



**PROBLEMY I KWESTIE SPOŁECZNE
PEDAGOGIKI**

WYBRANE ASPEKTY TERAPII PEDAGOGICZNEJ

TOM II

PIOTR DOMŻAŁ, IRENEUSZ WOJACZEK
REDAKCJA NAUKOWA

RACIBÓRZ 2017

Wydawnictwo naukowe

Polska Edukacja

© Copyright by Polska Edukacja, 2017

Redakcja naukowa

Piotr Domżał, Ireneusz Wojaczek

Recenzja naukowa

dr hab. Zbigniew Domżał, prof. UNS

Projekt okładki

Polska Edukacja

Użyte zdjęcie w projekcie okładki i strony tytułowej

fotolia.com (zakup do celów komercyjnych)

Skład i łamanie tekstu

Polska Edukacja

Liczba arkuszy wydawniczych i forma wydania

6,29 [Książka na nośniku elektronicznym – płyta CD]

Wydawnictwo naukowe

Polska Edukacja

47-400 Racibórz, Wojska Polskiego 2/1

tel. 32 4150797

e-mail: kontakt@polskaedukacja.pl

www.polskaedukacja.pl

ISBN 978-83-924978-2-0

SPIS TREŚCI

Marek A. Motyka, Karolina Kątek <i>Pragmatyzm wspólnoty anonimowych alkoholików.....</i>	5
Joanna Figaszewska <i>Przykłady wykorzystania metody ruchu rozwijającego w terapii pedagogicznej dzieci z zaburzeniami rozwoju społeczno-emocjonalnego</i>	34
Agnieszka Wiktorczyk-Żuraw <i>Terapia pedagogiczna dla dzieci z niską dojrzałością szkolną do podjęcia edukacji w klasie I – zagadnienia praktyczne i propozycje ćwiczeń</i>	64
Małgorzata Grzędowska <i>Przykłady propozycji wspierających działania wychowawcze i opiekuńcze rodziców i nauczycieli dzieci ujawniających problemy wychowawcze.....</i>	85
Joanna Helaszek <i>Muzykoterapia – jedna z metod pracy z dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych w przedszkolu</i>	104
Hanna Dominika Szweda <i>Czym jest dogoterapia – czyli jak pies i doświadczony przewodnik mogą wspomagać działania terapeutyczne....</i>	129
Karina Puls <i>Terapia ucznia z dysleksją w nauce języka angielskiego ..</i>	145

Marek A. Motyka

Uniwersytet Rzeszowski

Karolina Kątek

Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny w Żurawicy

PRAGMATYZM WSPÓLNOTY ANONIMOWYCH ALKOHOLIKÓW

Streszczenie

Anonimowi Alkoholicy są wspólnotą mężczyzn i kobiet, którzy dzielą się nawzajem swoim doświadczeniem, siłą i nadzieją, aby rozwiązać swój wspólny problem i pomagać innym w wyzdrowieniu z alkoholizmu. Jedynym warunkiem uczestnictwa we wspólnocie jest chęć zaprzestania picia. Nie ma w AA żadnych składek ani opłat. [...] Wspólnota AA nie jest związana z żadną sektą, wyznaniem, działalnością polityczną, organizacją lub instytucją, nie angażuje się w żadne publiczne polemiki, nie popiera ani nie zwalcza żadnych poglądów. [...] Podstawowym celem jest trwać w trzeźwości i pomagać innym alkoholikom w jej osiągnięciu (Preambuła AA).

W artykule przedstawiono wpływ amerykańskiego pragmatyzmu na powstanie Wspólnoty Anonimowych Alkoholików. Opisano cechy konstytutywne tego nurtu filozoficznego, jego założenia zaadaptowane przez założycieli Wspólnoty AA oraz przedstawiono dane potwierdzające użyteczność Programu 12 Kroków w zdrowieniu osób uzależnionych od alkoholu.

Słowa kluczowe

Anonimowi Alkoholicy, William James, użyteczność

Abstract

Alcoholics Anonymous is a fellowship of men and women who share their experience, strength and hope with each other that they may solve their common problem and help others to recover from alcoholism. The only requirement for membership is a desire to stop drinking. There are no dues or fees for A.A. membership. [...] A.A. is not allied with any sect, denomination, politics, organization or institution; does not wish to engage in any controversy; neither endorses nor opposes any causes. [...] Primary purpose is to stay sober and help other alcoholics to achieve sobriety (AA Preamble).

This article presents the influence of American pragmatism on the formation of the Alcoholics Anonymous Community. Describes the characteristics of constitutive elements of mainstream philosophical, his assumptions adopted by the founders of the AA Community and shows the data proving the usability 12 steps recovery of people addicted to alcohol.

Keywords

Alcoholics Anonymous, William James, usability

Wprowadzenie

Uzależnienie od alkoholu to choroba postępująca, przewlekła, podstępna, a przede wszystkim śmiertelna [1]. Postępująca, ponieważ jej rozwój może przebiegać od kilku do kilkudziesięciu lat; przewlekła, ponieważ powrót do picia nawet po długiej abstinencji zazwyczaj powoduje nasilenie wszystkich objawów choroby oraz schematów nałogowych zachowań; podstępna, ponieważ osoba, u której ta choroba się rozwija przez długie lata może sobie nie zdawać sprawy z jej występowania (działanie psychologicznych mechanizmów obronnych); śmiertelna, ponieważ nieleczona w licznych przypadkach kończy się zgonem. To

choroba, której rozwój powoduje dotkliwe konsekwencje we wszystkich obszarach życia. Ich występowanie można zaobserwować zarówno w kondycji fizycznej, psychicznej, przemianach wartości, jak i w otoczeniu społecznym uzależnionej jednostki [2-3]. Ireneusz Kaczmarczyk określa uzależnienie od alkoholu mianem choroby godności, przejawiającej się naruszaniem norm społecznych przez alkoholika, który z czasem traci poczucie własnej wartości, postrzega siebie jako osobę gorszą od innych, a wraz z rozwojem choroby traci stopniowo wiarę w sens własnego życia [4].

Zdaniem Jerzego Mellibrudy zasadnicze problemy występujące u osób uzależnionych od alkoholu to:

- postępująca autodestrukcja wskazująca na poważne uszkodzenie instynktu samozachowawczego: osoba chora spożywa alkohol mimo świadomości szkód – zdrowotnych, rodzinnych, społecznych – związanych z jego nadużywaniem;
- wykreowanie się tzw. głodu alkoholowego: silnego pragnienia spożycia alkoholu dającego poczucie wewnętrznego przymusu występującego zwłaszcza w sytuacjach pobudzenia emocjonalnego, w okolicznościach związanych ze spożywaniem alkoholu (przyjęcia, festyny, imprezy, podczas których osoba uzależniona przebywa w gronie pijących) lub po spożyciu nawet małej ilości napoju alkoholowego;
- upośledzenie, a w rezultacie utrata zdolności skutecznej kontroli ilości spożywanego alkoholu bądź powstrzymania się od jego spożywania oraz coraz częstsze niepowodzenia podczas prób zaprzestania picia;
- narastające poczucie bezradności, cierpienia, osamotnienia („nic mi nie wychodzi”, „życie jest straszne”, „nikt mnie nie rozumie”);

- koncentracja życia osobistego osoby uzależnionej wokół okoliczności i spraw związanych ze spożywaniem alkoholu oraz uszkodzenie i zerwanie dotychczasowych relacji społecznych (zawężanie towarzystwa niemal wyłącznie do grona osób żyjących w podobny sposób, spędzanie czasu wolnego niemal wyłącznie przy alkoholu, planowanie picia, robienie zapasów alkoholowych itp.);
- gotowość do naruszania norm społecznych i systemu wartości w okolicznościach kolidujących z bieżącymi potrzebami osoby uzależnionej (łamanie przyrzeczeń, popełnianie oszustw, wynoszenie z domu rzeczy na alkohol, niewierność małżeńska itp.) [2].

Uzależnienie od alkoholu prowadzi do dotkliwych strat. Już na wczesnych jego etapach zaczynają występować trudności z pełnieniem podstawowych ról społecznych. Wraz z rozwojem choroby postępująca dysfunkcjonalność obejmuje swoim zasięgiem – jak zauważa Jakub Trzebiatowski – „subświaty życia alkoholika w perspektywie globalnej. W życiu rodzinnym stopniowo wycofuje się on z czynności dotąd wykonywanych – odbierania dzieci z przedszkola lub szkoły, sprzątania czy pomocy w zakupach. Aktywność jednostki na gruncie subświata rodzinnego, zarówno rodziny pochodzenia, jak i prokreacji, znacząco się zmienia. Ma coraz większe trudności w perspektywie pełnienia ról zawodowych. Także stopień zaangażowania w relacje społeczne związane z rolami przyjaciela lub znajomego ulega postępującemu osłabianiu. Subświat czynnej choroby przejmuje zatem kontrolę nad pozostałymi subświatami, jednocześnie zyskując miano rzeczywistości podstawowej” [5, 68-69].

Szczególnie dotkliwe straty występują w tzw. strukturze „Ja”; w postrzeganiu siebie i swoich możliwości panowania nad życiem i wszystkimi jego obszarami, w wykreowaniu się dualistycznego wizerunku własnego zarówno jako osoby żyjącej

w zgodzie z powszechnie obowiązującymi zasadami życia społecznego w okresach abstynencji, jak i jednostki gotowej i zdolnej do naruszania bądź całkowitego łamania tych zasad w okresach picia [2].

Wieloletnie nadużywanie alkoholu wraz ze wszystkimi jego skutkami, których osoba uzależniona doświadcza: z poczuciem winy, porażki, ciągłym wstydem i pogłębiającym się poczuciem samotności pozbawia osobę uzależnioną godności, obniżając jednocześnie jej samoocenę.

Praca terapeutyczna z osobą uzależnioną obejmuje nie tylko poszukiwanie sposobów powstrzymania się od spożywania alkoholu, ale przede wszystkim koncentruje się na odbudowaniu poczucia wartości, spójnego obrazu siebie i przywróceniu poczucia koherencji oraz satysfakcji z życia. Jedną z metod sprzyjających powrotowi alkoholika do bio-psychiczno-społecznej równowagi, a zwłaszcza przywróceniu poczucia własnej wartości jest Program 12 Kroków Anonimowych Alkoholików.

Wspólnota Anonimowych Alkoholików

Anonimowi Alkoholicy (AA) to wspólnota, której oddziaływanie od ponad osiemdziesięciu lat pomaga osobom uzależnionym od alkoholu w utrzymywaniu abstynencji. Jak podało *General Service Office of Alcoholics Anonymous* (Główne Biuro Służb AA), szacunkowe dane wskazują, że grupy samopomocowe Anonimowych Alkoholików spotykają się w 180 krajach (ponad 2 miliony uczestników) [6], co potwierdza niebagatelną wartość tego typu oddziaływań wśród osób zmagających się z konsekwencjami uzależnienia od alkoholu. Proponowaną przez Wspólnotę podstawę wprowadzania konstruktywnych zmian stanowią założenia zawarte w Programie 12 Kroków; nieskomplikowanym i możliwym do realizacji przez każdą osobę, która zadeklaruje

chęć zaprzestania spożywania alkoholu i zaakceptuje założenia tego programu.

Początki Wspólnoty AA sięgają 1935 roku, kiedy w miejscowości Akron w amerykańskim stanie Ohio spotkało się dwóch mężczyzn, z których jeden – makler giełdowy William G. Wilson – poszukiwał pomocy, aby nie złamać podjętej przez siebie decyzji o abstynencji, a drugi – dr Robert H. Smith – z powodu nadużywania alkoholu nie był już w stanie podejmować czynności zawodowych [7]. Jak wskazuje Leonard Blumberg, przemiana W.G. Wilsona została zainicjowana lekturą tekstów Williama Jamesa – przedstawiciela pragmatyzmu, a zwłaszcza fragmentów jego przemyśleń dotyczących doświadczenia religijnego. Warto podkreślić, że W.G. Wilson został uznany za beznadziejny przypadek alkoholika, dla którego – według jednego z lekarzy próbujących mu pomóc – jedynie głęboka przemiana duchowa mogła stanowić ewentualną szansę poprawy jego funkcjonowania [8]. To właśnie inspiracja opisami przypadków zaprezentowanych przez W. Jamesa w *Varieties of Religious Experience (Odmiany doświadczenia religijnego)* przyczyniła się do głębokiej refleksji, a następnie owej przemiany, która nastąpiła w życiu W.G. Wilsona, poprzedzonej jednakże wieloma konkretnymi i konsekwentnie realizowanymi działaniami z jego strony.

Uznanie powstania Wspólnoty AA za dzieło przypadkowego spotkania dwóch alkoholików byłoby zbyt uproszczeniem i pominięciem faktów kluczowych zarówno dla narodzin tej Wspólnoty, jak i założeń proponowanych w ramach uczestnictwa w jej programie. Podobnie jak uproszczeniem byłoby przyjęcie, że jedynie samo uczestnictwo w spotkaniach Anonimowych Alkoholików może przyczynić się do wystąpienia znaczących zmian w życiu osoby uzależnionej.

