

*Wspomaganie rozwoju
osób z niepełnosprawnością*

RADA NAUKOWA

prof. zw. dr hab. Aniela Korzon- Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu

prof. dr Annette Leonhardt- University of Munich, Niemcy

prof. zw. dr hab. Amadeusz Krause- Uniwersytet Gdański

prof. dr Victor Lechta- Universitet Trnawski, Słowacja

REDAKTOR NACZELNY

dr hab. Katarzyna Plutecka, prof. UP

SEKRETARZ

mgr Karolina Kilar

REDAKTOR STATYSTYCZNY

dr Anna Gagat - Matuła

KOLEGIUM RECENZENTÓW

dr hab. Urszula Bartnikowska, prof. UWM- Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

dr hab. Ewa Domagała-Zyśk, prof. KUL- Katolicki Uniwersytet Lubelski

dr hab. Anna Jakoniuk-Diallo, prof. UAM- Uniwersytet im. A.Mickiewicza w Poznaniu

dr hab. Dorota Podgórska-Jachnik, prof. UKW- Uniwersytet im. K.Wielkiego w Bydgoszczy

dr hab. Bernadeta Szczupał ,prof. APS- Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

PROJEKT OKŁADKI

Jasmina Łukaszczyk-Cibiorz, Dominik Kasprzak

ISSN 2300-6463
e-ISSN 2449-8815

Zeszyty Naukowe Pedagogiki Specjalnej
Rocznik Studenckiego Koła Naukowego Pedagogiki Specjalnej

Wydawca: Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji
Narodowej w Krakowie , ul. Podchorążych 2, 30-084 Kraków

DRUK I OPRAWA

*Zespół Poligrafii Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji
Narodowej w Krakowie*

SPIS TREŚCI

WSTĘP.....	7
Izabela Glac CHODŹ, POKAŻ MI ŚWIAT...! WYBRANE METODY STOSOWANE W TERAPII PEDAGOGICZNEJ UCZNIÓW PRZEWLEKLE CHORYCH.....	9
Karolina Kilar WYBRANE METODY TERAPII DZIECI Z MÓZGOWYM PORAŻENIEM DZIECIĘCYM.....	31
Monika Ryba CHROMOTERAPIA JAKO JEDNA Z FORM ZAJĘĆ TERAPEUTYCZNYCH PRZEZNACZONYCH DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ.....	38
Sylwia Rój TERAPIA RĘKI JAKO METODA WSPIERAJĄCA SAMODZIELNOŚĆ ORAZ PSYCHICZNY ROZWÓJ DZIECKA W WIEKU PRZEDSZKOLNYM.....	44
Maria Goli ROLA SPORTU W ŻYCIU OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ.....	50
Kamila Głowacka, Julia Guzik RUCH ROZWIJAJĄCY WERONIKI SHERBORNE W PRACY Z OSOBAMI Z GŁĘBOKIMI I SPRZEŻONYMI NIEPEŁNO SPRAWNOŚCIAMI.....	55
Karolina Ponicka WSPARCIE EMOCJONALNE JAKO ELEMENT TERAPII PEDAGOGICZNEJ.....	65
Magdalena Owczarz WYKORZYSTANIE DIALOGU MOTYWUJĄCEGO W TERAPII DZIECI ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI.....	70
Magdalena Żelichowska ALPAKOTERAPIA JAKO METODA WSPOMAGAJĄCA TERAPIĘ DZIECI I DOROSŁYCH.....	75

Sara Więcek
**DELFINOTERAPIA – TERAPIA MEDYCYNY
NIEKONWENCJONALNEJ.....81**

Jasmina Łukaszczyk-Cibiorz
**DOGOTERAPIA JAKO FORMA REHABILITACJI OSÓB
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ.....89**

Sara Więcek
**„LECZNICA DLA DUSZY”- O TERAPEUTYCZNYCH
WŁAŚCIWOŚCIACH KSIĄŻKI.....94**

Kamila Głowacka, Maria Goli
**ARTETERAPIA, CZYLI UZDRAWIAJĄCA MOC
SZTUKI.....107**

WSTĘP

Niniejszy, 13. tom Zeszytów Naukowych Pedagogiki Specjalnej został poświęcony problematyce wspomaganie rozwoju osób z niepełnosprawnością. Refleksja nad znaczeniem projektowania oddziaływań terapeutyczno-edukacyjnych służących wspomaganie rozwoju dla tej grupy osób jest niezbędna z praktycznego punktu widzenia. Tematyka, wokół której koncentrują się Autorzy dotyczy wybranych psychopedagogicznych terapii wyjaśniających specyfikę i zakres wspomaganie rozwoju osób z wybraną niepełnosprawnością. W podjętych analizach szczególnie uzasadnienie znajdują psychologia rozwoju, psychologia humanistyczna, paradygmat interakcyjny, egalitarne podejście, a także aktualne przepisy prawa oświatowego. W perspektywie aktualnych przemian społecznych zostały tak przedstawione założenia i uwarunkowania wybranych strategii rehabilitacyjnych i edukacyjnych dla osób z wybraną niepełnosprawnością, aby ich realizacja miała na celu stymulowanie potencjału rozwojowego, osobistego zadowolenia, czyli przede wszystkim podkreślała ich niezależność. To podmiotowe podejście wobec osób z niepełnosprawnością, sprzyja rozwijaniu ich autonomii i wpisuje się w aktualne paradygmaty pedagogiki specjalnej, szczególnie paradygmat emancypacyjny i humanistyczny.

Warto przypomnieć, że organizowanie i upowszechnianie różnych form edukacji terapeutycznej daje możliwość kompensowania występujących już u dziecka nie tylko dysfunkcji, ale także zapobieganiu innym zaburzeń rozwoju o charakterze wtórnym. Kluczowym zadaniem niniejszych form powinna być ciągłość, systematyczność i wszechstronność oddziaływań wspomagających rozwój z uwzględnieniem odmiennych, ale rzeczywistych potrzeb osób z wybraną niepełnosprawnością. Realizację powyższego zadania zapewni holistyczne podejście do procesu terapeutycznego z uwzględnieniem merytorycznej wiedzy z różnych dyscyplin naukowych. Ponadto wykorzystywanie sprawdzonych i coraz bardziej nowatorskich metod terapeutycznych pomoże zniwelować problemy rozwojowe i dać szansę na to, aby osoby z wybraną niepełnosprawnością godnie funkcjonowały w przestrzeni życiowej. Najnowsze modele terapii oferują na tyle alternatywne podejście do procesu wspomaganie, że dzięki nim możliwa jest pomoc oparta na potencjale rozwojowym człowieka i wspomaganie indywidualnego rozwoju osoby z niepełnosprawnością.

Artykuły zamieszczone w niniejszym tomie mogą stanowić przyczynek do dalszej naukowej dyskusji nad zasygnalizowaną problematyką. Wszystkim Autorom, Recenzentom i Zespołowi Redakcyjnemu składam serdeczne podziękowania, doceniając trud w nadaniu ostatecznego kształtu zredagowanych tekstów. Mam nadzieję, że Czytelnicy kolejnego numeru znajdą pole do konstruktywnej refleksji oraz wolę i motywację do dalszych eksploracji badawczych.

dr hab. Katarzyna Plutecka, prof. UP

Izabela Glac
Instytut Pedagogiki Specjalnej
Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie
Adres e-mail: izabela.glac@up.krakow.pl

**CHODŹ, POKAŻ MI ŚWIAT...! WYBRANE METODY
STOSOWANE W TERAPII PEDAGOGICZNEJ UCZNIÓW
PRZEWLEKLE CHORYCH**

Nie opuszczę cię, dopóki nie staniesz się sobą.

V.E. Frankl

Wprowadzenie

Choroba niewątpliwie stanowi nieodłączną część ludzkiego życia. Różnorodne schorzenia towarzyszyły człowiekowi od zarania dziejów i przez stulecia wpływały na losy ludzi na całym świecie. Choroby przewlekłe mogą pojawić się w życiu człowieka na każdym jego etapie, jednak temat ten staje się niezwykle trudny do rozważania, kiedy dotyczy choroby obciążającej życie i funkcjonowanie dziecka. Sytuacja ta wydaje się być szczególnie niesprawiedliwa i niezasłużona. Co ważne choroba dotyka nie tylko samego cierpiącego człowieka, ale i całą jego rodzinę i najbliższe osoby, co potęguje jej destrukcyjny wymiar.

Używając w tytule niniejszego opracowania słów „chodź, pokaż mi świat”, autorka chciała odnieść się do niekiedy trudnej i bolesnej rzeczywistości jakiej doświadczają uczniowie z chorobami przewlekłymi, w której poznawanie świata bywa mocno ograniczone, a co może być kompensowane poprzez działania terapeutyczne. Różnorodne formy wspomagania, pozwalają dzieciom przewlekłe chorem poznawać oraz rozwijać swoje umiejętności oraz zasoby.

Nie ulega wątpliwości, iż uczniowie przewlekłe chorzy wymagają specjalistycznej pomocy oraz wsparcia, co jest zadaniem zarówno przedstawicieli zawodów medycznych: lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów, ale także nauczycieli, psychologów, specjalistów oraz rodziców. To dzięki skoordynowanej i ukierunkowanej pracy wszystkich tych osób możliwy jest rozwój dzieci z niepełnosprawnościami. Z uwagi na specyfikę choroby, która zależy od rodzaju oraz stopnia uszkodzenia budowy i funkcji organizmu, ale także towarzyszących zaburzeń, przebiegu i leczenia będą zależały rokowania oraz przyjmowany model terapii (B. Woynarowska, 2010).

Pomoc ta może także przyjmować postać zajęć terapii pedagogicznej, która oddziałuje zarówno na zdolności motoryczne i poznawcze chorującego dziecka, jego zmysły, emocje, relacje z innymi ludźmi. Stanowi formę pracy

dającą możliwość realizacji potrzeb dziecka, pozwalającą mu na pozwanie świata i rozwój swoich umiejętności w optymalnych warunkach.

Terapia pedagogiczna- zagadnienia wprowadzające

Terapią pedagogiczną określa się zwykle całokształt oddziaływań pedagogicznych wobec dzieci ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się. Działania te powinny być ukierunkowane na usprawnianie zaburzonych funkcji, ale także na wspomaganie funkcji dobrze rozwijających się, tak aby mogły być wsparciem dla funkcji, które nie działają prawidłowo lub by mogły je zastąpić. Wspomniany proces nazywany jest kompensacją (E. M. Skorek, 2010).

Terapia pedagogiczna w ujęciu definicyjnym to specjalistyczne działania mające na celu usprawnianie i minimalizowanie objawów trudności w uczeniu się oraz eliminowanie niepowodzeń szkolnych. Terapia pedagogiczna prowadzona jest zwykle w formie zajęć korekcyjno-kompensacyjnych.

Dokonując analizy terminologicznej i definicyjnej omawianego zagadnienia, dodatkowo można wskazać, iż terapia pedagogiczna to „oddziaływanie za pomocą środków pedagogicznych (wychowawczych i dydaktycznych) na przyczyny i przejawy trudności dzieci w uczeniu się, mające na celu eliminowanie niepowodzeń szkolnych oraz ich ujemnych konsekwencji” (I. Czajkowska, K. Herda 2005, s. 41). Tak więc terapia pedagogiczna jest pewnego rodzaju interwencją wychowawczą, która ma na celu wywołać określone, pozytywne zmiany zarówno w strukturze wiedzy i umiejętności szkolnych dziecka, jak i w jego sferze poznawczej i emocjonalno-motywacyjnej. Terapia pedagogiczna obok profilaktyki i diagnozy jest jednym z elementów pomocy terapeutycznej dzieciom z odchyleniami i zaburzeniami rozwojowymi. W przeciwieństwie do profilaktyki, która obejmuje działania rozpoczynające się, gdy zaburzenia nie utrudniają dziecku przystosowania i nie dezorganizują prawidłowego procesu wychowawczego, choć już w sposób negatywny wyróżniają dziecko spośród rówieśników, terapia i związane z nią działania są podejmowane, gdy obserwujemy już destruktywny wpływ zaburzeń na rozwój czynności i przystosowanie społeczne dziecka. Stąd też podkreśla się często konieczność indywidualizacji oddziaływań terapeutycznych na dziecko oraz ukierunkowanie na jego specyficzne trudności (<http://wychowanie.pl/metoda-18-struktur-wyrazowych-stosowana-w-pracy-z-dzieckiem-dyslektycznym/>).

Terapia pedagogiczna, stanowi niezwykle ważny obszar szeroko pojmowanego i ujmowanego oddziaływania mającego na celu kompleksowy rozwój człowieka, w tym szczególnie dziecka wykazującego deficyty czy zaburzenia. W sposób oczywisty dotyczy więc osób z

niepełnosprawnościami (M. Zarzycka, 2016). Także opisywane w niniejszym opracowaniu choroby przewlekłe i cierpiące z ich powodu dzieci również wpisują się w krąg adresatów oddziaływania terapii pedagogicznej. Zgodnie Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z 9 sierpnia 2017 roku (Dz.U. 2017 poz. 1591) w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, zajęcia te winny być prowadzone co najmniej raz w tygodniu w wymiarze 45 minut. Czas ten jednak może być zmniejszony lub zwiększany z uwagi na potrzeby, możliwości oraz trudności uczestników. Podczas jednego spotkania w zajęciach nie powinno brać udział więcej niż pięciu uczniów.

W kręgu pedagogiki specjalnej terapia pedagogiczna jest stałym elementem wspomagającym działania rewalidacyjne i resocjalizacyjne, a także rehabilitacyjne. Powinna ona opierać się na przeprowadzonej szczegółowej diagnozie każdego ucznia, przeprowadzanej na początku roku szkolnego. To właśnie na jej podstawie, wynikającej z obserwacji, informacji od innych specjalistów oraz rodziców możliwe jest dobranie i dostosowanie najbardziej korzystnych dla dziecka metod pracy.

Procedury działań terapeutycznych każdorazowo opracowuje się w ten sposób, aby były zgodne z podstawowymi kierunkami działalności rewalidacyjnej stanowiącej wzorzec dla organizacji procesów. Należą do nich między innymi: „maksymalne rozwijanie tych sił biologicznych, zadatków i cech, które są najmniej uszkodzone, wzmacnianie i usprawnianie uszkodzonych zakresów psychicznych i fizycznych, a także wyrównywanie (kompensacja) i zastępowanie (substytucja) deficytów biologicznych i rozwojowych” (O. Lipkowski, 1977, s. 42).

Zdaniem I. Czajkowskiej i K. Herdy (1996) sama terapia pedagogiczna winna opierać się na sześciu kluczowych zasadach:

- Indywidualizacji środków i metod oddziaływania korekcyjnego;
- Powolnego stopniowania trudności w nauce czytania oraz pisania, uwzględniającego złożoność tych czynności, a także możliwości percepcyjnych dziecka;
- Korekcji zaburzeń, co oznacza, że ćwiczone powinny być przede wszystkim funkcje najgłębiej zaburzonych i najslabiej opanowane przez dziecko umiejętności;
- Kompensacji zaburzeń, to znaczy, że należy łączyć ćwiczenia funkcji zaburzonych z treningiem sprawnych funkcji w celu tworzenia właściwych mechanizmów kompensacji;
- Systematyczności;
- Ciągłości oddziaływania psychoterapeutycznego.

Realizacja procesu terapeutycznego zgodnie z powyższymi zasadami, daje gwarancję sukcesu i pomocy dzieciom doświadczającym dysfunkcji.

Terapię pedagogiczną określa się i zalicza do metod, które wykorzystują szeroką gamę środków psychopedagogicznych, co pozwala na szeroko-płaszczyznowe oddziaływania (M. Zarzycka 2016). Jest to szczególnie ważne w przypadku dzieci z dużymi odchyleniami od normy i deficytami rozwojowymi. Najważniejsza pozostaje zasada, aby działania były adekwatne do aktualnych potrzeb dziecka, z uwzględnieniem zainteresowań czy motywacji do intensywnej pracy.

Współcześnie pojmowana terapia pedagogiczna dąży do:

- Osiągnięcia dodatniego wpływu na osobowość dziecka;
- Wytworzenie korzystnych dla leczenia form działania;
- Normowania stanu psychiki poprzez unikanie bodźców negatywnych;
- Normowania zaburzeń zachodzących w obrębie procesów psychicznych;
- Wyzwalania zahamowanych dynamizmów;
- Wyrabiania plastyczności kory mózgowej;
- Walki z werbalizmem oraz podejmowania działań twórczych (A. Stankowski, 2009, s. 14).

Zastosowanie zindywidualizowanego i zintensyfikowanego oddziaływania terapeutycznego, zgodnego z potrzebami dziecka oraz uwzględniającego doświadczane deficyty i szczegółowe zasady pracy prowadzi do widocznej korekcji zaburzeń.

Uczniowie przewlekle chorzy

Choroba przewlekła niewątpliwie stanowi bardzo trudną i wymagającą sytuację. Staje się czynnikiem dezorganizującym życie i funkcjonowanie osoby doświadczającej schorzenia oraz jego najbliższych. Ogólnie można ująć, iż choroba oznacza zasadniczą i niepomyślną zmianę w życiu (I. Heszen-Celińska, H. Sęk, 2020). W specyficzny sposób wpływa ona zarówno na sytuację fizyczną jak i psychiczną oraz społeczną człowieka. Co ważne, sytuacji gdy choroba przewlekła dotyka dziecka, może ona niekorzystnie wpływać na cały jego dalszy rozwój, zwłaszcza, gdy pojawia się w momencie kształtowania niektórych umiejętności.

Choroba przewlekła jako zdarzenie negatywne przekształca sytuację życiową dziecka wpływając na realizację potrzeb, jednocześnie wytyczając nowe ograniczenia i wymagania. Ponadto, jest ona szczególnym rodzajem sytuacji trudnej, co może stanowić czynnik dezorganizacji zachowania dziecka w rozmaitej formie, na przykład w zmianach nastroju, ale także poważnych zaburzeń (W. Pilecka, 2011).

Według Amerykańskiej Komisji ds. Chorób Przewlekłych za przewlekłą chorobę uznaje się takie zaburzenia i odchylenia od normy, które posiadają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych:

- trwałość;
- pozostawiają po sobie inwalidztwo;
- są spowodowane przez nieodwracalne zmiany patologiczne;
- wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego;
- wymagają długotrwałego leczenia, nadzoru, a także obserwacji i opieki (Hołub, 2007, za: M. Gołubiew-Koniczna, 2011).

Warto dodać, iż w literaturze przedmiotu wskazuje się także najważniejsze kryteria klasyfikacyjne chorób przewlekłych:

- Częstość występowania danej choroby;
- Początek pojawienia się choroby a więc wiek występowania pierwszych objawów schorzenia;
- Aktywność dziecka;
- Przebieg choroby;
- Wpływ schorzenia na funkcjonowanie poznawcze oraz sensoryczne cierpiącego dziecka;
- Widoczność objawów choroby (Pilecka, 2002).

Przewlekłe choroby okresu dziecięcego dotyczą od 10% do 15% populacji osób poniżej 18. roku życia, zaś wśród tych chorych, około 10% cierpi z powodu schorzeń znacząco utrudniającym i silnie wpływającym na funkcjonowanie i wykonanie codziennych zadań i obowiązków (Pless, Roghmann, 1971, za: Fuglewicz, Stodolak, 2011).

Co ważne, dziecko dotknięte przewlekłą chorobą somatyczną znajduje się w szczególnej sytuacji, zatem wymaga wyjątkowej opieki, gdyż znajduje się w okresie jego wszechstronnego rozwoju, który może zostać zaburzony lub zahamowany. Co więcej, przewlekła choroba naraża dziecko na długotrwały stres, dyskomfort psychiczny, ból oraz cierpienie, a także regres sprawności fizycznej i sił witalnych (A. Maciarz, 2008, za: M. Gołubiew-Koniczna, 2011). Wszystkie te obciążenia mogą odznaczać się w sferze społeczno-emocjonalnej rozwoju dziecka, ale także w relacjach międzyludzkich, nawiązywaniu kontaktu, podejmowanych aktywnościach.

Podstawową zasadą udzielanej pomocy oraz pracy terapeutycznej powinna być świadomość podmiotowości chorego dziecka (M. Świdzińska, 2014). Należy pamiętać o holistycznym podejściu do sytuacji dziecka uwzględniając zarówno aspekt fizyczny, medyczny jak i psychologiczny.

Dzieci dotknięte chorobami przewlekłymi mają specyficzne potrzeby, zarówno w zakresie opieki medycznej jak i psychologicznej oraz edukacyjnej, a co istotne, konieczne jest stosowanie odpowiedniej,

specjalistycznej pomocy (B. Woynarowska, 2010). Pacjenci z chorobami przewlekłymi należą do grupy uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Pojęcie to odnosi się wprost do dzieci oraz młodzieży, których trudności oraz potrzeby wynikają z niepełnosprawności czy trudności w uczeniu się (B. Woynarowska, 2010).

Trudno jest przedstawić powszechne, jednorodne i odnoszące się do wszystkich chorób prawidłowości somatyczne (I. Heszen, H. Sęk, 2012). Można jednak wskazać, iż choroby przewlekłe charakteryzują się określonymi trudnościami, które mogą przejawiać się w różnych sferach, a to:

- Zaburzenia w sferze fizycznej, które mogą uwidaczniać się w postaci niskorosłości, opóźnieniu wzrastania i dojrzewania, co może pojawić się u uczniów z chorobami układu krążenia oraz układu oddechowego, zaburzeniami łaknienia, zaburzeniami układu hormonalnego oraz z chorobami genetycznymi;
- Zaburzenia w rozwoju motorycznym, w tym ryzyko obniżenia sprawności i wydolności fizycznej, co może być następstwem uszkodzenia różnych układów, na przykład układu krążenia, ruchu czy oddechowego, co zaś w konsekwencji ogranicza aktywność fizyczną;
- Zaburzenia w rozwoju psychospołecznym, do czego zaliczyć można takie trudności jak: bierność, apatia, zamienność nastroju, nadpobudliwość, zwiększona męczliwość. Dodatkowo choroba może zwiększać zaburzenia w zakresie realizacji zadań rozwojowych typowych dla danego okresu rozwojowego, a co za tym idzie na kształtowanie się tożsamości, osobowości, relacje z rówieśnikami.

Jednak, dla dziecka przewlekle chorego poza leczeniem farmakologicznym ważna jest edukacja (M. Popiel, A. Plucińska, D. Owczarek, Z. Rębiś, 2010). Dlatego właśnie, warto dodać, iż powyższe trudności mogą być potęgowane poprzez sytuacje stresujące oraz liczne zmiany, związane między innymi z diagnozowaniem i długotrwałym leczeniem, dolegliwościami somatycznymi związanymi z chorobą, w tym bólem, wyczerpaniem fizycznym, ale także ograniczeniami w życiu społecznym, lękiem przed śmiercią lub bolesną przyszłością, a także świadomością ograniczeń i sytuacją rodzinną oraz zmienionym w niej klimatem rodzinnym (B. Woynarowska, 2010).

Choroby przewlekłe oraz współistniejące obciążenia i zaburzenia rozwoju mogą w znaczący sposób wpływać na przystosowanie uczniów do pracy w szkole, jej wymagań dydaktycznych oraz środowiska społecznego i rówieśniczego. Z pewnością uzasadnione są obawy o ryzyko gorszego

funkcjonowania w szkole niż u pełnosprawnych czy zdrowych kolegów i koleżanek.

Przyczyn gorszej adaptacji i wykonywania obowiązków szkolnych u dzieci z przewlekłymi chorobami może być wiele, między innymi są to:

- Długotrwała lub częsta absencja w szkole, która między innymi powoduje zaległości w realizowanym materiale oraz przyswojonych wiadomościach, ale także, co ważne, skutkuje izolacją społeczną i brakiem integracji z rówieśnikami;
- Współistnienie w przypadku wielu chorób przewlekłych zmian w ośrodkowym układzie nerwowym, co zaś wpływa na sprawność umysłową oraz opanowanie niektórych umiejętności;
- Zmiany psychofizyczne w kwestii dyspozycji do nauki, w tym na przykład trudności z koncentracją uwagi, męczliwość oraz wolniejsze tempo pracy, nauki;
- Zmienne samopoczucie oraz możliwe współistnienie zaburzeń emocjonalnych, występujący stres;
- Stosowanie niektórych leków i ich skutki uboczne, odzwierciedlające się w możliwych trudnościach w koncentracji, sennością czy zbyt dużym pobudzeniem;
- Współistnienie w niektórych chorobach trudności natury motorycznej, manualnej oraz ogólnej sprawności fizycznej a także funkcji lokomocyjnych, co zaś może wpływać na zmniejszoną aktywność ucznia oraz uzależnienie od pomocy innych (B. Woynarowska, 2010).

Podsumowując powyższe rozważania, można stwierdzić, iż najważniejszym dla nauczycieli i specjalistów pracujących z uczniami przewlekle chorymi jest dopasowanie oraz dostosowanie procesu terapeutycznego do ich potrzeb w taki sposób by możliwy był optymalny rozwój. Zadaniem terapeutów jest dostarczanie bodźców, stymulacja motoryczna, oddziaływanie na sferę poznawczą oraz dbanie o rozwój społeczny i emocjonalny chorującego dziecka.

Wybrane metody terapeutyczne stosowane w pracy z uczniami przewlekle chorych

W dzisiejszych czasach różnorodność form pomocy dzieciom z trudnościami rozwojowymi i w uczeniu się zadziwia swoimi możliwościami i sposobami zastosowania. W dobie szybko postępującego rozwoju wiedzy medycznej, psychologicznej, pedagogicznej, lingwistycznej, a także w związku z coraz większym dostępem do nowoczesnych technologii wzrasta także ilość i różnorodność metod, jakie wykorzystują w swojej pracy terapeuci pedagogiczni (A. Olechnowska, 2013)

Przed podjęciem jakiegokolwiek formy pomocy czy oddziaływania terapeutycznego, bardzo istotna jest wymiana najważniejszych informacji z opiekunami ucznia, zdobycie informacji o jego zainteresowaniach, potrzebach oraz barierach. Na kanwie tego twierdzenia można zatem wskazać, iż oddziaływanie terapeutyczne rozpoczyna się właśnie w domu rodzinnym dziecka.

Każde dziecko, będące uczniem szkoły posiada swoje osobiste predyspozycje, potrzeby oraz trudności. Zatem, a może i przede wszystkim, dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi i rozwojowymi, także wymagają indywidualnego podejścia i dostosowania metod oraz form terapii do ich możliwości. Podczas zajęć terapeutycznych wykorzystywanych jest wiele metod, które winny być dostosowane do możliwości, potrzeb oraz barier uczestników (A. Radwańska, 2018).

Jako podstawowe warunki dla efektywnego zaspokojenia specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów cierpiących z uwagi na przewlekłe choroby przewlekłe można wskazać takie jak:

- Poznanie istoty choroby ucznia, jego potrzeb oraz zasad opieki, a także udzielania mu pomocy i wsparcia;
- Wspomniana wcześniej pogłębiona współpraca z rodzicami;
- Współpraca pracowników szkoły dla zaspokojenia wszelkich potrzeb uczniów z chorobami przewlekłymi;
- Rozwijanie umiejętności nauczycieli, w tym pomocy uczniom ze specyficznymi potrzebami oraz różnymi możliwościami psychofizycznymi, ale także zdolności psychospołecznych terapeutów (B. Woynarowska, 2010).

Warto nadmienić, iż dzięki przyjaznej oraz życzliwej atmosferze tworzonej przez terapeutów i całą kadrę pedagogiczną możliwe jest podnoszenie poczucia własnej wartości ucznia oraz umożliwianie mu nabywania nowych kompetencji oraz nawiązywania relacji koleżeńskich (T. Serafin, 2013).

Wybór sposobu realizacji procesu terapeutycznego przez nauczyciela powinien być w pełni świadomy oraz celowy, i co ważne, pozwalający na uzyskiwanie jak najlepszych efektów pracy. Warto jednak pamiętać, że każda podejmowana przez terapeutę decyzja jest bowiem dwukierunkowa. Z jednej strony, sama jest wynikiem różnych kontekstów, a z drugiej wywołuje w nich zmianę (A. Olechnowska, 2013). Dlatego tak ważne jest aby stosowane metody były dopasowane do sytuacji, w której aktualnie znajduje się przewlekłe chore dziecko, a także do jego zainteresowań oraz potrzeb.

Mając na uwadze możliwe trudności rozwojowego jakich doświadczać mogą dzieci cierpiące z uwagi na przewlekłe choroby somatyczne autorka

niniejszego opracowania chciałaby wskazać kilka metod oddziaływania terapeutycznego.

Niezwykle ważne w procesie terapii dzieci z przewlekłymi chorobami jest oddziaływanie na sferę percepcyjną oraz motoryczną. Dzieci, które w wyniku wpływu choroby czy też hospitalizacji, a nawet z uwagi na określone zalecenia lekarskie, nie mają zapewnionej ilości stymulacji ruchowej powinny być objęte wspomaganiami z uwzględnieniem tej sfery. Znakomite wydają się być w tej kwestii między innymi metody takie jak Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne, Metoda Dobrego Startu czy Kineziologia Edukacyjna. Poniżej opisane zostało kilka z nich:

- *Metoda N. C. Kephart*

Metoda Kepharta ma duże znaczenie w procesie terapeutycznym stosowanym wobec dzieci wykazujących przede wszystkim zaburzenia rozwoju funkcji percepcyjno - motorycznych. W koncepcji metody akcentowana jest teza, że nie należy traktować oddzielnie dwóch procesów: odbioru wrażeń zmysłowych (doznania percepcyjne) i przekazywania impulsów nerwowych (reakcje ruchowe). Czynności percepcyjne i motoryczne muszą być traktowane jako jedność percepcyjno-motoryczna.

W swojej teorii Kephart zakłada, że system percepcyjny człowieka jest ściśle powiązany z systemem motorycznym, muszą więc być one traktowane jako jedność percepcyjno-motoryczna. Procesy te są sprzężone ze sobą i dlatego poprzez stosowanie różnych ćwiczeń ruchowych, np. chodzenie po równoważni, można wpływać na usprawnienie procesu spostrzegania (Kephart 1970, za: C. Grzywniak, 2006).

Autor metody, Kephart twierdzi, że dzieci muszą rozwijać się przez różnorodne ćwiczenia praktyczne, w tym celu proponuje zestaw ćwiczeń do rozpoznania zaburzeń percepcyjno-motorycznych. W metodzie Kepharta jako kluczowe wyróżnia się następujące typy ćwiczeń: ćwiczenia usprawniające rozwój percepcyjno – motoryczny, ćwiczenia kontroli wzrokowej oraz ćwiczenia percepcji kształtów (<http://kr.edu.pl/strona-glowna/metody-pracy/metoda-n-c-/>).

Dodatkowo, w systemie tym autor zaproponował szereg ćwiczeń terapeutycznych. Do nich należą, między innymi: zabawa zegarowa, ćwiczenia na równoważni, ćwiczenia percepcji kształtów oraz ćwiczenie „leniwa ósemka”, służące opanowaniu kierunku ruchu. Polega ono na tym, że nauczyciel rysuje cyfrę 8 w pozycji poziomej, a dziecko wodzi narzędziem po tej linii, nie odrywając ręki. Rysuje zarówno prawą, jak i lewą ręką (C. Grzywniak, 2006).

Jako przykłady czynności wykonywanych w opisywanej metodzie można wskazać takie jak:

- skoki raz na jednej i drugiej nodze.

- ćwiczenia na równoważni, poprawiają równowagę dziecka.
- rozpoznawanie części swojego ciała.
- ćwiczenia z przeszkodami i nogami w pozycji leżącej
- „chodzenie po kamieniach” – dziecko chodzi po 10 kwadratach czerwonych i 10 czarnych, lewą nogą po czarnych, prawą po czerwonych.

Mając na uwadze kompleksowość zastosowania opisywanej metody, wpływ na rozwój zarówno sfery motorycznej jak i percepcyjnej dziecka, można wskazać, iż stanowi ona optymalny sposób oddziaływania terapeutycznego dla dzieci z przewlekłymi chorobami. Dzięki stymulacji ruchowej, ćwiczeniom koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz możliwości wykorzystania jej w zabawowej formie, dziecko doświadczające przewlekłej choroby może rozwijać swoje umiejętności podczas wykonywania atrakcyjnych ćwiczeń.

o *Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne*

Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne jest to ogólnorozwojowa forma oddziaływania, rozpowszechniona w Polsce od przełomu lat 70-tych i 80-tych XX wieku.

Prekursorem metody Weroniki Sherborne był Rudolf von Laban, który jako pierwszy podjął obiektywne obserwacje naturalnych możliwości ruchowych człowieka i ujął je w specjalne skale ruchowe. Według tego autora ze względu na budowę ciała ludzkiego i sposób wykorzystania przestrzeni cechą ruchu jest trójwymiarowość wedle osi: przód - tył, w prawo - w lewo, góra - dół. Bardziej złożone ruchy człowieka opisuje się też w trzech płaszczyznach: drzwicowej, stołowej i poprzecznej. Połączenie tych podstawowych elementów ruchu człowieka tworzy bryłę geometryczną, tj. sześciian. W tym uproszczonym modelu przestrzennym człowieka mieszczą się wszystkie zasadnicze możliwości ruchowe człowieka. Wnikliwsza analiza ruchów ludzkich umożliwia dalszą rozbudowę modelu przestrzennego do dwudziestościanu, bryły najbardziej zbliżonej do kuli. Oddaje on wszystkie możliwości ruchowe człowieka jako tancerza. Weronika Sherborne była uczennicą i kontynuatorką teorii Rudolfa von Labana, a jednocześnie także twórczynią własnej metody pracy z dziećmi znanej w Wielkiej Brytanii i na całym świecie jako Developmental Movement - Ruch Rozwijający (<http://pedagogikaspecjalna.tripod.com/notes/SHERBORN.htm>).

Metoda ta wykorzystuje naturalną ekspresję ruchową, komunikację pozawerbalną oraz elementy zabawy. Dodatkowo, Metoda Ruchu Rozwijającego bazuje na dotyku, ruchu oraz wzajemnych interakcjach fizycznych, emocjonalnych a także społecznych. Pozwala na poszerzanie

świadomości samego siebie oraz co bardzo ważne, pogłębiania relacji i kontaktów z innymi ludźmi (D. Wróbel, 2016).

Metoda Ruchu Rozwijającego znajduje szerokie zastosowanie w pracy z dziećmi z różnymi trudnościami i zaburzeniami, w tym między innymi:

- W pracy z dziećmi z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego;
- Jako wstępny etap pracy z dziećmi mającymi trudności w nauce czytania i pisania;
- Jako element programu terapii psychologicznej logopedycznej dla dzieci jękających się oraz psychoterapii dzieci nerwicowych;
- Jako metoda wspierająca rozwój i stymulująca go, a także wyrównująca opóźnienia rozwojowe;
- Jako forma pracy z nauczaniem przedszkolnym i wczesnoszkolnym, stymulując prawidłowe relacje społeczne;
- Jako pomoc w zakresie profilaktyki i pomocy młodzieży oraz osobom dorosłym w trudnych sytuacjach życiowych (D. Wróbel, 2016).

Warto wyróżnić także efekty i korzyści płynące ze stosowania w terapii Metody Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne. Można do nich zaliczyć, fakt iż metoda:

- Daje pozytywne odczucie w kontakcie z innym człowiekiem;
- Wyzwala swobodę zachowań i naturalność;
- Pozwala i daje okazję do rozładowania energii;
- Jest okazją oraz próbą pokonania własnych zahamowań wynikających z uprzednich doświadczeń;
- Daje radość i pozytywną energię;
- Wyzwala zaangażowanie;
- Daje możliwość zaspokojenia własnych potrzeb, wynikających z poczucia własnego ciała, kontaktu z innymi itp.;
- Daje i rozwija pewność siebie;
- Daje możliwość poczucia się w innej roli niż na co dzień;
- Zbliża do siebie uczestników zajęć;
- Przyjemność dawania innym radości;
- Daje okazję do wspomnień, przypomnienia sobie zdarzeń z dzieciństwa;
- Daje okazję do bliskiego kontaktu fizycznego bez uruchamiania sfery seksualnej;
- Daje poczucie partnerstwa, współpracy;

- Możliwość odczuwania przyjemnych doznań płynących z własnego ciała;
 - Nie jest ograniczona wiekiem uczestników, ich płcią ani nawet ilością
- (<http://pedagogikaspecjalna.tripod.com/notes/SHERBORN.htm>).

