matkę (zwłaszcza przez jej twarz); w konsekwencji dziecko może mieć trudności z wyróżnianiem matki z otoczenia.
- Matka w obliczu niekorzystnej diagnozy dziecka przejawia na ogół bardzo silne napięcie emocjonalne, tłumiące jej spontaniczną gotowość do otwierania się na potrzeby interakcyjnej dziecka.
- Diagnoza nieprawidłowości rozwojowych u dziecka diametralnie zmienia wcześniejsze wizje matki na temat jej dziecka, które powstały na długo przed jego narodzinami. Wokół macierzyństwa, ojcostwa i samego dziecka powstaje atmosfera dużego dystresu, co implikuje zafałszowane odczytywanie przez rodziców potrzeb dziecka.

Podstawą teoretyczną wyodrębnienia trzech typów sytuacji terapeutycznej są doniesienia interakcyjnej psychologii rozwojowej; podstawę praktyczną stanowią wyniki analizy przebiegu terapii kilkunastu par: matka-dziecko prowadzonej przez T. Kaczmarek. Typy sytuacji terapeutycznej wg Kaczmarek przedstawiono w tabeli nr 2.

Tab. 2. Typy sytuacji terapeutycznej wg. T. Kaczmarek (za: Kaczmarek, 2001)

Typ sytuacji terapeutycznej:	Charakterystyka typu:
Pierwszy	Terapeuta: poczucie satysfakcji, przekonanie o dobrej współpracy z matką, przekonanie o możliwości skoncentrowania się na przebiegu procesów interakcji i komunikacji w diadzie: matka– dziecko. Ingerencja terapeuty polega na pokazywaniu matce zmienionych potrzeb interakcyjnych dziecka i na podkreślaniu wszystkich sytuacji, w których udaje się matce dostosować do potrzeb dziecka.
Drugi	Terapeuta: poczucie, że jego zabiegi nie stanowią odpowiedzi na potrzeby terapeutyczne matki, terapeuta pozostaje niejako „obok” głównego problemu pary: matka-dziecko. Ingerencja terapeuty polega na rozszerzeniu działań terapeutycznych o indywidualną pomoc psychologiczną dla rodzica/rodziców.
Trzeci	Obserwowanie zachowań matki i dziecka nie pozwala na analizę procesów interakcji i komunikacji z powodu znikomej ilości wymiany zachowań między matką a dzieckiem. Ingerencja terapeuty ogniskuje się na przebiegu procesów interakcji i komunikacji, jest prowadzona w kontekście oddziaływań ukierunkowanych na pomoc rodzicowi/rodzicom w aspekcie odblokowywania potencjalnych kompetencji rodzicielskich. Terapeuta pracuje nad obniżeniem lęku rodzica podczas kontaktu z dzieckiem.

T. Krawczyk podkreśla znaczenie zrozumienia i zanalizowania przez psychologa kontekstu psychologicznego, w jakim zachodzi wymiana zachowań między matką a dzieckiem. O powodzeniu oddziaływań terapeutycznych decyduje właśnie to zrozumienie i rzetelna analiza kontekstu, a nie, jak się powszechnie sądzi, sama praca nad interakcją i komunikacją. Pamiętajmy, że to właśnie kliniczna analiza mechanizmów odpowiedzialnych za powstawanie patologii w relacji dziecka z matką jest priorytetowym zadaniem psychologa zajmującego się wczesnym wspomaganie rozwoju dzieci.

Przedstawione w niniejszym artykule aspekty diagnozy psychologicznej i oddziaływań terapeutycznych stosowanych wobec dziecka z zaburzeniami w rozwoju przedstawiają nieco inne spojrzenie na oddziaływania diagnostyczno-terapeutyczne prowadzone przez specjalistów. Warto dyskutować o pomysłach, metodach i formach pracy psychologów i pedagogów, wszak od takich dyskusji zależy później to, co najcenniejsze w pracy terapeutów – profesjonalna ochrona dobrostanu psychologicznego dzieci, młodzieży i ich rodzin.

Bibliografia

- Czapiga, A. (2000). Zastosowanie pojęcia strefy najbliższego rozwoju L.S. Wygotskiego w diagnozie dzieci niepełnosprawnych umysłowo. W: Mihilewicz, S. (red.). *Aktualne problemy wspomagania rozwoju dzieci niepełnosprawnych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Kaczmarek, T. (2000). Terapia interakcji: matka-dziecko; z doświadczeń w pracy z małymi dziećmi wykazującymi poważne dysfunkcje rozwojowe. *Rewalidacja*, 1, 13-19.
- Kaczmarek, T. (2001). Psychoterapia dzieci z diagnozą poważnych zaburzeń w rozwoju. W: Świąćicka, M. (red.). *Pomoc psychologiczna dziecku z zaburzeniami rozwoju i jego rodzinie*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.
- Krawczyk, F. (1997). *Psychoterapia w klasie szkoły życia*. W: Olechnowicz, H. (red.). *Opowieści terapeutów*. Warszawa: WSiP.
- Olechnowicz, H. (1995). *Dziecko własnym terapeutą*. Warszawa: PWN.
- Olechnowicz, H. (grudzień 1998). *Refleksja nad diagnozą psychologiczną dziecka na przykładzie dwóch kontrastujących procedur badawczych*. Referat wygłoszony na Międzynarodowej Konferencji Naukowej – Autyzm wyzwaniem naszych czasów w Krakowie.
- Radochoński, M. (2001). *Podstawy psychopatologii dla pedagogów*. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Wygotski, L.S. (1987). Problem wieku i dynamika rozwoju. *Przegląd Psychologiczny*, 4.

Autorka jest nauczycielem konsultantem w Mazowieckim Samorządowym Centrum Doskonalenia Nauczycieli, Wydział w Siedlcach oraz pracownikiem Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego w Stoku Lackim.