Poglądy Williama Jamesa a Wspólnota AA

Badacze oddziaływań Anonimowych Alkoholików podkreślają związki Wspólnoty z pragmatyzmem – jednym z nurtów filozoficznych XX wieku zainicjowanym przez Charlesa S. Peirce’a [9], a spopularyzowanym przez W. Jamesa [10-11]. Głównym przedmiotem filozofowania wskazywanym przez twórców tego nurtu był człowiek, a raczej – jak podaje Jerzy Szacki – „koncepcja człowieka, która nie pozostawia miejsca ani na jego wyobrażenie jako gotowego wytworu przyrody, ani też na koncepcję *tabula rasa* poddającej się biernie oddziaływaniu środowiska przyrodniczego lub społecznego. Człowiek staje się tym, czym jest w procesie interakcji ze środowiskiem, którego częścią są, oczywiście, inne organizmy” [12, 546]. Pragmatyści wskazywali, że świat społeczny jest konstruowany właśnie poprzez interakcje zachodzące między jednostkami współtworzącymi rzeczywistość, której są aktywnymi uczestnikami i zarazem kreatorami. Podmiot poznający – według W. Jamesa – „jest z jednej strony aktorem będącym współtwórcą prawdy, z drugiej zaś kimś, kto rejestruje prawdę, do której stworzenia się przyczynia” [13, 67].

Jeden z głównych przedstawicieli pragmatyzmu – John Dewey – pisał: „Społeczeństwo jest procesem zrzeszania się w taki sposób, że doświadczenia, emocje, wartości są przekazywane i czynione własnością wspólną” [14, 161], natomiast jednostka, to „termin zbiorczy obejmujący bardzo wiele swoistych reakcji, nawyków, dyspozycji i władz ludzkiej natury, które zostały wywołane i utwierdzone pod wpływem życia zrzeszonego” [14, 156]. To między innymi wszelkie zaobserwowane doświadczenia innych, które, selekcyjonowane w umyśle jednostki i przyswajane jako własne, są egzemplifikacją użyteczności – owego pragmatyzmu, który sprzyja kreowaniu indywidualności z kolektywnych doświadczeń, uniwersalizmu pozwalającego na stosowanie zasad – w tym przypadku Programu 12 Kroków – przez przedstawicieli

wszystkich warstw społecznych, wszelkich narodowości, różnych kultur.

Doniosłość interakcji zachodzących między jednostkami podejmującymi wspólnie działania sprzyjające utrzymaniu abstynencji alkoholowej została zauważona na początku aktywności Wspólnoty. Jej założyciele podkreślali funkcjonalność i użyteczność wspólnych spotkań oraz omawianych w ich trakcie doświadczeń, doceniali wartość dzielenia się nimi z innymi uczestnikami organizowanych cyklicznych zgromadzeń, zachęcali do internalizacji zasad ujętych w Programie 12 Kroków. Nadrzędnym celem i istotą wprowadzania konstruktywnych zmian u osoby uzależnionej był powrót do pełnienia podstawowych ról społecznych – naturalnie w odwołaniu się do tych zasad – ale przede wszystkim poprawa sytuacji rodzinnej, społecznej, ekonomicznej, a przy tym wzrost samooceny, satysfakcji życiowej, poprawa zdrowia [7-8].

Rzecznicy pragmatyzmu „odrzucaли możliwość pojmowania społeczeństwa inaczej niż jako zbioru oddziałujących na siebie jednostek” [12, 547]. Działanie Wspólnoty Anonimowych Alkoholików polega na tych właśnie założeniach: jednostka dołączająca do danej społeczności (w tej sytuacji do grupy AA) korzysta z „kapitału”, jaki ta grupa posiada i jednocześnie wnosi swój „kapitał”, którym są doświadczenia, przeżycia, bądź zasoby, jakie posiada, a które mogą być wykorzystane zależnie od ich użyteczności przez nią samą lub przez innych członków grupy.

Konstytutywne założenia Wspólnoty Anonimowych Alkoholików odwoływały się do prac wspomnianego wcześniej W. Jamesa, uznawanego za twórcę amerykańskiej psychologii, który w swoich naukowych dociekaniach badał religijne doświadczenia ludzi, interesował się zagadnieniami wartości, duchowości, zajmował się problematyką woli i świadomości, a przy tym w relacjach terapeutycznych z pacjentami łączył psychologię z religią

i duchowym wymiarem człowieka [8, 10]. Podczas swojej pracy zauważył on, że każda przemiana zachodząca u obserwowanych jednostek była poprzedzona dramatycznymi wydarzeniami zachodzącymi w ich życiu. Jednakże dla W. Jamesa jako orędownika pragmatyzmu nie przyczyna wspomnianych dramatycznych wydarzeń była ważna, a ostateczny rezultat identyfikowanej metamorfozy [16]. Ważne dla niego były obserwowane u pacjentów spektakularne efekty, które prowadziły do równie spektakularnych zmian zachodzących w nich samych, a przy tym także w ich życiu.

Jak wskazuje Tomasz Knapik, pragmatyzm „to kierunek, który postuluje praktyczny sposób myślenia i działania w każdej sytuacji, uzależniając prawdziwość twierdzeń od ich praktycznych implikacji, a więc przyjmuje użyteczność za kryterium prawdy” [11, 135]. Pojęcie prawdy jako jedno z istotnych zagadnień pragmatyzmu służy jednocześnie jako metoda badawcza stosowana przez zwolenników tego sposobu myślenia. Odwołując się do tego kryterium W. James pisał: „Żeby zatem ciągnąć doskonałą jasność myśli o dowolnym przedmiocie, trzeba nam tylko rozważyć, jakie wyobrażalne skutki o charakterze praktycznym może pociągać ów przedmiot. Nasze pojęcie owych skutków – czy to bezpośrednich, czy odległych – jest przeto całym naszym pojęciem danego przedmiotu” [17, 67]. W swoich założeniach wskazywał on, że istotne wnioski są rezultatem wieloetapowej i dokładnej pracy, w trakcie której badany przedmiot, bądź pojęcie abstrakcyjne zostaje poddane analizie wraz ze wszystkimi możliwymi skutkami związanymi z tym pojęciem lub przedmiotem, oceną użyteczności rozumianą jako zakres wszelkich związków owego przedmiotu lub pojęcia z otoczeniem, a zwłaszcza wpływu na inne obiekty. Ocena użyteczności daje możliwą do zweryfikowania wiedzę, którą można uznać za wiedzę prawdziwą dotyczącą tego obiektu.

Według W. Jamesa prawda ma charakter relacyjny; stanowi rodzaj związku zachodzącego między rzeczywistością a teorią. Prawdziwość teoretycznych twierdzeń możliwa jest do określenia wyłącznie po zestawieniu tychże teorii z rzeczywistością, za którą W. James uznawał zarówno otaczający człowieka świat zewnętrzny, jak i całokształt ludzkich doświadczeń [10]. *Credo* jamesowskiego pragmatyzmu trafnie ujął Zbigniew Drozdowicz: „w pragmatyzmie chodzi o prawdę pojmowaną jako zgodność naszych idei z rzeczywistością, prawdę, która jest własnością niektórych naszych idei. Według pragmatystów, prawdziwe są te idee, które potrafimy przyswoić, uzasadnić, potwierdzić i zweryfikować, a każda prawda, która pomaga nam radzić sobie praktycznie lub intelektualnie z pewną realnością, jest czymś jej przynależnym. [...] Natomiast o tym, czy idea jest czy też nie jest pożyteczna, rozstrzyga to, czy pomaga nam czy też nie pomaga radzić sobie praktycznie lub intelektualnie z pewną realnością lub czymś jej przynależnym. Tak czy inaczej musi się pojawić nie tylko idea, ale także działanie, które określi znaczenie prawdy. Stąd można powiedzieć, że *credo* pragmatyzmu (z gr. *prágma* – działanie, czynność) wyraża się w postawieniu na działanie, a przynajmniej na rozstrzygnięcie o wszystkim tym, co najistotniejsze w działaniu” [18, 61-62].

Dla osób zmagających się z uzależnieniem od alkoholu Program 12 Kroków stanowi zbiór owych idei, które mogą przyczynić się do poprawy jakości życia danej jednostki, jednak pod warunkiem, że zostaną przez nią zaakceptowane. Akceptacja z kolei możliwa jest wyłącznie poprzez modelowanie u jednostki motywacji do przyjęcia proponowanych idei w trakcie obserwacji prowadzonych wśród innych osób, w których życiu nastąpiła poprawa dzięki stosowaniu się do tych zasad. Dlatego Anonimowi Alkoholicy przykładają tak istotną wagę do regularnego uczestnictwa w mityngach, angażowania się w działania służb,

pracę nad realizacją Kroków [19], a zwłaszcza współpracę ze sponsorem – osobą ze zinternalizowanymi założeniami programowymi AA, dla której proponowane idee są bezdyskusyjne pod względem skuteczności. Podważanie prawdziwości Programu AA może się bowiem często zdarzać „nowicjusom” z uwagi na działanie mechanizmów obronnych choroby alkoholowej – (mechanizmu iluzji i zaprzeczania i mechanizmu rozdwójonego i rozproszonego „Ja”) [20] – intensywnych i rozbudowanych na wstępnym etapie zaprzestania picia.

W przekonaniu Anonimowych Alkoholików wprowadzanie konstruktywnych zmian polega na uczciwym i otwartym mówieniu o sobie, dzieleniu się doświadczeniami, konstruowaniu wspólnego dla wszystkich zainteresowanych systemu wartości sprzyjającego poszukiwaniu rozwiązań problemów. „Nowa droga” polega na uczeniu się akceptacji w swoim życiu tego, czego nie można zmienić, generowaniu odwagi do wprowadzania zmian tam, gdzie jest to możliwe, jak również – przez współuczestnictwo we Wspólnocie – nabywaniu mądrości, która pomoże odróżnić to, co możliwe do zmiany od tego, co już zmianie nigdy nie ulegnie; pogodzenie się z nieodwracalną utratą kontroli picia i skierowanie uwagi – dotychczas skupionej na próbach zapanowania nad piciem i zachowaniami po alkoholu – na poprawę swojej sytuacji. Internalizacja tychże wskazówek występuje wraz z każdym uczestnictwem w mityngu AA, by z biegiem czasu stać się mottem powtarzanym przez wielu zdrowiejących alkoholików u progu nowego dnia i po jego zakończeniu. Wśród członków Wspólnoty AA wskazówki te znane są jako „Modlitwa o pogodę ducha”, którą rozpoczyna się i kończy każde spotkanie grupowe [21].

Jak zauważa Krzysztof Wojcieszek, pragmatyzm podczas procesu zdrowienia osób uzależnionych nie wyklucza z pola widzenia niczego, co pomaga człowiekowi i niczego z góry nie

zakłada. Wszelkie działania przyczyniające się do poprawy funkcjonowania osoby uzależnionej i wzrostu jej poczucia bezpieczeństwa są w tym wypadku akceptowane [22]. W procesie psychoterapii podejście pragmatyczne polega na zrozumieniu pacjenta oraz zaplanowaniu wprowadzania zmian przy wykorzystaniu jego własnych zasobów. Gerard Egan w swoim pragmatycznym podejściu do terapii „zaleca skoncentrowanie się na zrozumieniu osoby uzależnionej w wielu kontekstach jej życia, zaplanowanie odzyskania straconych szans, biorąc pod uwagę jej realne możliwości. Ważne jest zachowanie równowagi pomiędzy udzielonym wsparciem a wyznaczonym wyzwaniem. W modelu kompetentnej pomocy działanie powinno być „napędzane” poprzez cele, a nie przez problemy. G. Egan patrzy na osoby uzależnione przez pryzmat deficytów, a nie patologii, co jest wyrazem empatycznego podejścia do osoby objętej pomocą terapeutyczną” [23, 288]. Z kolei Bill O’Connell skupia się na wydobyciu zasobów; wszelkich pozytywnych cech osoby uzależnionej, na których zamierza konstruować jej sukces w radzeniu sobie [23].

U osób uzależnionych podczas interakcji zachodzących w trakcie mityngów AA, a przede wszystkim podczas realizacji założeń Programu 12 Kroków, zachodzi przemiana tożsamości. Krzysztof T. Konecki zaznacza: „Tożsamość jest zatem konstruowana w działaniu. Działanie związane jest z procesami umysłowymi, gdzie językowe klasyfikacje obiektów pełnią funkcję praktyczną, pozwalającą jednostce osiągać określone efekty. Efekty te osiągnane są poprzez cząstkowe działania zachodzące w trakcie interakcji z innymi. Te cząstki działań pozwalają osiągać cele pomniejszych, prowadzące do pełnej prezentacji, odbioru i oceny, a także samooceny własnej tożsamości przez jednostkę. Tożsamość powstaje zatem w kontekstach społecznych uwarunkowań działań jednostki” [24, 21].

U osoby uzależnionej, pod wpływem obserwacji innych uzależnionych utrzymujących abstynencję, zmagających się z problemami życia codziennego, a przy tym radzących sobie z tymi problemami bez korzystania z alkoholu – kreuje się nowa tożsamość: alkoholika, jednakże pozbawiona odium, z jakim dotychczas się spotykał; tożsamość rozumiejąca, a przede wszystkim rozumiana; tożsamość, czyli świadomość siebie – swoich deficytów, ale zwłaszcza zasobów, jakimi dysponuje, a które dotychczas nie były wykorzystane oraz możliwości, które się pojawiają w związku ze zmianą zarówno sposobu myślenia, jak i wynikającego z niego działania. Pod wpływem uczestnictwa w Programie AA a zarazem na skutek obserwacji gromadzonych w trakcie mityngów u osób uzależnionych dochodzi do specyficznego rodzaju paradoksu: uznania swojej słabości (wobec kontrolowania spożywania alkoholu), które generuje siłę (poprzez rezygnację z „walki” z alkoholem cała aktywność może zostać skierowana na „naprawianie” swojej sytuacji).