Mając na uwadze powyższe, można zatem stwierdzić, iż Metoda Ruchu Rozwijającego dobrze wpisuje się jako przykład oddziaływania dla dzieci z chorobami przewlekłymi. Obok oczywistej stymulacji poznawczo-społecznej pozwala na doświadczanie przyjemności oraz zabawy celem poprawy stanu psychofizycznego oraz emocjonalnego chorego dziecka.

○ *Metoda Dobrego Startu*

Metoda Dobrego Startu wywodzi się z metody Don-Depart, autorstwa Thei Bugnet. Bazuje ona na dorobku wielu dyscyplin naukowych oraz związanych z nimi metodami oraz technikami. Metoda Bon Depart skierowana była przede wszystkim do osób z nabytymi zaburzeniami ruchowymi, miała ona charakter leczniczo-relaksacyjny, a jej wymiar można zawrzeć w dążeniu do kształtowania, a także rozwijania motoryki, orientacji przestrzennej, poczucia rytmu oraz integracji kształtu i gestu (M. Bogdanowicz, 1989, s. 7-9).

Głównym założeniem oraz celem tej metody jest wspomaganie rozwoju psychomotorycznego dziecka poprzez odpowiednio zorganizowane ćwiczenia, zabawę oraz aktywne wielozmysłowe uczenie się symboli graficznych, w tym łatwych wzorów, ale także wzorców literopodobnych, liter i znaków matematycznych.

W Metodzie Dobrego Startu występują trzy elementy:

- motoryczny, w skład którego wchodzić ćwiczenia ruchowe, ruchowo-słuchowe, a także ruchowo-słuchowo-wzrokowo, czyli ruchy zharmonizowane z rytmem piosenki, wykonywane podczas reprodukcji znaków graficznych;
- słuchowy, a więc piosenki, wierszyki, zdania, wyrazy;
- wzorkowy, w których skład wchodzić znaki graficzne, a więc łatwe wzory, wzory literopodobne, litery i znaki matematyczne (A. Radwańska, 2018).

Zatem można stwierdzić, iż celem tej metody jest jednoczesne usprawnianie analizatorów: wzrokowego, słuchowego, kinestetyczno-ruchowego i ich integracji, a także kształcenie lateralizacji, orientacji w schemacie ciała i przestrzeni. Doniosłą rolę odgrywa występujący tu element muzyczny i śpiewanie piosenek. Wiązanie śpiewu, ruchu, muzyki i plastyki aktywizuje cały układ nerwowy (M. Bogdanowicz 1999, za C. Grzywniak, 2006). W przypadku dzieci z chorobami przewlekłymi może dodatkowo dostarczać przyjemności bodźców i odczucia przyjemności.

Metoda Dobrego Startu jest szeroko stosowana przede wszystkim w rehabilitacji dzieci:

- z globalnym opóźnieniem w rozwoju psychomotorycznym;
- wykazujących dysharmonijny przebieg w rozwoju psychomotorycznym w celu usprawniania funkcji percepcyjno-motorycznym, takim jak dysleksja, dysgrafia, dysortografia oraz zaburzenia lateralizacji;
- wykazujących niewielkie zaburzenia i trudności w zachowaniu występujące na przykład na skutek zaburzeń w procesach nerwowych lub zaburzeń emocjonalnych (M. Bogdanowicz, 1989, s. 12).

Metoda Dobrego Startu jest szeroko rozpowszechniona w Polsce, jako niezwykle atrakcyjna dla dzieci oraz dająca wymierne rezultaty w terapii pedagogicznej. Mając na uwadze możliwości jej oddziaływania, stymulację zarówno zmysłową jak i poznawczą może z powodzeniem być stosowana w terapii dzieci z przewlekłymi chorobami.

○ *Kinezylogia Edukacyjna Paula Dennisona*

Paul Dennison, autor metody Kinezylogii Edukacyjnej na podstawie swoich doświadczeń, które zdobył w czasie pracy z dziećmi oraz osobami dorosłymi opracował metodę Kinezylogii Edukacyjnej- - Gimnastyki Mózgu. Składa się ona z prostych, sprawiających przyjemność ćwiczeń ruchowych mających na celu zwiększenie u uczniów umiejętności uczenia się całym mózgiem. Ćwiczenia te ułatwiają uczenie się, co jest niezwykle ważne u dzieci będących w wieku szkolnym (B. Gordzelewska, 2016).

Metoda kinezylogii edukacyjnej Paula Dennisona opiera się na neurofizjologii, i co najważniejsze, w sposób holistyczny wspomaga procesy nauczania oraz korekcji dysfunkcji rozwojowych u dzieci. W założeniach metody został opracowany określony program, zestaw działań i ćwiczeń psychomotorycznych, które mają za zadanie oddziaływać na organizm w taki sposób, by poprzez usprawnianie ciała aktywizować także system nerwowy (B. Gordzelewska, 2016).

Proponowane w metodzie kinezylogii edukacyjnej Dennisona ćwiczenia obejmują:

- Ruchy umożliwiające przekraczanie linii środka;
- Stymulację dużej i małej motoryki;
- Doskonalenie i integrację połączeń lewej i prawej półkuli mózgu;
- Ćwiczenia rozciągające mięśnie ciała;
- Likwidację trudnych i negatywnych wpływów odruchów zbędnych i obronnych organizmu;
- Ćwiczenia pobudzające, energetyzujące ciało;

- Ćwiczenia pogłębiające, sprzyjające zwiększonemu i pozytywnemu nastawieniu lub wpływające na emocjonalno-limbiczny układ mózgu, co pozwala na stabilizację i rytmiczną procesów rozwojowych organizmu (D. Gordzelewska, 2016).

Wśród ćwiczeń wchodzących w skład metody kinezylogii edukacyjnej, wyróżnić, można takie jak:

- Ćwiczenia z wymiaru lateralnego czyli ćwiczenia na przekraczanie linii środka, na przykład: ćwiczenia naprzemienne, leniwe ósemki, rysowanie oburącz, ósemki alfabetyczne, „słoń”, krążenie szyją, kołyska, oddychanie przeponowe, rowerek, akumulator;
- Ćwiczenia z wymiaru koncentracji, a zatem ćwiczenia wydłużające i rozciągające, takie jak: sowa, aktywna ręka, zginanie stopy, pompowanie piętą, luźne skłony, wypady w przód;
- Ćwiczenia z wymiaru stabilności. Przez które rozumie się popijanie wody przez całe spotkanie terapeutyczne, zaś w skład ćwiczeń z wymiaru stabilności wchodzić ćwiczenia energetyzujące i są to: punkty aktywizujące myślenie, punkty równowagi, ziewanie na energię, kapturek myśliciela, pozycja Dennisona (Cooka) (C. Grzywniak, 2006).

Warto zauważyć, iż u będących podmiotem niniejszych rozważań dzieci przewlekle chorych zarówno sfera poznawcza jak i emocjonalna może być silnie zachwiana, omawiana metoda kinezylogii edukacyjnej może być ciekawą alternatywą do pracy i wspomagania rozwoju tych dzieci.

Kolejną ważną sferą jaką należy uwzględnić przy terapii pedagogicznej uczniów doświadczających chorób przewlekłych jest sfera poznawcza. Dzieci z chorobami przewlekłymi doświadczają częstej hospitalizacji, w związku z tym zdarza się, że mają zaległości co do omawianego materiału i zdobywanych umiejętności. Ukazuje się to w edukacyjnej dziedzinie ich życia. W kwestii nauczania umiejętności szkolnych takich jak pisanie i czytanie warto zastosować wcześniej opisane w niniejszym opracowaniu metody: Metodę 18-tu Struktur Wyrazowych czy Metodę gier i zabaw edukacyjnych, które dzięki stopniowo wprowadzanym ćwiczeniom dają szansę dziecku przewlekle choremu na rozwijanie i udoskonalanie umiejętności.

- *Metoda 18 struktur wyrazowych;*

Metoda 18 struktur wyrazowych przedstawia pracę korekcyjno-kompensacyjną stosowaną i sprawdzoną przez autorki: Ewę Kujawę i Marię Kurzynę. Jest to metoda przeznaczona do jednoczesnego ćwiczenia czytania i pisania na tym samym materiale leksykalnym, w oparciu o uaktywnianie w równej mierze analizatorów: wzrokowego, słuchowego i kinestetyczno-

ruchowego. Doceniając rolę integracji funkcji percepcyjno-motorycznych autorki zadbały, aby kolejne ćwiczenia oddziaływały nie tylko na najbardziej zaburzone funkcje dziecka, ale również na pozostałe oraz aby uwzględniały ich sprawne współdziałanie. Metodę 18 struktur wyrazowych można więc stosować niezależnie od tego, które funkcje są najbardziej zaburzone (<http://wychowanie.pl/metoda-18-struktur-wyrazowych-stosowana-w-pracy-z-dzieckiem-dyslektycznym/>).

Głównym zadaniem stosowanej metody jest doprowadzić do opanowania technik czytania i podstaw pisania i dlatego ma ona głównie zastosowanie na etapie przechodzenia w pracy z dzieckiem do ćwiczeń na materiale literowym, po wstępnych ćwiczeniach słuchowo wzrokowo-ruchowych, ale także przed podjęciem prób eliminowania specyficznych błędów dysortograficznych (takich jak: błędny zapis tzw. zmiękczeń, mylenie i-j, nieprawidłowa pisownia liter odpowiadających głoskom tracącym swą dźwięczność, błędne stosowanie u-ó rz-ż, ch-h, itp.). Metoda 18 struktur wyrazowych przeznaczona jest do optymalnej nauki czytania i pisania bazując na materiale leksykalnym, wykorzystując i uaktywniając jednocześnie analizatory: wzrokowy, słuchowy oraz kinestetyczno-ruchowy. W metodzie tej ważne pozostają funkcje percepcyjno-motoryczne. Założeniem jest pomoc dziecku i doprowadzenie go do umiejętności czytania i pisania od podstaw.

Zastosowanie metody 18 struktur wyrazowych może być z powodzeniem prowadzone gdy do terapii przystępują:

- Uczniowie znający wszystkie litery lub większość z nich;
- Uczniowie którzy nie mają umiejętności czytania oraz pisania;
- Uczniowie którzy mylą litery np. te graficznie podobne;
- Uczniowie, którzy czytają oraz piszą, ale na niezadawalającym poziomie;
- Uczniowie z dysleksją lub/i z dysortografią (A. Radwańska, 2018).

W Metodzie 18 struktur wyrazowych wskazano określone etapy pracy i związane z nimi postępowanie, Każdej nowo poznanej strukturze wyrazowej została poświęcona oddzielna część opracowania:

- I część: najprostsze wyrazy 2-sylabowe np. „Ko-za”;
- II część: wyrazy wielosylabowe złożone z prostych zgłosek poznanych w części I np. „Ka-ru-ze-la”;
- III część: proste wyrazy 1-sylabowe np. „Kot”;
- IV część: wyrazy 2-sylabowe złożone z 2 różnych typów poznanych sylab np. „Ko-ral”;

- V część: wyrazy 2-sylabowe powstałe przy zamianie kolejności sylab w stosunku do części IV np. „Bit-wa”;
- VI część: wyrazy złożone z 2 prostych sylab zamkniętych np. „Bał-wan”;
- VII część: wyrazy wielosylabowe złożone z poznanych 2 typów prostych sylab np. „Pap-rot-ka”, „Sa-la-ter-ki”;
- VIII część: wyrazy 1-sylabowe ze zbiegiem spółgłosek w wygłosie np. „Park”;
- IX część: wyrazy 1-sylabowe ze zbiegiem spółgłosek w nagłosie np. „Kra”;
- X część: wyrazy 2-sylabowe powstałe przez połączenie sylaby z części IX z najprostszą sylabą z części I np. „Kra-ta”;
- XI część: wyrazy 2-sylabowe powstałe przez połączenie sylaby z części IX z prostą sylabą z części III np. „Kra-wat”;
- XII część: wyrazy 1-sylabowe – dłuższe ze zbiegiem spółgłosek w nagłosie np. „Kran”;
- XIII część: wyrazy 2-sylabowe powstałe przez połączenie sylaby z części XII z najprostszą sylabą z części I np. „Słom-ka”;
- XIV część: wyrazy 2-sylabowe powstałe przez połączenie sylaby z części XII z prostą sylabą z części III np. „Plas-tyk”;
- XV część: wyrazy 1-sylabowe ze zbiegiem trzech spółgłosek w nagłosie np. „Sklep”;
- XVI część: wyrazy 1-sylabowe ze zbiegiem spółgłosek w nagłosie i wygłosie jednocześnie np. „Kleks”;
- XVII część: wyrazy o różnej strukturze literowo-sylabowej zawierające w jednej sylabie, obok samogłoski literę „i” np. „Ko-biał-ka”;
- XVIII część: wyrazy o różnej liczbie sylab i niejednolitej, zróżnicowanej strukturze np. „Trans-port”, „Chlo-ro-form”. Ostatnia część służy sprawdzeniu umiejętności czytania i pisania w oparciu o określony sposób dzielenia na sylaby wyrazów o bardzo złożonej budowie (E. Kujawa, M. Kurzyna, 1994).

Przy posługiwaniu się metodą 18 struktur wyrazowych, konieczna jest systematyczność, konsekwencja i odpowiedzialność. Należy pamiętać, że w czasie zajęć korekcyjno-kompensacyjnych usprawniamy zaburzone dotychczas procesy, co zawsze wymaga wiele czasu i cierpliwości. Metoda 18 struktur wyrazowych ma liczne zalety. Należy podkreślić szczególnie możliwość stosowania metody przy występowaniu różnych postaci zaburzeń funkcji percepcyjno-motorycznych, które wpływają na nieprawidłowy przebieg procesu czytania i pisania, co będzie niezwykle korzystne w pracy

z dziećmi z przewlekłymi chorobami. Rozwijanie umiejętności szkolnych w procesie atrakcyjnych zajęć pozwala dzieciom z dysfunkcjami na osiągnięcie sukcesów, wyrównywanie braków i wzmacnianie poczucia własnej wartości.

○ *Metoda Ortografitti*

Metoda ta jest rekomendowana do pracy z dziećmi przez Ministerstwo Edukacji Narodowej, jako odpowiednia do nauczania oraz terapii zgodnie z podstawą programową. Metoda ta ma charakter powtarzalny i systematyczny, składa się z szeregu usystematyzowanych, wzorcowych działań, które są wykonane powtarzalnie, wielokrotnie, i które przynoszą oczekiwany skutek (A. Radwańska, 2018).

Skuteczność metody osiągana jest dzięki jej wielofunkcyjności, czyli połączeniu w spójną całość wielu różnych elementów. Ortografitti to przede wszystkim metoda praktyczna. Można ją również zaliczyć do metod psychomotorycznych i psychodydaktycznych oraz wielozmysłowych. Realizowana jest poprzez:

- systematyczne i wielokrotne powtarzanie danej czynności według określonego schematu,
- stosowanie ćwiczeń jednocześnie rozwijających funkcje wzrokowo-przestrzenne, słuchowo-językowe, dotykowo-kinestetyczne i motoryczne,
- angażowanie w procesie uczenia wzroku, słuchu, dotyku, smaku i węchu.

Metoda Ortografitti zakłada indywidualizację pracy z uczniem przejawiającym trudności w nauce czytania, pisania i ortografii. Oznacza to, że dla każdego ucznia ustala się inny dostosowany do jego potrzeb dobór ćwiczeń. Ten odrębny sposób pracy wyznacza się poprzez wzorzec postępowania: rozpoznanie-pomoc-ocena. Pierwszy etap oznaczający rozpoznanie, służy wyłonieniu uczniów ze specyficznymi trudnościami i rozpoznananiu ich indywidualnych potrzeb. Na etapie pomocy uczeń zostaje zakwalifikowany do odpowiedniej grupy i ustala się, jakiej formy pomocy wymaga; uczeń odbywa zajęcia dodatkowe, które dokumentowane są przez nauczyciela. Etap trzeci to ocena konkretnych osiągnięć ucznia i rzeczywista ocena efektywności udzielonej mu pomocy terapeutycznej (<https://ortografitti.pl/Metoda-Ortografitti/O-metodzie/Metoda-Ortografitti>).

Ortografitti jest metodą, która przede wszystkim w swoich założeniach:

- integruje w spójny system różne rodzaje aktywności;
- podnosi sprawność funkcji wzrokowo-przestrzennych, słuchowo-językowych, motorycznych;
- wpływa na płynność czytania;

- znacznie poprawia poprawność graficzną i ortograficzną pisma;
- rozwija sprawność językową i sprawność liczenia;
- podnosi motywację do nauki i intensywnego rozwoju (<https://ortograffiti.pl/Metoda-Ortograffiti/O-metodzie/Metoda-Ortograffiti>).

Mając na uwadze wskazane powyżej korzyści płynące z zastosowania metody Ortograffiti można założyć słuszność stosowania jej w przypadku dzieci z przewlekłymi chorobami. Dzięki stymulacji i oddziaływaniu na wiele funkcji pozwala na wszechstronny rozwój i usprawnianie zaburzonych sfer.

○ *Gry i zabawy edukacyjne*

W terapii dzieci z niepełnosprawnościami niezastąpione pozostają gry oraz zabawy mające na celu nie tylko rozrywkę, ale także edukację i wspomaganie rozwoju. Mogą to być wszelkiego rodzaju zabawy i ćwiczenia mające na celu zarówno rozwój motoryczny, percepcyjny ale także społeczno-emocjonalny. W przypadku dzieci dotkniętych chorobami przewlekłymi dostrzegalne mogą być trudności w sferze społeczno-emocjonalnej. Zatem w terapii tych dzieci, należy uwzględnić takie oddziaływanie by możliwy był trening rozpoznawania, nazywania, dostrzegania i określania emocji, zarówno samego dziecka jak i osób wokół niego.

Dodatkowo, warto wskazać, iż dziecku przewlekle choremu towarzyszy często stres związany z częstą hospitalizacją oraz podejmowanymi specjalistycznymi badaniami. W związku z tym terapeuci pedagogiczni wspomagający rozwój takiego dziecka powinni pamiętać o nauczaniu strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Dobrym pomysłem będzie nauczanie przewlekle chorego dziecka technik relaksacji.

○ *Trening autogenny Schulza*

W procesie nauczania technik relaksacji terapeuta może stosować na przykład trening autogenny Schultza. System określonych ćwiczeń zwany właśnie treningiem autogennym opracował dr Johannes Schultz w 1932 roku, który wykorzystał z metody stosowane w jodze i medytacji zen oraz podczas sesji hipnozy. Autor tej metody zauważył, że osoby będące w stanie hipnozy doświadczają pozytywnych uczuć ciepła i ciężkości i postanowił odtworzyć ten stan u pacjentów cierpiących z powodu lęków i stresu. Opisany trening autogenny działa poprzez indukowanie (wzbudzenie) poczucie ciepła i ciężkości w różnych częściach ciała za pomocą stwierdzeń opisujących ten stan. Takie wzbudzenie rozluźnienie wpływa na autonomiczny układ nerwowy, który zwrótnie powoduje dalsze rozluźnienie i stan głębokiego relaksu (<https://www.pokonajlek.pl/relaksacja/>).

Takie oddziaływanie jest szczególnie ważne w przypadku dzieci cierpiących z uwagi na przewlekłe choroby, gdyż różnorodnym schorzeniom często towarzyszy ból, osłabienie, zwiększona męczliwość. Dzięki zastosowaniu takiej techniki relaksacyjnej możliwe jest obniżenie odczucia napięcia oraz zmęczenia.

○ *Technika progresywnej relaksacji mięśni Jacobsona*

Innym przykładem relaksacji jaka może być stosowana w przypadku dzieci z przewlekłymi chorobami może być Technika progresywnej relaksacji mięśni Jacobsona. Edmund Jacobson wymyślił technikę progresywnej relaksacji mięśni w latach 20-tych XX wieku, jako jeden z elementów terapii pacjentów cierpiących na zaburzenia lękowe.

Technika ta polega na napinaniu i rozluźnianiu kolejnych grup mięśniowych w określonym porządku (progresywnie), zaczynając od mięśni stóp, a kończąc na mięśniach twarzy.

Jej ważnym elementem jest koncentrowanie swojej pełnej uwagi na tych częściach ciała, które są w danym momencie napinane i rozluźniane. Pomaga to z jednej strony dobrze poznać swoje ciało, a z drugiej uczy nas rozpoznawania i regulowania niepotrzebnego napięcia mięśni w zwyczajnych, codziennych sytuacjach.

Technika przynosi wiele korzyści w stosowaniu, także w przypadku dzieci z przewlekłymi chorobami, pozwala zarówno na poznanie własnego ciała, wpływa na rozwijanie świadomości i orientacji w schemacie ciała jak i pozwala na doświadczanie stanu relaksu.

○ *Metoda siedmiu walizek;*

Metoda zakłada, że każdy posiada co najmniej jedną, z siedmiu różnych inteligencji, co jest zgodne z teorią H. Gardnera. Są to takie inteligencje jak: słowna, wizualno-przestrzenna, logiczno-matematyczna, muzyczna, fizyczno-kinestetyczna, interpersonalna i intrapersonalna. W zależności od tego, które z nich u danego dziecka są dominujące będzie decydowało jakie metody pracy i formy terapii będą najskuteczniejsze do przyswajania wiedzy dla danego dziecka. Między innymi odznacza się to w nauce ortografii.

Dostosowywanie metod pracy zgodnie z predyspozycjami i preferencjami pozwala dziecku, także z przewlekłymi chorobami na doświadczanie sukcesu w zadaniach, które są zbieżne z jego mocnymi stronami. Dzięki temu uczestnik zajęć rozwija swoją samoocenę, dostrzega swoją wartość i siłę. Uczniowie przewlekłe chorzy mogą w tym modelu mogą rozwijać swoje zdolności, co zaś wpływa na motywację do nauki i podejmowania kontaktów.

Podsumowanie

Podsumowując rozważania zawarte w niniejszym opracowaniu należy stwierdzić, iż terapia dzieci dotkniętych przewlekłymi chorobami jest istotnym zadaniem wszystkich specjalistów pracujących z tymi dziećmi.

Dobór odpowiednich metod pracy, dostosowanych do możliwości, potrzeb, ale także ograniczeń dziecka stanowi punkt bazowy do rozwijania jego możliwości. W niniejszym artykule ukazane zostały propozycje kilku metod, które mogą być stosowane w przypadku pracy z dziećmi z chorobami przewlekłymi. Mają one za zadanie poprawić ich funkcjonowanie w aspekcie motorycznym, percepcyjnym, poznawczym a także społecznym i emocjonalnym.

W przypadku dzieci dotkniętych przewlekłymi chorobami należy jednak pamiętać, że każde oddziaływanie powinno być konsultowane i zgodne z zaleceniami lekarzy, rehabilitantów i innych specjalistów z dziedziny medycyny. Ujednolicone i skoordynowane działania dają szansę korekcję oraz kompensację zaburzeń i trudności tych dzieci.

COME, SHOW ME THE WORLD...! SELECTED METHODS USED IN PEDAGOGICAL THERAPY OF CHRONICALLY ILL CHILDREN

Abstrakt

The article is a review. The author referred to the theoretical aspects of pedagogical therapy and the functioning of chronically ill children. The article presents selected methods used in pedagogical therapy for children with dysfunctions. The author emphasizes the importance of these activities.

Bibliografia

- Bogdanowicz M.: *Metoda dobrego startu w pracy z dzieckiem w wieku od 5 do 10 lat*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa: 1989.
- Czajkowska I., Herda K.: *Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne w szkole*, WSiP, Warszawa: 1989.
- Czajkowska I., Herda K.: *Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne w szkole. Poradnik dla Nauczycieli*. Warszawa: 1996.
- Frostig M., Horne D.: *Wzory i obrazki. Program rozwijający percepcję wzrokową. Poziom podstawowy (średni, wyższy)*, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa: 2012.
- Fuglewicz A., Stodolak A.: *Wpływ chorób przewlekłych na emocje dziecka i jego najbliższe otoczeni* [w:] J. Rosińczuk-Tonderys, I. Uchmanowicz (red.) *Choroby przewlekłe – aspekty pielęgnacyjne, rehabilitacyjne, terapeutyczne*. MedPharm Polska, Wrocław: 2011.
- Gołubiew-Konieczna M.: *Dzieci i młodzież przewlekłe chora w systemie polskiej oświaty- próba oceny* [w:] Antoszevska B. (red.) *Dziecko przewlekłe chore-problemy medyczne, psychologiczne i pedagogiczne*. Wydawnictwo Edukacyjne AKAPIT, Toruń: 2011.
- Gordzelewska B.: *Kinezylogia edukacyjna jako wsparcie dla uczniów ze specjalnych potrzebach edukacyjnych*. [w:] Skorek E. M. (red.) *Terapia*

- pedagogiczna. Zagadnienia praktyczne i propozycje zajęć.* Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków: 2016.
- Grzywniak C.: *Kinezylogia Edukacyjna. Metoda wspomaganie rozwoju i terapii psychomotorycznej.* Akademia Pedagogiczna im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, Kraków: 2006.
- Heszen I., Sęk H.: *Psychologia zdrowia.* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa: 2012.
- Heszen-Celińska I., Sęk H.: *Psychologia zdrowia.* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa: 2020.
- Kujawa E., Kurzyńska M.: *Metoda 18 struktur wyrazowych w pracy z dziećmi z trudnościami w czytaniu i pisaniu,* WSiP, Warszawa: 1994.
- Lipkowski O.: *Pedagogika specjalna.* (Zarys), Państwowe Wydaw. Naukowe, Warszawa, 1977.
- Olechowska A.: *Metody terapii pedagogicznej i przygotowanie specjalistów do ich stosowania- szanse i zagrożenia* [w:] Jaszczyszyn E., Górniewicz J.: *Środowiskowe i językowe konteksty edukacji dziecka w rodzinie, przedszkolu i szkole.* Polski Komitet Światowej Organizacji Wychowania Przedszkolnego (OMEP) Warszawa: 2013.
- Pilecka W.: *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka.* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków: 2002.
- Pilecka W.: *Zmaganie się dziecka z przewlekłą chorobą somatyczną- od radzenia sobie do transcendencji.* [w:] Antoszevska B. (red.) *Dziecko przewlekle chore- problemy medyczne, psychologiczne i pedagogiczne.* Wydawnictwo Edukacyjne AKAPIT, Toruń: 2011.
- Popiel M., Plucińska A., Owczarek D., Rębiś Z., *Edukacja pacjentów z chorobami tarczycy.* [w:] J. Rosińczuk-Tonderys, I. Uchmanowicz (red.) *Choroby przewlekle – aspekty pielęgnacyjne, rehabilitacyjne, terapeutyczne.* MedPharm Polska, Wrocław: 2011.
- Radańska A.: *Terapia pedagogiczna. Scenariusze zajęć. Poradnik dla terapeuty i nauczyciela.* Wydawnictwo Difin, Warszawa: 2018.
- Serafin T.: *Dziecko z chorobą przewlekłą w systemie oświaty.* Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej, nr 3/2013.
- Skorek E. M.: *Wprowadzenie.* [w:] Skorek E.M. (red.) *Terapia pedagogiczna. Zaburzenia rozwoju psychoruchowego dzieci.* Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2010.
- Stankowski A.: *Terapia pedagogiczna- wprowadzenie* [w:] Stankowski A., (red.) *Terapia pedagogiczna,* Chowania, T. 1, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 2009.
- Świdzińska M.: *Jak opiekować się nieuleczalnie chorymi dziećmi?* Wydawnictwo scriptum, Kraków: 2014.
- Woynarowska B.: *Uczniowie z chorobami przewlekłymi. Jak wspierać ich rozwój, zdrowie i edukację.* Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa: 2010.
- Wróbel D.: *Metoda Ruchu Rozwijającego* [w:] Skorek E. M. (red.) *Terapia pedagogiczna. Zagadnienia praktyczne i propozycje zajęć.* Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków: 2016.

Zarzycka M.: *Metoda Dobrego Startu i jej skuteczność w oddziaływaniach nakierowanych na wielopłaszczyznowe wspomaganie funkcjonowania osób niepełnosprawnych* [w:] Palak Z., Wójcik M., (red). *Terapia pedagogiczna dzieci ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi. Nowe oblicza terapii w pedagogice specjalnej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin: 2016.

Netografia

<http://wychowanie.pl/metoda-18-struktur-wyrazowych-stosowana-w-pracy-z-dzieckiem-dyslektycznym/> dostęp dn. 28.11.2020

<http://pedagogikaspecjalna.tripod.com/notes/SHERBORN.htm>, dostęp dn.30.11.2020

<https://ortograffiti.pl/Metoda-Ortograffiti/O-metodzie/Metoda-Ortograffiti>, dostęp dn. 1.12.2020

<https://www.pokonajlek.pl/relaksacja/>, dostęp dn. 2.12.2020

<http://kr.edu.pl/strona-glowna/metody-pracy/metoda-n-c-kepharta/>,
dostęp dn. 2.12.2020

Akty prawne

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2017 poz. 1591).

Karolina Kilar
Instytut Pedagogiki Specjalnej
Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie
Adres e-mail: karolina.kilar@up.krakow.pl

WYBRANE METODY TERAPII DZIECI Z MÓZGOWYM PORAZENIEM DZIECIECYM

*"Osoba to płynny proces, nie stały i statyczny byt;
płynąca rzeka zmian, nie blok z solidnego materiału;
stale zmieniająca się konstelacja możliwości,
a nie ustalona ilości cech."*

Carl Rogers

Wstęp

Mózgowe porażenie dziecięce to zaburzenie rozwojowe określane jako trwałe i niepostępujące, aczkolwiek nie zmieniające zaburzenie postawy oraz ruchu, które jest wynikiem uszkodzenia rozwijającego się ośrodkowego układu nerwowego, głównie neuronu ruchowego, w okresie ciąży, porodu, bądź w początkowym okresie życia po urodzeniu (M. Wiecheć, A. Żurawski, 2020). . Jest to zespół o zróżnicowanej etiologii oraz obrazie klinicznym, który można też spotkać pod nazwą zespół Little'a od nazwiska angielskiego lekarza Williama Johna Little'a. Opisał on poporodowe porażenie u dzieci, jednak nigdy nie nazwał go mózgowym porażeniem dziecięcym (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4859855/>).

Rodzaje mózgowego porażenia dziecięcego

W zależności od rodzaju zaburzeń ruchu, biorąc pod uwagę niewłaściwe napięcie mięśniowe i obecność ruchów mimowolnych, wyróżnia się różne rodzaje mózgowego porażenia dziecięcego. Najbardziej znanym podziałem jest ten, stworzony przez Ingrama i zawiera on następujące postaci kliniczne:

- a) obustronne porażenie kurczowe (postać ta ma zazwyczaj charakter wrodzony, obejmuje głównie kończyny dolne. Wyróżnia ją różnorodność obrazu klinicznego, który zależy od umiejscowienia zmian, ich nasilenia, a także innych współtowarzyszących zaburzeń);
- b) porażenie kurczowe połowicze (postać ta w części przypadków wywołana jest przyczynami działającymi tuż po narodzinach dziecka, natomiast w pozostałych przypadkach spowodowana jest niekorzystnymi czynnikami okołoporodowymi, np. niedotlenieniem płodu, nieprawidłowym przebiegiem porodu. W zależności od stopnia deficytu neurologicznego, Ingram rozróżnia: postać lekką, postać o średnim nasileniu objawów oraz postać ciężką);

- c) obustronne porażenie połowiczne (jest to postać w której kończyny górne są w większym stopniu niewładne niż dolne. Jedna z najcięższych postaci mózgowego porażenia dziecięcego);
- d) postać mózdkowa (jest to jedna z rzadziej spotykanych postaci klinicznych mózgowego porażenia dziecięcego. Najczęściej jest wrodzona);
- e) postać pozapiramidowa (Zależnie od rodzaju stwierdzanych ruchów mimowolnych, rozróżnia się następujące postaci tego typu porażenia: postać dystroficzną, atetotyczną, płasawiczą i postać ze zmianami w napięciu mięśni, głównie o typie hipotonii – występującą zwłaszcza w pierwszych miesiącach życia dziecka) (R. Michałowicz, 1993).

Wybrane metody terapii

W zależności od indywidualnych potrzeb dziecka, dobierana jest odpowiednia terapia, najbardziej optymalna dla konkretnej osoby. Obecnie dostępny jest cały wachlarz terapii, które prowadzone są dla dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Poniżej przedstawione zostały metody, które stosuje się najczęściej. Pamiętać należy, iż mózgowie porażenie dziecięce jest zespołem różnorodnych objawów zaburzeń czynności ruchowych i napięcia mięśni, a co za tym idzie, terapia powinna być kompleksowa i ciągła – wiąże się to z jak najlepszym przygotowaniem dziecka do jak największej samodzielności i sprawności.

Jedną z nich jest metoda NDT – Bobath. Jej początki sięgają lat 40. XX w., kiedy to czeskie małżeństwo mieszkające Londynie zwróciło uwagę na szczególną rzecz w swojej pracy z dziećmi. Odkryli bowiem, że zastosowanie właściwych pozycji ułożenia oraz wykonywanie różnorodnych ruchów czynnych i biernych pozwala na unormowanie napięcia mięśniowego. W terapii tej podstawowym celem jest uzyskanie jak największej samodzielności ruchowej dziecka, niezbędnej do codziennego funkcjonowania (M. Borkowska, Z. Szwiling, 2010). „Podczas pracy powyższą metodą stosuje się następujące wspomaganie: kompresja, czyli docisk powierzchni stawowych, aby utrzymać pozycję i ułatwić wyprost, trakcja, czyli oddalenie powierzchni stawowych względem siebie, aby ułatwić zgięcie i wspomóc wykonanie ruchu, placing, ma na celu utrzymanie pozycji przez zatrzymanie ruchu, aby nauczyć świadomej kontroli ruchu, oklepywanie, które ma działanie hamujące lub pobudzające, oraz głaskanie, wstrząsanie i wibracje, które są technikami pomagającymi rozluźnić napięte mięśnie” (M. Pogorzelszyk, E. Gajewska, 2014).

Istotnym elementem jest fakt, że metoda ta uwzględnia wszystkie aspekty życia dziecka, a co za tym idzie, wykorzystuje ją wielu specjalistów. Jej wczesne zastosowanie daje możliwość poprawy funkcjonowania psychoruchowego przez zmiany zarówno w rozwoju wzorców postawy, jak i wzorców ruchowych. Z kolei u dzieci z mniejszym lub umiarkowanym

deficytem ruchowym, daje możliwość kontroli oraz rozwoju ruchu i postawy, które są przybliżone do prawidłowego (M. Sekułowicz, B. Stonoga-Karpa, 2013).

Kolejną metodą terapii jest metoda integracji sensorycznej. Jak sama nazwa wskazuje, integracja sensoryczna to proces, dzięki któremu mózg w momencie otrzymania informacji napływających od wszystkich zmysłów, potrafi je wydzielić i posegregować oraz zinterpretować i połączyć ze znanymi wcześniej zdarzeniami (V. F. Maas, 1998).

„Teoria integracji sensorycznej opiera się na kilku założeniach odwołujących się do neurologii i teorii zachowania:

- plastyczność neuronalna
- sekwencyjny rozwój procesów integracji sensorycznej
- integralność systemu nerwowego
- reakcje adaptacyjne
- każde dziecko ma w sobie wewnętrzny pęd do rozwoju”

(https://pstis.pl/pl/html/index.php?str=podstrona_terapia).

„Terapia SI nie jest uczeniem konkretnych umiejętności (np. jazda na rowerze, pisanie, czytanie), ale usprawnianiem pracy systemów sensorycznych i procesów układu nerwowego, które są bazą do rozwoju tych umiejętności. W toku pracy tą metodą terapeuta stymuluje zmysły dziecka oraz usprawnia takie zakresy, jak np.: motoryka mała, motoryka duża, koordynacja wzrokowo-ruchowa. Zadaniem terapeuty jest, przy zastosowaniu odpowiednich technik, eliminowanie, wyhamowywanie lub ograniczenie niepożądanych bodźców obecnych przy nadwrażliwościach sensorycznych lub dostarczanie silnych bodźców, co jest konieczne przy podwrażliwościach systemów sensorycznych”

(https://pstis.pl/pl/html/index.php?str=podstrona_terapia).

Następna metoda to metoda ruchu rozwijającego W. Sherborne. Jak wiadomo ruch jest niezwykle istotnym elementem na każdym etapie życia człowieka. To dzięki niemu możemy poznawać otoczenie, doświadczać je i uczyć się go. Weronika Sherborne (z zawodu nauczyciel wychowania fizycznego oraz fizjoterapeuta) doskonale wiedziała jak ogromne znaczenie ma ruch, ale również jak ważne dla rozwoju są bliskie więzi międzyludzkie. Mając świadomość pracy Rudolfa Labana, wypracowała własny system ćwiczeń, który bazował na filozofii ruchu Labana, jednak dodała do niego bliskość drugiego człowieka. Do prymarnych założeń metody zaliczane jest rozwijanie przez ruch świadomości własnego ciała i usprawniania ruchowego, świadomości przestrzeni i działania w niej oraz dzielenia przestrzeni z innymi ludźmi i nawiązywania z nimi bliskiego kontaktu (I. Strzałkowska – Nowak, 2018).

„Główne cele metody Sherborne to:

- realizacja potrzeby ruchu i zabawy,
 - uzyskanie rozluźnienia, relaksu, rozładowania napięcia,
 - poznanie własnego ciała i jego możliwości,
 - zwiększenie poczucia siły i własnej wartości, zaufania do siebie, pewności siebie,
 - uzyskanie akceptacji samego siebie,
 - nawiązywanie bliskiego kontaktu z innymi ludźmi,
 - wzmocnienie poczucia bezpieczeństwa,
 - doznawanie przyjemności, radości, zabawy, więzi z grupą”
- (<http://www.rehanabiegunach.pl/metody-pracy/metoda-ruchu-rozwijajacego-weroniki-sherborne>).

Jako kolejna jest powstała w latach 50. XX wieku metoda Vojty, opracowana przez czeskiego neuropediatrę Vaclava Vojtę. Polega ona na wyzwoleniu odruchu obrotu i pełzania za pośrednictwem stymulacji określonych punktów ciała, które nazywają się „strefami wyzwolenia” (K. Bagnowska, M. Falkowski, 2013).

„Metoda Vojty bazuje na torowaniu (pobudzanie pól koordynacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym) poprzez sumację bodźców – czasową (wydłużenie czasu stymulacji) oraz przestrzenną (jednoczesna stymulacja kilku stref wyzwolenia). Usprawnianie wymaga ułożenia dziecka w tzw. pozycji aktywizującej, co z kolei ułatwia osiągnięcie określonych reakcji odruchowych, podczas stymulacji odpowiednich stref. Najczęściej stosowanym bodźcem powodującym wyzwolenie określonej reakcji jest ucisk. Ucisk wywiera się kciukiem, dwoma palcami (wskazujący i środkowy) lub brzegiem dłoni. Podczas stymulacji do ośrodkowego układu nerwowego docierają liczne informacje z receptorów mięśni i stawów, co pozwala dziecku na budowanie właściwego schematu ciała” (K. Bagnowska, M. Falkowski, 2013).

Co ciekawe, metodę Vojty można zacząć stosować już kilka dni po urodzeniu – jest to czas, gdy ośrodkowy układ nerwowy jest najbardziej plastyczny, a co za tym idzie, zwiększają się efekty rehabilitacji. Oczywiście zależą one również od postaci uszkodzenia mózgu, jak również od systematyczności wykonywania terapii. Warto wiedzieć, że celem terapii nie jest poprawa funkcji ruchowych, lecz aktywizacji grup mięśniowych, niezbędnych do wykonywania przez dziecko ruchów dowolnych, ale także osiągania kolejnych wzorców ruchu i etapów lokomocji. Terapia ta ma wpływ nie tylko na układ motoryczny, ale także na układ oddechowy, krążenia oraz funkcje zwieraczy. Istotnym faktem jest, że ćwiczenia nie są bolesne – płacz dziecka podczas terapii spowodowany jest niewygodną, przymusową pozycją ułożeniową (M. Pogorzelszyk, E. Gajewska, 2014).

Metoda Petö to kolejna z metod proponowanych do terapii osób z mózgowym porażeniem dziecięcym. Jej twórcą jest węgierski lekarz, filozof i pedagog – Andreas Petö. Metoda ta może być stosowana zarówno do dzieci szkolnych, jak i przedszkolnych. Jej cechą charakterystyczną jest połączenie w całość usprawniania psychopedagogicznego, leczniczego oraz społecznego (B. Cytowska, 2016).

„Metoda Petö polega więc na zintegrowanym oddziaływaniu edukacyjnym na dziecko niepełnosprawne w zakresie polepszania jego:

- funkcji neuromotorycznej (przemieszczania się itp.)
- aktywności życia codziennego (samoobsługa)
- komunikacji i uspołecznienia (mowa, systemy komunikacji pozawerbalnej)
- intelektu (nauka szkolna)” (<http://poradnik-logopedyczny.pl/metody-programy/rehabilitacja/107/metoda-kieorwanego-nauczania.html>).

W tej metodzie niezwykle istotne jest, aby dzieci prowadzone były ciągle przez te same osoby, natomiast jej nadrzędnym celem jest przygotowanie dziecka do samodzielnego życia (B. Cytowska, 2016).

Bardzo ważnym założeniem tej metody jest nabywanie przez dzieci każdego dnia nowej umiejętności. Sala, w której odbywają się zajęcia, powinna cechować się prostotą oraz funkcjonalnością jej umeblowania. Charakterystyczna dla metody Petö jest szczebelkowa budowa mebli, spełniających wielofunkcyjne role w usprawnianiu (służą zarówno do chwytu, jak i utrzymania pozycji) (<http://www.damy-rade.org/terapiie-i-osrodki/terapiie/1656-metoda-peto.html>).

Oprócz wymienionych i opisanych metod znaleźć można również dużo innych, mniej lub bardziej popularnych metod. Wśród nich wyróżnić możemy:

- anmaloterapię (dogoterapię, hipoterapię, alpakoterapię, delfinoterapię),
- metodę Domana
- muzykoterapię
- bajkoterapię
- teatroterapię
- koncepcja Halliwick – czyli terapia w wodzie
- program Knillów.

Podsumowanie

W obecnych czasach człowiek wciąż dostrzega nowe możliwości rozwoju, terapii. Nie zapomina się jednak o opracowanych dotychczas metodach terapii. Dzięki temu tworzy się ogromny wachlarz możliwości. Obecnie można wybierać pomiędzy metodami pracy oraz modyfikować je w sposób przyswajalny dla dziecka. Najważniejsze jest jednak, że dzięki mnogości metod można dobierać metodę pod dziecko a nie odwrotnie. Zwracana jest uwaga na indywidualne możliwości dziecka, jego potrzeby. Terapia dzieci z

mózgowym porażeniem dziecięcym wymaga indywidualnego podejścia oraz zaangażowania w terapię wielu specjalistów. Niezwykle istotne jest wyznaczenie celów, aby móc zapewnić dziecku jak najlepsze funkcjonowanie zarówno na danym etapie rozwoju, jak i w przyszłości.

SELECTED METHODS OF THERAPY FOR CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

Abstrakt

This article discusses the most important methods of therapy for people with cerebral palsy. A large number of therapies allows you to choose the most appropriate for the child. Attention is paid to the needs and individual preferences of the person. The therapy of children with cerebral palsy requires an individual approach and the involvement of many specialists in the therapy. Setting goals is extremely important. Thanks to this approach, you can significantly improve the daily functioning of the child and in the best possible way prepare him for the challenges of everyday life.

Bibliografia

- Bagnowska K., Falkowski M.: *Wybrane metody usprawniania dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym* [w:] Nowa pediatria, nr 3, 2013.
- Borkowska M., Szwilim Z.: *Metoda NDT-Bobath. Poradnik dla rodziców*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2010.
- Cytowska B.: *Nauczanie kierowane jako metoda rozwijająca samodzielność oraz autonomię dzieci i młodzieży z głęboką niepełnosprawnością intelektualną* [w:] Interdyscyplinarne konteksty pedagogiki specjalnej, nr 12, 2016.
- Maas V. F.: *Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej*, WSiP, Warszawa, 1998.
- Michałowicz R.: *Wady rozwojowe oraz uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego powstałe w życiu płodowym i w okresie okołoporodowym oraz noworodkowym* [w:] Michałowicz R. (red.) *Mózgowe porażenie dziecięce*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1993.
- Pogorzalczyk M., Gajewska E.: *Terapia dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym z punktu widzenia fizjoterapeuty* [w:] *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, nr 38, 2014.
- Sekułowicz M., Stonoga-Karpa B.: *Ocena postępów rozwoju dziecka z zaburzeniami psychoruchowymi usprawnianego metodą neurorozwojową NDT-Bobath* [w:] *Szkoła specjalna*, nr 2, 2013.
- Strzałkowska-Nowak I.: *Komunikacja przez ruch – ruch rozwijający weroniki sherborne jako metoda pracy dla osób z trudnościami ze spektrum autyzmu* [w:] *Rozprawy społeczne*, nr 4, 2018.
- Wiecheć M., Żurawski A.: *Ocena zaburzeń równowagi u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym poddanych kompleksowej terapii neurofizjologicznej* [w:] *Z praktyki gabinetu*, nr 115, 2020.

Netografia

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4859855/> [data dostępu: 18.01.2021r.]
- https://pstis.pl/pl/html/index.php?str=podstrona_terapia [data dostępu: 18.01.2021r.]
- <http://www.rehanabiegunach.pl/metody-pracy/metoda-ruchu-rozwijajacego-weroniki-sherborne> [data dostępu: 19.01.2021r.]
- <http://poradnik-logopedyczny.pl/metody-programy/rehabilitacja/107/metoda-kieorwanego-nauczania.html> [data dostępu: 19.01.2021r.]
- <http://www.damy-rade.org/terapie-i-osrodki/terapie/1656-metoda-peto.html> [data dostępu: 20.01.2021r.]

Monika Ryba
Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie
I rok II st. Terapia Pedagogiczna i Rewalidacja Indywidualna
Adres e-mail: monika.r112@interia.pl

CHROMOTERAPIA JAKO JEDNA Z FORM ZAJEĆ TERAPEUTYCZNYCH PRZEZNACZONYCH DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ

W słowniku pedagogiki specjalnej chromoterapia definiowana jest jako „postępowanie terapeutyczne wykorzystujące korzystny wpływ koloru na organizm człowieka. Polega na wykorzystaniu barw w celu leczenia zaburzeń emocjonalnych i fizycznych oraz przywracania wewnętrznej harmonii i równowagi” (M. Kupisiewicz, 2013, s. 56). Nazwą stosowaną zamiennie do chromoterapii jest koloroterapia. Podstawowym założeniem terapeutycznego oddziaływania jest przekonanie, iż dzięki kolorom można kontrolować stany emocjonalne (L.A. Kurtz, 2008 za: A. Papaj 2010).

Przekonanie ludzi o prozdrowotnych właściwościach barw znane było w świecie od czasów starożytnych. Leczenie kolorami znali greccy lekarze, czy kapłani egipscy, którzy zazwyczaj jednocześnie byli medykami. Sztuka leczenia barwami była równolegle praktykowana na Wschodzie, głównie w Indiach czy w Chinach, gdzie w diagnostyce leczniczej kolory odgrywają istotną rolę do dziś (Popek, 2012). W religiach wywodzących się z hinduizmu barwami oddziaływano na system energetyczny człowieka złożony z siedmiu czakr (A. Pikała, M. Sasin, 2016).

Barwy towarzyszyły również badaczom następných epok na całym świecie. Od początku przypisywano im działanie na funkcje poszczególnych narządów, ale również na stany emocjonalne. Mimo obecnej wiedzy na temat leczenia barwami, która daleko wykracza poza czasy starożytne, oraz wielu badań empirycznych, zapoczątkowanych jeszcze w XVII wieku, chromoterapia jest dziedziną, która wymaga jeszcze badań i weryfikacji hipotez. Nie przeszkadza to jednak w rozwoju chromoterapii i rozbudowywaniu się jej metodyki (Popek, 2012).

Działanie barw na organizm i psychikę człowieka

Nauka potwierdza wpływ barw na człowieka. Światło i barwy oddziałują głównie na autonomiczny system nerwowy (Popek, 2012). Różnorodność oddziaływania wiąże się z długością fal świetlnych, która jest różna dla poszczególnych barw. Istotny jest również stopień wrażliwości ludzkiego oka. Fizyczne dowody na oddziaływania kolorów to między innymi: zmiany rytmu bicia serca czy pracy fal mózgowych (P. Olesiński, 2009).

Inne badania udowodniły, że pacjenci preferują różne barwy w zależności od swojego stanu psychicznego. W wyniku przeprowadzonych badań empirycznych A. Weysenhoff (1991, za: A. Warmiński, 2002) stwierdził związek pomiędzy wyborem określonych kolorów a stanem psychicznym badanych osób. Autor wykorzystał Test Barwnych Piramid Schaie i Heissa i Eksperymentalny Test Kolorowych Kwadratów. Zauważono również, że pacjenci chorzy na depresję używają węższej gamy barw niż osoby zdrowe (A. Pikała, M. Sasin, 2016).

Mimo że mechanizm działania barw na człowieka i jego psychikę nie jest zbadany do końca, Andrzej Warmiński (2002) uważa, że poszczególne kolory posiadają wartość energetyczną w co najmniej dwóch aspektach. Po pierwsze, wypromieniowują pewnego rodzaju energię, która jest (w sposób świadomy lub nieświadomy) odbierana przez człowieka. Wskazują na to eksperymenty z udziałem osób niewidomych, które potrafią odróżniać barwy poprzez różnicowanie ich wartości energetycznej. Po drugie, kolory posiadają wartość symboliczną. Istnieją również badania nad ich funkcją terapeutyczną, a autor uważa, że niektóre barwy mogą być wykorzystane w działaniu terapeutycznym.

Role barw na zajęciach terapeutycznych zainteresowały się Krystyna Moczka i Joanna Godawa (2009). Autorki w swoim artykule zamieściły właściwości barw, które szczególnie poleca się podczas zajęć z dziećmi i młodzieżą ze względu na ich jednoznaczny i wyrazisty przekaz. Były to następujące barwy:

- zielony,
- niebieski,
- czerwony,
- pomarańczowy,
- żółty.

Warto przypomnieć właściwości kolorów polecanych w pracy z dziećmi, a są one następujące:

1. **Zielony** - jest jednym z najbardziej neutralnych kolorów, poprawia koncentrację, za jego pomocą można wprowadzić atmosferę relaksacji i spokoju, koi nerwy, odświeża myśli, wycisza, łagodzi odczuwanie strachu, wzmacnia poczucie bezpieczeństwa, w sytuacjach traumatycznych łagodzi szok, stosowany w nadmiarze powoduje senność, zmęczenie i rozdrażnienie.
2. **Niebieski** - uspokaja, relaksuje, wzmacnia koncentrację, daje poczucie bezpieczeństwa, zwiększa siłę ekspresji, jest polecany w leczeniu depresji i melancholii.
3. **Czerwony** - ogrzewa, silnie pobudza i dodaje energii, wyzwała procesy myślowe, wzmacnia zmysły i odczuwanie,

wyzwala aktywność twórczą, jest polecany w leczeniu depresji podobnie jak kolor niebieski.

4. **Pomarańczowy** - ogrzewa, pobudza i dodaje energii podobnie jak kolor czerwony, jednak w mniejszym stopniu, dodaje siły, pobudza optymizm, powoduje witalność, dodaje energii twórczej, jest polecany w zwalczaniu apatii, zniechęcenia, melancholii, smutku, paraliżu myślowego, utraty witalności.

5. **Żółty** - pobudza i wzmacnia, stymuluje pracę mózgu, inspiruje, sprzyja staranności wykonywanej pracy, wzmacnia procesy logicznego myślenia, ułatwia przyswajanie wiadomości, zwiększa otwartość, wnikliwość i bystrość umysłu, jest pomocny w likwidacji odrętwienia, zwalczaniu melancholii i apatii (K. Moczka, J. Godawa, 2009).

Autorki poza opisem znaczenia kolorów podają również metody wprowadzenia ich do organizmu:

- stosowanie danej barwy w otoczeniu, co dotyczy np. ścian, mebli, zasłon, dodatków czy ubrań,
- spożywanie żywności danej barwy,
- naświetlanie barwnymi filtrami,
- wizualizacja kolorów,
- oddychanie wyobrażonym kolorem.

Poza tymi sposobami Stanisław Popek (2012) wymienia dodatkowo:

- przyjmowanie kolorów z wodą (naświetlanie wody światłem słonecznym z zastosowaniem barwnych filtrów lub naświetlanie sztuczne przy użyciu refleksu),
- kolorowe kąpiele (kąpiel naświetlona wodą z zastosowaniem filtrów barwnych),
- barwne opalanie się (opalanie się światłem słonecznym z zastosowaniem filtrów barwnych),
- kąpiel słoneczna,
- medytacja z barwami.

Rola chromoterapii w zajęciach terapeutycznych

Chromoterapię i wiedzę na temat barw i ich działania wykorzystuje się samodzielnie lub jako element terapii. Helena Sęk (2001) definiuje terapię jako celowe, świadome i programowe oddziaływanie psychologiczne, którego celem jest usunięcie bądź zmniejszenie zaburzeń w sferze psychicznej, somatycznej i społecznej oraz usunięcie psychospołecznych przyczyn tych zaburzeń. Koloroterapia jest stosowana w szczególności podczas zajęć arteterapii (terapii sztuką), gdzie praca z barwą jest jednym z jej elementów (P. Olesiński, 2009).

Stanisław Popek (2012) podaje, że odbiór barwnych zjawisk wyprzedza percepcję intelektualną i działa bezpośrednio na sferę emocjonalną człowieka wywierając naturalny wpływ na jego aktywność bądź pasywność. Odbywa się to bardzo często poza kontrolą świadomości. Człowiek odbierający barwę nie musi być na niej skoncentrowany, ponieważ jest ona wystarczająco aktywna, by pobudzić go fizycznie, fizjologicznie i poznawczo. Katarzyna Pyznar na portalu pedagogika-specjalna.edu.pl (dostęp 17.04.2020) wymienia korzyści, jakie niosą za sobą zajęcia z wykorzystaniem chromoterapii:

- pobudzenie ucznia do własnej aktywności poznawczej,
- wspomaganie koncentracji uwagi dowolnej na materiale wzrokowym, dotykowym i słuchowym,
- wspomaganie rozwoju komunikacji,
- wspomaganie rozwoju emocjonalno - społecznego (obserwuje się u uczniów potrzebę nawiązania bliskiego kontaktu z terapeutą),
- wyciszenie uczniów z nadpobudliwością psychoruchową lub zaburzeniami zachowania,
- relaksacja,
- zmniejszenie agresji.

Zajęcia chromoterapii lub zajęcia z jej elementami mogą być prowadzone podczas zajęć terapeutycznych (i nie tylko) w przedszkolu, szkole, szpitalu, domu pomocy społecznej itd. (K. Moczka, J. Godawa, 2009). Dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną chromoterapia powinna być traktowana głównie jako wprowadzenie do zajęć w celu pobudzenia koncentracji uwagi ucznia (pedagogika-specjalna.edu.pl, dostęp 17.04.2020).

Zastosowanie chromoterapii w znanych metodach terapeutycznych

Chromoterapia może uzupełniać inne metody terapeutyczne. Właściwości kolorów wykorzystał i opisał m.in. Jacek Kielin (2002) w metodzie „Porannego kręgu”. Celem metody jest otwarcie uczestników na komunikację z drugim człowiekiem. Metoda skierowana jest do osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, którzy spotykają się i wspólnie doświadczają świata przyrody poprzez stymulację polisensoryczną. Duże znaczenie dla stymulacji zmysłu wzroku mają barwy. Autor również zauważa znaczenie i właściwości poszczególnych barw. Jego zdaniem kolory żółty i czerwony uaktywniają uczucia, błękitny i zielony zapewniają koncentrację i zadowolenie, natomiast biały emanuje spokojem. W metodzie „Porannego kręgu” każdej porze roku przyporządkowany został jeden kolor. Manipulacja barwą odbywa się poprzez zmianę wystroju pomieszczenia, w którym prowadzimy zajęcia. Salę dekorujemy tkaninami danego koloru

zasłaniającymi sufit i ściany, wieszamy baloniki i inne ozdoby, wszystko w kolorze obowiązującym podczas danej pory roku:

- wiosną - zielonym,
- latem - czerwonym,
- jesienią - żółtym,
- zimą - białym.

Ponadto podczas zajęć uczestnicy są zasłaniany duży kawałkiem materiału o odpowiedniej barwie.

Inną metodą, która wykorzystuje założenia chromoterapii jest metoda Snoezelen. Metoda niniejsza, w Polsce znana pod nazwą Sala Doświadczenia Świata, polega, podobnie jak „Poranny Krąg”, na działaniach opartych na stymulacji polisensorycznej w celu poprawy funkcjonowania przede wszystkim osób z niepełnosprawnością intelektualną. Sala Doświadczenia Świata jest celowo zaprojektowana. Posiada elementy świetlne, dźwiękowe, zapachowe, kinestetyczne, dotykowe, smakowe. Są one rozproszone, ale zarazem tworzą harmonijną całość, która daje okazję do dobrowolnej, zróżnicowanej, sensorycznej aktywności (A. Smrokowska - Reichmann, 2013). Efektem terapeutycznym metody są najczęściej rozluźnienie, zainteresowanie otoczeniem, polepszenie kontaktu z terapeutą, doświadczenie radości i relaksu, poczucie bezpieczeństwa, doświadczanie siebie samego, a także ograniczenie zachowań stereotypowych czy agresji (A. Zawisłak, 2009).

Zakończenie

Zainteresowanie chromoterapią lub właściwościami poszczególnych kolorów podawanymi w literaturze przedmiotu może być korzystne w pracy terapeuty pedagogicznego. Chromoterapia może być skutecznym uzupełnieniem zajęć. Odbiór danego koloru jest sprawą indywidualną. Warto przeanalizować właściwości barw w kontekście funkcjonowania danego adresata metody, a następnie obserwować jego reakcje. W pracy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną szczególnie istotne może stać się użycie chromoterapii w celu pobudzenia funkcji poznawczych i aktywności własnej ucznia.

CHROMOTHERAPY AS ONE OF THERAPEUTIC FORM FOR MENTAL DISABLED PEOPLE

This article describes the use of chromotherapy in therapeutic work. Some colors affect the functioning of people, especially children and adolescents. There are also described ways of using colors in therapy. This method has many benefits in work with people with special educational needs.

Bibliografia

- Kielin J., *Rozwój daje radość Terapia dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2002;
- Kupisiewicz M., *Słownik Pedagogiki Specjalnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2013;
- Moczia K., Godawa J., *Malowanie słowem, gestem, oddechem... czyli koloroterapia na zajęciach terapeutyczno - rewalidacyjnych* [w:] Chowanna, 1, 2009;
- Olesiński P., *Kolor i jego prozdrowotne oddziaływanie* [w:] Poznańskie Forum Kognitywistyczne: Teksty Pokonferencyjne, 3, 2009;
- Papaj A., *O kolorach, kształtach, dźwiękach i innych twórczych arteterapii*, Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Pedagogika, XIX, 2010;
- Pikała A., Sasin M., *Arteterapia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 2016
- Popek S., *Barwy i psychika*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie - Skłodowskiej, Lublin, 2012;
- Sęk H. *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa, 2001
- Smrokowska - Reichmann A., Snoezelen – Sala Doświadczenia Świata: kompendium opiekuna i terapeuty, Fundacja Rosa, Wrocław, 2013;
- Warmiński A., *Chromoterapia oraz jej funkcje: symboliczna, terapeutyczna, katartyczna*, Ann APC, Stud. Philos, 1, 2002;
- Zawiślak A., *Snoezelen (Sala Doświadczenia Świata): geneza i rozwój*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz, 2009.

Netografia

<https://pedagogika-specjalna.edu.pl/oligofrenopedagogika/chromoterapia-w-pracy-z-dziecmi/> (dostęp: 17.04.2020)

Sylwia Rój

Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie

I rok II st. Terapia Pedagogiczna i Rewalidacja Indywidualna (n)

Adres e-mail: rojsylwia@op.pl

TERAPIA RĘKI JAKO METODA WSPIERAJĄCA SAMODZIELNOŚĆ ORAZ PSYCHICZNY ROZWÓJ DZIECKA W WIEKU PRZEDSZKOLNYM

Wstęp

Terapia ręki bardzo często uważana jest za metodę, której zadaniem jest wspomaganie motoryki małej, tymczasem zastosowanie terapii wpływa pozytywnie nie tylko na motorykę małą, ale też na poprawę samodzielnego funkcjonowania. Skupia się ona nie tylko na wyrównywaniu deficytów w zakresie małej motoryki, ale bierze też pod uwagę percepcję czuciową, percepcję wzrokową, koordynację wzrokowo-ruchową oraz lateralizację, dzięki czemu w holistyczny sposób wspiera dziecko.

Terapia ręki jako metoda wpływająca na zwiększenie poziomu samodzielności u dzieci

Mała oraz duża motoryka rozwijają się już od pierwszych dni życia dziecka. Jagoda Cieszyńska i Marta Korendo zauważają, że umiejętność chwytania i manipulowania przedmiotami rozwija się u dziecka od pierwszych dni życia. Początkowo jednak dziecko nie wie do czego służą ręce, chwytanie jest czynnością dowolną, ręce nie są używane jako narzędzie, które pozwala na eksplorację i poznanie otoczenia (J. Cieszyńska, M. Korendo, 2017). Na przełomie 2-3 roku życia dziecko potrafi między innymi pozbiierać drobne przedmioty i wyrzucić przed siebie piłkę. Prawidłowo rozwijający się trzylatek powinien potrafić nakładać klocki na drewniany patyczek, zbudować wieżę z około 8 klocków czy wrzucić krążki wielkości monet do skarbonki. Nie można pominąć również kwestii coraz większej samodzielności: trzylatek doskonali nie tylko umiejętność ściągania i zakładania części garderoby, ale też powoli uczy się zapinać guziki. W tym wieku potrafi już precyzyjnie przewracać kartki w książce z obrazkami, do wykonywania różnych zadań angażuje nadgarstek, doskonali umiejętność jedzenia (W. Bartkiewicz, A. Giczewska, 2014). W czwartym roku życia dziecko opanowuje umiejętność przecinania papieru na pół w kierunku „od siebie”, potrafi ulepić z plasteliny kulę, naleśnik i walec, zaczyna prawidłowo korzystać z kleju (W. Bartkiewicz, A. Giczewska, 2014). W zakresie samoobsługi dziecko ubiera się i rozbiera z różnych części garderoby, samodzielnie korzysta z toalety, myje i wyciera ręce, myje zęby, czesze się, potrafi samodzielnie jeść za pomocą łyżki i widelca (J. Cieszyńska, M.

Korendo, 2017). Pięciolatek potrafi złapać rzuconą w jego kierunku piłkę, wycina proste figury geometryczne, potrafi stworzyć tematyczny rysunek. Bez większych problemów posługuje się jedną ręką pijąc z kubka, wykorzystuje nóż, by posmarować kanapkę, podejmuje próby krojenia pokarmów (W. Bartkiewicz, A. Giczewska, 2014).

Dziecko w wieku przedszkolnym, u którego z różnych powodów wystąpią trudności w trakcie ubierania i rozbierania się, trudności w zakresie czynności samoobsługowych, obniżone napięcie mięśniowe, opóźnienie w rozwoju planowania ruchów czy zakłócenia koordynacji wzrokowo ruchowej już na tym etapie będzie przejawiał tendencje ucieczkowe, gdy zostanie postawiony przed faktem wykonania zadania angażującego pracę rąk. Dlatego właśnie już w przedszkolu warto zwrócić baczną uwagę na rozwój zarówno dużej jak i małej motoryki oraz przyjrzeć się ewentualnym problemom, z którymi mierzy się dziecko.

„Terapia ręki to oddziaływania, które skupiają się na obręczy barkowej i kończynach górnych. Ich celem jest rozwijanie motoryki małej, czyli zdolności manualnych dziecka, oraz poprawa ruchów precyzyjnych. Rozwój motoryki małej prowadzi do samodzielności, samoobsługi, a co z kolei wpływa na lepsze przygotowanie do nauki, adaptację, rozwój komunikacji, relacje z innymi, wyższą samoocenę. Uczniowie, u których występuje większa samodzielność, chętniej podejmują nowe wyzwania. Tak więc sprawne ręce pomagają dziecku w pełni rozwijać samodzielność i autonomiczność” (M.

Gumińska.,<http://www.sp10.torun.pl/index.php/publikacje-nauczycieli-sp-10/m-guminska-terapia-reki>). Czy jednak terapia ręki to oddziaływania skupiające się tylko na obręczy barkowej i kończynach górnych? Dwa najpopularniejsze na rynku programy dotyczące terapii ręki pozwolą zauważyć, że terapia ręki jest bardzo rozbudowanym oddziaływaniem, którego głównym celem jest wypracowanie konkretnej umiejętności. Nie skupiają się one jednak tylko na kończynie górnej.

Wioletta Bartkiewicz oraz Aneta Giczewska, autorki Programu Terapii Ręki podkreślają, że jest to funkcjonalne podejście do rozwoju motoryki małej uwzględniające rozwój fizyczny i psychiczny. Za cel stawiają sobie wypracowanie konkretnych aktywności, które znajdują się w zakresie rozwoju możliwości dziecka i które wpłyną na jego niezależność i samodzielne funkcjonowanie. Celem funkcjonalnym może być gra w piłkę, zapięcie guzika, samodzielne picie z kubka. Zaznaczają, że „mniej ważna jest też tutaj sama jakość wykonania zadania – najważniejsze jest osiągnięcie owej funkcji i danie dziecku maksymalnej niezależności” (W. Bartkiewicz, A. Giczewska, 17). W swojej książce autorki zaznaczają, że „przystępując do pracy z zakresu usprawniania małej motoryki należy dokonać wnikliwej

obserwacji dziecka pod kątem funkcjonowania samej ręki, ale także zaburzeń i dysfunkcji całego organizmu”(W. Bartkiewicz, A. Giczewska, 17-18).Aby zaplanować terapię niezbędne jest uzupełnienie Kwestionariusza Wywiadu PTR oraz Arkusza Obserwacyjnego PTR, dzięki któremu można zebrać informacje dotyczące oceny rozwoju dużej motoryki, małej motoryki, napięcia mięśniowego czy dysfunkcji sensorycznych (W. Bartkiewicz, A. Giczewska, 2014).

Smart Hand Model opracowany przez Klaudię Piotrowską-Madej oraz Agnieszkę Żychowicz to holistyczny model postępowania diagnostyczno-terapeutycznego adresowany do dzieci, które przejawiają widoczne trudności w aktywnościach wymagających użycia rąk w sposób skoordynowany. Postępowanie diagnostyczne SHM zakłada uzyskanie informacji na temat problemów dziecka zarówno od opiekunów dziecka, jak i od niego samego – konsekwencją takiego założenia jest pochylenie się nad podmiotowością dziecka, uwzględnienie go jako aktywnego uczestnika terapii, który w pewnym stopniu ma wpływ na jej przebieg. Kolejnym krokiem jest analiza czynności w trakcie zajęć dnia codziennego, obserwowanie trudności dziecka w naturalnych dla niego warunkach i sytuacjach. Dopiero po uzyskaniu informacji od dziecka i opiekunów oraz po dokonaniu obserwacji dziecka dokonuje się oceny poziomu funkcjonowania ruchowego – ocenia się sprawność motoryczną, siłę i wytrzymałość mięśni posturalnych, bada się ruchomość stawów kończyn górnych, obserwuje się podstawowe napięcie posturalne, koordynację bilateralną. Zwraca się uwagę na lateralizację oraz ruchomość gałek ocznych. Ocenie podlega również percepcja czuciowa w zakresie przetwarzania czucia dotyku i propriocepcji oraz percepcja wzrokowa i koordynacja wzrokowo-ruchowa (K. Piotrowska-Madej, A. Żychowicz, 2017).Autorki zauważają, że „, koordynacja wzrokowo-ruchowa wpływa na poziom ogólnej koordynacji ruchowej i precyzyjnych ruchów rąk, sprawności ruchowej, prawidłowy poziom grafomotoryczny pisanie oraz wykonywanie prawie wszystkich czynności życia codziennego”(K. Piotrowska-Madej, A. Żychowicz, s. 61).Gdy jest ona zaburzona, nawet proste czynności wykonywane są niezdarnie i niezgrabnie: dziecko może mieć problem np. z rozlewaniem wody, którą niesie w kubku. Na szczęście koordynacja wzrokowo-ruchowa nie jest umiejętnością wrodzoną – należy ją rozwijać od najwcześniejszych lat życia dziecka.

W czym więc może pomóc terapia ręki? Odpowiednio poprowadzona może przyczynić się do usprawnienia koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz motoryki precyzyjnej, co może wpłynąć na znaczący wzrost samodzielności dziecka. Jak zauważają Bartkiewicz i Giczewska: „Jeśli posiadamy sprawne ręce jesteśmy w stanie wykonać dookoła siebie większość czynności. Sprawia to, że jesteśmy dużo bardziej niezależni od innych osób, nawet

wówczas, gdy poruszamy się na wózku”(W. Bartkiewicz, A. Giczewska, s.5). Dziecko, które uczestniczyło w terapii ręki miało szansę pracować nad prakcją, dzięki czemu jego ruchy przestają być chaotyczne, stają się celowe. Możliwe staje się takie korzystanie ze sztućców, by pokarm znajdujący się na nich nie spadł. Możliwe staje się ściągnięcie podkoszulka. Dziecko będzie w stanie zaplanować sekwencje ruchów, która doprowadzi założenia kurtki oraz czapki. O wiele mniej czasu zajmie mu teraz założenie butów i skorzystanie z toalety. Dziecko chętniej zaangażuje się w wykonywanie różnych czynności, bo nie nastroją mu one trudności. Praca nad ruchami precyzyjnymi dłoni pozwoli na osiągnięcie sukcesu podczas np. zapinania czy odpinania guzików oraz zasuwania suwaków.

Terapia ręki jako metoda wspierania wewnętrznych zasobów dziecka

Praca, którą wykona dziecko podczas terapii ręki przyczyni się nie tylko do poprawy funkcjonowania w sferze motoryki oraz samodzielności, ale przyniesie też wymierne korzyści dla psychiki dziecka. Zwiększenie tempa pracy bądź zdobycie nowych umiejętności dotyczących samoobsługi mogą pozytywnie wpłynąć na samoocenę dziecka. Ważne jest też, by zajęcia terapii ręki były zajęciami, podczas których dziecko rozwija swoją odporność psychiczną. Według modelu interakcji zasobów zewnętrznych i wewnętrznych dziecka przedstawionego przez Normana Constatine’a, Bonnie Bernarda oraz Marycruz Diaz, zasoby wewnętrzne dziecka powstają pod wpływem zewnętrznych oddziaływań najbliższego otoczenia. Ważne są tu w szczególności wspierające powiązania z tymi, którzy modelują i wzmacniają zdrowy rozwój i dobrostan dziecka (I. Sikorska, J. Sajdera, M. Paluch-Chrabąszcz, 2017). To właśnie w bezpiecznej diadzie dzieckoterapeuta dziecko ma okazję wypróbować różne pomysły bez obawy, że zostaną one odrzucone. Nie bez znaczenia jest tu również wiara otoczenia (lub terapeuty) w to, że dziecko jest w stanie poradzić sobie z określonymi wyzwaniem, dzięki czemu w dziecku może kształtować się poczucie skuteczności oraz wiary we własne siły(I. Sikorska, J. Sajdera, M. Paluch-Chrabąszcz, 2017). Ostatni zasób wewnętrzny modelu to znacząca partycypacja, czyli „udział w odpowiednich, angażujących i odpowiedzialnych zadaniach. Czynnikiem stymulującym jest tutaj sposobność do ponoszenia odpowiedzialności i wnoszenia własnego wkładu w określone przedsięwzięcia”(I. Sikorska, J. Sajdera, M. Paluch-Chrabąszcz, s. 18). Ważne jest więc, by dziecko mogło w pewnym zakresie współdecydować, jakie aktywności są wykonywane podczas zajęć z terapeutą. Gdy dziecko samo podejmie decyzje wzrośnie jego motywacja wewnętrzna dając nadzieję na kontynuowanie zadania mimo napotkanych trudności. Powtarzanie niektórych aktywności i zadań może nauczyć dziecko wytrwałości nawet wtedy, gdy celu nie uda się osiągnąć od razu.