Program 12 Kroków może być jednak nazbyt złożony dla niektórych jednostek, a przez to nieużyteczny, jednakże nie z powodu występujących w nim deficytów, a raczej ze względu na pewien specyficzny rodzaj „autonomii”, którą osoba próbująca zaprzestania picia próbuje pielęgnować. Autorzy *Wielkiej Księgi AA* w piątym rozdziale zaznaczają: „Rzadko się zdarza, by doznał niepowodzenia ktoś, kto postępuje zgodnie z naszym programem. Nie wracają do zdrowia ludzie, którzy nie mogą lub nie chcą całkowicie poddać się temu prostemu programowi. Zazwyczaj są to mężczyźni i kobiety, którzy z natury swojej nie są zdolni do zachowania uczciwości wobec samych siebie. Istnieją tacy nie-szczęśnicy. To nie ich wina. Tacy się po prostu urodzili. Z natury swej nie są zdolni pojąć, a tym bardziej rozwinąć, sposobu postępowania, który wymaga bezwzględnej uczciwości. Ich szanse na powodzenie są znikome. Istnieją także ludzie, których cierpienie

wpływa z głębokich zaburzeń emocjonalnych lub umysłowych, ale wielu z nich wraca do zdrowia, jeśli tylko zdobędą się na uczciwość wobec siebie” [25, 49]. W słowach „To nie ich wina. Tacy się po prostu urodzili” wyraźnie pobrzmiwają wpływy protestantyzmu odkrytego przez założycieli AA zainspirowanych Grupami Oksfordzkimi, dla których założenia o predestynacji stanowiły jeden z dogmatów wiary. Członkowie grup Oksfordzkich sądzili, że wyzwolenie z obsesji alkoholowej stanowi akt bożej łaski, jest darem możliwym do uzyskania od Stwórcy jedynie wówczas, gdy alkoholik – korząc się przed nim – padnie na kolana i będzie błagał o wybaczenie [26].

William G. Wilson pozostając pod wpływem lektur W. Jamesa i pragmatyzmu amerykańskiego był znacznie mniej dogmatyczny. Uważał, co prawda, że bez pełnej akceptacji kanonów i dogmatów religijnych wszelkie doświadczenia duchowe nie mają prawa wystąpić; osoby dla których wartości religijne przestały stanowić jakąkolwiek wartość, albo też nigdy wartością nie były, nie będą w stanie zaakceptować przesłań wskazywanych przez nie [26]. Podobnie zresztą jak wymaganie pełnej uczciwości, miłości, zadośćuczynienia, naprawiania błędów od jednostek, dla których pojęcia te utraciły znaczenie bądź są niezrozumiałe, bądź też na początku drogi zdrowienia stanowią zbyt trudne wyzwania. W.G. Wilson przyznawał, że wybawienie (zdrowienie w uzależnieniu) jest darem, jednakże – co podkreślał – **w jego przyjęciu uczestnictwo danej jednostki jest elementem niezbędnym**. Jak zaznaczył trafnie Wiktor Osiatyński, **poza prośbą o łaskę niezbędna jest praca nad sobą, a zwłaszcza współdziałanie z innymi oraz dzielenie się swoim doświadczeniem z tymi, którzy jeszcze nie dojrżeli do decyzji o zaprzestaniu picia** [26].

Zdecydowanie więc bardziej adekwatne są słowa: „nie mogą lub nie chcą całkowicie poddać się temu prostemu programowi”

powierzające lub nakładające na osoby uzależnione odpowiedzialność za wprowadzenie w swoim życiu pozytywnych zmian. Jednostki takie celnie określiła Ewa Wojdyła, pisząc: „nie znajdują ich (drogowskazów służących zdrowieniu) w AA jedynie ci, którzy mówią, że tego chcą, ale woleliby, aby lwią część pracy wykonał za nich ktoś inny. To ci, którzy bardziej niż w pracę nad sobą wierzą w lekarstwa i sztuczki działające na nich bez ich udziału” [27, 73].

Niektórzy uzależnieni bronią się przed przystąpieniem do Wspólnoty AA, uważając jej założenia i oddziaływanie za sekciarskie. Celem Programu 12 Kroków nie jest jednak pozbawienie jednostki autonomii jak w przypadku sekt; do programu można się stosować lub nie, można go przyjąć w całości bądź częściowo, można go również w ogóle nie realizować. Założenia programowe Anonimowych Alkoholików są o wiele prostsze niż wszelkie podejmowane w przeszłości inicjatywy narzucające zarówno jednostce, jak i całemu społeczeństwu rygorystyczne zasady [28], jak się okazało niezbyt skuteczne. Prawdą jest jednak, że zdyscyplinowana realizacja sugestii zawartych w 12 Krokach może skutecznie ochronić osobę uzależnioną zarówno przed nawrotem choroby, jak i przed śmiercią [19].

Gwarancją użyteczności i rozpowszechniania idei sprzyjających zdrowieniu jest brak możliwości ich podważenia dzięki uniwersalnym zasadom przyjętym przez założycieli Wspólnoty AA unika posiadania jakichkolwiek własności i rygorystycznie powstrzymuje się od finansowego wsparcia z innych źródeł niż środki własne członków uzyskane z dobrowolnych składek, co sprzyja utrzymywaniu niezależności. Wspólnota powstrzymuje się od autopromocji, co uniemożliwia porównywanie lub podejście o rywalizację z innymi oddziaływaniami przeciwalkoholowymi [29]. Wśród uczestników AA nie ma struktur rządzących z nieomylnymi charyzmatycznymi przywódcami, co sprzyja mi-

nimalizacji konfliktów, a w miarę potrzeb także weryfikacji osób będących w tzw. Służbach, których zadaniem jest reprezentowanie grup [19].

Dane z badań

Uzyskanie empirycznych dowodów skuteczności Wspólnoty AA może się wydawać trudnym przedsięwzięciem ze względu na anonimowość jej członków, jednakże badacze wielokrotnie podejmowali próby eksploracji środowiska Anonimowych Alkoholików, dzięki czemu przy zachowaniu zasady anonimowości udało się zarejestrować cenne obserwacje zarówno potwierdzające skuteczność Programu 12 Kroków, jak i pozwalające zrozumieć uwarunkowania sprzyjające zdrowieniu osób uzależnionych uznawanych nierzadko za przypadki beznadziejne.

Od 1968 roku, co trzy lata, wśród uczestników spotkań AA ze Stanów Zjednoczonych i Kanady przeprowadzane są przez *General Service Office* badania ankietowe pozwalające uzyskać aktualny wizerunek Wspólnoty. W 2007 roku w badaniach uczestniczyło ponad 8000 osób, z czego jedną trzecią stanowiły kobiety. Dane te wskazują, że w porównaniu z poprzednimi pomiarami zwiększył się udział kobiet przystępujących do AA, które w pierwszych badaniach stanowiły 22% badanej próby. Średni wiek ankietowanych wynosił 47 lat. Uczestnicy potwierdzali korzystanie z mityngów średnio 2,4 razy w tygodniu, średni okres utrzymywanej abstynencji wynosił 8 lat, z czego 30% potwierdziło abstynencję dłuższą niż 10 lat, 12% wskazywało od 5 do 10 lat, 24% – rok do 5 lat, a 31% nie piło alkoholu poniżej jednego roku. Niemal połowa badanych dołączyła do Wspólnoty dzięki sugestiom profesjonalistów, 33% zostało zachęconych przez innego uczestnika mityngów, 31% wskutek własnych przemyśleń, 24% zostało namówionych przez członków rodziny, a 11% trafiło do AA pod wpływem zobowiązania sądowego. Niemal

80% badanych potwierdziło współpracę ze sponsorem, 74% poinformowało swojego lekarza o przystąpieniu do Wspólnoty, niemal dwie trzecie korzystało ze wsparcia profesjonalistów zarówno przed przystąpieniem do AA, jak i w pierwszych latach uczestnictwa. 86% ankietowanych uznało profesjonalną pomoc za bardzo istotną w procesie zdrowienia, a 74% wskazało, że pomoc ta miała wpływ na podjęcie decyzji o wstąpieniu w szeregi Anonimowych Alkoholików [30].

Marcin Wnuk podczas pomiarów przeprowadzonych wśród uczestników spotkań AA zauważył, że „zaangażowanie w realizację Programu 12 Kroków oraz pobyt w ruchu samopomocy sprzyjają korzystaniu z pozytywnych religijnych sposobów radzenia sobie ze stresem Anonimowych Alkoholików, co w konsekwencji powoduje prawdopodobnie wzrost ich siły nadziei” [31, 43]. Radzenie sobie bez alkoholu w sytuacjach trudnych dla jednostek zmagających się z uzależnieniem wraz z nadzieją, że tak jak inni obserwowani uczestnicy spotkań będą w stanie pokonać wszelkie bariery, przyczyniają się z kolei do większej satysfakcji z trzeźwego życia w tej grupie. Zaangażowanie w działalność Wspólnoty oraz realizacja założeń programowych może przyczynić się do poprawy życia osób uzależnionych [32-36]. Duchowy charakter Programu 12 Kroków odgrywa istotną rolę w procesie zdrowienia, a zaangażowanie w jego realizację jest czynnikiem pośredniczącym pomiędzy duchowością a jakością życia oraz pomiędzy korzystaniem z religijnych sposobów redukcji stresu a satysfakcją z życia [37].

Jakub Trzebiatowski w swoim artykule wskazuje na różnice dotyczące stanu fizycznego, psychicznego oraz funkcjonowania społecznego w dwóch porównywanych grupach – u członków Wspólnoty AA oraz u pacjentów poradni uzależnień niekorzystających z takich spotkań. Dane z badań podkreślają wyraźną różnicę zarówno w samopoczuciu psychicznym, jak i fizycznym na

korzyść uczestników spotkań Wspólnoty; potwierdzają możliwość wystąpienia szeroko rozumianej odnowy duchowej poprzez realizację założeń zawartych w programie 12 Kroków [5], możliwość poprawy relacji małżeńskich, wzrost odpowiedzialności i kompetencji rodzicielskich, realizację w życiu zawodowym [38-39].

Dane z pomiarów przeprowadzonych przez Pawła Bronowskiego wskazują, że u osób będących pod wpływem oddziaływań Wspólnoty – w porównaniu z uzależnionymi niekorzystającymi z tej formy samopomocy – przy ustalaniu hierarchii wartości najwyższe pozycje zajmują: samorealizacja, równowaga wewnętrzna, samokontrola, wiara we własne siły [40]. Są to postawy mogące sprzyjać zdrowieniu, jednak wymagające regularnej tzw. supervizji odbywającej się podczas mityngów, na których wszelkie przejawy niewłaściwego poczucia panowania nad swoim życiem i braku pokory wobec siły uzależnienia mogą zostać zweryfikowane przez doświadczenia innych osób, które wcześniej również nieprawidłowo oceniły swoje możliwości i powróciły do picia. W tym wypadku doświadczenia innych osób uzależnionych – które wróciły do spożywania alkoholu, a następnie ponownie powróciły do uczestnictwa w programie – pełnią ową pragmatyczną funkcję; przypadki „zapić”, okoliczności, które doprowadziły do nawrotu, autokrytyka niewłaściwych postaw przyjmowanych przez osoby, które doznały tzw. wpadki, stanowią kapitał służący zdrowieniu innych uczestników.

W badaniu przeprowadzonym przez Jolantę Glińską wśród osób uzależnionych od alkoholu ustalono, że grupy samopomocowe Anonimowych Alkoholików stanowiły dla respondentów główne źródło wsparcia; ponad 95% uczestników potwierdziło, że uczestnictwo w mityngach pomaga im radzić sobie z nawrotami choroby, sprzyja poprawie sytuacji życiowej, ułatwia zadanie bliskim i uzyskanie przebaczenia [41].

Podsumowanie

Jak wskazuje George E. Vaillant, medycyna profesjonalna ma niewielkie możliwości w zakresie długoterminowego powstrzymania osób uzależnionych od spożywania alkoholu, natomiast dane z badań potwierdzają, że Wspólnota AA jest najbardziej skutecznym sposobem długoterminowego zapobiegania nawrotom [19]. Zaprezentowane powyżej dane stanowią jedynie niewielką część opisu efektów przynależności do Wspólnoty AA uzyskanych w badaniach prowadzonych wśród jej członków. Realizując Program 12 Kroków znaczna część osób uzależnionych utrzymuje abstynencję i odbudowuje nierzadko zdruzgotaną osobowość. Odzyskana wolność implikuje trzeźwość, a przy tym racjonalną i adekwatną postawę pozwalającą zarówno na rozróżnianie dobra i zła, identyfikację prawdy, jak i jej wybór w relacjach z innymi [42]. Opisane oddziaływania Wspólnoty Anonimowych Alkoholików stanowią niepodważalny dowód użyteczności Programu 12 Kroków w zdrowieniu osób uzależnionych. Ponadto – jak zaznacza Bohdan T. Woronowicz – idee AA wywarły istotny wpływ na życie publiczne, bowiem:

- przez rozpowszechnienie założeń Wspólnoty AA *American Medical Association* (Amerykańskie Towarzystwo Medyczne) przyznało alkoholizmowi status choroby,
- większość programów terapeutycznych korzysta z Programu 12 kroków zalecając uczestnikom terapii udział w spotkaniach AA,
- osoby skazane sędziwnie za jazdę pod wpływem alkoholu mają nakaz uczestnictwa w spotkaniach AA,
- podczas realizacji programów terapeutycznych zatrudnia się alkoholików – uczestników mityngów AA,
- szkolenia specjalistów terapii uzależnień uwzględniają nabycie wiedzy na temat Programu 12 kroków,

- na bazie Programu 12 kroków powstało wiele innych programów grup samopomocowych [30].