Jak zauważa Aneta Kwaśny „w procesie uczenia się i doświadczania nowych sytuacji naturalne są również porażki i pojawiające się w dziecku uczucie bezradności. Dziecko w takich momentach bardzo potrzebuje wsparcia i akceptacji rodziców. Okazane w takich sytuacjach zrozumienie dla trudności, brak ocen, ośmieszania, pokazanie, że celem nie jest bycie perfekcyjnym, bardzo pomaga dziecku w budowaniu poczucia własnej wartości” (A. Kwaśny, https://fdds.pl/baza_wiedzy/budowanie-poczucia-wlasnej-wartosci-u-dziecka-2/). Terapeuta powinien być uważny na reakcje dziecka i starać się działać tak, by wzmacniać jego wewnętrzne zasoby.

Co może zyskać dziecko uczestniczące w zajęciach terapii ręki? Porównując się z innymi dziecko dostrzeże, że potrafi wykonać zadanie, które jeszcze jakiś czas temu sprawiało mu dużą trudność, np. sprawne przebranie się na zajęcia sportowe. Już takie osiągnięcie może pozytywnie wpłynąć na motywację dziecka – widząc, że samodzielnie udało mu się przebrać, może poczuć się lepiej w grupie rówieśników, chętniej i w lepszym nastroju brać udział w zajęciach sportowych.

HAND THERAPY AS A METHOD TO SUPPORT PHYSICAL AND PSYCHICAL DEVELOPMENT OF CHILDREN IN PRE-SCHOOL AGE

Abstrakt

Hand therapy is a method used in working with children who exhibit motor difficulties. However, as it turns out, it is a way to holistically support a child who will not only learn new skills, but also strengthen self-esteem and internal resources.

Bibliografia

- Bartkiewicz W., Giczewska A.: *Terapia ręki*, Acentrum Szkolenia S.C., Warszawa, 2014.
- Cieszyńska J., Korendo M.: *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka . Od noworodka do 6. Roku życia*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków, 2017.
- Piotrowska-Madej K., Żychowicz A.: *Smart Hand Model. Diagnoza i terapia ręki u dzieci*, Wydawnictwo Harmonia, 2017.
- Sikorska I., Sajdera J., Paluch-Chrabąszcz M.: *Dzielne dzieci! Wspieranie odporności psychicznej w wieku przedszkolnym*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków, 2017.

Netografia

Gumińska M.: Terapia ręki metodą wspierania dziecka w samodzielności, <http://www.sp10.torun.pl/index.php/publikacje-nauczycieli-sp-10/m-guminska-terapia-reki>, data dostępu: 21.04.2020.

Kwaśny A.: Budowanie poczucia własnej wartości u dziecka, https://fdds.pl/baza_wiedzy/budowanie-poczucia-wlasnej-wartosci-u-dziecka-2/, data dostępu: 20.04.2020.

Maria Goli
Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie
Pedagogika specjalna, II rok
Adres e-mail: marysia.goli@gmail.com

ROLA SPORTU W ŻYCIU OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ

Wstęp

Od najmłodszych lat wszędzie słyszymy, że sport to zdrowie. Trudno się z tym stwierdzeniem nie zgodzić-chyba wszyscy zdajemy sobie sprawę, jak ważna dla prawidłowego funkcjonowania naszego organizmu jest aktywność fizyczna. Lekarze i psychologowie jednogłośnie zaznaczają, że odpowiednia dawka ruchu ma niebagatelny wpływ na nasze zdrowie, zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Zadowolenie z podejmowania aktywności fizycznej uznawane jest za jeden z determinantów jakości życia. (A. Łuszczyńska, 2011). Sport ma także nieocenioną wartość, również rewalidacyjną, dla osób z niepełnosprawnością intelektualną. Specjaliści coraz częściej wykorzystują go jako uzupełnienie lub nawet jako podstawę prowadzonej terapii.

Definicja niepełnosprawności intelektualnej

Niepełnosprawność intelektualna, w zależności od stopnia, jest zjawiskiem złożonym i wpływa na wiele aspektów funkcjonowania osoby nią dotkniętych. Jak zatem możemy ją zdefiniować? Zofia Sękowska wskazuje na trzy punkty wyjścia w definiowaniu niepełnosprawności intelektualnej. Są to podejścia:

- 1) Kliniczno-medyczne (skupienie na etiologii i patogenezie)
- 2) Praktyczne (charakter prawny)
- 3) Psychologiczno-społeczne (Z. Sękowska, 2001, s.114)

W Polsce przyjęta została definicja oraz stopnie klasyfikacji niepełnosprawności sformułowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w dziesiątym wydaniu „Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych” –ICD-10. Zgodnie z tą definicją „przyjmuje się, że niepełnosprawność intelektualna (F70 – F79) to stan zahamowanego bądź też ograniczonego rozwoju umysłu, cechujący się przede wszystkim zaburzeniami w zakresie umiejętności pojawiających się w okresie rozwoju jednostki oraz ostatecznie składający się na jej ogólny poziom inteligencji i przekładający się tym samym na zakres zdolności poznawczych, komunikacyjnych, ruchowych i społecznych” (M. Orzeł, 2013, s. 80).

Warto także przytoczyć definicję Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego zawartą w czwartym wydaniu „Podręcznika Diagnostyki i Statystyki” (DSM-IV), w której niepełnosprawność intelektualna określana

jest jako „znacznie niższy od przeciętnego (IQ 70 i poniżej) ogólny poziom funkcjonowania intelektualnego, któremu towarzyszy istotne ograniczenie funkcjonowania przystosowawczego, co najmniej w zakresie dwóch, spośród następujących rodzajów sprawności: porozumiewania się, troski o siebie, trybu życia domowego, sprawności społeczno-interpersonalnych, korzystania ze środków zabezpieczenia pracy, sposobów organizowania wolnego czasu (wypoczynku) oraz troski o zdrowie i bezpieczeństwo. Początek tego stanu musi wystąpić przed 18. rokiem życia” (A. Wołowicz-Ruszkowska, 2012, s.8).

Znaczenie sportu dla osób z niepełnosprawnością oraz ludzi w ich otoczeniu

Oprócz korzyści płynących z aktywności fizycznej doświadczanych przez nas wszystkich, w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną mamy do czynienia z szeregiem dodatkowych benefitów. Oto najważniejsze spośród nich:

- Ruch sam w sobie jako rehabilitacja i usprawnianie ciała-osoby z niepełnosprawnością intelektualną oraz z niepełnosprawnością sprzężoną bardzo często są pozbawione jakiegokolwiek ruchu, co przyczynia się do pogorszenia stanu ich zdrowia fizycznego-zwiększa się ryzyko nadwagi, czego konsekwencją mogą być m.in. choroby stawów, cukrzyca czy choroby sercowo – naczyniowe, oraz do pogorszenia zdrowia psychicznego-brak aktywności predysponuje do wystąpienia zaburzeń depresyjnych
- Udział w zajęciach sportowych uczy kontroli emocji; umiejętności współpracy, opanowywania stresu czy przyjmowania niepowodzeń, co przekłada się na funkcjonowanie w życiu codziennym, a to ułatwia osobom z niepełnosprawnością intelektualną nawiązywanie i podtrzymywanie dobrych relacji z innymi ludźmi
- Podczas treningów zawodnicy próbują nowych rzeczy, często wychodząc ze swojej strefy komfortu, co buduje w nich odwagę i otwartość na nowe wyzwania
- Zaangażowanie w jakąkolwiek dobrowolną aktywność – na przykład sportową- jest źródłem wielu pozytywnych doświadczeń i emocji, co ma wpływ na sposób postrzegania samego siebie; podnosi się poczucie sprawczości w swoim życiu, wzrasta uczucie satysfakcji i dumy z realizacji kolejnych celów oraz nabywania nowych umiejętności, co przekłada się bezpośrednio na wyższe poczucie własnej wartości
- dla wielu osób z niepełnosprawnością intelektualną jedynym miejscem do którego uczęszczają jest placówka terapeutyczna lub opiekuńcza (np. WTZ czy dom pobytu dziennego); niektórzy zaś nie

mają nawet takiej możliwości. Uczestnictwo w zajęciach sportowych daje tym osobom okazję do wyjścia z domu i poczucia się jak pełnoprawny członek społeczeństwa, oddający się takim samym aktywnościom i rozrywkom jak inni

- jako że sport postrzegany jest jako coś atrakcyjnego i podejmowany jest dobrowolnie, będzie przynosił długotrwałe efekty rewalidacyjne; osoba postrzegająca zajęcia jako rozrywkę a nie przykry obowiązek, będzie się w nie angażowała silniej niż w przymusowe zadania, co przełoży się na zdobywanie nowych kompetencji (tych świadomie założonych, oraz tych uzyskiwanych mimowolnie)
- dzięki sportowcom i ich osiągnięciom zmienia się społeczne postrzeganie osób z niepełnosprawnością intelektualną, które niestety często są infantylizowane i traktowane jak duże dzieci – zarówno przez obcych, jak również osoby z najbliższego otoczenia, na przykład rodziców.

Jednak nie tylko sportowcy z niepełnosprawnością czerpią korzyści z inkluzyjnego podejścia do aktywności fizycznej. Jak podkreśla doktor Radosław Piotrowicz z Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, „Sport osób niepełnosprawnych intelektualnie to lekcja zaradności, integracji i szlachetnej rywalizacji, nie tylko dla zawodników, ale też dla pełnosprawnych”.(R. Piotrowicz, www.naukawpolsce.pap.pl). Zaznacza, że pełnosprawni sportowcy mogą czerpać przykład z postaw swoich kolegów ze specjalnymi potrzebami: z ich wielkiej radości którą czerpią ze sportu bez względu na wynik, oraz ze szczerego zaangażowania w podjętą dyscyplinę. Warto również wspomnieć, że wśród uczestników olimpiad specjalnych często możemy zaobserwować niezwykle szlachetne postawy i zachowania, mogące stanowić dla nas wzór lojalności i bezinteresowności zarówno w rywalizacji, jak i w codziennym życiu.

W tym miejscu warto też zaznaczyć, że przygoda ze sportem jest wspaniałą szansą na rozwój i przygodę nie tylko dla osoby z niepełnosprawnością, ale również dla jej najbliższych. Wokół klubów sportowych tworzą się społeczności rodzin zawodników, które na nowo mogą znaleźć swoje miejsce w społeczeństwie. Mają okazję współtworzyć grupę, w której niepełnosprawność dziecka nie jest czynnikiem wykluczającym, a wręcz przeciwnie – powodem do dumy.

Organizacja sportu osób z niepełnosprawnością intelektualną

Gdy słyszymy o zawodach dla niepełnosprawnych sportowców, pierwszym skojarzeniem dla większości z nas są paraolimpiady. Jednak mało kto zdaje sobie sprawę, że tego typu imprezy zarezerwowane są dla osób z niepełnosprawnością ruchową, natomiast zawodników z

niepełnosprawnością intelektualną obejmuje ogólnoswiatowy ruch Special Olympics. Powstał on w Stanach Zjednoczonych w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku z inicjatywy Eunice Kennedy Shriver, siostry prezydenta Johna Kennedy'ego. Podjęła się ona organizacji półkolonii dla dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, podczas których przekonała się, jak wielki, ale także jak niewykorzystany potencjał mają jej podopieczni. Pięć lat później, w 1968 roku w Chicago odbyły się pierwsze w historii Międzynarodowe Letnie Igrzyska Olimpiad Specjalnych, w których udział wzięło około tysiąca zawodników z różnymi stopniami niepełnosprawności. Od 1988 roku Ruch Olimpiad Specjalnych dzięki porozumieniu z MKOI (Międzynarodowym Komitetem Olimpijskim) ma pozwolenie na stosowanie ceremoniału olimpijskiego oraz na korzystanie z ognia olimpijskiego. Obecnie Ruch działa w 170 krajach i zrzesza 5,3 miliona zawodników. Z kolei w Polsce aktualnie trenuje ponad 17, 5 tysiąca zawodników Olimpiad Specjalnych, zrzeszonych w 507 klubach, w 18 Oddziałach Regionalnych. Do wyboru mają 24 dyscypliny sportowe, letnie i zimowego. (www.olimpiadyspecjalne.pl).

Głównym celem ruchu nie jest wyłonienie najwybitniejszych rekordzistów w danej dziedzinie, a umożliwienie każdemu zawodnikowi osiągnięcie sukcesu, niezależnie od stopnia jego niepełnosprawności intelektualnej i ograniczeń wynikających ze sprzężonej fizycznej niepełnosprawności. W tym celu został wprowadzony system tworzenia grup sprawnościowych, który zapewnia możliwość rywalizacji z równym przeciwnikiem. Ponadto stosuje się unikatowy dla organizacji sportowej system nagród oraz system awansu do wyższych grup sprawnościowych.

Mottem każdego olimpijczyka specjalnego są słowa przysięgi olimpijskiej wypowiedziane w trakcie ceremonii otwarcia zawodów sportowych: "Pragnę zwyciężyć, lecz jeśli nie będę mógł zwyciężyć, niech będę dzielny w swym wysiłku".

Zakończenie

Jak widzimy, sport jest czymś uniwersalnym dla wszystkich ludzi, niezależnie od szerokości geograficznej, płci, warstwy społecznej i – jak się okazuje – także sprawności. Niesie za sobą szereg nieopisanych benefitów, zarówno tych wymiernych, jak również tych nieuchwytnych, lecz mających kolosalny wpływ na życie jednostki i jej postrzeganie siebie samego oraz otaczającego ją świata. Warto o tym pamiętać i ciągle ubogacać swój warsztat pedagogiczny o kolejne techniki i umiejętności, co z pewnością przyniesie naszym podopiecznym wiele sukcesów i radości.

THE ROLE OF SPORT IN LIVES OF INDIVIDUALS WITH INTELLECTUAL DISABILITIES

Abstrakt

Physical activity has great influence on people's lives; it impacts in a positive way both physical and mental health, and may prevent from a great number of different diseases. Nowadays, sport is used more and more often in the process of therapy for people with intellectual disability.

BIBLIOGRAFIA

- Łuszczynska, A.: *Psychologia sportu i aktywności fizycznej. Zagadnienia kliniczne*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2011.
- Sękowska Z.: *Rehabilitacja dzieci upośledzonych umysłowo (w:) Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa, 2001.
- Orzeł M.: *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania u osób upośledzonych umysłowo (w:) Zeszyty Naukowe WSSP*, tom 16, 2013.
- Wołowicz-Ruszkowska A.: *Niepelnosprawność intelektualna – definicje, etiologia, możliwości rozwoju (w:) „Wsparcie osób z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i znacznym (w tym z zespołem Downa) i/lub niepełno sprawnościami sprzężonymi oraz głębokim stopniem upośledzenia umysłowego II”- Podręcznik dobrych praktyk*, PFRON, Warszawa, 2012.

NETOGRAFIA

- Sport niepełnosprawnych intelektualnie uczy ich i nas, WWW.naukawpolsce.pap.pl, data dostępu: 19.01.2021
- Ruch Special Olympics, WWW.olimpiadyspecjalne.pl, data dostępu: 19.01.2021

Głowacka Kamila, Guzik Julia
Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie
II rok, pedagogika specjalna
Adres e-mail: jula.guzik@interia.pl

RUCH ROZWIJAJĄCY WERONIKI SHERBORNE W PRACY Z OSOBAMI Z GŁĘBOKIMI I SPRZEŻONYMI NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

Znaczenie ruchu w życiu człowieka

W życiu codziennym nie zawsze zastanawiamy się, jak dużą rolę pełni ruch w życiu każdego człowieka. Bez ruchu ciężko byłoby nam funkcjonować; generalnie żyć. Ruch towarzyszy nam przez całe życie i objawia się w różnoraki sposób. Wyróżniamy różne formy ruchu, które przeznaczone są do odpowiednich czynności. Ruch użytkowy między innymi związany jest z życiem codziennym każdego człowieka, zaspokajaniem jego podstawowych potrzeb. Ruch profesjonalny, związany jest z wykonywaniem jakiś konkretnych zawodów, charakterystyczny dla różnego rodzaju pracy, a z kolei ruch ekspresyjny jest to ruch odpowiadający za przekaz ludzkich emocji, wyrażania ich, jak również służy do komunikacji interpersonalnej. Każdy rodzaj, forma ruchu w życiu człowieka pełni niesamowitą rolę, wpływa na nasz rozwój, życie i przede wszystkim na nasze zdrowie, zarówno fizyczne, jak i psychiczne (M. Bogdanowicz 1997).

Geneza ruchu rozwijającego

Za osobę, która zapoczątkowała metodę ruchu rozwijającego uważa się Weronikę Sherborne. Była ona brytyjską nauczycielką wychowania fizycznego i fizjoterapeutką. Kobieta była ogromną zwolenniczką kinetografii i gimnastyki ekspresywnej Rudolfa von Labana, który wszelki ruch w życiu każdego człowieka zaliczał do najważniejszych jego potrzeb. Obstawiał również przy stanowisku, iż brak ruchu w życiu każdej jednostki prowadzi do zatrzymania prawidłowego jej rozwoju. Główną ideą metody ruchu rozwijającego W. Sherborne jest wykorzystanie ruchu jako narzędzia mającego wpływ na psychoruchowy rozwój dziecka. Zbiór ćwiczeń ruchowych bazuje na zaobserwowanych we wczesnym dzieciństwie zabaw ruchowych dzieci i ich rodziców. Ćwiczenia te poszerzają wiedzę na temat własnego ciała, własnych możliwości, rozwijają ruchowo na wielu płaszczyznach, ukazują możliwość odnajdywania się, działania, funkcjonowania w danej przestrzeni, jak również wpływają na rozwój dzielenia pewnej przestrzeni jednostki z obcymi ludźmi. Obecność innych osób działających w tej samej przestrzeni, nie musi być nieprzyjemna, wręcz

przeciwnie- może przynieść wiele radości (<http://www.edukacja.edux.pl/p-43023-wykorzystanie-metody-w-sherborne-ruchu.php>).

Cele i uczestnicy zajęć ruchu rozwijającego

Do celów metody W. Sherborne zaliczyć można między innymi realizację potrzeby ruchu i różnego rodzaju zabawy, rozładowania bardzo często negatywnego napięcia u człowieka, rozluźnienie, odprężenie, uspokojenie, poznanie lepiej własnego ciała, zwiększenia własnej siły psychicznej, jak i fizycznej, możliwości zwiększenia poczucia własnej wartości, dążenie do samoakceptacji, wzmacniania poczucia bezpieczeństwa, jak również rozwój kontaktów interpersonalnych z innymi ludźmi. Bardzo ważną kwestią jest to do jakiej grupy dzieci odnosi się ta metoda. Najczęściej metoda ta dotyczy dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, dzieci ze spektrum autyzmu, dzieci z wczesnym mózgowym porażeniem dziecięcym, dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi, zaburzeniami zachowania, zaburzeniami rozwoju psychoruchowego, jak również dzieci głuchych, niewidomych, słabosłyszących, oraz dzieci z domów dziecka. Można więc stwierdzić, że grono ludzi którym przysługuje możliwość skorzystania z tej metody jest znaczące (<https://pedagogika-specjalna.edu.pl/warsztat-pracy/metody-pracy/weronika-sherborne-konspekt/>).

Zasady

Jak każda metoda i ta ma pewne niezmiennie zasady, które powinno się bezwzględnie stosować. Zajęcia te zawsze muszą być dobrowolne, można zachęcać dziecko, motywować, jeżeli wzbrania się przed wykonywaniem pewnych ćwiczeń, natomiast niedopuszczalne jest zmuszanie dziecka do wykonywania czegokolwiek, wszystko odbywać się musi za zgodą uczestnika zajęć. Na początku pracy z daną osobą może wystąpić problem z utrzymaniem kontaktu wzrokowego, co jest naturalne, natomiast w miarę upływu czasu, kiedy m.in dziecko zaczyna przyzwyczajać się do otoczenia, powinno starać się uczyć podtrzymywać ten kontakt wzrokowy, jest to niesamowicie ważne. Zajęcia powinny być dla dziecka, jak również osoby starszej przyjemnością. Powinni cieszyć się oni udziałem w zajęciach, być dumni ze swoich postępów, cieszyć się kontaktem z innymi ludźmi. Podczas zajęć należy pamiętać o autonomii uczestnika. Każdy powinien mieć możliwość do swobodnego wyrażania swojego zdania, powinien mówić „tak”, bądź „nie” jako odpowiedź na pewne ćwiczenia, wykazywać pewnego rodzaju aprobatę, bądź dezaprobatę. Jest to bardzo ważna informacja dla osoby prowadzącej zajęcia. Na każdym kroku ważne jest, aby wspierać dziecko, dopingować go, chwalić, jest to dla niego bardzo budujące i stanowi zachętę, jak również motywację do dalszych ćwiczeń. Poziom trudności ćwiczeń powinien systematycznie i stopniowo wzrastać, nie należy stawiać przed dzieckiem zbyt wygórowanych oczekiwań. Na początku w wielu

ćwiczeniach pomaga się dziecku, należy natomiast pamiętać, że w raz z upływem czasu, należy zwiększać samodzielną inicjatywę uczestnika. Na koniec zajęć warto postawić na ćwiczenia bardziej relaksacyjne, uspokajające, mające na celu wyciszenie dziecka. Dla dobrych rezultatów metody W. Sherborne zaleca się, aby uczestniczyć w zajęciach minimum raz, dwa razy w tygodniu regularnie. Metodę można stosować indywidualnie natomiast zaleca się pracę w grupie dla lepszych efektów. Najlepiej, aby w zajęciach uczestniczyło maksymalnie 14 osób, ma to znaczący wpływ na efektywność zajęć. Bardzo ważne jest, aby rodzic brał udział w zajęciach, tak aby każde dziecko miało parę. Nie trzeba wielu urządzeń dydaktycznych, gdyż najlepszym narzędziem jest ciało dorosłego. Uczestnicy ćwiczyć powinni boso, na parkiecie, bądź panelach, daje to lepsze odczucia podczas wykonywania różnego rodzaju ćwiczeń (<https://wprzedszkolu.com/organizacja-zajec-metody-ruchu-rozwijajacego-weroniki-sherborne-w-przedszkolu-i-w-domu/>).

Korzyści

Metoda ta niesie za sobą wiele korzyści. Daje pozytywne odczucia w kontakcie z drugą osobą, zachęca do wyzwalań u człowieka pozytywnych i przyjemnych odczuć. Daje okazję do rozładowania zbyt dużych pokładów energii, wyzwala zaangażowanie, pomaga w zaspokajaniu własnych potrzeb, uczestnicy zajęć bardzo zbliżają się do siebie, otwierają się na drugiego człowieka, rozwijają się stosunki interpersonalne, metoda ta daje możliwość również do odczuwania doznań płynących z własnego ciała. Bardzo ważną kwestią jest to, iż każdy może skorzystać z metody W. Sherborne niezależnie od wieku. Metoda ta pomaga zaspokoić wiele różnorodnych potrzeb człowieka. Daje szansę poczucia bezpieczeństwa, bardzo często ludzie zmagają się z wieloma problemami na wszelkiej płaszczyźnie i dzięki tej metodzie mają możliwość rozładowania zbyt dużych, często negatywnych emocji, pomaga zrozumieć własne ciało, własny organizm, prowadzi to wszystko do samoakceptacji, zaakceptowania wielu często nie zmiennych stanów rzeczy. Ludzie nabierają większej pewności siebie, zaczynają zdawać sobie sprawę dotyczącą własnej siły i poczucia własnej wartości. Ćwiczenia dają im satysfakcję z wykonanej pracy związanej z wysiłkiem fizycznym, są z siebie zadowoleni, determinuje to ich do dalszej walki. Metoda daje sposobność do sprawdzenia się w trudnych sytuacjach, mobilizuje do pokonywania wszelkich trudności. Wszystko to wyzwala wiele często skrajnych emocji, człowiek odkrywa własne możliwości, buduje zaufanie w stosunku do innych ludzi, zaczyna czerpać przyjemność z bliskości z drugim człowiekiem (<https://niepelnospawniintelektualnieblog.wordpress.com/2017/01/26/metoda-w-sherborne/>).

Charakterystyka osób z głębokimi i sprzężonymi zaburzeniami

Osoby z głębokimi i sprzężonymi zaburzeniami są poważnie niepełnosprawne fizycznie oraz mają znaczne trudności w uczeniu się. Zdarza się, że osoby te funkcjonują na poziomie kilkumiesięcznego dziecka, niezależnie od tego w jakim są wieku. Wśród ludzi z głębokimi i sprzężonymi zaburzeniami rozpiętość zdolności i ograniczeń rozwojowych jest znacząca, właśnie dlatego bardzo trudno opracować jest program, który służyłby im wszystkim. Każda osoba ma indywidualne potrzeby. U osób z głębokimi i sprzężonymi zaburzeniami możliwe jest wystąpienie spastyczności lub porażenia mózgowego w różnym stopniu nasilenia. Spastyczność czyli nieprawidłowe, nadmierne napięcie mięśni, może wystąpić w jednej lub więcej kończynach, ale zdarza się również, że dotyczy tułowia i wszystkich czterech kończyn naraz. Jednak zdarza się również, że niektóre osoby z głębokimi i sprzężonymi zaburzeniami są bardzo słabe, a ich napięcie mięśniowe jest bardzo niskie. U jeszcze innych pojawiają się niekontrolowane ruchy. Są również osoby, które nie wykonują żadnych świadomych ruchów lub wykonują je w ograniczonym zakresie. Osoby z głęboką niepełnosprawnością często nie mówią, a nawet nie rozumieją mowy, jednak reagują na ton głosu opiekuna. Często nie dążą do kontaktu wzrokowego, unikają go. Może zdarzyć się, że są to również osoby niedowidzące lub w ogóle pozbawione wzroku, niedosłyszące lub zupełnie głuche. Zazwyczaj nie siedzą samodzielnie, ani nie przewracają się na bok. Jednak są też osoby, które potrafią usiąść, udźwignąć ciężar swojego ciała, stojąc z podparciem, a nawet chodzić z pomocą opiekuna (W. Sherborne, 1997).

Cele prezentowanej metody względem osób z głęboką i sprzężoną niepełnosprawnością

Ruch rozwijający ma na celu pomóc dzieciom i osobom dorosłym z głębokimi i sprzężonymi zaburzeniami w nawiązywaniu, na tyle na ile to możliwe, kontaktów z drugą osobą. Powinien dostarczyć im takich fizycznych doznań, które będą pobudzać świadomość ich ciała, poprawią kontrolę nad nim oraz spowodują, że będą czuć się lepiej. Podstawą do tego, by wyodrębnić własną osobę z otoczenia i poczuć tożsamość jest świadomość samego siebie, posiadania ciała i jego części. Osoby z głęboką niepełnosprawnością „nie zdają sobie sprawy z tego, że mają tułów, plecy, biodra i ramiona. Ważne jest, aby pomóc im wyodrębnić centralną część ciała- tułów, ponieważ łączy on głowę z kończynami dolnymi. Świadomość, iż posiada ono tułów, pomaga dziecku w poruszaniu ciałem jako całością...” [M. Bogdanowicz, 1997, za: W. Sherborne 1984, s. 145]. Ruch rozwijający ma zapewniać dopływ odpowiednich bodźców, które pomogą rozwinąć ich własne możliwości. Metoda Sherborne ma wspierać i wzmacniać

niezależności oraz wyzwalać inicjatywy, zawsze gdy tylko to możliwe. Jednak najistotniejsza jest poprawa jakości życia osób z głęboką niepełnosprawnością, która jest możliwa dzięki regularnym stosowaniu wspomnianej metody (W. Sherborne, 1997).

Znaczenie ruchu i ćwiczeń ruchowych w życiu osób z głębokimi i sprzężonymi zaburzeniami

Dla osób z głębokimi i sprzężonymi zaburzeniami cotygodniowe zajęcia ruchu rozwijającego, które opierają się na pracy indywidualnej są ogromną pomocą i przyjemnością. Dobrze jest również, gdy osoby te mają przynajmniej raz w tygodniu zajęcia w wodzie. Praca nad ruchem, która jest tak bardzo ważna dla osób z głęboką niepełnosprawnością, w dużym stopniu może być wykonywana w klasie przez nauczyciela i jego pomocników przy współpracy z fizjoterapeutą. Bardzo często zdarza się, że nauczyciele zostawiają dzieci głęboko niepełnosprawne na cały dzień w klasie, zapominając lub ignorując to, jak bardzo cenna i ważna jest dla nich aktywność na sali gimnastycznej oraz bodźce płynące z pracy z nowymi ludźmi. Dla osób z głębokimi i sprzężonymi zaburzeniami bardziej efektywny jest kontakt uczestnika z opiekunem; „jeden na jeden”, świetnym pomysłem jest zaangażowanie do wspólnej pracy w szkole najstarsze dzieci, np. z poważnymi trudnościami w uczeniu się i pokazanie, wytłumaczenie im, jak na zajęciach ruchowych przeprowadzać pod kontrolą proste ćwiczenia, by były bezpieczne i przyjemne dla obu stron. Stymulujący program ruchowy powinien rozpocząć się najwcześniej jak to możliwe, w pierwszych latach życia dziecka. Dzięki temu jego ciało utrzymywane jest w dużej ruchliwości, oraz pomaga w akceptowaniu i nawiązywaniu kontaktów. Dla rozwoju dzieci z głębokimi i sprzężonymi zaburzeniami bardzo korzystny jest udział w zajęciach ruchowych rodziców. Niezwykle ważne jest, by starannie zaplanowane ćwiczenia zacząć wykonywać jak najwcześniej, nie tylko w szkole, ale również w domu z rodzicami. Trudniejszą sytuację mają osoby znajdujące się w szpitalach i domach opieki dla dorosłych, ponieważ mają oni mało ćwiczeń ruchowych. Jednak w miejscach, gdzie fizjoterapeuci zainicjowali zajęcia ruchowe, angażując zespół pomocników, zauważono, że zachowanie pensjonariuszy, którzy żyją w rutynowych, zinstytucjonalizowanych warunkach, znacznie polepszyło się. Ich samopoczucie i uczucie radości wzrosło, dzięki kontaktom z nowymi osobami oraz pracą nad ruchem (W. Sherborne, 1997).

Potrzeby emocjonalne i społeczne- przykłady ćwiczeń

Każdy człowiek ma potrzeby emocjonalne i społeczne, takie jak poczucie bezpieczeństwa nawiązywania i podtrzymywania kontaktów z innymi ludźmi. Powinny być one zaspokajane, by człowiek czuł się bezpiecznie i

miał dobre samopoczucie. Osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną mają mniejszą zdolność do przeżywania doświadczeń, które wiążą się z potrzebami emocjonalnymi i społecznymi. Jednak zapewnienie tym osobom zarówno poczucia bezpieczeństwa, jak i poczucia pewności, jest możliwe podczas obejmowania i podtrzymywania. W momencie gdy dorosły lub dziecko powierza swoje ciało nauczycielowi, opiekunowi, rodzicowi lub terapeutce, okazuje zaufanie zarówno do niego i do samego siebie. Ćwiczenia metody Sherborne dla osób z głębszą lub sprzężoną niepełnosprawnością, które wykorzystują podtrzymywanie i obejmowanie to m.in.: kołyska, podtrzymywanie, podrzucanie, kołysanie na boku, turlanie, ciągnięcie, huśtawka oraz wahadło.

„Kołysanie” to jeden przykład podtrzymywania i obejmowania. Opiekun tworzy ze swojego ciała kształt „fotela”, siadając za osobą upośledzoną i delikatnie kołysze ją z boku na bok nucąc przy tym lub śpiewając. Małe dzieci szczególnie cieszą się, gdy są silniej kołysane w tył i w przód, aż znajdują się niemal w pozycji do góry nogami. Starsze dzieci również to lubią, jednak opiekun musi mieć wystarczająco dużo siły, żeby utrzymać ciężar dziecka. Swobodne kołysanie jest pomocne w zmniejszaniu spastyczności, pobudza kontakt między osobą podtrzymującą i podtrzymywaną, a także jest przygotowaniem osoby niepełnosprawnej do dalszych doświadczeń ruchowych. Kołysanie może również służyć jako przygotowanie do terapii logopedycznej.

„Podrzucanie” to ćwiczenie, w którym opiekun siada na podłodze i wyciąga nogi przed siebie, a osoba niepełnosprawna leży w poprzek, jej twarz ma być skierowana w dół tak, że jej brzuch leży na udach opiekuna. Opiekun w takiej pozycji może kołysać lub delikatnie podrzucać osobę niepełnosprawną, co wpływa kojąco i przynosi jej ulgę – jest to bardzo dobry sposób na uciszenie i uspokojenie osób, które nieprzerwanie krzyczą. W tym ćwiczeniu osoba dorosła może poklepywać podopiecznego po plecach wzdłuż kręgosłupa, co powinno sprawić mu przyjemność. Ćwiczenie pomaga rozluźnić, np. osoby ze spastycznością, których ciało usztywnia się, przez co nie potrafią usiąść. Ćwiczeniem podobnym jest położenie osoby niepełnosprawnej na materacu na plecach i przyciągnięcie jej do siebie przez opiekuna klęczącego u jej boku, aż jej brzuch oprze się o jego uda. Następnie opiekun ciągnie za biodro i bark osoby niepełnosprawnej, a następnie pozwala by upadła z powrotem na materac. Ten upadek czyli poddanie się sile ciężenia, pomaga rozluźnić ciało. Ćwiczenie należy powtórzyć kilka razy, by otrzymać pożądany efekt.

„Kołysanie na boku” wzmacnia uczucie swobodnego przepływu ciężaru ciała. Opiekun przewraca osobę niepełnosprawną na jeden bok w swoją stronę (by widzieć jej twarz) i puszcza, by mogła swobodnie opaść z powrotem na plecy. Następnie należy ponownie przewrócić osobę

niepełnosprawną na drugi bok, aby ponownie opadła na plecy. To ćwiczenie zmniejsza napięcie mięśni szyi, a także rozluźnia całe ciało podopiecznego. „Turlanie” to ćwiczenie, w którym dziecko kładzie się na plecach, następnie opiekun zgina jego prawą nogę w kolanie i kładzie w poprzek ciała, co ułatwi obrót w lewo. Można też zacząć obrót od delikatnego pociągnięcia za prawe ramię w poprzek ciała. Opiekun, leży na podłodze obok podopiecznego i próbuje utrzymać z nim kontakt wzrokowy. Czasami trzeba obrócić dziecku głowę lub też ono samo ją odwróci, by móc spojrzeć na opiekuna, który powinien w tym czasie słownie dodawać mu otuchy.

„Ciągnięcie” to ćwiczenie, które kocha każde dziecko. Jest to radosne i przyjemne doświadczenie swobodnego ruchu. Osobę niepełnosprawną kładzie się na plecach i ślizga po podłodze na kocu.

Osoby z głębokimi i sprzężonymi zaburzeniami, które potrafią kontrolować ruchy szyi, mogą być huśtane przez 2 lub 4 osoby, które trzymają je za nogi i ręce. „Huśtawka”, która zapewnia swobodny ruch i obecność kilku opiekunów, sprawia ogromną przyjemność osobie niepełnosprawnej. To ćwiczenie może zmniejszyć napięcie w kończynach u bardzo usztywnionych osób. Dzieci z obniżonym napięciem i zmniejszoną kontrolą mięśniową, oraz ze znaczną spastyecznością, można huśtać na kocu. Bardzo przyjemnym może być też umieszczenie osoby niepełnosprawnej na plecach kilku osób podtrzymujących, które są ustawione w rzędzie na czworakach i delikatnie ją huśtać.

Ostatnim ćwiczeniem jest „wahadło”, które można wykonywać w trójkach. Niepełnosprawny jest podpierany przez opiekuna, który za nim siedzi, a w tym czasie drugi opiekun siedzi z przodu i trzyma go za ręce. Opiekunowie pomagają osobie niepełnosprawnej, która siedzi między nimi, pochylać się w przód i w tył. Warto przy tym nawiązywać kontakt wzrokowy. Przy wykonywaniu ćwiczenia można słuchać piosenek. Gdy wykonujemy „wahadło” z dzieckiem wystarczy jeden opiekun, który siada z przodu.

Przy wymienionych ćwiczeniach, swobodny przepływ ciała sprawia radość i uczucie przyjemności osobom z głębszymi i sprzężonymi niepełnosprawnościami. Ten swobodny ruch całego ciała tworzy poczucie harmonii i pomaga w rozluźnieniu się (W. Sherborne, 1997).

Potrzeby fizyczne

Ruch rozwijający nie tylko pomaga w zaspokojeniu potrzeb społecznych i emocjonalnych, ale także może pomóc w zaspokojeniu potrzeb fizycznych osób z głęboką niepełnosprawnością, Metoda Sherborne, czyli różnorodne doświadczenia ruchowe pomagają ograniczyć napięcie mięśniowe i pobudzają samoświadomość siebie, swojego ciała. Aby zmniejszyć napięcie, można delikatnie głaskać i dostarczyć okazję do doświadczania swobodnego ruchu. Potrzeby fizyczne osób z niepełnosprawnością można zaspokajając

poprzez poruszanie, ruch w wodzie oraz karmienie i toaletę (W. Sherborne, 1997).

Poruszanie

Bardzo ważne jest, by osoby głęboko niepełnosprawne były zachęcane do samodzielnego poruszania się, oczywiście gdy ich sprawność fizyczna umożliwi im, wykonanie takich ruchów. Takie doświadczenia ruchowe jak: turlanie, pełzanie i raczkowanie może doprowadzić do umiejętności utrzymywania pozycji stojącej i chodzenia. Każda osoba niepełnosprawna musi posiadać swój własny, indywidualny tok postępowania, który będzie zawierał też wskazanie właściwej pozycji siedzącej lub stojącej. Najlepiej jest w tym celu skorzystać z porady fizjoterapeuty. Podczas zajęć osobę niepełnosprawną należy poprawnie wprowadzać w różne pozycje, lecz w żadnej z nich nie powinna ona pozostawać na długo (W. Sherborne, 1997).

Ruch w wodzie

Dzięki wodzie osoby głęboko niepełnosprawne mają większą swobodę ruchów. Gdy dziecko lub osoba dorosła porusza się w wodzie, odczuwa wzmoczoną relaksację i specyficzne dla wody bodźce, które dają w efekcie zwiększenie zakresu ruchu. Niektóre osoby z głębokimi i sprzężonymi zaburzeniami tylko w wodzie potrafią poruszać się samodzielnie. Osoby, które posiadają jednostronną spastyczność, charakteryzuje asymetria, dlatego będą oni mieli trudności z utrzymaniem równowagi w wodzie. Pomocne są wtedy nadmuchiwane przedmioty, które pełnią rolę podpory. Każda osoba z głębokimi i sprzężonymi zaburzeniami wymaga podtrzymywania w wodzie (W. Sherborne, 1997).

Karmienie i toaleta

Czynności związane z toaletą i karmieniem osób z głębokimi i sprzężonymi zaburzeniami zajmują dużo czasu w ciągu dnia. Często trudno jest znaleźć czas na przeprowadzenie ćwiczeń. Dlatego warto pamiętać, że w procesie mówienia i jedzenia angażowane są te same mięśnie. Jeżeli u osoby występują problemy z przeżuwaniami pokarmu, pomoc może delikatny masaż policzków (W. Sherborne, 1997).

Zakończenie

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie metody rozwijającej W. Sherborne, skupienie się na roli ruchu w prawidłowym funkcjonowaniu każdego człowieka oraz tym jaki wpływ ma on w życiu osób głęboko niepełnosprawnych. Jak się dowiadujemy, ruch jest nieodłącznym elementem życia każdego z nas, może przejawiać się w różnorodnej formie, ma znaczący wpływ na prawidłowe funkcjonowanie naszego organizmu. Metoda W. Sherborne w niesamowity sposób wpływa na uczestników. Pomaga im budować relacje z innym człowiekiem, rozwija kontakty interpersonalne, pomaga w samoakceptacji jednostki, jak również wpływa

pozytywnie na rozładowywanie bardzo często negatywnych emocji. Metoda może być stosowana wobec każdej osoby, bez względu na jej wiek, nie ma co do tego ograniczeń. Należy pamiętać o kwestii regularności ćwiczeń. Aby wyćwiczyć pewne umiejętności bardzo ważna jest chęć do zmian, zaangażowanie, jak również skrupulatność, regularność i konsekwencja. Osoby z głębokimi i sprzężonymi niepełnosprawnościami potrzebują ruchu, który ma bardzo korzystny wpływ na ich funkcjonowanie i samopoczucie. Ćwiczenia ruchowe, ruch rozwijający Weroniki Sherborne, powinny zostać wprowadzone w życie tych osób jak najszybciej, by ciało było utrzymywane w dużej ruchliwości. Pomagają one w akceptowaniu i nawiązywaniu kontaktów. Dla osób głęboko niepełnosprawnych najbardziej korzystne są zajęcia przeprowadzane „jeden na jeden” czyli jeden podopieczny i jeden (do niektórych ćwiczeń więcej niż jeden)opiekun. Weronika Sherborne proponuje wiele ćwiczeń, które sprawdzą się w pracy z tymi osobami, m.in.: kołyska, podtrzymywanie, podrzucanie, kołysanie na boku, turlanie, ciągnięcie, huśtawka oraz wahadło. Ale także pokazuje sposoby na zaspokajanie potrzeb fizycznych, ruchowych w takich czynnościach jak: poruszanie, ruch w wodzie oraz karmienie i toaleta.

SHERBORNE DEVELOPMENTAL MOVEMENT METHOD AT WORK WITH CHILDREN WITH DISABILITIES

Abstract

The purpose of this article is to familiarize you with the Sherborne developmental movement method. It is a method in which the key element is movement that affects the proper functioning of the entire human body. This method is used, among others, for people with intellectual disabilities, with the autism spectrum, as well as for people with emotional disorders. This method can be used regardless of age.

Bibliografia

- M. Bogdanowicz, B. Kisiel, M. Przasnyska, *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganiu rozwoju dziecka*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa, 1997.
- W. Sherborne ., *Ruch rozwijający dla dzieci*, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa, 1997.
- W. Sherborne ., *Ćwiczenia ruchowe dla umysłowo niepełnosprawnych.*, Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem, Warszawa, 1984. [W]: M. Bogdanowicz, B. Kisiel, M. Przasnyska, *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganiu rozwoju dziecka*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa, 1997.

Netografia

<http://www.edukacja.edux.pl/p-43023-wykorzystanie-metody-w-sherborne-ruchu.php>, [dostęp: 20.11.2020]

<https://pedagogika-specjalna.edu.pl/warsztat-pracy/metody-pracy/weronika-sherborne-konspekt/>[dostęp: 20.11.2020]

<https://wprzedszkolu.com/organizacja-zajec-metody-ruchu-rozwijajacego-weroniki-sherborne-w-przedszkolu-i-w-domu/>[dostęp: 20.11.2020]

<https://niepelnosprawniintelektualnieblog.wordpress.com/2017/01/26/metoda-w-sherborne/>[dostęp: 20.11.2020]

Karolina Ponicka
Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie
II rok, II st. Terapia pedagogiczna i rewalidacja indywidualna
Adres e-mail: ponicka.karolina0@gmail.com

WSPARCIE EMOCJONALNE JAKO ELEMENT TERAPII PEDAGOGICZNEJ

„Warto jest mówić nie tylko o tej właściwej rehabilitacji, ale też o takiej rehabilitacji społecznej. Takie osoby tego potrzebują, nie zabraniajmy im bycia w przestrzeni społecznej.”
Zbigniew Izdebski 6.05.2018r.

Wstęp

Współczesna pedagogika specjalna uległa wielu zmianom, które wpływają na postrzeganie niepełnosprawności i wskazują nowe perspektywy czy drogi do poszukiwań bardziej adekwatnych działań z drugim człowiekiem. Zmieniła a raczej rozszerzyła także swoje zainteresowania terapia pedagogiczna, która na samym początku była postrzegana jako lecznicza. Główna definicja terapii pedagogicznej określa ją jako swego rodzaju leczeniem, termin ten wywodzi się z medycyny, a dokładnie z języka greckiego *theraieia* czyli leczenie. Zgodnie z tym tokiem rozumowania terapia pedagogiczna to swoiste oddziaływanie na przyczyny, a także na wszelkie przejawy trudności w uczeniu się, wykorzystujące środki pedagogiczne tj. wychowawcze i dydaktyczne, które mają na celu wyeliminowanie niepowodzeń szkolnych czy ich negatywnych konsekwencji. Terapia jest zatem w pewnym znaczeniu interwencją wychowawczą, która wywiera pozytywne, konkretne zmiany we wszystkich sferach w tym także strukturze poznawczej i umiejętności dziecka. Wymaga ona zdefiniowania celów, form, metod czy też środków oddziaływujących a także określenia przedmiotu i podmiotu oddziaływań. Zatem terapia to współdziałanie z drugą osobą nie tylko w sferze motorycznej czy percepcyjnej, często w pracy z uczniami, musimy pracować nad aktualną trudnością, ale żeby odnieść sukces trzeba nawiązać zdrową relację (J. Jastrząb, D. Baczała, 2011).

Wsparcie rodzin

Rodzina jako system, jest ściśle ze sobą powiązana a pojawienie się dziecka z niepełnosprawnością znacząco wpływa na funkcjonowanie całej rodziny i wszystkich jej członków (D. Szarkowicz, 2009). Do funkcji rodziny należą między innymi wzajemne wsparcie i radzenie sobie w sytuacjach trudnych, takich jak choroba, bądź niepełnosprawność czy śmierć, która może wywołać zakłócenie prawidłowych interakcji oraz zaburzyć dotychczasowe

funkcjonowanie rodziny. Rodzice dzieci z niepełnosprawnością często doświadczają psychologicznych problemów czy trudności związanych z samą niepełnosprawnością dziecka. Przystosowanie się rodziny do niepełnosprawności dziecka składa się z kilku etapów 1. faza szoku, w której rodzice nie dopuszczają do siebie świadomości, iż dziecko posiada niepełnosprawność, głównie dominuje żal, rozpacz, poczucie krzywdy i bezradności 2. faza kryzysu emocjonalnego w której rodzice przeważnie obwiniają się o niepełnosprawność dziecka, nadal nie mogą się pogodzić z niepełnosprawnością dziecka, 3. faza pozornego przystosowania się w której rodzice odrzucają niepełnosprawność dziecka, starają się szukać rozwiązań, udają się do wszystkich znanych specjalistów oraz 4. faza konstruktywnego przystosowania się, w której rodzice akceptują dziecko z jego zaletami jak i wadami, dostrzegają niepełnosprawność, ale także ukazują miłość i zaangażowanie, oczywiście nie każda rodzina osiąga najwyższy etap czyli pogodzenie się z niepełnosprawnością. Proces przystosowania nie jest harmonijny, często wręcz burzliwy a także niejednorodny. Sytuacja, w której rodzice dziecka z niepełnosprawnością się znaleźli często jest dla nich szokująca, dlatego potrzebują szczególnie wsparcia. Wyróżniamy kilka rodzajów wsparcia, są to:

- wsparcie emocjonalne – którego celem jest stworzenie poczucia bezpieczeństwa, opieki, ukazanie troski, podniesienie samooceny,
- wsparcie informacyjne – które polega na udzielaniu człowiekowi informacji, rad, porad na dany temat,
- wsparcie instrumentalne – tzw. instruktaż postępowania w konkretnej sytuacji,
- wsparcie rzeczowe inaczej materiale – jest pomocą materialną bądź finansową,
- wsparcie duchowe – jest wyjątkowym rodzajem wsparcia, którego wymaga się przeważnie w sytuacjach krytycznych (H. Sęk, R. Cieślak, 2004).

Należy także wspomnieć jak istotny jest podział wsparcia na wsparcie spostrzegane i wsparcie otrzymywane. Wsparcie spostrzegane jest ogólnym przekonaniem o dostępności wsparcia w różnych sytuacjach życiowych, wynika z wiedzy i przekonań o tym, gdzie i kiedy uzyskamy pomoc. Wsparcie otrzymywane to otrzymywana pomoc w określonym czasie i w konkretnej sytuacji. Wsparcie głównie kojarzone jest z działaniami otoczenia, innych ludzi, obecnością instytucji pomocowych, czyli z tzw. zasobami środowiskowymi. W Polsce dostępne formy pomocy rodzicom wychowującym dzieci niepełnosprawne to: instytucjonalne formy pomocy, działania organizacji inwalidzkich i stowarzyszeń rodziców, działania

pedagogizujące. W niniejszym artykule skupię się na wsparciu emocjonalnym (D. Szarkowicz, 2009).

Wsparcie emocjonalne czyli jakie?

Wsparcie emocjonalne to budowanie zaufania, okazywanie troski, budowanie poczucia bezpieczeństwa i świadomości z drugą osobą. Dzięki temu przekazuje się pozytywne emocje, uspokaja napięcia czy okazuje troskę. Wsparcie emocjonalne stanowi formę wsparcia społecznego, a więc tego, które zachodzi w relacjach międzyludzkich, można je zarówno otrzymać, jak i dać drugiej osobie. O skuteczności udzielanej pomocy osobom niepełnosprawnym decyduje adekwatność między oczekiwanym a uzyskanym wsparciem. W przeciwnym razie podejmowane działania są w pewnym sensie hamującym rozwój. Wsparcie emocjonalne w ramach terapii pedagogicznej ma szansę zaistnieć jedynie, gdy relacja jest jasno określona i zawiera takie właściwości jak:

- relacja jest osobowa,
- role i granice zostały określone (rodzic a terapeuta),
- sposób komunikowania się jest efektywny dla obu stron,
- terapeuta nie zaprzecza istnieniu problemu z jakim rodzic się zмага,
- terapeuta ma doświadczenie i wiedzę z której świadomie korzysta. (J.Kobosko, 2016).

W pracy terapeuta wykorzystuje znane mu techniki, które służą do skutecznego porozumiewania się a co za tym idzie do wsparcia emocjonalnego i jest to m.in.

- **parafraza** czyli powtórzenie treści rozmowy swoimi słowami, np. czyli chodzi o..., innymi słowy..., miałeś na myśli to, że....
- **klaryfikacja** czyli uściślenie, konkretyzacja wypowiedzi, tak, aby było jasne czy terapeuta z rodzicem się rozumieją np. z tego co Pani powiedziała wynika, że....
- **konfrontacja** polega natomiast na konfrontacji rodzica z zaobserwowanym zjawiskiem, zachowaniem czy emocjami, co uświadamia go i jego postawę z przekazywanym zdaniem.

Technik skutecznego komunikowania się jest wiele, jednakże wymienione przeze mnie są najbardziej znane i najczęściej wykorzystywane w pracy z rodzicami i uczniem (J.Kobosko, 2016).

E.Sujak (2006) podkreśla znaczenie kontaktów międzyludzkich, zwłaszcza dla osób z niepełnosprawnością. Kontakty te niosą za sobą zarówno szanse jak i zagrożenie, wzbogacają ale także zubożają. Dzięki relacjom i ich jakości interpretujemy, postrzegamy i przeżywamy trudności w określony sposób, kontakt z drugą osobą daje możliwość modyfikacji perspektyw oraz angażuje w relacje. Ograniczenie sprawności nie oznacza niesprawności społecznej czy bycie biernym rozmówcą. Bycie człowiekiem

to bycie osobą niezależną, aktywną również w kontaktach międzyludzkich. Decydowanie o sobie swoich preferencjach to podstawa bycia sobą. Często ograniczone kontakty społeczne, przebywanie w jednorodnym (najczęściej rodzinnym) środowisku sprawia, że człowiek z niepełnosprawnością nie rozumie oczekiwań czy wymagań stawianych mu przez otoczenie przez co doznaje wielu rozczarowań, niepowodzeń.

Pełnosprawni rodzice dzieci z niepełnosprawnością, o pomoc i wsparcie świadomie (w różnym stopniu), bardziej lub mniej bezpośrednio udają się przeważnie do terapeutów ich dziecka. Podejmują takie działania, ponieważ uważają, że pomoc powinna zostać udzielona ich dziecku, gdyż to ona ma problem i nie radzi sobie z sytuacją. Wsparcie emocjonalne jest bardzo ważną częścią wsparcia społecznego często integralną, jednak trzeba podkreślić, iż samo w sobie jest wsparciem najbardziej potrzebnym. Przeważnie wsparcia emocjonalnego najpierw szukają wśród bliskich tj. wśród rodziny, przyjaciół, jeżeli nie uzyskują go tam bądź uzyskują w nieodpowiednim stopniu, udają się dalej na poszukiwania, aż trafiają do gabinetu terapeutów. Oczywiście jest że relacja rodzic terapeuta nie zawsze ma charakter przyjazny, przyczyny tkwią w obu stronach relacji jednak najważniejsze jest dojście do wspólnego wniosku i wspólne zrozumienia, iż terapeuta chce pomóc i współpracować, a także że jest sprzymierzeńcem a nie wrogiem. Rodzice dzieci z niepełnosprawnością narażeni są na większe psychiczne i fizyczne obciążenia, które mogą być zminimalizowane poprzez odpowiednie oddziaływania i wsparcie. Niedostatek profesjonalnego wsparcia dla rodzin dzieci z niepełnosprawnością często ogranicza skuteczną rehabilitację dziecka w jego naturalnym środowisku. Dla rodziców dzieci z niepełnosprawnością prośbienie o szeroko rozumiane wsparcie emocjonalne, zwłaszcza udzielane profesjonalnie w ramach terapii pedagogicznej jest bardzo ważne, ale – jak pokazuje praktyka – bardzo trudne. Specjaliści zaangażowani w rehabilitację dziecka, powinni być świadomi, jak tego wsparcia udzielać, aby w sprzyjało ono rodzicom, a w efekcie ich dzieciom. Należy pamiętać, aby było ono udzielane świadomie i profesjonalnie z zachowaniem zasad obowiązujących w relacji terapeuta-rodzic (K. Zielińska-Król, 2014).

Podsumowanie

Odnosząc się do rodziców dzieci z niepełnosprawnością i ich potrzeb istotnym zagadnieniem jest wsparcie emocjonalne, którego potrzebują, aby psychicznie stawać się rodzicami dzieci z niepełnosprawnością. Z tego względu, że specjaliści uczestniczący w terapii dzieci stanowią dla nich niezwykle ważne źródło wsparcia, także emocjonalnego zwracają się do nich o pomoc i poradę. Zdrowie psychiczne członków rodziny wpływa na relację, dlatego wsparcie emocjonalne jest bardzo ważnym działaniem mającym na

celu polepszenie jakości życia a także dalszej współpracy. Jako pedagodzy musimy pamiętać, iż oprócz rozwiązywania trudności z dziećmi należy wykazać troskę i budować zaufanie.

EMOTIONAL SUPPORT AS AN ELEMENT OF PEDAGOGICAL THERAPY

Abstract

The purpose of this article is to show how important is mental health and communication with others. one of The best help in case of any disability is the mental support. Its purpose is to provide specific type of support aimed at creating measures to overcome negative consequences of The disability. Emontial support includes care, trust,emotional support), expressing acceptance, encouragement and understanding.

Keywords: disability, emotional support, mental health.

Bibliografia

Jastrząb J., Baczała D., *Pedagogika Toruńska. Wybrane zagadnienia z pedagogiki korekcyjno-kompensacyjnej. Wzorzec terapeuty*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń, 2011.

Kobosko J. *Wsparcie emocjonalne dla rodziców dzieci głuchych i słabo słyszących w ramach terapii surdopedagogicznej.*[w:] Nowa Audiofonologia 5(1), 2016.

Sęk, H. i Cieślak, R. *Wsparcie społeczne. Stres i zdrowie*, wyd. PWN, Warszawa, 2004.

Sujak E. *ABC Psychologii komunikacji*, Wydawnictwo;WAM, Warszawa, 2006.

Szarkowicz, D., *W poszukiwaniu sił... Osoba z niepełnosprawnością w rodzinie*, wyd. UMK, Toruń 2009.

Zielińska-Król K. *Rodzina w procesie wsparcia społecznego i zawodowego osoby niepełnosprawnej* [w:] LABOR et EDUCATIO nr 2, 2014.

Magdalena Owczarz

Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie

Terapia pedagogiczna i rewalidacja indywidualna, 2 rok studiów II stopnia

Adres e-mail: magdalena.owczarz97@gmail.com

WYKORZYSTANIE DIALOGU MOTYWUJĄCEGO W TERAPII DZIECI ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI ROZWOJOWYMI

Wstęp

Dialog motywujący jest stylem prowadzenia ukierunkowanej rozmowy, zmierzającej do wzmocnienia osoby, jej wewnętrznej motywacji i zobowiązania do podjęcia zmiany. Tak więc, głównym celem prowadzenia dialogu motywującego jest rozbudzenie motywacji do działania w kontekście szeroko rozumianego podejścia kulturowo-historycznego. Dialog motywujący, czyli rozmowa prowadzona pomiędzy terapeutą a wychowankiem, stanowi uniwersalny „budulec” złożonych społecznych systemów motywacyjnych. Efektem prowadzonego dialogu, może być posłuszeństwo bądź też nieposłuszeństwo osoby poddanej terapii, ale najbardziej pożądane jest pojawienie się nowych motywów, pragnień i chęci podejmowania decyzji. Dialog motywujący powinien stanowić rdzeń w procesie samostanowienia, a „środowisko dialogowe” jest główną ścieżką do jego powstania, także u dzieci niepełnosprawnych. Zasadnicze działania podejmowane we wspomnianej metodzie, zmierzają do rozbudzenia i ukierunkowania motywacji wychowanka. Należy podkreślić, że dialog motywujący to proces, który pomaga ludziom w zmianie sposobu zachowania. Jego istotą jest swoista równowagę pomiędzy dyrektywną a konwersacyjną formą rozmowy. Metoda ta mieści się w ogólnych założeniach psychoterapii humanistycznej (C. Barański, 2016, s. 40).

Podstawowa zasada przy prowadzeniu dialogu motywującego, to poszanowanie wychowanka i oparcia relacji na zasadach partnerstwa, szacunku i podkreślaniu jego autonomii. Kompetentnie prowadzony dialog motywujący, nie polega na sugerowaniu rozmówcy, co ma robić i co jest dla niego dobre, ale na mobilizowaniu go w szukaniu argumentów, przemawiających za podjęciem pozytywnych zmian i poczucia odpowiedzialności za swoje decyzje. Do osiągnięcia tego celu, niezbędne jest poznanie przez terapeutę wewnętrznego świata wychowanka (O. Mrozowska, A. Przeznak, 2017, cz. II, s. 23). Równocześnie, za sprawą dialogu z terapeutą, pacjent rozpoznaje i kreuje swój świat wewnętrzny. Na tej niełatwej drodze pomocne mogą okazać się wspomnienia, skojarzenia, sny a także symbole (IPRI, <http://www.ipri.com.pl/nasz-coaching>).

Motywacja – aspekt teoretyczny

Zadaniem terapeuty jest w pierwszej kolejności wydobywanie, a następnie wzmacnianie motywacji wychowanka. Konieczne jest przy tym umiejętne wyrażanie empatii i akceptacji, unikania sądów, ocen czy krytyki (C. Barański, 2016, s. 41). Motywacja i motywowanie są terminami definiowanymi zarówno na gruncie psychologii jak i nauk społecznych. Ogólnie mówiąc, motywacja jest zespołem motywów, czyli inaczej przyczyn dla których człowiek zachowuje się w określony sposób (J. Reykowski, 1979, s. 68). Motywację definiuje się także, jako ogół motywów wpływających na decyzje człowieka o jego zachowaniu i kierunkach tego zachowania. Często też, utożsamiana jest z niezaspokojonymi pragnieniami, gdyż rozdzielenie tych dwóch pojęć jest raczej niemożliwe. Badacze zwracają uwagę, że niezwykle istotny jest stopień emocji. Zbyt intensywne emocje mogą pozbawić jednostkę możliwości działania lub spowodować błędne reakcje, zawężenie uwagi i zahamowania. Jednak od właściwego poziomu motywacji, zależy osiągnięcie wyznaczonych celów działania i zaspokojenie potrzeb. Potrzeby z kolei definiuje się, jako stan wewnętrzny, nadający efektom naszego działania charakteru atrakcyjności (M. Mazur, 2013, s. 157-158).

Potrzeby i pragnienia mogą być kształtowane poprzez wpływy kulturowe, stosunki społeczne, styl życia, ale mogą też mieć charakter wrodzony. Generalnie rzecz biorąc, motywacja jednostki może mieć charakter motywacji wewnętrznej (bodźce pojawiające się samoczynnie takie jak: odpowiedzialność, swoboda działania, możliwość samorealizacji) i zewnętrznej (ryzyko poniesienia kary lub nagrody) (M. Mazur, 2013, s. 159). Motywacja stanowi również jeden z najważniejszych powodów wpływających na rozwój jednostki i może wynikać z interakcji zarówno świadomej jak i nieświadomej. Motywację opisuje się trzema wyznacznikami: siłą czyli zdolnością do wyłączenia innych konkurencyjnych motywów, odporność na stres i zmęczenie; wielkością rozumianą, jako odpowiedni poziom aspiracji i intensywnością, określającą poziom mobilizacji organizmu (J. Lipowska, 2016, s. 39). Opanowanie motywacji, pozwoli na trwałe i przemyślane ćwiczenia, ma kluczowe znaczenie dla osiągnięcia wysokiego poziomu, np. w elitarnym sporcie, medycynie lub muzyce.

Wszystkie powyższe uwagi, stanowią fundament metody dialogu motywującego, który zmierza do rozbudzenia motywacji poprzez umiejętne motywowanie. Te dwa pojęcia nie są jednoznaczne. Motywowanie, jest bowiem procesem oddziaływania na motywację, czyli ma charakter czynnościowo- funkcjonalny, podczas gdy motywacja jest stanem i ma wymiar atrybutowy (Pietroń-Pyszczek A., 2007, s. 16; M. Mazur, 2013, s.

159). Dokładna znajomość mechanizmów motywowania i motywacji, ma dla terapeuty pracującego metodą dialogu motywującego, pierwszorzędne znaczenie i wpływa na skuteczność podejmowanych przez niego działań.

Możliwości wykorzystania dialogu motywującego w pracy z dziećmi ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi

Dialog motywując sprawdza się szczególnie w pracy z osobami nadużywającymi substancji psychoaktywnych, z problemami psychicznymi także w podstawowej opiece społecznej. Przynosi także pozytywne efekty w terapii młodych ludzi, pomagając im przezwyciężyć osobiste wyzwania poprzez odpowiednie umiejętności i techniki (J. Gieldarska, <https://psychologiadwpraktyce.pl/artukul/dialog-motywuujacy>).

Doświadczenia pokazują, że młodzież szybciej niż dorośli wychwytuje ducha pracy za pomocą dialogu.

Nie są to jednak jedyne dziedziny, gdzie można go skutecznie stosować, ale także szeroko rozumiany proces wychowania, w tym przypadku wychowania dzieci ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi, jest obszarem nadającym się do wykorzystania dialogu motywującego. Przygotowując uczniów do dorosłości, a przede wszystkim mając na uwadze dzieci niepełnosprawne, należy zwrócić uwagę na fakt, że często stają oni przed koniecznością wprowadzenia zmian w swoim zachowaniu i postawach życiowych. Potrzebują oni wsparcia ze strony terapeutów, dla których szczególnie przydatna w tym przypadku jest metoda dialogu motywującego, która doczekała się już licznych analiz i opracowań metodycznych i dostarcza skutecznych strategii radzenia sobie z wszelkimi „trudnymi rozmowami” Metoda dialogu motywującego przynosi bardzo dobre efekty w połączeniu z terapią poznawczo-behawioralną. Dialog motywacyjny inicjuje, bowiem motywację, której kierunek i siła mogą się zmienić w trakcie zmiany. Dlatego też bardzo skuteczne w podtrzymywaniu motywacji jest wprowadzenie metod opartych na działaniu, jak np. terapii poznawczo-behawioralnej, co w efekcie bardzo uskuteczniło terapię (S. Naar, S. A. Safren, 2020, s. 17).

W pracy z dziećmi ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi, metoda dialogu motywującego może mieć szerokie zastosowanie, tym bardziej, że może być prowadzona na różnych etapach pomocy. Szczególnie skuteczne wydają się tu być zajęcia grupowe. Istota tego typu spotkań, daje terapeutcie możliwość wykorzystania kompetencji i doświadczeń poszczególnych uczestników. Wymaga jednak od prowadzącego pracy nad grupą, sprowadzającej się do kolejnych faz: angażowania, rozwijania perspektyw, poszerzania perspektyw, decyzji i działania (C. Barański, 2016, s. 46). W efekcie, mają one doprowadzić do zbudowania odpowiednich relacji pomiędzy członkami grupy. Nie zawsze te relacje muszą być pozytywne, gdyż sytuacje konfliktowe mogą również być umiejętnie wykorzystane. Terapeuta

powinien umiejętnie zwracać uwagę na istniejące różnice w grupie i skutecznie reagować na wszelkie próby wykluczenia „odmiennego” członka grupy.

Odpowiednio przygotowana grupa daje jej członkom poczucie oparcia, a tym samym skłania do ujawniania szerszego spektrum ambiwalentnych stanów. W grupie łatwiej jest zidentyfikować własną ambiwalencję i wydatnie wspierać innych w rozwijaniu intencjonalności dwuwartościowej, co w konsekwencji może prowadzić do pożądanej zmiany zachowania. (C. Barański, 2016, s. 45). Zadaniem terapeuty w pracy z grupą, jest wzmacnianie motywacji uczestników do wymiany myśli w czasie toczącej się dyskusji. Tym sposobem uzyskuje informacje, na podstawie których ma możliwość do zastosowania szerokiej gamy form wsparcia i skoncentrowania się na kształtowaniu procesu zmian, a jednocześnie ma możliwość różnicowania interwencji motywujących tak, aby wszyscy mogli korzystać z oddziaływań terapeutycznych niezależnie od indywidualnego stanu terapii. Jednocześnie uczestnicy grupy, mają możliwość wzajemnego uczenia się i rozwijania kompetencji społecznych (C. Barański, 2016, s. 50). W pracy grupowej z dziećmi ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi, należy uwzględnić ich skłonności do modelowania zachowań. Chęć podjęcia działań w kierunku zmiany, bardzo często wzmaga motywację członków grupy do podobnych poszukiwań. Występują tu także typowe mechanizmy charakterystyczne dla pracy grupowej jak: identyfikacja z grupą, wspólnota przeżyć i sposób bycia, podatność na wpływ silnych przedstawicieli grupy, od których pozostali często czerpią wiedzę i porady.

Zakończenie

Dialog motywujący, od czasu powstania w latach 70-tych XX wieku, zyskał wielkie uznanie, jako jedna z najskuteczniejszych form terapii, ale nie tylko. Stosowany jest powszechnie przez ludzi świadczący pomoc drugiemu człowiekowi. Znalazł więc szerokie zastosowanie w medycynie przez lekarzy zwłaszcza pierwszego kontaktu, stosują go również pielęgniarki. Niezwykle przydatny okazał się dla dietetyków, doradców różnego rodzaju, pracowników penitencjarnych, kuratorów, rehabilitantów, fizykoterapeutów i wielu innych, którzy mają do czynienia z drugim człowiekiem. Znacznie mniej opracowań można znaleźć odnośnie zastosowania dialogu motywującego w pracy wychowawczej w ośrodkach szklono-wychowawczy, domach dziecka, zakładach poprawczych, choć nie ulega wątpliwości, że jest on tam powszechnie stosowanych.

USE OF MOTIVATIONAL DIALOGUE IN THE THERAPY OF CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS

Abstrakt

The method of motivational dialogue is one of the most popular and effective methods which are used in modern therapy. The method was established in the 1970s, in opposition to the commonly used but not very effective methods of confrontation. The aim of this article is to discuss the general assumptions of this method and to present my own thoughts on the possibility of using it in working with children with special educational needs.

Bibliografia

- Barański C., *Dialog motywujący w pracy z grupami osób podejmujących zachowania ryzykowne*, Psychoterapia 3 (178) 2016.
- Lipowska J., *Wypalenie zawodowe a motywacja do pracy i czynniki ją wzmacniające u kadry pedagogicznej instytucji opiekuńczo-wychowawczych*, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2016.
- Mazur M., *Motywowanie pracowników jako istotny element zarządzania organizacją*, Nauki Społeczne 2(8) 2013.
- Mrozowska O., Przeznak A., *Dialog motywujący – budowanie mostu do zmiany, Terapia. Uzależnienia i Współzależnienia* 1506, 2017.
- Naar S., S. A. Safren, *Dialog motywujący i terapia poznawczo-behawioralna*, Uniwersytet Jagielloński, 2020.
- Pietroń-Pyszczek A., *motywowanie pracowników – wskazówki dla menedżerów*, Wrocław 2007.
- Reykowski J., *Motywacja. Postawy prospołeczne a motywacja*, Warszawa 1979.

Netografia

- Gieldarska J., *Dialog motywujący*, <https://psychologiawpraktyce.pl/artykul/dialog-motywujaacy>, (dostęp: 17.11.2020).
- Instytut Psychoedukacji i Rozwoju Integralnego, <http://www.ipri.com.pl/psychoterapia> (dostęp: 18.11.2020).
- Studium Terapii Motywującej, <http://ptm.org.pl/konferencje-i-szkolenia/szkolenia/>, (dostęp: 17.11.2020).

Magdalena Żelichowska
Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie
II rok pedagogiki specjalnej

ALPAKOTERAPIA JAKO METODA WSPOMAGAJĄCA TERAPIE DZIECI I DOROSŁYCH

Wstęp

Alpakoterapia to jedna z najnowszych dziedzin zooterapii, polegająca na współpracy terapeuty i pacjenta z alpaką (*Vicugna pacos*). W Polsce alpaki pojawiły się w 2004 roku i szacuje się, że obecnie ich liczba wynosi około 2 tysięcy (M. Krajewska-Wędzina i in., 2020). Alpaki to zwierzęta pochodzące z rodziny wielbłądowatych. Są z natury spokojne, przyjacielskie, cierpliwe i inteligentne, a ponadto posiadają miękkie hipoalergiczne futro, dlatego wykorzystywane są szeroko wykorzystywane w terapii osób z zaburzeniami emocjonalnymi, społecznymi, poznawczymi, a także fizycznymi, zarówno wśród dzieci, jak i osób starszych (A. Kokocińska, 2017).

Terapia z udziałem zwierząt

Początki terapii z udziałem zwierząt sięgają czasów starożytnych – już na przełomie V i IV wieku p.n.e. Hipokrates zwracał uwagę na pozytywne skutki jazdy konnej, takie jak pobudzenie funkcji organizmu czy łagodzenie niektórych schorzeń (B. Kulisiewicz, 2007). Na przestrzeni wieków zwierzęta coraz częściej zostawały włączane w proces terapeutyczny zarówno dzieci, jak i osób starszych, a badania dotyczące ich pozytywnego wpływu na rozwój człowieka trwają do dziś. Zooterapia (inaczej animaloterapia) to naturalna metoda wspomaganie leczenia i rehabilitacji, oparta na bezpośrednim kontakcie pacjenta ze zwierzętami (A. Franczyk, K. Krajewska, J. Skorupa, 2012).