Wśród Anonimowych Alkoholików popularnym tekstem ukazującym utylitarny charakter proponowanego programu jest *Dwanaście obietnic*, które są pozbawioną patosu i przesady egzemplifikacją pragmatyzmu Wspólnoty:

„Jeśli ten etap naszego rozwoju przychodzi nam z wielkim trudem, to już w połowie drogi zadziwią nas osiągnięte rezultaty. Poznamy nową wolność i nowe szczęście. Nie będziemy żałować przeszłości ani zatrząskiwać za nią drzwiami. Pojmujemy sens słów „pogoda ducha” i zaznamy spokoju. Bez względu na to, jak nisko upadliśmy, dostrzeżemy, że i z naszego doświadczenia mogą skorzystać inni. Zniknie uczucie bezużyteczności i pokusa rozczulania się nad sobą. Bardziej niż sobą zainteresujemy się bliźniemi. Zniknie egoizm. Zmieni się cały nasz stosunek do życia. Opuści nas strach przed ludźmi i niepewnością materialną. Znajdziemy intuicyjnie sposób postępowania w sytuacjach, których dotąd nie umieliśmy rozwiązać. Nagle zaczniemy pojmować, że Bóg czyni dla nas to, czego sami dla siebie nie byliśmy w stanie uczynić.

Czy są to obietnice bez pokrycia? Sądzimy, że nie. Urzeczywistniają się czasem szybko, czasem wolniej, ale zawsze materializują się, jeśli nad nimi pracujemy” [25, 72].

Program Wspólnoty AA sprzyja zaprzestaniu używania alkoholu, zmianie sposobu myślenia, dojrzałości emocjonalnej, przyjęciu odpowiedzialności za swoje myśli, uczucia i zachowania, pomaga w niesieniu pomocy niepotrafiącym przestać pić, jak również pozwala wypełnić pustkę duchową powstałą po odstąpieniu alkoholu [43]. Zdaniem Kurta Vonneguta Program 12 Kroków jest najcenniejszym darem wieku XX dla wieku XXI. Prawdopodobnie tak samo uważają ponad dwa miliony zdrowiejących uczestników spotkań AA na całym świecie, wielomilio-

nowa grupa ich bliskich i trudna do określenia populacja żyjących w tym samym co oni środowisku [30].

Potwierdzeniem użyteczności Programu 12 Kroków Anonimowych Alkoholików jest ponadto adaptacja założeń programowych w wielu innych grupach pomocowych: Anonimowych Narcomanów, Anonimowych Hazardzistów, Anonimowych Żarłoków, Anonimowych Pracoholików, Anonimowych Lekomanów, Anonimowych Nikotynistów i wielu innych społeczności organizujących się w grupy samopomocowe, których celem – poprzez interakcje i wspólne doświadczenia – jest uzyskanie zrozumienia wśród osób mierzących się z określoną dysfunkcją oraz praca nad poprawą jakości życia, wzrost satysfakcji życiowej, szeroko rozumiany rozwój.

Załączniki: Program Wspólnoty AA (wybrane fragmenty)

Załącznik 1: Modlitwa o Pogodę Ducha

„Boże, użyż mi pogody ducha, abym godził się z tym, czego nie mogę zmienić, odwagi, abym zmieniał to, co mogę zmienić i mądrości, abym odróżniał jedno od drugiego” [4, 523].

Załącznik 2: Fragment Rozdziału V Wielkiej Księgi AA (12 Kroków)

„Rzadko się zdarza, by doznał niepowodzenia ktoś, kto postępuje zgodnie z naszym programem. Nie wracają do zdrowia ludzie, którzy nie mogą lub nie chcą całkowicie poddać się temu prostemu programowi. Zazwyczaj są to mężczyźni i kobiety, którzy z natury swojej nie są zdolni do zachowania uczciwości wobec samych siebie. Istnieją tacy nieszczęśnicy. To nie ich wina. Tacy się po prostu urodzili. Z natury swej nie są zdolni pojąć, a tym bardziej rozwinąć sposobu postępowania, który wymaga

bezwzględnej uczciwości. Ich szanse na powodzenie są, niestety, znikome. Istnieją także ludzie, których cierpienie wyływa z głębokich zaburzeń emocjonalnych lub umysłowych, ale wielu z nich wraca do zdrowia, jeśli tylko zdobędą się na uczciwość wobec siebie.

Historie naszych zmaganiań opublikowane w tej książce ukazują – w ogólnych zarysach – kim byliśmy, co się z nami stało i jacy jesteśmy obecnie.

Jeżeli czytelnik tej książki poweźmie decyzję, że pragnie tego co my w AA posiadamy, i że gotów jest uczynić wszystko, aby ów cel osiągnąć, wtedy jest już przygotowany do stawiania pierwszych kroków.

Przy stawianiu niektórych z nich towarzyszyło nam wahanie. Sądziliśmy, że potrafimy znaleźć łatwiejszą, łagodniejszą drogę, ale nie potrafiliśmy. Pozostaje nam zatem prosić was – bądźcie nieustraszeni i gorliwi od samego początku. Niektórzy z nas przez jakiś czas bezskutecznie usiłowali się trzymać starych przekonań. Musieliśmy pozbyć się ich całkowicie. Pamiętajmy przy tym, że mamy do czynienia z alkoholem, wrogiem podstępny, potężny i przebiegły. Nie jesteśmy w stanie walczyć z nim sami, bez dodatkowej pomocy. Ale na szczęście jest Ktoś potężniejszy pod każdym względem, posiadający wszystkie potrzebne zasoby sił. Tym kimś jest Bóg. Obyś znalazł go teraz.

Stosowanie półśrodków nic nam nie dało. Znajdowaliśmy się ciągle w punkcie wyjściowym. Prosililiśmy Boga – z całkowitym oddaniem – o pomoc i opiekę.

A oto Kroki, które sami stawiamy i które są proponowanym przez nas programem zdrowienia:

1. Przyznaliśmy, że jesteśmy bezsilni wobec alkoholu, że przestaliśmy kierować własnym życiem.
2. Uwierziliśmy, że Siła Większa od nas samych może przywrócić nam zdrowie.

3. Postanowiliśmy powierzyć naszą wolę i nasze życie opiece Boga, jakkolwiek Go pojmujemy.
4. Zrobiliśmy gruntowny i odważny obrachunek moralny.
5. Wyznaliśmy Bogu, sobie i drugiemu człowiekowi istotę naszych błędów.
6. Staliśmy się całkowicie gotowi, aby Bóg uwolnił nas od wszystkich wad charakteru.
7. Zwróciliśmy się do Niego w pokorze, aby usunął nasze braki.
8. Zrobiliśmy listę osób, które skrzywdziliśmy i staliśmy się gotowi zadośćuczynić im wszystkim.
9. Zadośćuczyniliśmy osobiście wszystkim, wobec których było to możliwe, z wyjątkiem tych przypadków, gdy zraniłoby to ich lub innych.
10. Prowadziliśmy nadal obrachunek moralny, z miejsca przyznając się do popełnianych błędów.
11. Dążyliśmy poprzez modlitwę i medytację do coraz doskonalszej więzi z Bogiem, jakkolwiek Go pojmujemy, prosząc jedynie o poznanie Jego woli wobec nas oraz o siłę do jej spełnienia.
12. Przebudzeni duchowo w rezultacie tych Kroków, staraliśmy się nieść posłanie innym alkoholikom i stosować te zasady we wszystkich naszych poczynaniach” [25, 49-50].

Załącznik 3: 12 Tradycji Anonimowych Alkoholików

„12 Tradycji Anonimowych Alkoholików jest, jak wierzymy my, Anonimowi Alkoholicy, najlepszą odpowiedzią, jaką do tej pory dało nasze doświadczenie na te zawsze palące pytania: ‘Jak najlepiej może funkcjonować AA?’ i ‘Jak najlepiej może AA pozostać całością i w ten sposób przetrwać?’

1. Nasze wspólne dobro powinno być najważniejsze; wyzdrowienie każdego z nas zależy bowiem od jedności Anonimowych Alkoholików.
2. Jedynym i najwyższym autorytetem w naszej Wspólnocie jest miłujący Bóg, jakkolwiek może się On wyrażać w sumieniu każdej grupy. Nasi przewodnicy są tylko zaufanymi sługami, oni nami nie rządzą.
3. Jedynym warunkiem przynależności do AA jest pragnienie zaprzestania picia.
4. Każda grupa powinna być niezależna we wszystkich sprawach, z wyjątkiem tych, które dotyczą innych grup lub AA jako całości.
5. Każda grupa ma jeden główny cel: nieść posłanie alkoholikowi, który wciąż jeszcze cierpi.
6. Grupa AA nie powinna popierać, finansować ani używać nazwy AA żadnym pokrewnym ośrodkom ani jakimkolwiek przedsięwzięciom, ażeby problemy finansowe, majątkowe lub sprawy ambicjonalne nie odrywały nas od głównego celu.
7. Każda grupa AA powinna być samowystarczalna i nie powinna przyjmować dotacji z zewnątrz.
8. Działalność we Wspólnocie powinna na zawsze pozostać honorowa; dopuszcza się jednak zatrudnianie niezbędnych pracowników w służbach AA.
9. Anonimowi Alkoholicy nie powinni nigdy stać się organizacją; dopuszcza się jednak tworzenie służb i komisji bezpośrednio odpowiedzialnych wobec tych, którym służą.
10. Anonimowi Alkoholicy nie zajmują stanowiska wobec problemów spoza ich Wspólnoty, ażeby imię AA nigdy nie zostało uwikłane w publiczne polemiki.

11. Nasze oddziaływanie na zewnątrz opiera się na przyciąganiu, a nie na reklamowaniu; musimy zawsze zachowywać osobistą anonimowość wobec prasy, radia i filmu.
12. Anonimowość stanowi duchową podstawę wszystkich naszych Tradycji, przypominając nam zawsze o pierwszeństwie zasad przed osobistymi ambicjami” [25, 195-196].

BIBLIOGRAFIA

- [1] KLINGERMAN J.I., *Horyzonty zmiany zachowania nalogowego w Polsce*, IPSiR Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2010.
- [2] MELLIBRUDA J., *Psycho-bio-społeczny model uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 1997, 3(28): 277-306.
- [3] WNUK M., MARCINKOWSKI J.T., *Alkoholizm – przegląd koncepcji oraz metod leczenia*, „Hygeia Public Health” 2012, 1(47): 49-55.
- [4] KACZMARCZYK I., *Terapeutyczne oddziaływania Wspólnoty Anonimowych Alkoholików* [w:] GRZESIUK L., Suszek H. (red.), *Psychoterapia. Pogranicza*. Wydawnictwo Eneteia, Warszawa 2012: 519-546.
- [5] TRZEBIATOWSKI J., *Wybrane aspekty funkcji emocjonalno-ekspresyjnej Wspólnoty AA oraz programów terapeutycznych* [w:] KOTLARSKA-MICHALSKA A. (red.), *Młodość a rodzina. Roczniki Socjologii Rodziny, Tom XIX (2008-2009)*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2009: 173-195.
- [6] SERVICE MATERIAL FROM THE GENERAL SERVICE OFFICE, *Estimates of A.A. Groups and Members as*

- January 1, 2017 [online] http://www.aa.org/assets/en_US/smf-53_en.pdf (dostęp: 20.07.2017).
- [7] WORONOWICZ B.T., *Historia wspólnoty Anonimowych Alkoholików i terapeutyczne walory Programu Dwunastu Kroków*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 1992, 1: 191-198.
- [8] BLUMBERG L., *The Ideology of a Therapeutic Social Movement: Alcoholics Anonymous*, „Journal of Studies on Alcohol” 1977, 38(11): 2122-2143.
- [9] BROSZKIEWICZ P., *Charlesa Sandersa Pierce’a koncepcja znaku względem pierce’owskiego pragmatyzmu*, „Śląskie Studia Filozoficzne” 2012, 11: 191-203.
- [10] ŚLIWOWSKA M., *Pragmatyczna teoria prawdy* [online] <http://www.racjonalista.pl/kk.php/s,6365> (dostęp: 18.07.2017).
- [11] KNAPIK T., *Pragmatyzm w Polsce – wczesne reakcje, pierwsze wzmianki*, „IDEA – Studia nad strukturą i rozwojem pojęć filozoficznych” 2012, 24: 133-145.
- [12] SZACKI J., *Historia myśli socjologicznej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- [13] JAMES W., *Collected Essays and Reviews*, Longmans, Green, New York 1920.
- [14] DEWEY J., *Reconstruction in philosophy*, Mentor Books, New York 1950.
- [15] TAVES A., *William James Revisited: Rereading the Varieties of Religious Experience in Transatlantic Perspective*, „Zygon” 2009, 44(2): 415-432.
- [16] *William James and Alcoholics Anonymous*, „Markings” 2013, 33(2): 1. http://www.aa.org/newsletters/en_US/f-151-markings_fall-2013.pdf (18.07.2017).
- [17] JAMES W., *Pragmatyzm: nowe imię paru starych stylów myślenia*, Wydawnictwo KR, Warszawa 1998.