Najbardziej powszechna klasyfikacja zooterapii została zaproponowana przez amerykańską organizację Pet Partners. Według niej zooterapię, rozumianą jako Animal Assisted Intervention (AAI) dzielimy na:

- AAT (Animal Assisted Therapy), czyli ukierunkowane i celowe działania terapeutyczne, podlegające dokumentacji i ewaluacji. AAT stanowi najbardziej zaawansowaną formę AAI, w której zwierzę, spełniające określone kryteria, jest integralną częścią procesu leczenia, a osoba prowadząca posiada odpowiednie przygotowanie. AAT jest systematycznie planowana i ma na celu poprawę funkcji ruchowych, społecznych, emocjonalnych, czy też poznawczych pacjenta (K.A. Kruger, J.A. Serpell, 2006),
- AAA (Animal Assisted Activities), czyli zajęcia z udziałem zwierząt, przybierające formę zabawy i pracy ze zwierzętami, nie

będące udokumentowanym i konkretnym działaniem terapeutycznym. AAA zapewnia motywacyjne, edukacyjne, rekreacyjne, a także terapeutyczne korzyści dla poprawy jakości życia. Nie musi być prowadzona przez profesjonalistę. Zajęcia zwykle przybierają charakter spontaniczny, nie ma ściśle określonego planu działania terapeutycznego (K.A. Kruger, J.A. Serpell, 2006).

Niektórzy badacze wyróżniają jeszcze jedną kategorię – AAE (Animal Assisted Education), jednak ze względu na ząębienie się jej elementów z elementami AAA i AAT, nie została ona zatwierdzona jako odrębna kategoria. Należy pamiętać, że żadna forma zooterapii nie stanowi samodzielnej metody terapeutycznej, a jest jedynie metodą wspomagającą właściwy proces terapii, w tym również terapii pedagogicznej. W odniesieniu do alpakoterapii w Polsce, warto zaznaczyć, że AAT (Alpaca-Assisted Therapy) nie ma tak szerokiego zastosowania jak AAA (Alpaca-Assisted Activities), czyli spotkania z alpakami (J. Kapustka, M. Budzyńska, 2020), których rezultatem może być redukcja stresu, wzrost zaufania do ludzi i zwierząt, a także rozwój społeczny.

W zajęciach zooterapeutycznych można wykorzystywać praktycznie wszystkie zwierzęta – wybieramy je w zależności od celu, jaki chcemy osiągnąć i preferencji pacjenta, którego leczenie wspomagamy (A. Franczyk, K. Krajewska, J. Skorupa, 2012). Do najbardziej powszechnych i najlepiej opisanych rodzajów animaloterapii zaliczamy: kynoterapię (terapię z udziałem psa), hipoterapię (terapię z udziałem konia), felinoterapię (terapię z udziałem kota), onoterapię (terapię z udziałem osła), a także zyskujące coraz większą popularność: delfinoterapię i alpakoterapię.

Alpakoterapia

Alpaka (*Vicugna pacos*) jest przedstawicielem rodziny wielbłądowatych (*Camelidae*) i pochodzi z Ameryki Południowej, głównie z Peru, Chile i Boliwii. Żyje głównie w wysokich Andach, dostosowując się do panujących tam warunków atmosferycznych – suchego, upalnego lata i mroźnych zim. Adaptacje anatomiczno-fizjologiczne sprawiły, że alpaki mogą być hodowane w każdym klimacie, a więc także w Polsce. W światowej populacji wyróżniamy dwie rasy alpak: huacaya (ok. 85-90% populacji) i suri (ok. 10-15% populacji). Dotychczas nie udokumentowano większych predyspozycji do udziału w terapii żadnej z tych ras.

Alpaki są z natury zwierzętami łagodnymi, cierpliwymi, przyjaźnie nastawionymi do człowieka, dlatego też alpakoterapia znajduje szczególne zastosowanie we wspomaganiu terapii osób z zaburzeniami nerwicowymi, depresją, ADHD (zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi), zaburzeniami ze spektrum autyzmu, mózgowym porażeniem

dziecięcym, niepełnosprawnością intelektualną, czy też różnego rodzaju chorobami psychicznymi (A. Kokocińska, 2017).

Alpakoterapia odbywa się zazwyczaj w specjalnie do tego przygotowanych ośrodkach. Przy zakładaniu hodowli alpak czy ośrodków alpakoterapii, należy pamiętać, że alpaka jest zwierzęciem stadnym i nigdy nie powinna być hodowana w pojedynkę. W Polsce alpakoterapię stosuje się głównie w formie AAA (Alpaca-Assisted Activities), a podstawowym jej elementem jest kontakt człowieka ze zwierzęciem. Zanim prowadzący przystąpi do bezpośredniego zapoznania alpaki z pacjentem, istotne jest uświadomienie mu najważniejszych cech behawioru alpak. Postawa neutralna alpaki to wyprostowana pozycja ciała, głowa uniesiona wysoko, szyja pod kątem ok. 120° w stosunku do grzbietu, uszy podniesione, ogon luźno opuszczony przylega do ciała. Postawa lekkiego zaniepokojenia alpaki charakteryzuje się uszami położonymi po sobie i ustawieniem szyi pod kątem prostym w stosunku do grzbietu. Ważna jest także znajomość pozycji w sytuacji, gdy zwierzę wyczuwa niebezpieczeństwo: ogon wygięty łukowato, a uszy postawione. J. Kapustka i M. Budzyńska (2018) zwracają uwagę na duże znaczenie dźwięków, wydawanych przez alpaki w różnych sytuacjach. Wysokie, przenikliwe dźwięki wydaje osobnik, który wyczuwa zagrożenie. Dźwięki gardłowe, przypominające parskanie, charczenie lub kichanie stanowią sygnały ostrzegawcze (ostrzeżenie przed pluciem) lub też postawę agresywną. Zachowania te są jednak bardzo rzadkie. Neutralny dźwięk, wydawany przez alpaki jest trudny do określenia. Według Alpaca Ventures dźwięk ten przypomina buczenie, stanowiące niejako przedłużoną głoskę „m” (http://www.alpacaventures.com/about_alpaca.htm).

Pierwsze spotkanie ze zwierzęciem stanowi ważny punkt procesu AAA i AAT, ponieważ pozwala ustalić preferencje i indywidualne predyspozycje pacjentów. Do alpakoterapii należy wykorzystywać zwierzęta lubiące towarzystwo człowieka i chętne do współpracy. Zwykle w tym celu wybiera się osobniki o najłagodniejszym temperamencie (A. Kokocińska, 2017). Specjaliści zwracają jednak uwagę na to, że bez względu na cechy, zwierzę zawsze należy odpowiednio przygotować do pracy z człowiekiem. Szczególnie ważne jest znieczulenie zwierząt na bodźce dotykowe na tylnych kończynach oraz umiejętność chodzenia na smyczy (J. Kapustka, M. Budzyńska, 2020). Niekwestionowanym atutem alpak jest ich hipoalergiczne futro, nie zawierające lanoliny.

AAA (Alpaca-Assisted Activity) polega głównie na spotkaniu z alpaka. Możliwości kontaktu zwierzęcia z człowiekiem jest wiele – od zwykłej obecności, przez głaskanie i dotykanie, do karmienia i czesania alpaki. W przeciwieństwie do koni (hipoterapia) i osłów (onoterapia), alpaki nie mogą być ujeżdżane.

Obecność alpaki w bliskim otoczeniu człowieka wpływa pozytywnie przede wszystkim na jego sferę emocjonalną. Zwierzę jako istota żyjąca wykazuje spontaniczność w zachowaniu, co wywiera duży wpływ na poczucie bezpieczeństwa i bliskości, podobne jak w relacjach międzyludzkich (A. Kokocińska, 2017). Sam sympatyczny wygląd alpak sprawia, że ich obecność dostarcza pacjentom wiele radości i doznań estetycznych, co prowadzi do wzrostu poziomu endorfin i polepsza nastrój. Ponadto zwierzęta oferują bezwarunkową uwagę i akceptację, dzięki czemu mają szerokie zastosowanie we wspieraniu osób z depresją, zaburzeniami emocjonalnymi i lękowymi oraz z tymi, którzy czują się niekomfortowo w relacjach międzyludzkich. Realizacja AAA w obszarze obecności alpaki w bliskim otoczeniu polega w dużej mierze na coraz powszechniejszych spacerach z alpakami, zarówno indywidualnych, jak i grupowych. Dla osób z zaburzeniami psychicznymi prowadzi się także AAT, polegającą na przypisaniu zwierzęciu myśli i uczuć, których doświadcza pacjent, co pozwala na zwerbalizowanie jego trudności (www.carthveanalpacas.com). Alpaki, jak większość ssaków, wydzielają ciepło. Temperatura ciała alpaki jest o około 2°C wyższa od ludzkiej. Przeprowadzono szereg badań, potwierdzających wpływ bezpośredniego kontaktu ze zwierzęciem: głaskania, przytulania i dotykania, na obniżenie ciśnienia krwi (A. Franczyk, K. Krajewska, J. Skorupa, 2012). Alpaki posiadają niezwykle miłe w dotyku futro, porównywane często do jedwabiu. Przyjemny dotyk oddziałuje na ośrodkowy układ nerwowy, redukując stres i uczucie niepokoju, co z kolei stanowi doskonałą terapię dla osób z zaburzeniami lękowymi, nerwicą, ADHD czy narażonych na duży stres (A. Kokocińska, 2017). Realizacja AAA i AAT opiera się na dotyku i stopniowym wzroście jego intensywności. Zwykle pozostawia się pacjentowi swobodę w wykonywaniu aktywności, związanej z dotykiem, głaskaniem i przytulaniem zwierząt. Trzecim obszarem aktywności z udziałem alpaki są czynności pielęgnacyjne. Karmienie i czesanie alpak może mieć również działanie terapeutyczne. Opieka nad zwierzęciem sprawia, że u pacjentów, zwłaszcza dzieci, wzrasta poczucie własnej wartości, następuje nauka odpowiedzialności, a nade wszystko – spełniona zostaje potrzeba samorealizacji. Z tego też względu alpakoterapię kieruje się między innymi do osób z niepełnosprawnością intelektualną, mózgowym porażeniem dziecięcym, zespołem Downa i zaburzeniami ze spektrum autyzmu, które przez swoją odmienność od osób w normie, mają niekiedy bardzo zaniżony poziom poczucia własnej wartości. Zajęcia z udziałem alpak mogą przybierać także formę AAE (Alpaca-Assisted Education), ponieważ sama obecność alpaki ma silne oddziaływanie motywacyjne. Dzieci w obecności zwierzęcia mogą zdobywać wiedzę praktyczną i teoretyczną, poszerzać słownictwo czy odgrywać różne role (A.

Kurzeja, J. Godawa, 2009). Wiele instytucji i placówek edukacyjnych wykorzystuje obecność alpaki do wprowadzania elementów integracji sensorycznej, zagadnień edukacyjnych, usprawniania motoryki małej i dużej czy prowadzenia zajęć, mających na celu poszerzenie zakresu wiedzy i umiejętności z różnych dziedzin.

Zakończenie

Wśród wielu różnych metod terapeutycznych i wspomagających terapię, zooterapia zyskuje coraz większą liczbę zwolenników. Obecnie wielu badaczy próbuje usystematyzować tę metodę, podając coraz to nowe jej formy i sposoby oddziaływań na człowieka. Niewątpliwie jednak każda najmniejsza spontaniczna aktywność, związana z alpakami czy innymi zwierzętami leczniczymi (i nie tylko), stanowi doskonałą formę interakcji, z której każdy (zarówno człowiek, jak i zwierzę) może wyciągnąć korzyści według własnych potrzeb.

ALPACOTHERAPY AS A METHOD SUPPORTING THE THERAPY OF CHILDREN AND ADULTS

Abstrakt

Alpacas are the animals descended from camelidae family. They are calm, friendly, patient and intelligent by nature. Furthermore, they have soft hypoallergenic fur. This is the main reason why alpacas are widely used in supporting the therapy of people with various psychophysical disorders, such as neurosis, depression, anxiety disorders, ADHD, childhood autism, cerebral palsy or intellectual disability. Although animal-assisted therapy has been known in medicine since ancient times, alpacotherapy is a relatively new method of supporting the treatment.

Bibliografia

- Franczyk A., Krajewska K., Skorupa J., *Baw się poprzez animaloterapię. Przykłady gotowych sytuacji edukacyjnych z udziałem zwierząt*, Impuls, Kraków 2012.
- Kapustka J., Budzyńska M., *Cechy behawioru alpaki na podstawie obserwacji na pastwisku i w alpakarni* [w:] Wiadomości Zootechniczne, nr 3, 2018.
- Kapustka J., Budzyńska M., *The use of various animal species for therapeutic purposes in Poland: current perspectives* [w:] Acta Scientiarum Polonorum Zootechnika, nr 19(2), 2020.
- Kokocińska A., *Zooterapia z elementami etologii*, Impuls, Kraków 2017.
- Krajewska-Wędzina M., Raczyńska A., Najbar J., Turcewicz P., *Alpaki – nowy gatunek hodowlany w Polsce. Ogólna charakterystyka gatunku* [w:] Życie weterynaryjne, nr 95(7), 2020.
- Kruger K.A., Serpell J.A., *Animal-assisted interventions in mental health. Definitions and theoretical foundations* [w:] H.A. Fine (red.), *Handbook of animal-assisted Therapy. Theoretical Foundations and Guidelines for Practice*, Academic Press London, 2006.

Kulisiewicz B., *Witaj piesku! Dogoterapia we wspomaganiu rozwoju dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych*, Impuls, Kraków 2007.

Kurzeja A., Godawa J., *Wykorzystanie zooterapii w terapii pedagogicznej na przykładzie terapii z udziałem psa* [w:] Chowanna, 2009.

Netografia

<https://www.carthveanalpacas.com/Using-Alpacas-as-Therapy-Animals.pdf> [dostęp 20.01.2021].

petpartners.org/about-us/who-we-are [dostęp 20.01.2021].

jeziorkowo.pl/alpakoterapia [dostęp 22.01.2021].

[pl.wikipedia.org/wiki/Alpaka_\(zwierze\)](http://pl.wikipedia.org/wiki/Alpaka_(zwierze)) [dostęp 21.01.2021].

http://www.alpacaventures.com/about_alpaca.htm [dostęp 22.01.2021].

www.carthveanalpacas.com [dostęp 21.01.2021].

Sara Więcek
Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie
III rok, Pedagogika Specjalna

DELFINOTERAPIA - TERAPIA MEDYCyny **NIEKONWENCJONALNEJ**

Czemu delfiny są wyjątkowe?

Ze względu na środowisko życia delfinów, są one często uważane za ryby. Dopiero analiza ich funkcjonowania pozwala przyporządkować ich grupę do gromady ssaków. Co ciekawe stosunek wielkości masy mózgu do masy ciała u tych zwierząt wynosi 1/50, przy czym u człowieka stosunek ten wynosi 1/40. Pomimo, że wartości te nie są, aż na tyle istotne przy ocenie inteligencji – warto zauważyć, że delfiny są niezwykle mądrymi i opiekuńczymi ssakami. Na podstawie obserwacji wykazano, że przejawiają one oznaki samoświadomości, a niektóre osobniki potrafią zrozumieć do 60 słów. Porównując te fakty z charakterystyką innych zwierząt można wnioskować, iż są one szczególnym rodzajem istot.

Naukowcy, pomimo licznych badań, nadal nie podali kompletnych informacji dotyczących zdolności komunikacyjnych i socjalizacyjnych delfinów. Wiadomo już, że żyją one w stadach, pomagają sobie wzajemnie w przypadku choroby lub zranienia, a ich młode pozostają przy matkach przez pierwsze 3-8 lat swojego życia. Udowodniono także, że posiadają wyjątkową umiejętność echolokacji i porozumiewania się z przedstawicielami swojego gatunku. Uważa się je za niezwykle żartobliwe zwierzęta ze względu na odgłosy, którymi się posługują. Udowodniono, że każdy przedstawiciel wydaje odrębny dźwięk, przyrównywany do imienia osobnika.

O co tu pływa... ?

Na przestrzeni lat, zaobserwowano liczne osiągnięcia w zakresie podejmowanych działań terapeutycznych. Włączenie, w proces terapeutyczny, zwierząt jest jednym z wielu proponowanych rozwiązań. W Polsce animaloterapia skupia przede wszystkim specjalistów z zakresu dogoterapii, hipoterapii, a nawet alpakoterapii. Kontakt ze zwierzęciem pozytywnie wpływa na rozwój i funkcjonowanie człowieka.

Uwzględniając specyfikę gatunku, amerykański psycholog David Nathanson po raz pierwszy zastosował delfinoterapię w 1978 roku. W swoich badaniach opisał przypadki 8 chłopców z zaburzeniami rozwoju, cierpiących na autyzm, mózgową porażenie dziecięcy oraz zespół Downa. Odnotował on progres rozwojowy u każdego z chłopców, przy czym najwyraźniejszy odnosił się do chłopca z Zespołem Downa. Wyniki badań zainspirowały

kolejnych specjalistów do rozważań nad włączeniem delfinów do procesu terapeutycznego.

Obecnie delfinoterapia (ang.: Dolphin Assisted Therapy) zaliczana jest do praktyk medycyny niekonwencjonalnej. Polega ona na uatrakcyjnieniu wykonywanych ćwiczeń, dostosowanych do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjentów. W sesji udział biorą 4 współdziałające ogniwa: pacjent, delfin, terapeuta i trener delfina. Obecność zarówno terapeuty, jak i trenera ma na celu zwiększyć bezpieczeństwo prowadzonej pracy. Dzięki takiemu składowi możliwe jest, aby terapeuta skupił się wyłącznie na pacjencie. Mimo to jego obowiązkiem jest czuwanie nad aktywnością delfina.

Istotą terapii z udziałem delfinów jest równoległe oddziaływanie terapeutyczne: ultradźwięków oraz kontaktu ze zwierzęciem i kierującym procesem terapeutą. Nieocenionym walorem metody jest również środowisko, w którym przebiega terapia. Woda jest niezwykle pomocna podczas rehabilitacji. Jej siła wyporu sprawia, że ciało jest lżejsze, co z kolei ułatwia wykonywanie ćwiczeń. Obecność zwierzęcia działa motywująco i stanowi urozmaicenie dla tradycyjnych, wieloletnich terapii. Dotychczas znana i monotonna praca przybiera formę zabawy.

Zastosowanie ultradźwięków w medycynie znane jest od kilkudziesięciu lat. Te wysokiej częstotliwości fale dźwiękowe, przy odpowiednim natężeniu mogą wpływać na organizm człowieka wywołując m.in.: modyfikacje w błonie komórkowej, zmiany właściwości wzrostu komórek, zmiany w organellach komórkowych (głównie w mitochondriach), uszkodzenia DNA. Istnieje przekonanie, że wysyłane przez narząd echolokacyjny – ultradźwięki regenerują uszkodzone komórki oraz usprawniają przepływ hormonów, wpływając tym samym na poprawę w zakresie wymiany substancji między komórkami organizmu. Zwolennicy tzw. modelu sonoforetycznego wskazują na przeciwbólowe działanie echolokacji oraz znaczną modyfikację aktywności bioelektrycznej mózgu na skutek kontaktu człowieka z delfinem. David Nathanson w swoich badaniach nie uwzględniał leczniczego wpływu ultradźwięków. Zakładał, że trudności dzieci z niepełnosprawnością intelektualną i innymi zaburzeniami wynikają z deficytów uwagi, a nie niezdolności do przetwarzania informacji. Psycholog traktował delfinoterapię jako uzupełnienie innych form, zwracając szczególną uwagę na poprawienie zdolności skupienia uwagi i zwiększenie motywacji do nauki.

W obliczu badań

W jednym z badań, prowadzonych w 1997 roku – Nathanson porównał skuteczność 2-tygodniowej delfinoterapii i 6-miesięcznej terapii w formie tradycyjnej. Wówczas zwierzęta traktowano jako motywator do nauki, gdyż poprawna reakcja dziecka skutkowałą, np. możliwością pogłaskania delfina.

W badaniu udział wzięło 47 dzieci, które rozdzielono na dwie grupy. Celem postawionym względem grupy pierwszej była poprawa zdolności ruchowych, natomiast drugiej – poprawa umiejętności werbalnych. Po ukończeniu terapii odnotowano w I grupie 71% poprawę, a w grupie II 57%. Nie był to jednak koniec badań nad tym zagadnieniem. Już rok później podjęto działania w celu ustalenia długofalowości efektów delfinoterapii. W tym celu wystosowano ankietę do rodziców, których dzieci odbyły terapię, co najmniej rok wcześniej. Mieli oni za zadanie wskazać jedną z opcji: ‘nigdy’, ‘rzadko’, ‘często’; ‘zwykle’, ‘zawsze’, ‘nie dotyczy’. Na podstawie wyników uznano, że najskuteczniejsze rezultaty nastąpiły w zaangażowaniu się w aktywność rodziny i zajęcia szkolne; a najmniejsza poprawa nastąpiła w obszarze pisania i czytania.

Tym optymistycznym wizjom sprzeciwili się Marino i Lilienfeld (1998), którzy zauważyli, że prowadzone badania miały wiele niedociągnięć metodologicznych. Wśród podstawowych błędów wymienili brak danych względem, których można by obiektywnie stwierdzić poprawę koncentracji. Nie wykonano badań ani przed rozpoczęciem terapii, ani po jej ukończeniu. Brak grupy kontrolnej w znacznym stopniu kwestionuje słuszność podejmowanych przez psychologa badań.

Dodatkowo nie zgadzali się oni z wysnutą przez Nathansona podstawą teoretyczną, zgodnie z którą trudności w skupieniu uwagi są głównym problemem dzieci z zaburzeniami układu nerwowego. Za kolejną sporną kwestię uznano poprawność w mierzeniu wyników badań. Odniesiono się bowiem do mogącego wystąpić efektu oczekiwania, zgodnie z którym osoby przeprowadzające badanie, dokonywały oceny rezultatów przez pryzmat podjętych wcześniej założeń.

Podobnej analizy dokonano względem drugiego badania. Podważyli oni słuszność długofalowości delfinoterapii tłumacząc, że odbywająca się ponad rok temu terapia nie była jedyną formą, której dziecko przez ten czas podlegało. Zwrócono również uwagę na subiektywizm oceny rodziców oraz sposób, w jaki formułowano pytania.

Nie były to jedyne podejmowane badania, względem których wystosowano zarzuty pod względem nieprawidłowości metodologicznych. Na podstawie tak licznych wątpliwości uznano, że sytuacja nie pozwala na jednoznaczne wnioskowanie na temat skuteczności delfinoterapii.

Jednymi z najskuteczniejszych prowadzonych badań okazały się te prowadzone z udziałem 30 uczestników mających objawy łagodnej i średniej depresji. Prowadzone przez Antonioli’ego i Reveley’a w 2005 roku badanie nad skutecznością delfinoterapii, wykazało, iż większa redukcja objawów nastąpiła w grupie osób, które pływały z delfinami, aniżeli w grupie osób pływających na rafie koralowej bez delfinów.

Korzyści delfinoterapii i jej adresaci

Do niewątpliwych korzyści wynikających z takiej formy rehabilitacji należą:

- relaksacja i odprężenie
- rozwój aparatu mięśniowo-szkieletowego
- zwiększona synteza endorfin, które odpowiedzialne są za pozytywny nastrój
- rozwój kompetencji społecznych, będący wynikiem bezpośredniej interakcji z uspołecznionymi zwierzętami

Liczne badania i analizy pozwalają także na skategoryzowanie korzyści płynących z delfinoterapii. Wówczas rozpatruje się kolejno aspekt:

- Fizjologiczny (przejawiany przez wzmocnienie mięśni, mobilizację stawów, zahamowanie patologii zachowań i poprawę kontroli ruchów oraz poprawę koordynacji)
- Subiektywnego odczuwania ciała (będący konsekwencją - fizycznego wymiaru terapii i nowych doświadczeń doznawanych przez bezpośredni kontakt z delfinem) Celami realizowanymi w tym zakresie są: usprawnianie percepcji stanów napięcia mięśniowego, regulacja równowagi, koordynacja ruchów ciała, poprawa schematu ciała i postrzegania ruchowego/wizualnego/słuchowego.
- Emocjonalny (zapewniony przez wielozmysłowe doznania oraz aktywizację uczuć takich jak: radość, niezależność, żywotność, zaufanie, szczęście, lekkość)
- Kognitywny (odnoszący się do myśli, symboli, informacji, pamięci, i innych procesów umysłowych; kształtowanie wzorców myślenia i pojmowania; dostarczenie różnorodnych sposobów zdobycia wiedzy, co zapewni jej długofalowość)
- Praktycznego zachowania (wyrażany przez nowe doświadczenia, które pozwalają na poznanie siebie i swojego otoczenia z odmienną niż dotychczas perspektywą)
- Socjalno-rodzinny (rozumiany jako wytworzenie emocjonalnej więzi i systemu wsparcia między pacjentem a pozostałymi osobami z jego otoczenia; interesujące doświadczenia pozytywnie wpływają na inicjację rozmów z bliskimi, co w znacznym stopniu usprawnia proces terapeutyczny)

Niezwykłe cennym atutem delfinoterapii jest redukcja lęków, która następuje poprzez:

- Utrzymywanie kontaktu cielesnego i emocjonalnego
- Brak różnicowania chory-zdrowy w podejściu zwierzęcia
- Akceptację przez zwierzę, które nie wydaje osądów
- Umocnienie poczucia własnej wartości

- Odwrócenie uwagi dziecka od sytuacji wywołującej lęki
- Brak konieczności komunikacji drogą werbalną, a pomimo to zachowana zostaje interakcja i komunikacja w relacji delfin-pacjent

Pomimo licznych zalet terapii z udziałem delfinów, należy również uświadomić przeciwwskazania do podjęcia tego rodzaju pracy. Wyjątkowo niebezpieczne może być to w odniesieniu do osób z epilepsją, u których sama kąpiel wiąże się z niebezpieczeństwem, a obecność delfinów dodatkowo nasila aktywność epileptyczną, co może prowokować ataki.

Niemniej jednak można wskazać na listę zaburzeń, przy których zastosowanie delfinoterapii jest zalecane. Wśród nich wymienia się:

- zaburzenia ze spektrum autyzmu
- ADHD
- choroby centralnego układu nerwowego,
- pourazowe i wrodzone porażenie mózgowe,
- zespół Downa i inne zespoły genetyczne,
- opóźnienia psychoruchowe,
- zaburzenia zachowania i nastroju
- alergie
- nadwrażliwość sensoryczną
- upośledzenie umysłowe,
- zaburzenia mowy i słuchu,
- głuchotę nerwowo sensorową,
- zaburzenia pamięci,
- zaburzenia w przyswajaniu wiedzy
- urazy psychiczne (wypadki, krytyczne incydenty, traumy)
- zaburzenia żywienia i przemiany materii zaburzenia hormonalne.

Delfiny w roli terapeutów – w Polsce i za granicą

Współcześnie istnieje kilka ośrodków świadczących pomoc z zakresu delfinoterapii. Najślynniejsze z nich są zlokalizowane w Ameryce, Turcji i na Ukrainie.

Dużym problemem w podjęciu delfinoterapii jest wysoki koszt kursu. W Stanach Zjednoczonych cena jest na tyle wygórowana, że dostęp do niej jest dostępny tylko dla wybranych. Postuluje się, aby to społeczeństwo opłacało koszty terapii dla dzieci z niepełnosprawnością – na wzór rozwiązania z Moskwy, gdzie to przez lata koszty pokrywał mer Moskwy. Z kolei w Doniecku za dofinansowanie odpowiedzialne są organizacje charytatywne. Pomimo wieloletnich starań, w celu powołania Górnośląskiego Centrum Delfinoterapii, forma ta nadal pozostaje usługą niedostępną. Stowarzyszenie nie posiada dostatecznego kapitału, aby uzyskać kredyt na budowę delfinarium. W celu uzyskania potrzebnych funduszy organizuje się liczne

zbiórki i działania mające doprowadzić organizatorów do celu. Pomysłodawcy planują, aby prowadzone zajęcia były przeznaczone dla osób z chorobami psychicznymi, neurologicznymi i onkologicznymi oraz dla kobiet z nieprawidłowym przebiegiem ciąży. Centrum pragnie, aby w obiekcie prowadzić zajęcia z 5 delfinami butlonosami. Niestety od kilku lat plany te pozostają jedynie wizją, której zrealizowanie wymaga jeszcze mnóstwa nakładów pracy.

Co ważne Polska nie znajduje się poza wszelkimi działaniami z zakresu delfinoterapii. Fundacja „Dobra Wioska” już od ponad 10 lat realizuje zintegrowany program delfinoterapeutyczny. Prezesem Fundacji jest dr Oksana Dąbrowska, która we współpracy z trenerami delfinariów z Turcji, opracowała unikatowy kompleks działań psychologiczno-medycznych. Organizowane tam turnusy obejmują 10 sesji delfinoterapii, z których każda trwa 25 minut oraz 10 godzin zajęć dodatkowych. Niezwykłym elementem turnusów jest to, że mogą w nich uczestniczyć nie tylko dzieci z niepełnosprawnością, ale także ich rodzice i rodzeństwo (co oczywiście wiąże się z dodatkowymi kosztami). Każdego roku do Ośrodka przybywa około 120 rodzin z Polski, Rosji i Niemiec. Najistotniejszym elementem działań jest relacja pomiędzy pacjentem i delfinem, która zostaje wypracowana przez terapeutę w oparciu o elementy zabawy interaktywnej. Nie istnieje jedna uniwersalna strategia terapeutyczna. Każdy pacjent stymulowany jest zgodnie z indywidualnie dobranym zestawem zabaw i ćwiczeń.

Podobną pomoc można uzyskać nieco bliżej – na Ukrainie, gdzie zlokalizowany jest Ośrodek Delfinoterapii Ukraińskiej Akademii Nauk w Kozacznej Buchcie. Turnus tam organizowany obejmuje 10 sesji, każda po 25 min – co łącznie wymaga nakładu finansowego o wartości 1000 euro.

Krytyka wobec delfinoterapii

Powszechnie działające organizacje na rzecz zwierząt, sprzeciwiają się tej formie terapii. Wolontariusze uważają, że osobniki żyjące w delfinariach trafiają do nich przez ‘łapankę’. Wiele z nich po połowie nie przeżywa samego transportu, a nawet jeśli to się uda to zwierzęta tam trafiające są zestresowane, przemęczone, a tym samym agresywne. Odnotowano nawet przypadki ataków na ludzi, czy samobójstw dokonywanych przez delfiny, na skutek świadomego niejedzenia lub uderzania o ściany basenu. Czyny te tłumaczy się wysokim stopniem samoświadomości delfinów, które zdolne są do wytwarzania bogatych więzi społecznych oraz odczuwania stanów takich jak stres czy cierpienie, wykraczając poza poziom fizjologiczny.

Nie tylko obrońcy praw zwierząt poddają wątpliwości ten rodzaj terapii. Betsy Smith w 2007 r. uznała, że delfinoterapia jest nieefektywna i jej celem jest głównie wyłudzenie pieniędzy od pacjentów. Pomimo licznych

publikacji, w których wykazała, że nie odnotowała ona znacznej poprawy w funkcjonowaniu pacjentów, istnieją ośrodki, które nadal powołują się na jej prace z lat 90., w których to jej stanowisko było nieco odmienne.

Co ciekawe, nie tylko doktor Smith wycofała się ze swoich poprzednich założeń. Sam pionier działań – David Nathanson wycofał się z prowadzenia i propagowania idei delfinoterapii. W 2007 roku wprost zadeklarował, że nie potwierdza efektów leczenia ultradźwiękami emitowanymi przez delfiny. W konsekwencji postanowił on zamknąć swój ośrodek na Florydzie po ponad 30 latach praktyki. Nie wycofał się on jednak całkowicie z działań podejmowanych na rzecz dzieci, gdyż rozważał otwarcie nowego ośrodka terapeutycznego na Kajmanach. Swoją decyzję argumentował: „Interakcje pacjenta z delfinem są po prostu formą nagrody za podjęty wysiłek i udział w ćwiczeniach, a nie terapią samą w sobie”.

Warto wspomnieć także o badaniach, które wykazały, że jednakowy efekt jest możliwy do uzyskania przy udziale delfina – robota. Odkrycie to było na tyle przejmujące, że dr Nathanson postanowił wycofać się z życia publicznego, a kontakt z nim jest praktycznie niemożliwy.

Podsumowanie

Delfiny to bardzo przyjazne i inteligentne zwierzęta. Ich obecność z pewnością pozytywnie oddziałuje na motywację dziecka w procesie terapeutycznym. Należy jednak zachować ostrożność przy definiowaniu wniosków odnośnie innych dobrodziejstw uzyskiwanych za pośrednictwem tej metody. Jak wynika z przytoczonych treści, nawet osoby, które dotychczas były zwolennikami techniki, obecnie poddają swoje założenia weryfikacji. Warto również zauważyć, że dostęp do Ośrodków Delfinoterapeutycznych nie jest łatwy, co dodatkowo nie sprzyja podejmowaniu terapii, a koszty z tym związane następczą kolejnych problemów. Nie wyklucza się jednak pozytywnego wpływu delfinów na poprawę funkcjonowania pacjentów. Wielokrotnie w badaniach odnotowano wzrost zachowań społecznych, a środowisko w którym prowadzone są sesje stanowi kolejny walor terapii, nawiązując w ten sposób do oddziaływań charakterystycznych dla hydroterapii.

Bibliografia

Antonoli C., Reveley M., *Randomised controlled trial of animal facilitated therapy with dolphins in the treatment of depression. British Medical Journal, 331(7527), 1231, (2005).*

Buchnat M., Rzepka M., *Delfinoterapia w usprawnianiu dzieci z zaburzeniami w rozwoju – dylematy i kontrowersje*, Repozytorium Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza,

<https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/9882/1/Delfinoterapia%20w%20usprawnianiu%20dzieci.pdf>

- Miłowska K. (2007). *Ultradźwięki – mechanizmy działania i zastosowanie w terapii sonodynamicznej. Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 61, s. 338-349
- Nathanson D., de Castro D., Friend H., McMahon M. (1997). Effectiveness of Short-Term Dolphin-Assisted Therapy for Children with Severe Disabilities. *Anthrozoös*, 10(2-3), s. 90-100.
- Nathanson D. (1998). Long-Term Effectiveness of Dolphin-Assisted Therapy for Children with Severe Disabilities. *Anthrozoös*, 11(1), s. 22-32.
- Nathanson D. (2007). Reinforcement Effectiveness of Animatronic and Real Dolphins. *Anthrozoös*, 20(2), s. 181-194
- Witkowski T., *Delfinoterapia*, Bardziej Kochani 2/2015, red. Danielewska E.

Netografia

- <https://delfinoterapia.com.pl/czym-jest-delfinoterapia/#0>
- <https://www.medme.pl/artykuly/delfinoterapia-na-czym-polega-cena-w-polsce-i-na-swiecie,87176.html#delfinoterapia-w-polsce>
- <https://www.dobrawioska.pl/>
- <https://divers24.pl/32571-fakty-i-mity-delfinoterapii/>

Jasmina Łukaszczyk-Cibiorz
Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie
II rok, pedagogika specjalna

DOGOTERAPIA JAKO FORMA REHABILITACJI OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ

Wstęp

Według współczesnej definicji animaloterapia to „naturalna metoda wspomaganie leczenia i rehabilitacji osób niepełnosprawnych oparta na bezpośrednim kontakcie ze zwierzętami” (A. Franczyk, K. Krajewska, J. Skorupa, 2012, s. 9). W tym sensie, animaloterapię dzieli się ze względu na gatunek zwierząt wykorzystywany w terapii osób z różnego rodzaju dysfunkcjami – można więc powiedzieć, że dogoterapia (z angielskiego dog – pies) lub też inaczej kynoterapia (z greckiego *kyon* – pies) (<http://www.bronks.pl/kynoterapia/>), czyli terapia z udziałem psa, jest tak naprawdę jednym z rozgałęzień tego rodzaju terapii. Zagłębiając się w problematykę udziału psów w terapii osób niepełnosprawnych intelektualnie można dostrzec, że jest ona jedną z najbardziej korzystnych metod wspomagających ich rehabilitację.

Rozwój dogoterapii na przestrzeni lat

Wpływ zwierząt na zdrowie psychiczne oraz fizyczne człowieka był zauważany już w starożytności, jednak jeśli chodzi o rozwój dogoterapii to rozwinął się on intensywniej dopiero w XX wieku. Właśnie wtedy Boris Levinson – amerykański psychiatra dziecięcy zauważył, że niektóre dzieci autystyczne przychodzące do niego na sesje, które ogółem przejawiały problem w kontaktach międzyludzkich, nie miały tego typu problemów w kontaktach z jego psem (D. Jagielski, A. Jagielska, A. Pyszora, 2014, s. 165). Z tego względu B. Levinson postanowił zacząć stosować terapię z udziałem swojego psa, co w rezultacie przyniosło korzystne efekty podczas sesji z dziećmi z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Aktualnie terapia z udziałem psa jest jedną z najbardziej efektywnych metod terapeutycznych, ponieważ jej korzyści zauważa się najczęściej nie tylko u osób niepełnosprawnych intelektualnie, ale jak podaje W. Boruta, również „u osób z tzw. dziecięcym porażeniem mózgowym, niedowładem kończyn, zaburzeniami rozwoju motorycznego, zanikiem mięśni oraz zaburzeniami ze spektrum autyzmu” (D. Jagielski i in., 2017, s. 175).

Główne założenia i cele terapii z udziałem psa

Dogoterapia wspiera rehabilitację osoby niepełnosprawnej w wielu płaszczyznach. Do podstawowych zadań tego rodzaju terapii zalicza się przede wszystkim zaspokojenie potrzeby bliskości, uspokojenie i leczenie

osób z niepełnosprawnością intelektualną, jednak oprócz tego do zadań kynoterapii należy uodpornienie na stres, modelowanie postaw i zwiększenie ufności z jednoczesnym zmniejszeniem agresji (T. Bobrowski, 2014). Osoba niepełnosprawna intelektualnie ma możliwość dotykania zwierzęcia, dlatego jest w stanie przeżywać emocje związane z tą czynnością – jest w stanie uczyć się wyznaczania granic, jeśli chodzi o siłę z jaką dotyka psa, terapia z psem pozwala takiej osobie lepiej poznać swoje ciało poprzez uczucia, jakie towarzyszą mu podczas głaskania go – chodzi tutaj o stymulowanie zmysłu dotyku. Oprócz tego dogoterapia wzmacnia też działanie zmysłu słuchu i wzroku, co przekłada się na ćwiczenie koncentracji oraz uwagi. Osoba przejawiająca trudności w kontaktach międzyludzkich może zacząć łatwiej rozumieć swoje uczucia i emocje związane z kontaktem ze zwierzęciem.

Współczesne obszary dogoterapii

Organizacja *Pet Partners* podzieliła dogoterapię na poszczególne obszary, które wyjaśniają praktyczną rolę psa w terapii (<https://petpartners.org/learn/terminology/>):

1. Animal-Assisted Intervention (AAI) – interwencja z udziałem zwierząt to interwencje ukierunkowane na cel. Włączają zwierzęta do zdrowia, edukacji i życia codziennego ludzi objętych terapią dla poprawy ich zdrowia i samopoczucia.
2. Animal-Assisted Therapy (AAT) – ten rodzaj terapii jest zaplanowaną i udokumentowaną interwencją terapeutyczną pod okiem pracowników służby zdrowia, którzy wykonują terapię w ramach swojego zawodu.
3. Animal-Assisted Education (AAE) – edukacja w asyście zwierząt jest kierowana przez nauczyciela ogólnego lub specjalistę. Ćwiczenia w tym obszarze koncentrują się na wzmocnieniu umiejętności prospołecznych oraz poprawie funkcjonowania poznawczego.
4. Animal-Assisted Activities (AAA) – to zajęcia w asyście zwierząt, które zapewniają rozwój możliwości edukacyjnych, motywacyjnych i rekreacyjnych w celu poprawy jakości życia. Zajęcia te mają charakter nieformalny, ponieważ są wykonywane przez wyszkolonego profesjonalistę, paraprofesjonalistę lub wolontariusza we współpracy ze zwierzęciem, które spełnia określone wymagania.
5. Animal-Assisted Crisis Response (AACR) – jest to forma działań z zaangażowaniem zwierząt, która zapewnia komfort osobom, które zostały dotknięte różnego rodzaju katastrofami naturalnymi, spowodowanymi przez człowieka lub technologię. Udowodniono skuteczność tej formy dogoterapii, ponieważ okazało się, że wzrost poczucia bezpieczeństwa i zaabsorbowanie zwierzęciem mają

wpływ na budowanie relacji z osobą dotkniętą kryzysem psychicznym.

6. Animal-Assisted Workplace Well-being (AAWW) – jest to dobrostan wprowadzony w miejscu w pracy za pomocą zwierząt. Przeprowadzane jest to w taki sposób, że wyszkolone zwierzęta odwiedzają miejsce pracy, zwiększając w ten sposób satysfakcję i produktywność pracowników. Liczne badania wykazały, że gdy ludzie zajmują chociaż chwilę swojego czasu na kontakt ze zwierzęciem to zmniejsza się ich stres. Ponadto wprowadzenie takich zwierząt na miejsce pracy prowadzi do zwiększenia poziomu zaufania między współpracownikami i bardziej efektywnej współpracy.
7. Animal-Related Engagement (ARE) – zaangażowanie związane z kontaktem ze zwierzętami to każda okazja, która pozwala czerpać uczestnikom terapii korzyści z więzi na linii człowiek-zwierzę poprzez zachęcanie do przypominania sobie uczuć, które kojarzą im się z wchodzeniem w interakcję ze zwierzęciem.

Ponadto do obszarów dogoterapii włączono dwa terminy nawiązujące do udziału psów we wspomaganiu w terapii:

1. HAB – jest to więź, która łączy człowieka ze zwierzęciem. Termin ten stworzył amerykański psychiatra Leo. K. Bustad w 1983 roku. Więź ta jest kluczowym elementem dogoterapii i ma na celu wzmocnienie procesów terapeutycznych między dzieckiem z niepełnosprawnością intelektualną, a zwierzęciem (K. Sipowicz i in., s. 56, 2016)
2. READ – polega na nauce czytania z udziałem psów. Program ten jest skierowany do dzieci mających problemy z nauką czytania i pisania. W tym rodzaju terapii biorą udział wyłącznie psy, które posiadają certyfikat uprawniający je do pracy z dziećmi (tamże, s.57, 2016). Dzięki czytaniu na głos przed publicznością w postaci psów, dzieci uczą się walczyć z lękiem związanym z wystąpieniami publicznymi. Czytając na głos w bezstresowej atmosferze są w stanie zwiększyć zdolność czytania ze zrozumieniem i rozbudować swoje słownictwo.

Korzyści wynikające z udziału psów w leczeniu osób z niepełnosprawnością intelektualną

Kynoterapia niezależnie od wieku może przynieść maksymalną ilość korzyści dla osoby objętej tą formą wsparcia terapeutycznego. Jedną z zalet tej terapii jest to, że osoba niepełnosprawna intelektualnie po kontakcie ze zwierzęciem staje się ożywiona i z powodu przyływu energii używa gestykulacji i reakcji głosowych. Dzięki temu możliwe jest pobudzenie u dziecka uspiionych wcześniej reakcji werbalnych i niewerbalnych. Osoba z

niepełnosprawnością intelektualną w przyływie radości jest w stanie podzielić się swoimi emocjami z otoczeniem na swój własny, unikalny sposób (np. poprzez nagły okrzyk, głośny śmiech). Jak się okazuje, korzyści wynikające z objęcia osoby niepełnosprawnej tymi wszystkimi procesami terapeutycznymi znalazły swoje poparcie w licznych badaniach naukowych. Jak podają badania z 2014 roku dogoterapia wzmacnia interakcje społeczne, sprawność manualną, koncentrację, komunikatywność i zmniejsza napięcie nerwowe (K. Sipowicz i in., 2016, za: Brown, Swanson, Schiro-Geist, 2014). Dzięki dogoterapii możliwe jest także obniżenie lęku ściśle związanego z tym, co wewnątrz przeżywa osoba niepełnosprawna intelektualnie i podniesienie jego rozwoju ruchowego. Oprócz tego młoda osoba objęta tą formą terapii może nauczyć się jak należy dbać o higienę swoją oraz zwierzęcia – jeśli chodzi o higienę osobistą to rozumie się przez to mycie rąk po zabawie z psem, natomiast w odniesieniu do higieny zwierzęcia to należy się tu odnieść do dokarmiania, nawadniania czy czesania go. Należy mieć jednak na uwadze, że czym starsza jest osoba objęta dogoterapią, tym mniejsze efekty pracy będą możliwe do uzyskania. Wynika to przede wszystkim z tego, że dzieci są w stanie rozwinąć niektóre sfery rozwoju w okresie dziecięcym, czy okresie dorastania, natomiast osoba, u której wystarczająco nie pielęgnowało się rozwoju w konkretnych sferach, nie będą w stanie usunąć, zmienić bądź zminimalizować pewnych zachowań. Nie oznacza to jednak, że terapia z udziałem psów nie przyniesie dorosłej osobie z niepełnosprawnością intelektualną żadnych korzyści. W kynoterapii istnieją pewne niezmiennie korzyści, które mogą pojawić się u osoby objętej terapią bez względu na jej wiek – dzięki takiej formie terapii nadal możliwe jest podniesienie jej nastroju, pobudzenie u niej zmysłu zapachu, wzroku oraz węchu i zmniejszenie agresji poprzez kontakt z wyszkolonym psem.

Zakończenie

Podsumowując, dogoterapia jako forma rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną jest jedną z najbardziej efektywnych i jednocześnie nieinwazyjnych metod wspomagania w procesie rehabilitacji. Terapia z udziałem psów jest dość naturalnym sposobem na uwrażliwienie osoby niepełnosprawnej intelektualnie. Uczy rozumienia własnych uczuć i emocji, oddziałuje na wiele zmysłów, pomaga w doświadczeniu przeżyć związanych z dotykaniem zwierzęcia i pomaga wprowadzić osobę niepełnosprawną w podstawy higieny swojej oraz zwierzęcia, którym się zajmuje. Istotne jest, aby rodzaj dogoterapii odpowiednio dobrać do indywidualnych potrzeb, stopnia niepełnosprawności oraz problemów, z jakimi zmagają się osoba, którą decyduje się poddać tej formie leczenia. Warto pamiętać, że terapia z psem prowadzona w sposób regularny i długofalowy

może przyczynić się do uzyskania maksymalnych możliwych efektów podczas sesji z udziałem psa.

DOG THERAPY AS A FORM OF REHABILITATION FOR PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITIES

Abstract

The article presents dog therapy as a form of support for people with intellectual disabilities. Over the years, therapy with dog has developed which has proved that it is the one of the most beneficial types of therapy. Many sources confirm that with the help of specialized and experienced Staff, a disabled person can derive the maximum number of benefits from this kind of therapy. In conclusions, author presents history, goals, areas of dog therapy and benefits of this form of animal therapy.

Bibliografia

Bobrowski T.: *Jak pomóc dziecku niepełnosprawnemu intelektualnie – poradnik dla rodziców i terapeutów*, Self-publishing, 2014.

Boruta W.: *Dogoterapia jako metoda wsparcia rozwoju osoby niepełnosprawnej intelektualnie – wybrane aspekty* [w:] Student Niepełnosprawny. Szkice i rozprawy, nr 17, 2017.

Franczyk A., Krajewska K., Skorupa J.: *Baw się poprzez animaloterapię*, Impuls, Kraków, 2012.

Jagielski D., Jagielska A., Pyszora A.: *Dogoterapia, historia, założenia, cele. Propozycja zastosowania w opiece paliatywnej* [w:] Medycyna Paliatywna w Praktyce, nr 4, 2014.

Sipowicz K., Najbert E., Pietras T.: *Dogoterapia jako forma wsparcia osób z niepełnosprawnością* [w:] Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo, nr 1, 2016.

Netografia

<http://www.bronks.pl/kynoterapia/> [dostęp: 17.01.2021].

<https://petpartners.org/learn/terminology/> [dostęp: 17.01.2021].

Sara Więcek
Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie
III rok, Pedagogika Specjalna

“Czytanie to jest odnajdywanie własnych bogactw i własnych możliwości
przy pomocy cudzych słów”
~ Jarosław
Iwaszkiewicz

„LECZNICA DLA DUSZY” – O TERAPEUTYCZNYCH WŁAŚCIWOŚCIACH KSIĄŻKI

Wprowadzenie

Terapię pedagogiczną nazywamy “wszelkie działania pedagogiczne mające na celu likwidację lub ograniczenie zaburzeń rozwojowych oraz umożliwienie lub ułatwienie najkorzystniejszego rozwoju jednostkom z odchyleniami od normy (Lipkowski, 1967, s. 217)”. Definicja ta wspaniale odzwierciedla, czym jest terapia pedagogiczna w pedagogice specjalnej.

Zakres terminu jest niezwykle szeroki, a badania dotyczące rozwoju człowieka stale postępują. Pogłębiona wiedza w zakresie psychologii i medycyny pozwala na konstruowanie nowych planów terapeutycznych, a co za tym idzie niekonwencjonalnych metod leczenia. Wszystkie te działania mają na celu usprawnić funkcjonowanie niepełnosprawnych podopiecznych. Warto zauważyć, że większość opracowań powstaje na podstawie obserwacji. Tak też było z biblioterapią. Doświadczenie w pracy z ludźmi pozwoliło na dostrzeżenie zależności pomiędzy lekturą źródeł piśmienniczych, a stanem zdrowia czytelników.

Historia biblioterapii

Początki biblioterapii sięgają czasów antycznych, gdy w egipskich Tebach, Ramzes II nad wejściem do biblioteki, umieścił słynny napis “lecznica dla duszy”. Na właściwości lecznicze wskazano także w XIII wieku n.e. w szpitalu Al-Mansur, gdzie czytanie Koranu uznano za część leczenia tamtejszych pacjentów. W XVIII w. w Europie, programami leczenia, z wykorzystaniem chrześcijańskich tekstów religijnych, obejmowano głównie pacjentów chorych psychicznie (W. Szulc, 1994, s.31). Pierwsze teksty świeckie, mające pełnić istotną rolę w procesie leczenia powstały w XIX w. w Stanach Zjednoczonych, Anglii i Szkocji. Zgodnie z zasadą leczenia moralnego, zalecano w ten czas - czytanie odpowiednio dobranych książek, które miały wpłynąć na stan psychosomatyczny pacjenta (I. Borecka, 1992, s. 11).

Pomimo oczywistego wpływu literatury na człowieka - termin "biblioterapia" został użyty po raz pierwszy w 1916 roku w czasopiśmie "Atlantic Month" przez S. McChorda Crothers'a. Od tamtego czasu wiedza z dziedziny biblioterapii uległa licznym modyfikacjom. Współcześnie książka obok dzieła piśmienniczego składa się z opracowania graficznego, edytorskiego, części estetycznej, i wielu innych elementów udoskonających utwór literacki.

Czym jest biblioterapia? Jakie są jej etapy?

"Biblioterapia jest zamierzonym działaniem przy wykorzystaniu książki lub materiałów niedrukowanych (obrazów, filmów itp.) prowadzącym do realizacji celów rewalidacyjnych, resocjalizacyjnych, profilaktycznych i ogólnorozwojowych (...) Koniecznym elementem biblioterapii jest międzyosobowy kontakt indywidualny (biblioterapeuty z jedną osobą) bądź grupowy" (E. Tomasik, 1992, s.114).

Przytoczony fragment, po raz kolejny ukazuje obszerny zakres tego rodzaju terapii. Swoją definicją obejmuje bowiem także niedrukowane materiały, do których należą: teatr, film, formy wizualne, słuchowe, a nawet spontaniczne rozmowy i opowiadania.

Etapy działań biblioterapeutycznych

Proces terapeutyczny niezależnie od wykorzystywanych metod, technik i narzędzi, zawsze przebiega etapowo. W przypadku biblioterapii wyróżnia się cztery podstawowe etapy. Pierwszym z nich jest identyfikacja uczestnika z bohaterem, co pozwala na współodczuwanie oraz umożliwia przedstawić swój problem i towarzyszące emocje, pod pozorem przeżyć postaci fikcyjnej. Za etap drugi uznaje się projekcję, która przyczynia się do poznania prawdziwej natury pacjenta i umożliwia postawienie prawidłowej diagnozy. W zależności od jej przebiegu może mieć formę projekcji spostrzeżeniowej, wówczas interpretacji podlegają motywy postępowania lub projekcji poznawczej, w której sens moralny zostaje narzucony odgórnie. Ostatecznym skutkiem tego etapu jest poznanie i wykorzystanie przez pacjenta swoich możliwości, a także umocnienie i zmotywowanie do działania (E. Tomasik, 1994, s. 18).

Mianem katharsis określa się doznanie ulgi, oczyszczenie, odreagowanie napięcia. Etap ten wyzwala z cierpienia, pozwala dostrzec potencjał tkwiący w jednostce. To właśnie wewnętrzne wyzwolenie jest głównym celem podejmowanej terapii.

Ostatnim, ale nie mniej istotnym elementem procesu jest doznanie samopoznania, odkrycie swojego potencjału i możliwości oraz wzbogacenie uczuć i motywów, mogących mieć wpływ na zachowanie pacjenta.

Rodzaje biblioterapii

Obecnie obowiązujący podział został wprowadzony w 1978 r. w "Bibliotherapy Sourcebook" przez Rhey Joyce Rubin. Wyróżniono wówczas:

- a. biblioterapię kliniczną
- b. biblioterapię ogólnorozwojową zwaną też wychowawczą
- c. biblioterapię instytucjonalną

Pomimo wspólnego założenia, jakim jest praca z książką, wskazuje się na kilka różnic pomiędzy wymienionymi rodzajami.

Porównanie przedstawiono w tabeli nr 1.

Tab. 1. Biblioterapia- rodzaje i przeznaczenie

	biblioterapia kliniczna	biblioterapia wychowawcza	biblioterapia instytucjonalna
adresaci	osoby chore fizycznie lub psychicznie	dzieci, młodzież, dorośli, seniorzy; osoby zdrowe, ale borykające się z różnymi problemami np. lęki, odrzucenie, izolacja społeczna	pacjenci hospitalizowani, osoby potrzebujące wsparcia i uzyskania informacji
miejsce prowadzenia terapii	kliniki, szpitale, domy chorego	instytucje edukacyjne (szkoła, przedszkole), biblioteki, ośrodki opiekuńczo-wychowawcze, świetlice	instytucje medyczne, wychowawcze i resocjalizacyjne
stosowana literatura	literaturę o charakterze wyobrażeniowym	głównie książki dydaktyczne i wyobrażeniowe	książki o charakterze dydaktycznym; materiały dotyczące stanu chorego, literatura, która pełni funkcję relaksacyjną i rekreacyjną
cel	zmiana sytuacji psychologicznej pacjenta, zaakceptowanie choroby,	wspieranie rozwoju i samorealizacji oraz dawanie uczestnikom warsztatów wsparcia na drodze do osiągnięcia „spokoju	przekazywanie informacji, wspieranie rehabilitacji, rekreacji i resocjalizacji

	pobudzenie chęci wyzdrowienia	wewnętrznego” i poczucia bezpieczeństwa.	
prowadzący	lekarze i biblioterapeuci, którzy dobierają odpowiednie materiały czytelnicze	bibliotekarze, wychowawcy, nauczyciele	lekarze, psychologowie, pedagodzy- biblioterapeuci
informacje dodatkowe:	Terapia prowadzona w grupach pacjentów cierpiących na taką samą chorobę lub w pracy indywidualnej z konkretną osobą	Wyróżniamy biblioterapię: - reminiscencyjną (odwołuje się do wspomnień odbiorców) - biblioterapię behawioralną (mającą na celu wywołanie zmiany zachowań)	

Źródło: Rubin, Rhea Joyce (1978)

Zastosowanie biblioterapii

Omawiając zagadnienie zastosowania biblioterapii, należy wskazać na funkcje, jakie pełni książka w życiu człowieka.

Wyróżniamy:

1. funkcje terapeutyczne,
2. funkcje wychowawcze,
3. funkcje dydaktyczne.

Najistotniejsze z perspektywy terapeutycznej, funkcje to (wg W. Szulc, 1994, s.36):

- ukazanie problemu, tak aby czytelnik nie czuł się samotny, lecz wiedział że inni ludzie mają podobne problemy,
- wskazanie możliwych rozwiązań
- objaśnienie motywów postępowania ludzi i samego siebie w odniesieniu do sytuacji
- przekazanie wartości zawartych w ludzkim doświadczeniu
- ukazanie zasobów niezbędnych do rozwiązania problemu
- zachęcenie czytelnika do realistycznego pojmowania swojej sytuacji
- relaksacja i rekreacja
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i zrozumienia.

Praca z książką pozwala na realizację celów wychowawczych, takich jak:

- kształcenie umiejętności myślenia,
- wzbogacanie społecznych doświadczeń dziecka,

- opanowanie języka i podstaw komunikacji
- zrozumienie różnorodnych pojęć społecznych
- wdrażanie do stosowania określonych norm i zasad współżycia między ludźmi.

Funkcja dydaktyczna ujawnia się poprzez:

- przekazywanie użytecznych wiadomości, prawd i pouczeń o charakterze moralistycznym,
- kształtowanie i przekazywanie modeli, wzorów i ideałów godziwego życia
- kultywowanie przekonań ideologicznych i politycznych.

Głównymi odbiorcami tej biblioterapii są (wg W. Szulc, 1994, s. 38):

- niewidomi i niedowidzący;
- osoby z niepełnosprawnością fizyczną;
- ludzie w podeszłym wieku;
- przewlekle chorzy;
- osoby uzależnione od narkotyków i alkoholu;
- chorzy psychicznie,
- osoby z niepełnosprawnością intelektualną
- osoby niedostosowane społecznie i zagrożone niedostosowaniem społecznym
- pacjenci szpitali
- osoby uzależnione
- ofiary przemocy i uczestnicy traumatycznych zdarzeń.

Biblioterapia w pedagogice specjalnej

Działania podejmowane w ramach biblioterapii powinny być dostosowane do potrzeb i możliwości odbiorców. Dobór treści powinien uwzględniać zarówno etap rozwojowy człowieka, jak i sytuację, w której się znalazł.

Rozpatrując wpływ biblioterapii wychowawczej w odniesieniu do pedagogiki specjalnej można wyodrębnić dwie zasadnicze funkcje: rozwojową i korekcyjną.

Pierwsza z nich skoncentrowana jest na dostarczaniu nowych wiadomości i poszerzaniu wiedzy. Ma na celu zapewnić dziecku lepsze zorientowanie w otaczającej rzeczywistości oraz motywować do podejmowania problemów i poszukiwania rozwiązań względem nich.

Funkcja korekcyjna odpowiada za modyfikowanie niepożądanych zachowań, przez podejmowane działania profilaktyczne. W ich ramach ukazywane są akceptowane społecznie formy spędzania czasu wolnego, wśród których wymienia się lekturę.

Przykładowo: korekcji zachowań agresywnych sprzyja kształtowanie postawy prospołecznej, ukazywanie nieagresywnych form wyrażania frustracji oraz internalizacja norm moralnych względem negatywnej oceny

modeli agresji. W przedstawionej sytuacji proponuje się wykorzystanie techniki psychodramy lub długotrwałą pracę z literaturą filozoficzną i religijną, która uzasadnia normy moralne, ukazując prawidłowe wzorce zachowań. Podobny efekt można uzyskać za pośrednictwem pozytywnych modeli współżycia społecznego, komedie i satyry.

Funkcje rozwojowa i korekcyjna wzajemnie się przenikają i nie istnieje wyraźna granica je oddzielająca. Przykładem działań, które wykorzystują równocześnie obie cechy, są książki przeznaczone do pracy logopedycznej. Pomagają one w wywoływaniu głosek i usprawnianiu aparatu mowy. Dodatkowo mogą one poruszać trudną dla dziecka tematykę, przez co wpływają na emocjonalno-wolicjonalny aspekt jego osobowości.

Techniki biblioterapeutyczne

Najpowszechniejszą formą biblioterapii jest praca z książką, która najczęściej ma formę indywidualnego, głośnego czytania lub odsłuchiwanie tekstów. Warto jednak zauważyć, że może przybierać ona także postać inscenizacji i psychodramy, które znajdują zastosowanie w terapii zachowań agresywnych. Podobną moc terapeutyczną ma grafoterapia, dzięki której podczas rysowania dokonuje się rozładowanie napięcia emocjonalnego. Efekty tego oddziaływania pełnią rolę zarówno terapeutyczną, jak i diagnostyczną (diagnoza osobowości i konfliktów wewnętrznych).

Nieco rzadziej praktykowanymi technikami są:

- dyskusje
- dialog z bohaterem
- wymyślanie innego zakończenia utworu
- pisanie artykułu na temat związany z omawianym tekstem
- zakładanie klubów czytelniczych

Literatura przedmiotu wskazuje na szczególne znaczenie książki dla rozwoju intelektualnego i emocjonalnego. Dobrana adekwatnie do rozwoju treść - angażuje emocjonalnie i poznawczo czytelnika. Towarzyszące, lekturze, przeżycia poddawane są wspólnej, grupowej analizie oraz znajdują wyraz w ekspresji dziecka zostają - np. podczas inscenizacji, twórczości plastycznej lub zabawy.

Rozważania dotyczące fragmentu tekstu, pozytywnie wpływają na umiejętności syntetycznego i analitycznego myślenia oraz rozwój zdolności komunikacyjnych.

Szczególną rolę przypisuje się terapeutycznemu aspektowi książki, który pozwala na konfrontację z problemami, lękami lub emocjami, zarówno samego dziecka, jak i otaczającego je społeczeństwa. Poznanie i zrozumienie zaistniałej sytuacji wpływa na zmianę postawy względem doświadczanych trudności.

Twórczość w biblioterapii

Podstawą biblioterapii jest koncepcja: "Człowiek ma zdolność kreowania samego siebie". Słowo "kreowanie" odnosi się tu do przeżywania i tworzenia nowych wartości. Każdy człowiek dąży do rozwoju i samorealizacji, które urzeczywistniają się przez uczestnictwo w kulturze, świecie wartości i umacnianiu duchowym.

Tworzenie jest procesem, pozwalającym na ekspresję uczuć, emocji i doświadczeń. Zdolność do ich wyrażania przysługuje każdemu, bez względu na sprawność fizyczną czy intelektualną. Próby wyrazu samych siebie przez osoby z niepełnosprawnością, często są tłumione przez postawy i zachowania społeczne. Wpływa to na znaczne ograniczenia i niedocenywanie tych osób w zakresie twórczości. Wszelkie ich osiągnięcia postrzegane są w perspektywie ułomności, braków i słabości.

Piękno jest wartością względną, dlatego nie istnieją wyraźne ramy, określające zakres tego terminu. Niezależnie od twórcy, dzieło zawsze powstaje w wyniku hiperintensywności przeżyć, głębokiego niezaspokojenia i silnych napięć emocjonalnych (E. Syřišť'ová, 1982).

Istotą twórczości w biblioterapii jest próba kreowania samego siebie, nazywana autokreacją. Wiąże się ona z konkretnym wzorcem - bohaterem literackim, do którego jednostka stara się upodobnić. Starania te przyczyniają się do zmian w strukturze osobowości człowieka, jego zachowaniu i rozwoju.

Badania własne

Zdaniem M. Łobockiego: "metody są pewnym określonym, systemem reguł, dotyczących organizowania określonej działalności badawczej (...) skierowanych z góry na założony cel badawczy" (Łobocki, 1990, s.115). Autor wyróżnił w swojej klasyfikacji: metodę sondażu diagnostycznego, która jest "sposobem gromadzenia wiedzy o atrybutach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych, opiniach i poglądach wybranych zbiorowości, a także nasilaniu się i kierunkach ich rozwoju" (Krajewski, 2010, s. 30).

„Techniki badawcze są bliżej skonkretyzowanymi sposobami postępowania badawczego. Podporządkowane są metodom badawczym, pełniąc niejako wobec nich wyraźnie służebną rolę” (Łobocki, 2003, s. 27). Autor dokonując podziału metod i technik, pod pojęciem metody sondażu diagnostycznego wyróżnia dwie techniki: wywiad oraz ankietę. M. Łobocki mówi, że wywiad to „...gromadzenie informacji w oparciu o bezpośredni kontakt słowny z osobami badanymi lub osobami udzielającymi tych ostatnich ważnych informacji, odnośnie interesujących badacza problemów” (Łobocki, 2003, s. 27). Z kolei „Ankieta jest (...) techniką gromadzenia informacji, polegającą na wypełnianiu najczęściej samodzielnie przez badanego specjalnych kwestionariuszy, na ogół o wysokim stopniu standaryzacji w obecności lub częściej nie w obecności ankietera” (Łobocki, 2003, s. 27).

W badaniach posłużono się kwestionariuszem ankiety, który pełnił rolę narzędzia badawczego. Zdaniem T. Pilcha „narzędzie badawcze jest przedmiotem służącym do realizacji wybranej techniki badań” (Pilch, 2001, s.71)

Celem głównym badań było poznanie opinii pedagogów specjalnych względem pracy z wykorzystaniem szeroko rozumianej biblioterapii oraz wskazanie najczęściej używanych technik i narzędzi do pracy pedagogicznej. Wśród celów szczegółowych wymienić należy:

- określenie częstotliwości wykorzystania książek w pracy pedagogicznej
- wskazanie na dostrzegane przez pedagogów - zalety pracy z książką
- poznanie, w jaki sposób pedagogowie rozumieją pojęcie biblioterapii
- wskazanie tytułów książek, używanych do zapoznania dzieci z tematem niepełnosprawności
- poznanie najczęściej wykorzystywanych książek w pracy z dzieckiem z niepełnosprawnością
- ustalenie wykorzystywanych technik biblioterapeutycznych w pracy z dzieckiem

Do postawionych celów sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Jak często pedagodzy wykorzystują w pracy pedagogicznej - książkę?
2. Jakie korzyści z pracy z książką dostrzegają pedagodzy specjaliści?
3. Czym dla pedagogów specjalnych jest biblioterapia?
4. Jakie są tytuły książek, wykorzystywanych do zapoznawania dzieci z tematem niepełnosprawności?
5. Jakie książki są najczęściej wykorzystywane w terapii pedagogicznej?
6. Jakie techniki pracy z książką najczęściej wykorzystują pedagodzy?

W celu pozyskania koniecznych informacji, posłużono się kwestionariuszem ankiety. Pytania w nim zawarte miały charakter zarówno zamknięty, jak i otwarty. W przypadku pytań o charakterze zamkniętym – przygotowano takie, które pozwalały na oznaczenie wyłącznie jednej odpowiedzi z podanych – pytania dysjunktywne; jak i wielokrotnego wyboru – pytania koniunktywne.

Pierwszą częścią opracowanego kwestionariusza była metryczka, dzięki której dokonano charakterystyki grupy badawczej.

Grupa liczyła 55 kobiet – pedagogów specjalnych, czynnie pracujących z dziećmi z niepełnosprawnością. Najczęściej wskazywanym rodzajem niepełnosprawności była niepełnosprawność intelektualna w stopniu lekkim i głębszym, niepełnosprawność ruchowa, niepełnosprawności sprzężone; w tym całościowe zaburzenia rozwojowe (zaburzenia ze spektrum autyzmu, z ujęciem Zespołu Aspergera). 36 respondentek (co stanowi 65% ogólnej

liczby badanych) zadeklarowało swój staż pracy na czas przekraczający 3 lata.

Zagadnienie ujęte w pierwszym pytaniu miało na celu rozpoznanie poziomu wiedzy pedagogów specjalnych, w obrębie różnych form terapii oraz wprowadzenie w problematykę badań. Dotyczyło ono zaznajomienia z różnorodnymi formami terapii. Co ciekawe – z badań wynika, że najpopularniejszą formą terapii jest arteterapia, a następnie muzykoterapia. Biblioterapia – klasyfikuje się na równym poziomie co dogoterapia (gdyż obie formy terapii znane były respondentom w 94,5%).

W celu ustalenia częstotliwości wykorzystania książek w pracy z dziećmi wprowadzono 10-stopniową skalę, na której pedagodzy oznaczali częstotliwość wykorzystania książek w podejmowanych działaniach. Analiza uzyskanych odpowiedzi, pozwala na stwierdzenie, iż teksty literackie najczęściej były opracowywane wraz z dziećmi uczęszczającymi do przedszkoli i szkół podstawowych. Zestawiając udzielone odpowiedzi z opinią na temat pozytywów wynikających z pracy z książką z osobami niepełnosprawnymi, można dostrzec, wyraźną zależność. Subiektywna ocena skuteczności jednoznacznie wpływa na częstotliwość podejmowanych działań biblioterapeutycznych. Stosunkowo rzadko wykorzystywano książkę, wówczas gdy pedagog miał wątpliwości, co do korzystnego oddziaływania literatury (u 25% badanych). Można zatem stwierdzić, że ustosunkowanie pedagoga względem biblioterapii ma znaczący wpływ na podejmowane w tym zakresie działania.

Spośród wszystkich respondentek – 37 z nich, podjęło się zadania: wymienienia korzyści płynących z zastosowania książek w procesie terapeutycznym. Pytanie miało charakter otwarty i miało na celu uaktywnić respondentki do samodzielnej, spontanicznej i nieskategoryzowanej odpowiedzi. Najczęściej wymienianą zaletą okazało się uaktywnianie i rozwijanie wyobraźni i kreatywności. Odpowiedź tą dało się odnotować, niemal u 45% odpowiadających na to pytanie. Wymieniane w dalszej kolejności zalety odwoływały się do sfery emocjonalnej, psychicznej i społecznej. W ich zakresie ujęto: ogólne wyciszenie i relaksacje dziecka (22%), uwolnienie od napięć emocjonalnych (19%), szansę na wzrost samooceny dziecka i poczucia sprawstwa. Szansa ta polega na utożsamieniu dziecka z bohaterem, ukazaniu trudności i problemów dnia codziennego (22%). Prezentując prawidłowe wzorce zachowań (na które wskazały 4 respondentki), pomaga dziecku w rozwiązywaniu dylematów oraz uczy porządanego postępowania. Dodatkowo uświadamia odmienność otaczających ludzi i wskazuje na konieczność postawy tolerancji (16%).

Z uzyskanych informacji wynika, że istotną zaletą pracy z wykorzystaniem literatury jest usprawnienie procesów poznawczych (wskazało na nie 41%

badanych). Ujęto także pozytywny wpływ pracy z książką w sferze rozwoju zdolności analizy i syntezy zarówno wzrokowej (1%), jak i słuchowej (19%) oraz istotny wpływ na poszerzanie zasobu słownictwa (14%).

Ankietowani zgodnie pojmowali biblioterapię, jako wykorzystanie książek i innych materiałów czytelniczych w celach terapeutycznych. Spośród wszystkich udzielonych odpowiedzi, jedna wydaje się najtrafniej wpisywać w tematykę czytanego artykułu: „Leczenie poprzez literaturę”. To krótkie, a jakże dosadne zdanie – ukazuje zarówno potencjał pojedynczej jednostki, jak i siłę książki, dzięki której człowiek uaktywnia swoje wewnętrzne zasoby.

Pedagodzy – pytani o polecaną literaturę, która może być pomocna w zaznajomieniu dziecka z tematem niepełnosprawności – wskazują na bardzo zróżnicowane dzieła. Wśród nich znajdowały się zarówno teksty autorów polskich, jak i zagranicznych. Do książek, których głównymi bohaterami były zwierzęta należały: „Kompleks pandy i niepełnosprawność żyrafki” autorstwa Katarzyny Lewandowskiej – Turzyńskiej (2017); „O dzieciołku Kornelku, który nigdy nie nauczył się latać” (Lidia Grobelna, 2017) ; czy „Brzydkie kaczątko” (H. Ch. Andersen, 1925).