- [18] DROZDOWICZ Z., *O racjonalności w religii i w religijności (raz jeszcze)*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2010.
- [19] VAILLANT G.E., *Alcoholics Anonymous: cult or cure?* „The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry” 2005; 39: 431-436.
- [20] MELLIBRUDA J., SOBOLEWSKA-MELLIBRUDA Z., *Integracyjna psychoterapia uzależnień*, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2006.
- [21] WOJDYŁŁO E., *AA w oczach psychologa*, „Arka” 2004, 46: 6-20.
- [22] WOJCIESZEK K., *Profilaktyka używania substancji psychoaktywnych – wybrane problemy* [w:] JĘDRZEJKO M. (red.), *Narkomania. Spojrzenie wielowymiarowe*, Akademia Humanistyczna im. A. Gieysztor – ASPRA-JR, Pułtusk-Warszawa 2009: 361-383.
- [23] Za: STRADOWSKI M., *Wielowymiarowa terapia osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków jako wychowanie do wolności i odpowiedzialności*, „Fides et Ratio” 2015, 1(21): 279-295.
- [24] KONECKI K.T., *Anselm L. Strauss – pragmatyczne korzenie, pragmatyczne konsekwencje*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2015, 11(1): 12-39.
- [25] *Anonimowi Alkoholicy*, Fundacja BSK AA, Warszawa 2013.
- [26] OSIATYŃSKI W., *Alkoholizm. I grzech, i choroba, i...*, Iskry, Warszawa 2007.
- [27] WOJDYŁŁO E., *O nawrotach choroby*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2007, Wydanie Specjalne: 69-73.

- [28] JASIŃSKI J., *Ruch Trzeźwościowy w Stanach Zjednoczonych. Korzenie amerykańskiej prohibicji*, „Alkoholizm i Narkomania” 2008, 21(1): 65-94.
- [29] GROSS M., *Alcoholics Anonymous: Still Sober After 75 Years*, „American Journal of Public Health” 2010, 100(12): 2361-2363.
- [30] WORONOWICZ B.T., *Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Media Rodzina & Parpamedia, Warszawa 2009.
- [31] WNUK M., *Rola religijności dla nadziei Anonimowych Alkoholików*, „Polskie Forum Psychologiczne” 2008, 13(1): 33-49.
- [32] DE SOTO C.B., O'DONNELL W.E., DE SOTO J.L., *Long-term recovery in alcoholics*, „Alcoholism, Clinical and Experimental Research” 1989, 13(5): 693-697.
- [33] KRAEMER K.L., MAISTO S.A., CONIGLIARO J., MCNEIL M., GORDON A.J., KELLEY M.E., *Decreased alcohol consumption in outpatient drinkers is associated with improved quality of life and fewer alcohol-related consequences*, „Journal of General Internal Medicine” 2002, 17: 382-386.
- [34] MOOS R, SCHAEFER J., ANDRASSY J., MOOS B., *Outpatient mental health care, self-help groups, and patients' one-year treatment outcomes*, „Journal of Clinical Psychology 2001, 57 (3): 273-287.
- [35] WNUK M., *Abstynencja i długość pobytu w ruchu samopomocy a dobrostan psychiczny osób uzależnionych od alkoholu Medyacyjna rola Programu Dwunastu Kroków (I)*, „Alkoholizm i Narkomania” 2007, 20(4): 395-416.
- [36] WNUK M., *Zaangażowane we Wspólnotę Anonimowych Alkoholików a jakość życia i długość abstynencji jej członków*, „Alkoholizm i Narkomania” 2008, 21(3): 235-245.

- [37] WNUK M., *Duchowy charakter Programu Dwunastu Kroków a jakość życia Anonimowych Alkoholików*, „Alkoholizm i Narkomania” 2007, 20(3): 289-301.
- [38] GREENE G, NGUYEN T.D., *The Role of Connectedness in Relation to Spirituality and Religion in a Twelve-Step Model*, „Review of European Studies” 2012, 4(1): 179-187.
- [39] CHAPPEL J.N., DUPONT R.L., *Twelve-step and mutual-help programs for addictive disorders*, „The Psychiatric Clinics of North America” 1999, 22(2): 425-446.
- [40] BRONOWSKI P., *Hierarchia wartości u członków wspólnoty Anonimowych Alkoholików*, „Alkoholizm i Narkomania” 2001, 14(4): 499-50.
- [41] GLIŃSKA J., ZASADA J., BROSOWSKA B., LEWANDOWSKA M., *Czynniki demograficzne a formy otrzymanego wsparcia u osób uzależnionych od alkoholu*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2010, 18(3): 279-284.
- [42] KACZMARCZYK I., *Co się dzieje w AA?* „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2007, Wydanie Specjalne: 81-84.
- [43] OSIATYŃSKI W., *Drogowskazy*, Iskry, Warszawa 2013.

Dane o autorach:

dr Marek A. Motyka – Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Socjologiczno-Historyczny, Instytut Socjologii

mgr Karolina Kątek – specjalista psychoterapii uzależnień, Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny w Żurawicy, Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu

Joanna Figaszewska

**PRZYKŁADY WYKORZYSTANIA METODY RUCHU
ROZWIJAJĄCEGO W TERAPII PEDAGOGICZNEJ
DZIECI Z ZABURZENIAMI ROZWOJU
SPOŁECZNO-EMOCJONALNEGO**

Streszczenie

W rozwoju społecznym dziecka najważniejsza jest ścisła relacja emocjonalna pomiędzy dzieckiem a opiekunem. Jest ona bazą, dzięki której jednostka może poznawać i doświadczać świata. Jeżeli relacja ta nie przebiega prawidłowo oraz zadziałają jeszcze dodatkowe czynniki, może dochodzić u dzieci do różnego rodzaju zaburzeń w socjalizacji. Mogą one wystąpić już w wieku przedszkolnym. Zaburzenia dynamiki procesów nerwowych prowadzą do zaburzeń w zachowaniu, co z kolei bywa przyczyną dalszych trudności w rozwoju emocjonalnym i społecznym. Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne posługuje się ruchem jako głównym narzędziem, które służy do wspomagania w rozwoju dziecka i terapii zaburzeń tego rozwoju. Poprzez różnego rodzaju doświadczenia ruchu dziecko poznaje swoje ciało i jego miejsce w przestrzeni, uczy się je kontrolować, wykształca prawidłowe wzorce kontaktów społecznych, zdobywa pewność siebie i poczucie bezpieczeństwa.

Słowa kluczowe

rozwój emocjonalny, rozwój społeczny, zaburzenia rozwoju, przyczyny zaburzeń, rodzaje zaburzeń, metoda terapii

Abstract

The most important aspect of social development of a child is close emotional relationship between a child and a person who is

looking after him or her. It is a base through which an individual can learn and experience the world. If this relationship does not proceed properly and additional factors are involved, children may be affected by various socialization disorders. These disorders can already appear in preschool age. Disorders in dynamics of neural processes lead to behavioral disorders which in turn often cause further difficulties in emotional and social development. Veronica Sherborne's Developmental Movement Method uses movement as a primary tool which is used to support the child's development and to treat the disorders of this development. Through a variety of experiences of movement, the child learns his or her body and its place in space, learns to control the body, develops the right pattern of social contact, gains confidence and sense of security.

Keywords

emotional development, social development, development disorders, reasons of disorders, types of disorders, therapy method

Rozwój dziecka odbywa się nie tylko poprzez zdobywanie wiedzy o rzeczywistości. To wykształcenie znaczących i skutecznych relacji z innymi ludźmi warunkuje przetrwanie człowieka. Dzieci muszą się nauczyć i przyjąć za własne (zinternalizować) wiele reguł postępowania, wartości, norm, uznanych za obowiązujące w społeczeństwie, w którym wstają. Powinny umieć rozpoznawać swoje uczucia i reagować odpowiednio na uczucia innych. Trwający przez całe życie proces kształtowania sposobów zachowania człowieka, jego wartości, standardów, sprawności, postaw i motywów „tak, aby były one zgodne z pożądanymi w danym społeczeństwie” (cyt. za: Zimbardo 1999, s. 180) to uspołecznienie.

W proces ten włącza się wiele osób i instytucji (rodzice, rodzeństwo, krewni, przyjaciele, nauczyciele, szkoła, kościoły, systemy prawne). Wiadomo jednak, że największy wpływ na uspołecznienie (socjalizację) jednostki ma rodzina. To w niej dziecko kształtuje podstawowe sposoby reagowania na innych. Rzutuje ona na podstawę stylu, w jaki jednostka przez całe życie będzie budować relacje.

Rozwój społeczny dziecka zaczyna się od kształtowania ścisłej relacji emocjonalnej pomiędzy dzieckiem a matką, ojcem czy stałym opiekunem. Jest to intensywna, trwała relacja społeczno-emocjonalna – przywiązanie. Jeżeli wytworzona została ufna więź, jej efekty są korzystne, długotrwałe i silne. Dostarcza ona psychologicznej bazy, z której jednostka może poznawać i doświadczać otoczenie fizyczne i społeczne. To przywiązanie do dorosłych, którzy dostarczają wsparcia, umożliwia dziecku uczenie się prospołecznych zachowań (np. zamienianie się rolami w interakcji, dzielenie się z innymi, współpraca), podejmowanie ryzyka, wchodzenie w sytuacje nowe, a także poszukiwanie i akceptowanie intymności w relacjach osobistych. Ewolucyjne wyjaśnienie przywiązania zakłada, że niemowlęta, które wytworzyły ścisłe przywiązanie do rodzica i otrzymały od niego potrzebne społeczno-emocjonalne wsparcie miały dużo większe szanse przetrwania, były mniej narażone na zabicie przez drapieżniki, zagubienie się, wystawianie się na niebezpieczeństwo, głód lub zranienie przez innych ludzi (Zimbardo P., 1999).

Według teorii przywiązania Johna Bowlby'ego (1973) wczesna więź między matką a dzieckiem to warunek konieczny do rozwoju normalnych relacji społecznych. Niepowodzenie w rozwoju więzi prowadzi do problemów fizycznych i psychicznych.

Rozwój społeczno-emocjonalny następuje etapami. Według Erika Eriksona możemy wyróżnić osiem stadiów tego rozwoju w cyklu życiowym, od niemowlęctwa po starość.

Tabela 1. Stadia rozwoju psychospołecznego według Eriksona.

Wiek	Kryzys	Właściwe rozwiązanie	Niewłaściwe rozwiązanie
0 – 1	Ufność kontra nieufność	Podstawowe poczucie bezpieczeństwa	Niepewność, lęk
1 ½ - 3	Autonomia kontra wątpienie w siebie	Postrzeganie siebie jako podmiotu zdolnego do kontrolowania ciała i sprawcę działania	Poczucie niezdolności kontroli przebiegu zdarzeń
3 – 6	Inicjatywa kontra poczucie winy	Zaufanie do siebie jako inicjatora i twórcy	Poczucie braku własnej wartości
6 – okres dojrzewania	Kompetencja kontra poczucie niższości	Opanowanie podstawowych umiejętności intelektualnych i społecznych	Brak pewności siebie, poczucie klęski
Adolescencja	Tożsamość kontra pomieszanie ról	Poczucie siebie jako osoby	Poczucie fragmentacji własnego „ja”, niejasne poczucie siebie

Wczesna dorosłość	Intymność kontra izolacja	Zdolność do nawiązywania bliskich więzi i zaangażowania się wobec innych	Poczucie osamotnienia i separacji, zaprzeczanie potrzeby bliskości
Średnia dorosłość	Produktywność kontra stagnacja	Koncentracja troski poza „ja”- na rodzinie, społeczeństwie, przyszłych pokoleniach	Troska o siebie, brak orientacji na przyszłość
Późna dorosłość	Integralność ego kontra rozpacz	Poczucie pełni, podstawowa satysfakcja z życia	Poczucie bezowocności życia, rozczarowanie

Źródło: Zimbardo P., 1999, s. 185.

W każdym stadium określony konflikt zajmuje pozycję centralną. Choć ciągnie się on w różnych formach do następnych stadiów i nigdy nie jest raz na zawsze rozwiązany, to musi być rozwiązany wystarczająco w danym etapie, jeżeli dana osoba ma sobie radzić z konfliktami w kolejnych stadiach.

Zachowania i postawy są zróżnicowane w procesie uspołecznienia w zależności od płci jednostki. Mówimy o tak zwanej płci psychicznej. Socjalizacja w zakresie płci dokonuje się od urodzenia. Wiele jej źródeł wzmacnia stereotypy płci.

Na poziomie społecznym ogromną rolę odgrywają emocje. Regulują one stosunki z innymi, sprzyjają zachowaniom prospołecznym, są częścią systemu komunikacji niewerbalnej. Jako pozytywne spoiwo społeczne emocje wiążą nas z innymi ludźmi.

Działają też jako negatywny społeczny środek odstrasżający – pozwalają nam zachować dystans wobec innych.

Emocje wpływają wieloma sposobami na procesy poznawcze. Nastroje mogą wpływać na pamięć, uczenie się, uwagę, twórczość, ale też na oceny społeczne (Zimbardo P., 1999).

Badania, jakie przeprowadzili Cohn i Tromich (1983) wykazują, że nawet u dzieci 3-miesięcznych emocje pełnią funkcję regulatorów interakcji. „Ekspresja radości u dzieci sygnalizuje, że cel został osiągnięty; ekspresja negatywna sygnalizuje, że interakcja nie przebiega dla nich pomyślnie” (Oatley K., Jenkins J., 2003, s. 173). Matka zwraca uwagę na sygnały dziecka, interpretuje je jako komunikaty i zmienia swoje zachowanie. Wyżej wymienieni badacze nazywają to modelem wzajemnej regulacji: następuje wymiana przekazów emocjonalnych. Dzięki temu i matka i dziecko osiągają swoje cele w koordynacji z celami drugiego. Emocje stają się komunikatami przesyłanymi między dzieckiem a rodzicem. Oboje, zgodnie z nimi zmieniają swoje zachowanie. Po pierwszym roku życia dzieci zaczynają modyfikować swoje działania (tzw. odniesienie społeczne) na podstawie zachowań i emocji rodziców. To z kolei wpływa na ich własne oszacowania i reakcje na świat. Po zakończeniu 28 miesięcy dzieci próbują zrozumieć emocje własne i innych osób. Uczą się mówić o emocjach oraz ich przyczynach, rozwijają język emocji. Dzieci potrafią powiedzieć o określonym uczuciu, przedstawić swoją wersję jego przyczyn, odwołać się do emocji, zmieniać swoje ich rozumienie. Rodzice mogą dziecku przekazać swoje rozumienie emocji, które zostaje zintegrowane z rozumieniem dziecka. Pozwala to rodzicom spojrzeć na jakieś zdarzenie z perspektywy dziecka. W naturalnych warunkach u dzieci w wieku przedszkolnym pojawiają się próby wyjaśniania emocji innych dzieci, odwołując się do ich pragnień i przekonań.

Rozpoczyna się wtedy proces myślenia o światach wewnętrznych innych ludzi. Jeżeli emocje są komunikatami o świecie społecznym, to ukierunkowanie myślenia o stanach wewnętrznych innych sygnalizuje potrzebę uwagi i możliwość, że zachowanie podmiotu we wspólnej aktywności wymaga zmiany (gdy mamy do czynienia z emocjami negatywnymi i silnymi).

W młodszym wieku szkolnym rozpoczyna się świadome modulowanie emocji lub zastępowanie jednej emocji – inną. Zdolność do ukrywania emocji może ludziom pomagać współdziałać w sytuacji, kiedy oni i inni ludzie mają różne cele. Dzieci uczą się planować swoje zachowanie (np. po otrzymaniu niestosownego prezentu – nie chcą urazić ofiarowującego, choć są rozczarowane). Umiejętność konstruowania takich modeli zachowania przysposabia do negocjowania w złożonych sytuacjach.

Dzieci około 10-letnie rozumieją, że mogą doznawać jednocześnie dwu przeciwstawnych emocji. Rozumienie ambiwalencji jest przejawem zdolności do tworzenia bardziej złożonych modeli stanów umysłowych własnych i innych ludzi. „Zaprogramowane genetycznie podstawy emocji zostają przetworzone w złożone umiejętności społeczne i są budulcem, a nie wytworami końcowymi w tworzeniu naszych wewnętrznych teorii samych siebie, innych i relacji społecznych” (Oatley K., Jenkins J., 2003, s. 184).

Dwa główne źródła różnic indywidualnych w zakresie emocjonalności to: efekty bliskich relacji rozpoczynających się zwykle w rodzinie oraz genetyczne zdeterminowanie zachowania i emocji, zwane temperamentem. Zaburzenia u dzieci rzadko wywołuje pojedynczy czynnik, zwykle mamy do czynienia ze współdziałaniem różnych czynników.

- Konflikt między rodzicami – dzieci narażone na działanie poważnego i długotrwałego konfliktu okazują często gniew i agresję (zwłaszcza chłopcy) w stosunku do ro-

dziców i innych dzieci. Jednostki takie mają kontakt z otwartą ekspresją wrogości (gniewnie krzyczącymi na siebie rodzicami). Otwarte i gwałtowne kłótnie mają związek z większą liczbą problemów rodzicielskich – mniejsza kontrola nad dziećmi, bardziej krytyczny stosunek do dzieci (Jenkins i Smith, 1999, za: Oatley K., Jenkins J., 2003). Dziecko jest świadkiem negatywnej ekspresji emocji, co może zwiększać ryzyko wykształcenia się u niego zachowań eksternalizujących na kilka sposobów. Poprzez modelowanie uczy się od dorosłych, że negatywna ekspresja jest sposobem radzenia sobie z konfliktem. Dziecko pobudzone przez gniew ulega w swoim zachowaniu wpływowi tego zwiększonego pobudzenia. Negatywna ekspresja rodziców zmieni oczekiwania dziecka temat relacji (będzie interpretować neutralne zachowania innych ludzi w negatywnym świetle).

- Depresja lub inne problemy psychiatryczne rodziców – często dzieci przejawiają podobny do rodziców typ zaburzenia. Według Hammena (1990) jeżeli u dzieci rodziców z depresją pojawia się jakieś zaburzenie, to najczęściej jest to również depresja. Podobnie u dzieci rodziców przejawiających stany lękowe występuje większe ryzyko pojawiania się symptomów lęku (Oatley K., Jenkins J., 2003). Wpływają na to niekorzystne efekty genetyczne i środowiskowe. Dzieci rodzica depresyjnego mają częstszy kontakt z emocjami smutku i irytacji, z większym prawdopodobieństwem będą same okazywały gniew i smutek. Uczą się, jak reagować na emocje opiekuna, jak emocje opiekuna wpływają na jego własne emocje i jak jego komunikaty działają na opiekuna. Dzieci takie, mając kontakt z negatywnymi oszacowa-

niami świata same stosują owe oszacowania we własnych interpretacjach zdarzeń.

- Zaniedbanie, przemoc i podobne cechy relacji rodziców z dziećmi – „dzieci, które nie miały sposobności utworzyć pierwotnej relacji przywiązania we wczesnym dzieciństwie, poniosą trwałą szkodę” (Oatley K., Jenkins J., 2003, s. 235). Wrogość i krytycyzm w relacji rodziców z dziećmi są przyczyną zaburzeń eksternalizujących u dzieci. Przemoc fizyczna wobec dzieci prowadzi do zaburzeń rozwojowych, poznawczych, emocjonalnych i społecznych. Dzieci z rodzin stosujących przemoc częściej od dzieci nie karanych w ten sposób przypisują wrogie intencje neutralnym działaniom innych.
- Zła sytuacja socjoekonomiczna – w rodzinach o mniejszych zasobach występuje wyższy poziom stresu, co wiąże się z większą częstotliwością ekspresji emocji negatywnych pod adresem dziecka, wyższą proporcją zaburzeń osobowościowych i psychiatrycznych rodziców i dysharmonią małżeńską. Ubóstwo wpływa bezpośrednio na problemy rozwojowe. Dzieci ubogie mogą czuć się zablokowane w osiągnięciu swoich celów.

W rozwoju ontogenetycznym zaburzenia sfery emocjonalnej mogą wystąpić już w wieku przedszkolnym. O zaburzeniach sfery społecznej (nieprawidłowa socjalizacja) mówimy w odniesieniu do dorastających i dorosłych.

Zaburzenia dynamiki procesów nerwowych charakteryzują się zaburzeniem równowagi między procesami pobudzenia i hamowania w związku ze zróżnicowaną siłą tych procesów oraz nadmierną lub osłabioną ruchliwością między nimi. Mają one różne natężenie, a ich objawy mogą ujawniać się w sferze motorycznej, poznawczej i emocjonalnej. Istotne jest działanie czynników środowiskowych, mogących osłabić lub wzmocnić tego typu

trudności rozwojowe. Podstawowe rodzaje zaburzeń to nadpobudliwość psychoruchowa i zahamowanie psychoruchowe.

Nadpobudliwość psychoruchowa charakteryzuje się prze wagą procesów pobudzania nad procesami hamowania. U poszczególnych dzieci występują zróżnicowane objawy tego zaburzenia, w zależności od różnej siły tych procesów. Dzieci nadpobudliwe psychoruchowo to osoby przejawiające nadmierną ruchliwość i impulsywność w działaniu, upór, gwałtowność i wzmogoną aktywność. Są niespokojne, angażują się w kłótnie, bójki, a impulsywność stawia je zawsze w centrum konfliktu. Na ogół trudno jest im nawiązać stałe, trwałe i dobre kontakty z rówieśnikami. Charakteryzują się dużą męczliwością i zaburzeniami koncentracji. Pracują zwykle poniżej swych możliwości intelektualnych. Typowymi objawami nadpobudliwości w sferze ruchowej są: wzmogona ekspansja ruchowa (biegają, skaczą, na lekcjach wyrwywają się do odpowiedzi, machają nogami, kiwają się na krześle, szukają okazji, by wyładować się ruchowo), niepokój ruchowy (drobne, niepotrzebne ruchy: bazgranie po zeszy cie, bawienie się przedmiotami, obgryzanie ołówka itp.), nawyki ruchowe („ruchy przymusowe”, bardzo trudne do opanowania), mimowolne wyładowania ruchowe (tzw. tiki). W sferze poznawczej obserwujemy zaburzenia uwagi, wzmogony odruch orientacyjny (reagowanie na różnego rodzaju bodźce), pochopność (brak przemyśleń, trudności w zorganizowaniu pracy, gubienie rzeczy), pobieżność myślenia (nieprzemyślane odpowiedzi, niemożność skupienia się na szczegółach), wzmogona wyobraźnia (silne przeżycia wywołane nawet słabym bodźcem, odrywanie się od rzeczywistości). W sferze emocjonalnej mamy do czynienia z silnymi i nieopanowanymi reakcjami emocjonalnymi, wzmogoną ekspresją uczuć, zwiększoną wrażliwością emocjonalną na bodźce z otoczenia. Reakcjom tym może towarzyszyć agresja słowna, a nawet fizyczna.

Zahamowanie psychoruchowe charakteryzuje się przewagą procesów hamowania nad procesami pobudzenia. Objawy zależą od siły procesów nerwowych. Hamowanie obejmuje często tylko niektóre typy reakcji. Dzieci są nadmiernie nieśmiałe i lękliwe, mają trudności w kontaktach z rówieśnikami dorosłymi. Cechują się brakiem zaradności i samodzielności. Mają często obniżoną samoocenę, nie wierzą we własne możliwości.

W sferze poznawczej zahamowanie objawia się ogólnym spowolnieniem przebiegu procesów poznawczych bądź spowolnieniem występującym tylko w sytuacjach trudnych. Dzieci nie zgłaszają się do odpowiedzi, mają trudności (pomimo wystarczającego przygotowania) w zadaniach, które wymagają szybkiego wykonania. Dzieci z grupy pierwszej mają kłopoty z nadążaniem za tokiem lekcji i wykonywaniem poleceń nauczyciela, z grupy drugiej – odbierają przekazywane wiadomości prawidłowo, ale stają się bezradne przy nagłym wywołaniu do odpowiedzi. Niektóre z nich rezygnują z samodzielnego wykonania zadania, jeżeli pojawi się jakakolwiek trudność. W sferze emocjonalnej dzieci okazują słabą ekspresję uczuciową (słabsza wrażliwość na bodźce lub tzw. obojętność pozorna – silne przeżywanie emocji jest połączone z ograniczeniem ich manifestowania). Zahamowanie może wyrażać się nadmiernym napięciem ciągłym niepokojem psychoruchowym. Zahamowane są przede wszystkim reakcje mimiczne i werbalne, głośny śmiech, krzyk i złość, pojawiają się w zamian reakcje wegetatywne (blednięcie, czerwienie się, pocenie, zaburzenia oddychania, nudności).

W zależności od nasilenia objawów w poszczególnych sferach i od określonych oddziaływań środowiskowych zaburzenia dynamiki procesów nerwowych mogą powodować dalsze trudności w rozwoju emocjonalnym i społecznym.

Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne w odniesieniu do dzieci z zaburzeniami rozwoju społeczno-emocjonalnego

(...) Wszystkie dzieci mają dwie podstawowe potrzeby: potrzebują czuć się w swoim własnym ciele jak w domu oraz umieć nawiązywać relację.

Weronika Sherborne

Zaspokajanie tychże potrzeb poprzez rozwijanie u uczestników świadomości siebie i innych to podstawowy cel zajęć Metodą Ruchu Rozwijającego. Posługuje się ona ruchem jako głównym narzędziem służącym do wspomagania psychoruchowego rozwoju dziecka i terapii zaburzeń tego rozwoju (np. u dzieci z zaburzeniami zachowania, nadpobudliwych lub zahamowanych psychomotorycznie, z zaburzeniami emocjonalnymi oraz opóźnionych w rozwoju z powodu zaniedbania środowiskowego). Wykorzystywana jest również w pracy z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną. Wykorzystuje dotyk, ruch oraz wzajemne relacje fizyczne, emocjonalne i społeczne do rozszerzania świadomości własnego ciała i usprawniania ruchowego, świadomości przestrzeni i działania w niej oraz pogłębiania kontaktu z innymi ludźmi. Ćwicząc dzieci poznają swoje ciało, uczą się je kontrolować – dzięki temu nabywają umiejętności kontrolowania swoich emocji i kontaktów społecznych, zdobywają pewność siebie i poczucie bezpieczeństwa w otoczeniu. Kształcą w sobie umiejętność nawiązywania kontaktu z partnerem i grupą oraz rozwijają kreatywność.