Największą popularnością odznaczyła się Dorota Terakowska, której książki wskazało, aż 10 respondentek. Wśród nich odnotowano tytuły: „Ono” (2003), „Poczwarka” (2001) oraz „Tam gdzie spadają anioły” (1999). Książki te mają rozbudowaną fabułę, przez co wykorzystanie ich w pracy z małymi dziećmi mogłoby okazać się nieskuteczne. Podobne trudności mogłyby towarzyszyć analizie historii opisanej przez Kolet Janssen, pt. „Mój brat jak huragan” (1994), czy rozważń Marii Reimann „Nie przywitam się z Państwem z ulicy” (2019). Pozycje te wspianiale odnoszą się do tematyki niepełnosprawności, lecz ze względu na czasochłonność lektury – nie byłyby interesujące dla dzieci (zarówno pełnosprawnych, jak i niepełnosprawnych). Dla małych dzieci znacznie lepiej, sprawdzą się epizodyczne bajki zawarte w książkach pt. „Bajki bez barier” (Aleksandry Chmielowskiej, 2015), na które wskazało 7 pedagogów, czy „Duże sprawy w małych głowach” (Agnieszki Kossowskiej, 2015) – wskazana przez 6 badanych. Książki zawierają krótkie opowiadania, dzięki którym dziecko może w przystępny sposób zapoznać się z różnymi problemami i niepełnosprawnościami. Znaczącym faktem jest także to, że lektura „Duże sprawy w małych głowach” posiada dodatkowe elementy, ułatwiające odbiór treści (np. znaki, piktogramy z obszaru AAC oraz dostosowanie w formie wypukłości typowych dla alfabetu Braille’a). Przystępnymi w odbiorze mogą być także krótkie, lecz treściwe książki m.in. „Mój młodszy brat” (Monika Krajewska, 2009), opowiadająca o chłopcu z Zespołem Downa; „Mój brat ma autyzm” (Jeniffer Moore-Mallinos, 2009) lub o podobnej tematyce dotyczącej całościowych zaburzeń rozwojowych: „Kosmita” (Roksana Jędrzejewska-

Wróbel, 2010), czy „Janek jest inny” (Helena Kraljic, 2017). Z kolei proponowanymi przez respondentki – książkami o tematyce niepełnosprawności fizycznej są: „Leon i jego niezwykle spotkania” (Agata Battek, 2013) oraz „Benio, tata, reszta świata” (Izabela Michta, 2019).

Kobiety były również pytane, o książki wykorzystywane przez nie w swojej dotychczasowej pracy zawodowej. Najczęściej wskazywaną pozycją była seria książek autorstwa Marty Galewskiej-Kustry. Bohaterem opowiadań jest chłopiec o imieniu Pucio, który razem ze swoją rodziną, na oczach dziecka odbywa różnorodne przygody. Z badań wynika, że aż 70% ankietowanych przynajmniej raz pracowało z wykorzystaniem, którejs z książek autorki.

Nieco mniej liczna grupa, lecz także obejmująca ponad połowę respondentek (dokładnie 60%) wskazała na bajki opracowane przez Marię Molicką. Nieco rzadziej wykorzystywanymi książkami była „Wielka księga uczuć” (Grzegorz Kasdepke, 2012); zbiór „Mądre bajki” (Agnieszka Antosiewicz, 2017) oraz „Bajkoterapia – bajki pomagajki dla małych i dużych” (wyd. Nasza Księgarnia, 2015). Ponad połowa osób biorących udział w badaniu także, złożyła swoje propozycje lektur przydatnych w pracy biblioterapeutycznej. Spośród nich najczęściej wymieniane były: cykle bajek „Kicia Kocia...” (Anita Głowińska, 2011-2020); historyjki obrazkowe – społeczne; książki o Zuzi „Turlututu” (Herve Tullet, 2009); seria opowiadań Tymona: „Kłopoty Tymona”, „Tymon i emocje” (Magdalena Gut, 2016); „Baśnie Andersena” (Hans Christian Andersen, 2018); „Naciśnij mnie” (Tullet Herve, 2010), „Krokodyl Maks” (Katarzyna Terlecka, 2015), „Jestem inny” (Robison John, 2019), „Tupcio Chrupcio” (Eliza Piotrowska, 2011), „Kolorowy potwór” (Anna Llenas, 2018).

Pedagodowie specjali, ze wszystkich dostępnych technik biblioterapeutycznych, najczęściej korzystają z form plastycznych takich jak: malowanie, rysowanie, wyklejanie itp. Ponad 90% ankietowanych wskazało tą technikę jako wiodącą w pracy z dzieckiem. Ogromną popularnością cieszy się także indywidualna bądź grupowa praca z tekstem (71%) oraz odsłuchiwanie tekstów relaksacyjnych bądź aktywizujących (67%). Ze względu na zróżnicowany poziom umiejętności czytania – głośne, samodzielne czytanie tekstów, zostaje wykorzystane w pracy w niecałych 50%. Rzadkie zastosowanie techniki „wymyślania innego zakończenia utworu bądź dalszych losów bohatera” (37% ankietowanych korzysta z tej formy pracy) najczęściej umotywowane jest zróżnicowanym poziomem umiejętności myślenia abstrakcyjnego. Analizując odpowiedzi respondentek – na dobór techniki pracy ogromne znaczenie ma zarówno osobowość, jak i zdiagnozowane zaburzenie; zarówno zainteresowania, jak i obawy. Warto zwrócić uwagę, że większość podejmowanych przez pedagogów działań łączy zazwyczaj biblioterapię z arteterapią i muzykoterapią.

Z badań wynika, że pedagodzy specjaliści pomimo posiadanej wiedzy, preferują tradycyjne formy pracy z wychowankami. Zgodnie z prezentowanymi wypowiedziami i ustaleniami – postrzegają oni biblioterapię jako pracę z szeroko pojętym tekstem literackim. Pomimo, że jest to zgodne z prawdą, to nie wyczerpuje owego zagadnienia w całości.

Dokładna analiza zgromadzonych danych pozwala także wnioskować, że znacznie chętniej podejmowane są działania o charakterze arteterapeutycznym i muzykoterapeutycznym. Takie nastawienie sprawia, że formy wzajemnie się przenikają – tworząc spójną całość.

Na podstawie, wskazywanych przez respondentki, tytułów książek, wykorzystywanych w pracy z dziećmi, można dostrzec pewną prawidłowość. Staż pracy miał wpływ na wybór literatury, na podstawie której pedagogowie pracowali z dziećmi. Zgodnie z danymi statystycznymi – osoby z dłuższym stażem preferowały książki z serii: „Mądre bajki” i „Bajki terapeutyczne”, z kolei te z krótszym stażem, częściej wskazywały na książki autorstwa Marty Galewskiej-Kustry: „Pucio...” (2015-2020), czy „Mucha Fefe” (2015).

Podsumowanie

Pomimo ogromnego znaczenia technologii w naszym życiu, warto zauważyć, jak niesamowite znaczenie dla rozwoju ludzkości ma tradycyjna forma przekazu. Znana i rozpowszechniana w przeszłości praca z książką – ponownie okazuje się istotnym czynnikiem wpływającym na emocje, umiejętności społeczne i nastawienie do otoczenia.

Różnorodność oddziaływań biblioterapeutycznych pozwala na uaktywnienie dziecka w różnych zakresach. Przy doborze techniki należy przede wszystkim uwzględnić potrzeby i możliwości osoby, z którą praca jest podejmowana. Znakomitym rozwiązaniem może okazać się również połączenie kilku form terapii. Należy czynić to jednak rozważnie i z zachowaniem niezbędnego profesjonalizmu podejścia.

Biblioterapia jest szczególnym rodzajem terapii, bowiem ukazuje wewnętrzne zasoby każdego człowieka. Jej podstawą jest dostrzeżenie analogii sytuacji, utożsamienie z problemami, a ostatecznie pokonanie doświadczanego kryzysu. Autorytet bohatera książki staje się wzorcem postępowania i zrozumienia otaczającego nas świata.

"A CLINIC FOR THE SOUL" - ABOUT THE THERAPEUTIC PROPERTIES OF THE BOOK

Abstract

The article presents one of the forms of pedagogical therapy. This form is bibliotherapy. The historical outline of this type of treatment shows that it is not a modern line to problems. First historical record about books' healing properties appeared in an age of ancient times. Diversity of variants

and practices present that is really complicated issue. It also characterises correlation between targets and facilities of creative work by literature. Brief description of phases indicates essential conditions, which is necessary to achieve the postulated therapeutic effects.

Bibliografia

Borecka I., *Biblioterapia- nowa szansa książki*, wyd. Wydawnictwa Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Olsztyn, 1992.

Joyce R.,R., *Bibliotherapy Sourcebook*. Los Altos: Mansell Publishing, London, Phoenix, 1978.

Krajewski M., *O metodologii nauk i zasadach pisarstwa naukowego*, wyd. Uniwersytet Śląski, Gliwice 2010, s. 30.

Lipkowski O., *O wychowaniu dzieci głuchych*, wyd. Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa, 1967.

Łobocki M., *Metody Badań Pedagogicznych*, wyd. PWN, Warszawa 1990.

Łobocki M., *Metody Badań Pedagogicznych*, wyd. „Impuls”, Kraków 2003.

Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych: Strategie ilościowe i jakościowe*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2001.

Syřišťová E., *Świat urojony*, przeł. Bogusław Sławomir Kunda ; posł. opatrzył Sylwester Marynowicz. Wydawnictwo Literackie, Kraków, 1982.

Szulc W., *Kulturoterapia : wykorzystanie sztuki i działalności kulturalno-oświatowej w lecznictwie*, Wydawnictwa Uczelniane Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego, Poznań, 1994.

Tomasik E., *Zagadnienia pedagogiki specjalnej w literaturze. Przewodnik bibliograficzny, cz.1 i 2*, wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa, 1992.

Tomasik E., *Wybrane zagadnienia z pedagogiki specjalnej : praca zbiorowa*, wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa, 1997.

Netografia:

<https://bgpw.wordpress.com/2018/11/14/biblioterapia-rys-historyczny/>

Głowacka Kamila, Goli Maria
Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie
II rok, pedagogika specjalna
Adres e-mail: glowackakamila.k@gmail.com

ARTETERAPIA, CZYLI UZDRAWIAJĄCA MOC SZTUKI

Wstęp

Pedagodzy specjaliści coraz częściej poszukują nowych metod i technik diagnozy, profilaktyki oraz terapii osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Ta potrzeba wynika z dynamicznych przemian społecznych, świadomościowych, ekonomicznych, demograficznych etc. (W. Dycik, 2001). Innymi słowy – w ciągle zmieniającym się świecie trzeba też zwrócić uwagę, by podejście do osób chorych i ich terapii również szło z duchem czasu i wykorzystywało współczesne osiągnięcia. Obserwujemy również coraz większą tendencję do realizacji modelu inkluzyjnego, czyli aktywizowania osób z niepełnosprawnością i włączania je w życie społeczeństwa we wszystkich jego aspektach. Jedną z wielu coraz bardziej docenianych form pracy, pozwalającą rozwijać ważne umiejętności indywidualne oraz społeczne, jest arteterapia, czyli terapia sztuką.

Definicje arteterapii

Szukając odpowiedzi na pytanie, czym jest arteterapia i próbując ją zdefiniować sięgnięto do Słownika PWN, w którym autorzy podają, że „arteterapia to terapia przez sztukę” (<https://sjp.pwn.pl/sjp/arteterapia;2550829.html>) oraz do encyklopedii PWN, w której czytamy, że arteterapia jest formą terapii zajęciowej, a terapia zajęciowa to „forma terapii, wykorzystywana zwłaszcza w leczeniu psychiatrycznym, polegająca na uczestnictwie chorych w różnych formach celowej, zorganizowanej aktywności o charakterze odtwórczym, wytwórczym lub twórczym” (<https://encyklopedia.pwn.pl/szukaj/arteterapia.html>). Definicje słownikowe są dosyć ogólne i stanowią bardzo wąskie wyjaśnienie, czym jest arteterapia. Patrząc do literatury naukowej poznamy bardzo wiele obszernych objaśnień tego terminu. W. Szulc twierdzi, że „arteterapia polega na wykorzystaniu różnych środków artystycznych, które ułatwiają pacjentowi ekspresję emocji” (J. Gładyszewska-Cylulko, 2011, za: W. Szulc, 2001, s.126). Definicja ta skupia się nie na sztuce lecz na emocjach, które towarzyszą człowiekowi. Z kolei Z. Koniecznyńska arteterapią nazywa „świadome, planowe i systematyczne oddziaływanie sztuką w celach terapeutycznych” (J. Gładyszewska-Cylulko, 2011, za: Z. Koniecznyńska, 1990, s. 117). W tym przypadku autorka skupia się na celach rewalidacji, rehabilitacji i terapii, do

realizacji których dąży się po przez uprawianie sztuki. Jeszcze inną definicję podaje M. Kulczycki, który „rozumie arteterapię jako układ poglądów i czynności, które są ukierunkowane na utrzymanie lub podnoszenie poziomu jakości życia ludzi za pomocą szeroko rozumianych dzieł sztuki i uprawiania sztuki” (J. Gładyszewska-Cylulko, 2011, s.7, za: M. Kulczycki, 1990). Ostatnia definicja, którą warto przytoczyć odnosi się wykorzystania arteterapii do poprawy jakości życia. Próbując stworzyć jedną definicję na podstawie wszystkich przeze mnie zebranych można powiedzieć, że arteterapia to terapia, która wykorzystuje sztukę do ekspresji uczuć jej uczestników, do poprawy jakości ich życia, a także ogólnemu usprawnianiu ich funkcjonowania (cele rewalidacji i rehabilitacji). Aby uzupełnić niniejszą definicję warto dodać, że arteterapia jest przeznaczona dla osób w każdym wieku, czyli jest przeznaczona dla dzieci, młodzieży, osób dorosłych, a także dla osób w podeszłym wieku. Stosuje się ją w terapii indywidualnej i grupowej w procesie terapii osób niepełnosprawnych intelektualnie, w trakcie leczenia chorób psychicznych, zaburzeń afektywnych, uzależnień, problemów w relacjach rodzinnych, w trudnościach społecznych i emocjonalnych związanych z niepełnosprawnością i chorobą, w pracy z traumą i przeżywaniem straty, przy problemach fizycznych, poznawczych i neurologicznych oraz trudnościach psychospołecznych związanych z chorobami somatycznymi (R. Bartel, 2016).

Funkcje i cele arteterapii

W świetle prowadzonej analizy warto wyjaśnić funkcje i cele oddziaływań arteterapeutycznych. Arteterapia posiada trzy zasadnicze funkcje:

- funkcja rekreacyjna- która polega na stworzeniu warunków, umożliwiających wypoczynek i zapomnienie o kłopotach i zmartwieniach.
- funkcja edukacyjna- jej zadaniem jest dostarczanie dodatkowej wiedzy, co wpływa na zwiększenie mądrości życiowej człowieka, która umożliwi lepszą orientację w rzeczywistości.
- funkcja korekcyjna- polega na przekształceniu szkodliwych mechanizmów i struktur w bardziej wartościowe (P. Rozmysłowicz, 2005).

Cele arteterapii można podzielić na główne i szczegółowe. Celami głównymi jest diagnoza, terapia i relaksacja. Diagnoza umożliwia rozpoznanie potrzeb emocjonalnych, poznawczo-rozwojowych i możliwości manualnych dzieci i młodzieży. Terapia polega na podnoszeniu zdolności percepcyjno-poznawczych, emocjonalno- społecznych, socjalizacji, a także ma uzewnętrzniać przeżycia i doznania oraz usprawniać możliwości ruchowe. Relaksacja ma pozwolić na odreagowanie napięcia wewnętrznego, frustracji, agresji i niepowodzeń. . Wyróżniono kilka celi szczegółowych:

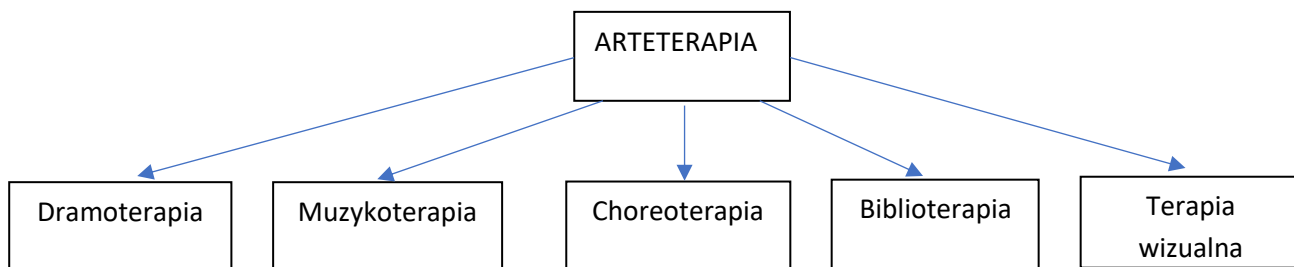
1. Pobudzanie wszechstronnego rozwoju.
2. Rozwijanie uzdolnień plastycznych i zainteresowań.
3. Stworzenie możliwości do osobistych i własnych wypowiedzi za pomocą różnego rodzaju środków plastycznych.
4. Wyposażenie w niezbędne umiejętności plastyczne oraz wiedzę z tego zakresu.
5. Rozwijanie sprawności manualnej.
6. Podniesienie poziomu samoakceptacji.
7. Rozładowanie negatywnych napięć i emocji.
8. Poznanie różnego rodzaju materiałów plastycznych przydatnych w procesie tworzenia.
9. Poznanie i rozumienie zasad bezpieczeństwa, których należy przestrzegać w procesie tworzenia.
10. Rozumienie istoty samodzielności.
11. Wdrożenie w proces twórczy prac przedmiotów praktycznych.
12. Uaktywnienie i otwarcie się ucznia mającego problemy z nawiązywaniem kontaktów.
13. Przygotowanie do uczestnictwa i odbioru kultury regionu.

Nie wszystkie z wyżej wymienionych funkcji i celów będą możliwe do zrealizowania z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie, jednak należy pamiętać, że arteterapia nie dotyczy jedynie ich. W terapii przez sztukę niezbędna jest indywidualizacja zajęć i określenie celów, które chcemy osiągnąć (A. Arciszewska-Binnebesel, 2003).

Wybrane techniki

Zdaniem J. Gładyszewskiej-Cylulko arteterapia jest dyscypliną nadrzędną, a różne rodzaje terapii są jej subdyscyplinami. Autorka przedstawiła to na grafie, który jest jej własnym opracowaniem (rys.1).

Rys. 1: Subdyscypliny Arteterapii



Źródło: J. Gładyszewska-Cylulko, 2011, s.23.

Dramoterapia to terapia, która poprzez użycie kreatywnej dramy służy do zrealizowania celów terapeutycznych, takich jak: odczucie ulgi, emocjonalnej i fizycznej integracji czy osobowościowego rozwoju. Dramoterapia używa teatru jako narzędzia, dzięki któremu mamy możliwość zbliżyć się do problemów emocjonalnych uczestnika. Głównym celem terapii jest pogłębienie rozumienia siebie w relacji ja – świat, zrozumienia czym jest własne „ja”, a ponadto trening kompetencji społecznych. Aby osiągnąć te cele należy pracować nad zrozumieniem własnych motywów, motywów i zachowań innych ludzi, oraz relacji między "ja" a inni podczas grania postaci dramatu. Ważne jest by ćwiczyć ekspresję, lepsze wyrażanie samego siebie, pamięć, koncentrację, percepcję oraz stwarzać sytuacje do doświadczenia współpracy i odpowiedzialności za zadanie(<http://teatrpsyche.org.pl/Dramaterapia.html>).

Muzykoterapia to bardzo długo praktykowany sposób terapii. Został on poddany wielu badaniom naukowym i zaliczony jest do dziedziny medycyny. Muzykoterapia łagodzi ból przy zastosowaniu odpowiednio dobranej muzyki. Jej celem jest wytworzenie za pośrednictwem muzyki równowagi pomiędzy sferą przeżyć emocjonalnych a procesami fizjologicznymi, uspokojenie, rozluźnienie organizmu, ale ma być również zabawą. Ta terapia aktywizuje emocje, poprawia nastrój podopiecznego, a także dostarcza pozytywnych przeżyć. Muzykoterapię praktykujemy poprzez słuchanie muzyki, śpiewanie, granie na instrumentach, relaksację przy muzyce, komponowanie czy zabawy muzyczne (<https://promedica24.com.pl/opieka-nad-osobami-starszymi-poradnik/w-wolnym-czasie/muzykoterapia-muzyka-ktora-leczy/>).

Choreoterapia korzysta z terapeutycznych walorów tańca. Wspomaga poznanie siebie i akceptację własnego ciała. Choreoterapia może pomóc w radzeniu sobie z emocjami i zapewnia doświadczenie ich w bezpiecznych warunkach. Wyzwała spontaniczne działanie i twórczą energię, uczy tego, jak skutecznie się komunikować. Jest to metoda lecznicza, która usprawnia ciało w znacznym stopniu redukując stres. Jest to niekonwencjonalny i skuteczny sposób, by utrzymać dobrą formę psychofizyczną. W choreoterapii wyróżniamy kilka rodzajów ćwiczeń: usprawniające ciało (takie, które wzmacniają i rozciągają mięśnie poszczególnych partii ciała), muzyczno – ruchowe, oddechowe i relaksacyjne, taniec oraz improwizację taneczną(<https://psychomedic.pl/warsztat-z-choreoterapii/>).

Biblioterapia to terapia, która polega na wykorzystaniu książek do pomocy ludziom w rozwiązywaniu ich problemów. Jej głównym celem jest wykorzystywanie terapeutycznych wartości literatury. Literatura daje szansę oderwania się od smutnej rzeczywistości. Jest pomocna w zrozumieniu siebie i innych ludzi. Biblioterapia często jest punktem wyjścia do rozważań nad

własną sytuacją życiową, nad sposobem pomocy samemu sobie. Prawidłowo przebiegający proces biblioterapii ma na celu wykrywanie i diagnozowanie oraz stymulowanie potrzeb i uzdolnień oraz wskazywanie możliwości kompensacyjnych uczestników procesu biblioterapii(<https://szkolnictwo.pl/index.php?id=PU9517>).

Terapia wizualna, inaczej zwana plastykoterapią jest najczęściej wykorzystywana w arteterapii. Wspomaga proces terapeutyczny, ale również rozwój osobisty. Taka terapia pomaga w odkrywaniu uzdolnień oraz rozwija zainteresowania i predyspozycje danej osoby. Plastykoterapia wykorzystuje techniki plastyczne: malarstwo, rzeźbę, rysunek, collage, grafikę oraz terapię kolorami. Podczas zajęć uczestnicy odzwierciedlają swoje lęki, obawy i emocje poprzez sztukę. Terapia wizualna zmniejsza napięcie i niepokój. Poziom pracy nie ma znaczenia, istotą jest wykonywanie zadania. W zależności od tego jaką technikę zastosujemy, możemy wpływać na rozwój i umiejętności uczestnika, a także ćwiczymy różne sprawności(<http://www.cen.edu.pl/Materialy-metodyczne,143/I-2020-Plastykoterapia-terapia-za-pomoca-sztuk-plastycznych,917.html>).

Zalety arteterapii

Chyba najbardziej oczywistą zaletą arteterapii jest fakt, że wpływa ona na wiele sfer życia istotnych dla prawidłowego funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością, a jednocześnie jest świetną zabawą. Dzięki temu uczestnicy chętnie biorą udział w zajęciach, co pociąga za sobą dobrowolne zaangażowanie, a to zawsze daje o wiele lepsze wyniki, niż gdy ktoś robi coś z przymusu. Jednak jest też szereg innych niezastąpionych zalet tej metody. Oto kilka z nich, na które najbardziej zwróciłam uwagę podczas prowadzenia zajęć arteterapeutycznych w różnych grupach:

- 1) **Uniwersalność**- wiele zajęć arteterapeutycznych charakteryzuje się tym, że możemy je przeprowadzić tak, by zaangażować każdego uczestnika na miarę jego możliwości zarówno fizycznych, jak i intelektualnych. Wiele aktywności przy odrobinie pomysłu możemy zaaranżować tak, by równocześnie dobrze bawiło się np. dziecko z zaburzeniami mowy, niepełnosprawny ruchowo dwudziestolatek i senior z niepełnosprawnością intelektualną. Oczywiście tak różnorodne grupy należą do rzadkości, ale nigdy nie wiemy, na jakich uczestników trafimy – tym bardziej że zajęcia artystyczne często są wybierane jako forma integracji, np. podczas turnusów dla osób z niepełnosprawnościami, gdzie grupy bywają bardzo niejednorodne. Przy odrobinie wprawy i kreatywności możemy na bieżąco modyfikować zaplanowane zajęcia, by odpowiadały zastanym potrzebom.

- 2) „Łamanie lodów”- kolejnym nieocenionym plusem zajęć z wykorzystaniem sztuki jest fakt, że sprzyjają one aktywnemu uczestnictwu również osób bardzo nieśmiałych, mających problem z podejmowaniem aktywności przy innych ludziach oraz z interakcją z nimi. Dzięki skupieniu się na wykonaniu oraz omówieniu swojej pracy, często osoby te zapominają o swoich lękach i uprzedzeniach i dopiero po zaprezentowaniu swojej pracy plastycznej czy zagraniu prostej melodii na instrumencie orientują się, że właśnie wykonali coś na forum grupy! Wtedy od razu nabierają pewności siebie, a co za tym idzie, łatwiej im otworzyć się na świadome interakcje z innymi uczestnikami. Gdy pierwsze skrępowanie i napięcie zostaną już rozładowane, wykonywanie wspólnie prac, np. plastycznych, przy jednym stole, stwarza przestrzeń do rozmów i po prostu przyjemnie spędzonego czasu. Niestety dla wielu osób z niepełnosprawnością takie okazje należą do rzadkości – spora grupa naszych podopiecznych z różnych powodów większą część swojego czasu spędza sama w domu, czy też mieszka w ośrodkach typu DPS gdzie braki kadrowe nie zawsze pozwalają na ciekawą organizację czasu pensjonariuszom. Dla nich tego typu zajęcia są czymś znacznie więcej niż zapoznaniem ze sztuką i rozwijaniem swoich zdolności – są pretekstem do stworzenia przestrzeni, w której czują się choć na moment członkami grupy; są wspierani i akceptowani, mogą porozmawiać na różne tematy, przekonują się, że są w stanie wykonać rzeczy pozornie bardzo trudne, co bezpośrednio przekłada się na ich samoocenę i samoakceptację. Warto wspomnieć, że w grupach integracyjnych uczestnicy mimo różnorodnych ograniczeń chętnie sobie pomagają, i każda strona ma z tego ogromne korzyści. Pomagający rozwijają empatię oraz wrażliwość i czują się potrzebni, natomiast osoby potrzebujące pomocy nabierają przekonania, że mogą liczyć na innych ludzi; że również w życiu, a nie tylko na zajęciach, spotkają ludzi którzy im bezinteresownie pomogą.
- 3) Dostępność – oczywiście warto korzystać ze specjalnych pomocy i materiałów, mających na celu uatrakcyjnienie zajęć arteterapii oraz wzmocnienie ich pozytywnego oddziaływania na uczestników. Jednak kolejnym czynnikiem czyniącym tę formę pracy wartą uwagi jest fakt, że tak naprawdę podstawowym elementem nieodzownym do przeprowadzenia ciekawych, rozwijających zajęć jest nie profesjonalny sprzęt, a uważność i pomysłowość. Tym samym nie musimy kupować drogich, trudnodostępnych artykułów, a inspirację do prac możemy znaleźć wszędzie, wystarczy tylko dobrze się rozejrzeć! Najbogatszym- moim zdaniem- źródłem pomysłów jest

przyroda. Wystarczy jeden spacer do lasu, by zaczerpnąć idei na co najmniej kilka godzin zajęć. Możemy np. naśladować dźwięki lasu, udawać leśne zwierzęta, pisać własne bajki o stworzeniach zamieszkujących mchy i korony drzew czy wykonywać ozdoby z szyszek i suszonych liści.

- 4) Wielowymiarowość – zajęcia arteterapeutyczne, w zależności od formy którą się posługujemy, oddziałują na wiele układów równocześnie. Dla przykładu, trzymając się powyżej wspomnianego wątku lasu, zajęcia polegające na przedstawianiu tańca drzew poruszanych wiatrem w rytm melodii rozwijają wyobraźnię, usprawniają ruchowo (równowaga, czucie głębokie własnego ciała, zakres ruchu), stymulują słuch i ćwiczą poczucie rytmu. Z kolei zajęcia plastyczne mają rewelacyjny wpływ na usprawnianie motoryki małej, której sprawność jest nieodzowna w osiągnięciu jak największej samodzielności w codziennych czynnościach.

Zajęcia z wykorzystaniem sztuki oczami uczestników

Chyba najważniejszą kwestią, którą należy wziąć pod uwagę gdy mówimy o arteterapii jest to, jakie odczucia wobec zajęć mają najważniejsze osoby w jej przebiegu, czyli nasi podopieczni z różnymi niepełnosprawnościami. Oczywiście opinie uczestników są ważne we wszystkich aktywnościach proponowanych przez terapeutów, jednak to właśnie arteterapia uznawana jest za metodę najbardziej nakierowaną na przyjemne, relaksacyjne spędzanie czasu, w porównaniu do na przykład zajęć rehabilitacyjnych lub zajęć technicznych na warsztatach terapii zajęciowej.

Kilka tygodni temu miałam okazję poprowadzić serię warsztatów arteterapeutycznych dla osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną oraz przewlekle chorych, będących uczestnikami turnusu zorganizowanego w ramach opieki wytchnieniowej. Skupiłam się głównie na muzykoterapii, choreoterapii oraz twórczej terapii wizualnej. Na koniec turnusu poprosiłam uczestników o podzielenie się swoimi wnioskami i przemyśleniami dotyczącymi przeprowadzonych zajęć. Oto wypowiedzi kilku z nich (dla potrzeb artykułu imiona zostały zmienione):

Zosia, 21 lat, chorująca na zespół Pradera – Williego

„Wszystkie zajęcia bardzo mi się podobały, najbardziej muzyczne bo wtedy mogę być sobą, i plastyczne, bo widzę że potrafię zrobić trudne zadania. Czasem było trudno, ale jak się postarałam i Marysia mi pomogła, to zawsze się udawało. Najbardziej cieszę mnie moment kiedy kończę pracę i widzę efekt, jestem z siebie bardzo dumna.”

Marek, 66 lat, z niepełnosprawnością intelektualną będącą powikłaniem po przebytych w okresie niemowlęcym zapaleniu opon mózgowych

„Wszystko mi się bardzo podobało, było pięknie, jestem tancerz, śpiewak i artysta malarz, dobrze pracuję, ładnie śpiewam i dobrze tańczę kaczuszki, bardzo piękne zajęcia, dziękuję.”

Mateusz, 30 lat, z niepełnosprawnościami nabytymi po nieszczęśliwym wypadku, który spowodował wylew krwi do mózgu i kilkutygodniową śpiączkę

„Bardzo mi się podobało, wszystkie zajęcia były super-hiper. Bardziej niż efekt pracy cieszył mnie czas poświęcony na jej zrobienie. Jestem zaskoczony ile rzeczy umiem zrobić i że można robić plastyczne prace z resztek papieru, pestek dyni i gałązek z choinek.”

Józek, 64 lata, chorujący na stwardnienie rozsiane

„Bardzo sympatycznie ogółem było, ja to nie lubię prac plastycznych no ale coś tam zawsze zrobiłem, mi to by nie przeszkadzało jakbyśmy nie robili żadnych prac, ale fajnie fajnie, oni robili a mi aż miło było popatrzeć jak pracują i porozmawiać.”

Powyższe przykłady świetnie ilustrują to, o czym pisano powyżej: że terapia sztuką sprawdzi się dla absolutnie każdego i jest możliwa do przeprowadzenia nawet gdy w jednej grupie mamy osoby o skrajnie różnych możliwościach i potrzebach. Ponadto wypowiedź Józka dobitnie pokazała, że w niektórych przypadkach sztuka jest tylko pretekstem do spotkania i zawiązania grupy, ale istota rewalidacji odbywa się na innym poziomie; niezależnie od tego co akurat powstaje na naszych kartkach czy wydobywa się z naszych gardeł lub instrumentów.

Zakończenie

Podsumowując, arteterapia jest zagadnieniem bezwarunkowo zasługującym na większą uwagę i szersze wykorzystanie. Oprócz tego, że jest niezwykle cenna dla naszych podopiecznych, również dla nas, pedagogów i terapeutów, jest świetną, efektywną i przyjemną formą pracy, dającą co najmniej tyle satysfakcji prowadzącym co uczestnikom. Jestem przekonana, że włączenie tej techniki do swojego warsztatu pracy pomoże uniknąć wypalenia zawodowego, ponieważ przygotowanie i przeprowadzenie zajęć każdorazowo wymaga od nas uruchomienia pokładów energii i kreatywności. A w naszej pracy zawsze należy pamiętać, że dopiero gdy będziemy wypełniać swoje obowiązki z radością i pasją, będziemy mogli tę radość i długofalową, konkretną pomoc dawać innym ludziom.

ART THERAPY, THE HEALING POWER OF ART

Abstract

One of many more and more popular ways of revalidation of people with different disabilities is art therapy. It has a great number of advantages,

which impact on many fields on human's life. This occupation let us connect advanced therapy with simply having fun.

Bibliografia

Arciszewska-Binnebesel A., *Szczęśliwy świat tworzenia czyli arteterapia*, wyd. Beabieja, Toruń, 2003.

Bartel R., *ARTETERAPIA I ROZWÓJ OSOBISTY- Teoretyczne i praktyczne aspekty terapii przez sztukę*, Wydawnictwo Uniwersytetu Artystycznego w Poznaniu, Poznań, 2016.

Dyckik W., *Poszukiwanie nowatorskich i alternatywnych koncepcji indywidualnej rehabilitacji oraz społecznej integracji osób niepełnosprawnych- aktualnym wyzwaniem praktyki edukacyjnej* [w]: Dycik W., Szychowiak B. (red.), *Nowatorskie i alternatywne metody w praktyce pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań, 2001.

Koniecznyńska Z., *Arteterapia i psychorysunek w praktyce klinicznej.*, [w]: Hanek L., Pasella M. (red.), *Arteterapia*, zeszyt Naukowy nr 57, Akademia muzyczna, Wrocław, 1990. [w]: Gładyszewska-Cylulko J., *Arteterapia w pracy pedagoga*, Impuls, Kraków, 2011.

Kulczycki M., *Arteterapia i psychologia kliniczna.* [w]: Hanek L., Pasella M. (red.), *Arteterapia*, zeszyt Naukowy nr 57, Akademia muzyczna, Wrocław, 1990. [w]: Gładyszewska-Cylulko J., *Arteterapia w pracy pedagoga*, Impuls, Kraków, 2011.

Rozmysłowicz P., *Arteterapia jako metoda korygowania zaburzeń emocjonalnych*, [w:] Kataryńczuk-Mania L. (red.), *Metody i formy terapii sztuką*, wyd. Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra, 2005.

Szulc W., *Sztuka w służbie medycyny. Od antyku do postmodernizmu.*, Wydawnictwo Akademii Medycznej w Poznaniu, Poznań, 2001 [w]: Gładyszewska-Cylulko J., *Arteterapia w pracy pedagoga*, Impuls, Kraków, 2011.

Netografia

Arteterapia, <https://sjp.pwn.pl/sjp/arteterapia;2550829.html>, [dostęp: 26.11.2020].

Biblioterapia w pracy z dziećmi, <https://szkolnictwo.pl/index.php?id=PU9517>, [dostęp: 27.11.2020].

Dramaterapia w leczeniu osób z diagnozą Schizofrenii, <http://teatrpsyche.org.pl/Dramaterapia.html>, [dostęp: 27.11.2020].

Muzykoterapia- muzyka, która leczy, <https://promedica24.com.pl/opieka-nad-osobami-starszymi-poradnik/w-wolnym-czasie/muzykoterapia-muzyka-ktora-leczy/>, [dostęp: 27.11.2020].

Plastykoterapia – terapia za pomocą sztuk plastycznych, <http://www.cen.edu.pl/Materialy-metodyczne,143/I-2020-Plastykoterapia-terapia-za-pomoca-sztuk-plastycznych,917.html>, [dostęp: 27.11.2020]

Terapia zajęciowa, <https://encyklopedia.pwn.pl/szukaj/arteterapia.html>, [dostęp: 26.11.2020].

Warsztat z choreoterapii, <https://psychomedic.pl/warsztat-z-choreoterapii/>, [dostęp: 27.11.2020].