Zajęcia metodą W. Sherborne mają pomóc dziecku w poznaniu siebie, w zdobywaniu do siebie zaufania, w poznawaniu innych i zaufania im. Poprzez nabranie pewności siebie i wiary we własne możliwości dziecko ma szansę nauczenia się twórcze-

go i aktywnego życia. Prekursorka i trenerka Metody Ruchu Rozwijającego w Polsce, prof. Marta Bogdanowicz zwraca uwagę na bardzo ważne zasady prowadzenia terapii (Bogdanowicz M., Okrzesik D., 2011):

- uczestnictwo w zajęciach ma być dobrowolne, możemy dziecko zachęcać, dodać mu odwagi, ale nie zmuszać,
- należy nawiązywać kontakt z każdym dzieckiem (nawiązać i utrzymać kontakt wzrokowy),
- zajęcia powinny być przyjemne dla każdego dziecka i dawać mu możliwość przeżywania radości z aktywności ruchowej, kontaktu z innymi ludźmi, satysfakcji z pokonania własnych lęków,
- prowadzący bierze udział we wszystkich ćwiczeniach,
- dziecko ma prawo do swojej decyzji, do powiedzenia: „tak” lub „nie”,
- prowadzący winien zauważyć i stymulować aktywność dziecka,
- nie należy krytykować dziecka,
- prowadzący powinien mieć poczucie humoru,
- należy chwalić dziecko za wysiłek i starania, nie tyle za efekt,
- należy unikać sytuacji rywalizacji,
- trzeba stopniowo rozszerzać krąg doświadczeń społecznych (od ćwiczeń w parach, przez trójki, do ćwiczeń z całą grupą),
- większość ćwiczeń, zwłaszcza początkowe, trzeba prowadzić na poziomie podłogi
- należy zacząć od ćwiczeń prostych, stopniowo je utrudniając,
- prowadzący winien zmniejszać swój udział na rzecz coraz aktywniejszego udziału dzieci w kształtowaniu programu,

- stosujemy na przemian ćwiczenia dynamiczne i relaksacyjne,
- dziecko uczymy używania siły jak również delikatności i opiekuńczości w stosunku do drugiej osoby,
- we wspólnych ćwiczeniach dziecko powinno się znaleźć także w pozycji dominującej, poprzez zamianę ról,
- nie należy używać słów: „ćwiczenie”, „zabawa”, ale zastąpić je słowami: aktywność ruchowa, doświadczenie
- trzeba rozmawiać z dziećmi normalnym językiem, nie używać metafor, nazywać części ciała, kierunki itp.,
- nie używamy muzyki, dziecko ma się uczyć własnego ciała i jego rytmu,
- podczas aktywności ruchowej może wystąpić rozmowa i nazywanie doświadczeń,
- należy dać odpowiednią ilość czasu na doświadczenie, wyczuć, kiedy dziecko się zniechęca i przejść do kolejnego etapu,
- powinna wystąpić rytualizacja początku końca ; na początek proponujemy ćwiczenia dające poczucie bezpieczeństwa, a na zakończenie zajęć proponujemy ćwiczenia wyciszające, uspokajające.

W metodzie Sherborne możemy wyróżnić 4 kategorie ćwiczeń:

1. Ćwiczenia prowadzące do poznania siebie i własnego ciała.
2. Ćwiczenia pomagające zdobyć pewność siebie i budować poczucie bezpieczeństwa w swoim otoczeniu – świadomość przestrzeni.
3. Ćwiczenia ułatwiające nawiązanie kontaktu oraz współpracę z partnerem, grupą, które dzielą się na relacje „z”, „przeciwko”, „razem”.
4. Ćwiczenia twórcze.

Ćwiczenia kształtujące świadomość osoby, schematu ciała i przestrzeni (1, 2)

Podczas zajęć dziecko doświadcza wielu silnych doznań dotykowo-ruchowych oraz przeżyć psychologicznych. Ćwiczenia kształtujące świadomość osoby, schematu ciała i przestrzeni to: kołysanie, przechodzenie przez „domki”, „tunele” przewracanie się, przetaczanie się, pełzanie i czołganie się, poklepywanie, wzajemne uściski, przechodzenie pod i nad osobami, obejmowanie, naśladowanie partnera, czworakowanie, spacerowanie, masowanie.

Ćwiczenia ułatwiające nawiązanie kontaktu oraz współpracę z partnerem, grupą

Relacja „z” – to najbezpieczniejsza, opiekuńcza relacja, podczas której dziecko pozostaje bierne, znajduje się pod opieką ćwiczącego z nim partnera. Podstawowe formy ćwiczeń relacji „z”: kołysanie, obejmowanie, przewracanie, bujanie, turlanie, pełzanie, przetaczanie, ciągnięcie, balansowanie, naśladowanie ruchu samolotu, wykonywanie przewrotów, przenoszenie ciężaru ciała, przeskakiwanie przez przeszkody, huśtanie, przechodzenie pod i nad osobami.

Relacja „przeciwko” – w niej obie strony są aktywne i silne. Dzięki tej relacji dziecko może wypróbować swoją energię, nauczyć się na czym polega „siła bez agresji”.

Podstawowe formy relacji „przeciwko” to: opieranie się, zapieranie się, napieranie i podpieranie się, przepychanie się, przesuwanie i przewracanie partnera, wyślizgiwanie się, wyczołgiwanie się, naciskanie i zaciskanie, oporowanie, turlanie i toczenie się, powstrzymywanie partnera, „przyklejanie” się do podłoża.

Relacja „razem” – jest oparta na współpracy partnerów. Również w tym przypadku każdy partner jest silny i aktywny, ale

w przeciwieństwie do poprzedniej relacji cała energia jest wykorzystywana na wspólne działanie.

Podstawowe formy relacji „razem” to: opieranie się o partnera, przyciąganie, podpieranie, balansowanie, podnoszenie, unoszenie, równoważenie, trzymanie, podtrzymywanie, współdziałanie partnerów, wzajemne uściski, obejmowanie, naśladowanie partnera, masowanie, „przyklejanie” się do partnera.

Ćwiczenia twórcze

Otwarcie dziecka na twórcze pomysły powoduje, że takim formom ruchu towarzyszy radość, śmiech, spontaniczne działanie. Efektem tych ćwiczeń jest wyraźne odprężenie, relaks, otwarcie na twórcze pomysły. Są to ćwiczenia relaksacyjno-ruchowe, do których włączamy rekwizyt np. koc czy chustę animacyjną.

Do podstawowych form aktywności podczas ćwiczeń twórczych należą: przykrywanie się kocem – odkrywanie się, ciągnięcie na kocu, za koc, chowanie się pod koc, chustę, zawijanie, odpychanie się na kocu, przeskakiwanie przez koc, chustę, przechodzenie przez „tunel”, wachlowanie, zawijanie, rolowanie, kołysanie i podrzucanie.

Metody badania efektywności MRR

„Postęp w rozwoju dzieci biorących udział w zajęciach opartych na MRR nadaje sens ich uczęszczaniu na te zajęcia oraz stwarza im perspektywę prawidłowego funkcjonowania w dorosłym życiu”(Bogdanowicz M., Okrzesik D., 2011, s. 137). U dzieci o nietypowym lub zaburzonym rozwoju psychoruchowym ma to szczególne znaczenie. Ocena skuteczności MRR jest bardzo ważna dla rodziców, daje im optymizm, wzmacnia motywację do kontynuowania zajęć i wzmocnienia wysiłku w tym kierunku.

Bardzo niewielka liczba terapeutów przeprowadza systematyczną analizę swej pracy, gdyż jest to bardzo trudne.

Badanie efektywności musi spełniać takie wymagania, jakie stawia się badaniom naukowym. Ocenie powinny być poddawane dwie grupy dzieci: eksperymentalna (uczestnicząca systematycznie w zajęciach MRR) oraz kontrolna (podlegająca jedynie oddziaływaniom wychowawczym w domu, przedszkolu czy w szkole). Grupy powinny obejmować dzieci w podobnym wieku, uczęszczające do tego samego typu placówki. Badanie skuteczności będzie polegało na porównaniu wyników wstępnych i końcowych badań, w odstępie kilkumiesięcznym. Obok badań grupowych przeprowadza się badania indywidualne, aby stwierdzić, czy rozwój dzieci zyskał na harmonii i dynamice pod wpływem udziału w zajęciach MRR. W Polsce do badania efektywności wykorzystuje się skale diagnostyczne: Skale Obserwacji Zachowania Dzieci i Rodziców, opracowane przez M. Bogdanowicz i A. Kasicę oraz Procedurę Oceniania rezultatów uczestnictwa w zajęciach MRR W. Sherborne wydaną przez Międzynarodową Fundację Sherborne, zaadoptowaną przez M. Bogdanowicz i A. Kasicę (2003, 2004).

W przypadku Skali Obserwacji Zachowań dzieci (SOZ-D) ocena dokonywana jest na podstawie czterech podskal: rozwój poznawczy, rozwój emocjonalny, rozwój społeczny i rozwój ruchowy. W interesującym nas rozwoju emocjonalnym ocenia się następujące aspekty: nastrój, ekspresja emocji, zdolność relaksowania się, reakcja na kontakt fizyczny i pieszczoty, reakcja na trudne ćwiczenia i niepowodzenia.

W rozwoju społecznym oceniane są: stosunek do zajęć, stosunek do zadań, stosunek do partnera w parze, stosunek do innego dziecka, stosunek do grupy i zadań grupowych.

Wyniki osiągnięte przez dziecko w danych aspektach funkcjonowania zaznacza się na 5-punktowej skali. „Opis ocen stworzo-

no na podstawie czterech kryteriów zachowań: częstotliwości występowania, zakresu występowania, motywacji oraz kontroli danego zachowania. Dla każdego z aspektów funkcjonowania sporządzono szczegółowe opisy wszystkich pięciu poziomów oceny” (Bogdanowicz M., Kasica A., 2003, s. 32).

Procedura Oceniania służy do oceny funkcjonowania dziecka w pięciu obszarach: mobilność i świadomość własnego ciała, świadomość przestrzeni, kontakt z partnerem podczas ćwiczeń, cechy ruchu, kreatywność. Procedura ta pozwala na dostrzeżenie szczegółowych zmian w zachowaniu dziecka.

Metodologia badań własnych

„Zasadniczym celem poznania naukowego jest zdobycie wiedzy maksymalnie ścisłej, maksymalnie pewnej, maksymalnie ogólnej, maksymalnie prostej, o maksymalnej wartości informacji” (Pilch T., Bauman T., 2001, s. 35).

Przedmiot badań, to według T. Pilcha zadanie, jakie przed nami staje w momencie uświadomienia sobie konieczności przeprowadzenia badań empirycznych (Pilch T., 1995).

Celem moich badań jest poznanie i wskazanie sposobów wykorzystania Metody Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne w terapii pedagogicznej dzieci z zaburzeniami w rozwoju społeczno-emocjonalnym.

Problem badawczy jako uszczegółowienie celu badań umożliwia dokładniejsze poznanie „tego, co rzeczywiście zamierzamy badać” (Łobocki M., 2011, s. 23).

W mojej pracy sformułowałam następujące problemy badawcze:

- Jak wykorzystać Metodę Ruchu Rozwijającego w zajęciach z dziećmi z zaburzeniami w rozwoju społeczno-emocjonalnym?

- W jaki sposób ta metoda wpływa na zmianę zachowania dzieci podczas tych zajęć oraz na ich funkcjonowanie w zespole klasowym?

Metoda badań określa systematycznie stosowany sposób badania problemu (Zaczyński W., 1990). Wskazuje system reguł, „dotyczących organizowania określonej działalności badawczej, tj. szeregu operacji poznawczych i praktycznych, kolejności ich zastosowania, jak również specjalnych środków działań skierowanych na z góry założony cel badawczy” (Łobocki M., 1990, s. 87).

Najbardziej wszechstronną techniką gromadzenia materiałów jest obserwacja. „Obserwacja jest czynnością badawczą polegającą na gromadzeniu danych drogą postrzeżeń” (Pilch T., Bauman T., 2001, s. 95). Dostarcza ona badaczowi najbardziej naturalnej wiedzy o obserwowanej grupie. Można dzięki niej uzyskać najbardziej obiektywny obraz przedmiotu badań. W mojej pracy wykorzystywałam obserwację bezpośrednią, polegającą na „planowym gromadzeniu spostrzeżeń przez określony czas w celu poznania lub wykrycia istniejących zależności między zjawiskami, rodzajami i kierunkami procesów zachodzących w zbiorowościach społecznych lub instytucjach” (Pilch T., Bauman T., 2001, s. 87).

W pracy wykorzystywałam również szczególny rodzaj obserwacji systematycznej, jakim jest obserwacja uczestnicząca. Badający staje się wtedy uczestnikiem badanej zbiorowości i jest przez nią akceptowany (Pilch T., Bauman T., 2001).

Analiza badań własnych

Obserwacja zajęć prowadzonych Metodą Ruchu Rozwijającego W. Sherborne: Uczestniczyłam w 4 zajęciach prowadzonych Metodą Ruchu Rozwijającego W. Sherborne w Zespole Szkół Specjalnych w Czerwionce-Leszczynach. Szkoła ta nosi imię

założycielki metody i ma w gronie pedagogów fachowców z tej dziedziny. W zajęciach uczestniczyło sześcioro dzieci z upośledzeniem w stopniu lekkim i czworo z upośledzeniem w stopniu umiarkowanym. Były to dzieci w wieku od 8 do 12 lat. Zajęcia terapeutyczne odbywały się raz w tygodniu i trwały 45 minut. Brało w nich udział 2 nauczycieli terapeutów mających kilkuletnie doświadczenie w pracy MRR oraz osoby wspomagające (pracownicy szkoły i wolontariusze). Podczas sesji terapeutycznej prowadziłam obserwacje.

Obserwowałam 10-letniego chłopca z upośledzeniem lekkim z nadpobudliwością ruchową. Patryk przejawiał skłonność do zbyt silnych i zmiennych reakcji emocjonalnych. Z rozmowy z wychowawcą wynikało, że chłopiec był nadmiernie ruchliwy, gadatliwy, często agresywny w stosunku do kolegów w sposób niezamierzony, był płaczliwy, obraźliwy i kłótlivy. Jego nadpobudliwość powodowała, że miał trudności ze skupieniem uwagi przez dłuższy czas.

Zajęcia angażujące motorykę pozwoliły Patrykowi zaspokoić potrzebę ruchu w sposób kontrolowany a także panowania nad nim. Chłopiec uczył się dostrzegać potrzeby innych i respektować je. W czasie zajęć trzeba było pomóc Patrykowi uświadomić sobie swoją siłę w jego spontanicznym działaniu. Zaproponowano mu wiele ćwiczeń umożliwiających mu wyładowanie swej nadmiernej aktywności, np.: bieganie, łapanie, przewracanie, szamotanie na materacach, zabawy z mocowaniem, siłowaniem się. Aby nauczył się kontrolować swą siłę Patryk doświadczał zabaw w zwijanie się w kłębek, robienie „paczki” – którą inni próbują „rozpakować”, zabawy w „skałę”, „bycie przyklejonym” do podłogi, a także wykonywał ćwiczenia „przeciwno” innej osobie i grupie. Zajęcia pomogły chłopcu nauczyć się współdziałania z innymi. Dzięki zabawom związanym z wyrażaniem troski i uczuć opiekuńczych wobec partnera, przez delikatne przewra-

canie jego ciała, kołysanie go łagodnym ruchem, huśtanie na kocu przez całą grupę Patryk stopniowo uczył się reagowania na sygnały kolegów. Sprawiało mu to duże trudności, ale potrafił delikatnie kołysać i huśtać na kocu inne dziecko. Podczas zajęć chłopiec wyrażał radość zarówno podczas zabaw inicjowanych przez siebie (przewracanie się na materacach, fikołki), jak i konkretnych ćwiczeniach proponowanych przez prowadzącego. Domagał się kontynuowania ćwiczeń.

Korzystne zmiany dające się zaobserwować dotyczyły głównie uświadomienia sobie swojej siły i nauczenia się korzystania z niej. Patryk zaczął dawać oparcie słabszym rówieśnikom i opiekować się nimi.

Podczas zajęć obserwowałam również chłopca w wieku 9 lat z umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną, który w przeciwieństwie do Patryka przejawiał postawę lękową wobec otoczenia, był wycofany, unikał kontaktu wzrokowego. Daniel miał trudności z wyrażaniem uczuć, sprawiał wrażenie smutnego. Aby pokonać lęk trzeba dostarczyć dziecku pozytywnych doświadczeń. Na zajęciach MRR dzieci mają okazję do zdobywania zaufania do siebie i innych oraz treningu zachowań społecznych. Podczas pierwszych zajęć Daniel siedział z boku i obserwował zajęcia. Terapeuta nie zmuszał go do uczestnictwa w zabawach, ale dał mu do zrozumienia, że go lubi, chce się z nim bawić, lecz wybór pozostawia jemu. Pod koniec pierwszych zajęć chłopiec usiadł razem z grupą, ale jeszcze nie brał udziału w zabawie. Stopniowo nabierał zaufania i ochoty do udziału w zajęciach. Na jego twarzy pojawiał się uśmiech. Pod koniec drugich zajęć Daniel zaczął spontanicznie włączać się do niektórych, wybranych przez siebie ćwiczeń. W trzecich zajęciach Daniel brał już czynny udział. Początkowo każdy ruch, zmianę pozycji ciała odbierał jako zagrożenie. Poczucie niepewności wyrażał przez usztywnienie ciała. Nie chciał położyć się na podłodze, nie umiał swobod-

nie leżeć. Był bardzo napięty. Nie potrafił poddać się łagodnemu ruchowi kołysania. Chłopiec był zachęcany do udziału w zajęciach w sposób stonowany, aby nie powodować gwałtownej reakcji, ale tak, by nabrał zaufania do terapeuty. Kiedy próbował włączyć się do ćwiczeń, był nagradzany pochwałą. Kiedy pokazał swoje ćwiczenie – terapeuci podchwycili je i poprowadzili z całą grupą. Miało to pomóc Danielowi uwierzyć we własne siły. Na początku zajęć wprowadzono takie ćwiczenia, które sprzyjały nawiązywaniu kontaktu i wytworzeniu się poczucia bezpieczeństwa u dzieci. Jest to podstawowy warunek efektywnej terapii. Zastosowane ćwiczenia zapewniały bliski, fizyczny kontakt z dorosłą osobą, np. kołysanie w ramionach, ćwiczenia z partnerem na podłodze.

Terapeuci wprowadzali ciepłą atmosferę, pełną akceptacji i życzliwości. Stosowano wiele pochwał słownych wobec dzieci, a niepowodzenia traktowano z humorem.

Daniel po krótkich wahaniach zaczął w czasie trzecich zajęć uczestniczyć w ćwiczeniu grupowym „tunel”. Po miesiącu można było zaobserwować zmiany w zachowaniu Daniela: obniżył się u niego poziom lęku, wobec obcych osób na zajęciach. Chłopiec przestał ćwiczyć wyłącznie z jednym partnerem i czasami zmieniał partnerów podczas ćwiczeń na polecenie terapeuty. Zmniejszyła się u niego rezerwa i obawa wobec innych jaką przejawiał na pierwszych zajęciach. Nie obawiał się już kontaktu z innymi uczestnikami.

Pozostałe dzieci również coraz chętniej nawiązywały kontakty, podejmowały trudne zadania, obniżał się ich lęk przed innymi. Sprzyjała temu atmosfera, w jakiej prowadzone były zajęcia: bezwarunkowej akceptacji i poszanowania ich indywidualności. Dzieci często występowały z własnymi propozycjami wobec grupy.

Aby rozwijać umiejętność współdziałania z drugą osobą i w grupie stosowano ćwiczenia w parach, gdzie dziecko musiało podporządkować się ruchom partnera oraz ćwiczenia, w których bezpieczeństwo dziecka było uzależnione od asekuracji przez drugą osobę lub grupę (np. trzymanie dziecka na plecach przez kilka osób). Zadawane przez terapeutów pytania, czy dziecko czuje się dobrze, czy się nie boi, czy chce być huśtane dalej, czy wolałoby już przestać – pozwalały na stopniowe angażowanie dziecka. Dzieci obserwowały, czy partnerzy dostosowują się do ich oczekiwań, czy reagują na nie. Już na drugich zajęciach dzieci witały się ze sobą i osobami im towarzyszącymi z uśmiechem i humorem. Był to efekt pojawienia się zaufania wobec towarzyszących dzieciom osób, współpracy między dziećmi i integracja całej grupy. Zaobserwowałam, że udział dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi w zajęciach prowadzonych Metodą Ruchu Rozwijającego wpłynął na wzrost zaufania do siebie samych i innych, zwiększył aktywność dzieci oraz zdolność do podejmowania inicjatywy i zachowań twórczych.

Prowadzenie zajęć Metodą Ruchu Rozwijającego

Zapoznanie się podczas kursu z metodą W. Sherborne oraz czynny udział w ćwiczeniach ruchowych stały się dla mnie inspiracją i zachętą do wykorzystania nowo zdobytej wiedzy i umiejętności w prowadzeniu terapii dzieci z zaburzeniami w rozwoju społeczno-emocjonalnym. Jestem od 20 lat nauczycielem edukacji wczesnoszkolnej. Aktualnie jestem wychowawczynią klasy II. W moim zespole klasowym znajdują się dzieci z zaburzeniami społeczno-emocjonalnymi. Głównymi źródłami tych zaburzeń są (według mojego rozeznania): zła sytuacja socjoekonomiczna rodzin oraz brak udziału ojców w wychowaniu dzieci i życiu rodziny (połowa wychowanków jest wychowywanych przez same matki).

Taka sytuacja sprzyja pojawianiu się wielu trudności wychowawczych i dydaktycznych. Zaburzenia rozwoju społeczno-emocjonalnego przejawiają się zarówno jako nadpobudliwość psychoruchowa o różnym natężeniu, trudności w socjalizacji, a także zahamowanie psychoruchowe, a nawet mutyzm wybiórczy. Aby zaradzić napotykanym trudnościom i pomóc dzieciom będącym dodatkowo w trudnej sytuacji rodzinnej postanowiłam poprowadzić zajęcia MRR z nadzieją na poprawę sytuacji w klasie oraz wspomoczenie dzieci w rozwoju.

Zajęcia odbywają się raz na dwa tygodnie, po południu. Trwają od 45 do 60 minut. Prowadzę je razem z koleżanką, która ze mną ukończyła kurs. Uczestnicy zakładają na zajęcia wygodny strój. Ćwiczą boso, w małej salce gimnastycznej. W pierwszym cyklu zajęć zaproponowałam uczestnictwo pięciorgu dzieciom. Troje dzieci uczestniczy w spotkaniach z matkami, dwoje ma jako partnerów osoby prowadzące. W tej grupie troje dzieci: Karolina, Mateusz i Dominika przejawiają zaburzenia rozwoju społeczno-emocjonalnego w postaci zahamowania psychoruchowego, Dominika od roku cierpi dodatkowo na mutyzm wybiórczy.

Kamil charakteryzuje się nadpobudliwością psychoruchową, a Bartek wykazuje trudności w socjalizacji, jest zagrożony niedostosowaniem społecznym.

Zajęcia odbywają się według schematu zaproponowanego przez prof. M. Bogdanowicz. Zaczynamy spotkanie od powitania grupy. Na początek ćwiczymy relacje dotyczące świadomości osoby, schematu ciała i przestrzeni. Następnie wprowadzamy ćwiczenia oparte na relacji „z” – relacji opiekuńczej. Po nich – ćwiczenie relaksacyjne. Kolejno ćwiczymy relacje „przeciwko” – mocy i energii. Później znów ćwiczenie relaksacyjne. Następnie ćwiczymy relacje „razem”, czyli relacje partnerskie. Na koniec uspokajamy i wyciszamy uczestników przez ćwiczenie relaksacyjne i następuje pożegnanie grupy.

Podczas pierwszych zajęć czworo dzieci od początku brało udział w ćwiczeniach. Mateusz siedział przytulony do mamy, początkowo nie obserwował ćwiczących. Powoli, zachęcany przez mamę zaczął przyglądać się kolegom ćwiczącym i nieśmiało, w połowie zajęć przyłączył się do udziału w zabawie. Na następnych zajęciach Mateusz od początku ćwiczył, coraz bardziej ośmielony, nabierając coraz większego zaufania, chwalony za postawę – „otwierał się” na innych. Chłopiec jest drobnej postury i niezwykłym doświadczeniem dla niego były ćwiczenia, dzięki którym doznał poczucia własnej siły: kiedy był „paczką”, „skałą” albo był „przyklejony” do podłogi. Sam początkowo miał trudności np. z przekręcaniem partnera, ale gdy nauczył się odpowiedniego sposobu, potrafił to zrobić.

Dominika i Karolina włączały się do zabaw od początku, ale były niepewne, onieśmielone nową sytuacją. Uśmiechały się, ale wyczuwało się u nich obawę. Kiedy ćwiczenie kilkakrotnie powtórzono – lęk minął. Dziewczynki stopniowo zwiększały swą aktywność na zajęciach, prezentowały coraz więcej zachowań spontanicznych. Dużym problemem okazały się dla wszystkich zahamowanych dzieci ćwiczenia, w których bezpieczeństwo zależało od partnera bądź grupy. Dziecko podnoszone na kocu bało się, czepiało brzegów koca, próbowało się przytrzymać. Na kolejnych zajęciach lęk mijał, leżało coraz bardziej swobodnie – wytworzyło się u niego zaufanie do grupy. Dzieci wiedziały już, że współćwiczący pyta, jak się czują, czy można kontynuować ćwiczenie i stosuje się do ich odpowiedzi. Dominika wskazywała mimiką i ruchami rąk, czy chce ćwiczyć dalej.

Ważnym obszarem oddziaływania na dzieci była świadomość własnego ciała. W ciągu kolejnych spotkań wprowadzałam ćwiczenia ułatwiające dzieciom uświadomienie sobie posiadania poszczególnych części ciała, nazywanie ich (np. broda, kolano, nadgarstek, stopa), a także poznanie ich właściwości fizycznych –

np. dźwięków, jakie można wywołać za ich pomocą (klaskanie, tupanie, stukanie). W zapamiętywaniu nazw pomagały dzieciom doznania dotykowe i kinestetyczne (np. „witanie się” za pomocą stóp, łokci, kolan). Utrwalano orientację w schemacie ciała i przestrzeni: lewa i prawa strona (np. ćwiczenie: „statek pochyla się w prawo, teraz w lewo”). W pierwszych sesjach dzieci ćwiczyły z tym samym partnerem, od trzeciej sesji zmieniały partnerów na polecenie prowadzącej.

Chłopcy: Bartek i Kamil od razu chętnie włączyli się do ćwiczeń. Widać było, że sprawiają im one dużą radość. W przypadku Kamila zależało mi na tym, by potrafił kontrolować swoją chaotyczną ruchliwość, nauczył się koncentrować uwagę podczas wykonywania zadania oraz umiał spożytkować swoją energię i siłę. Kamil nie uświadamiał sobie swojej siły i był przykry dla otoczenia. Po kilku spotkaniach dało się zaobserwować u niego korzystne zmiany. Nauczył się doświadczać swoją siłę i z niej korzystać. Chłopiec nauczył się też dawać oparcie słabszym rówieśnikom. Ćwiczenia pozwoliły mu na satysfakcjonujące odczucia: „jestem silny, ale delikatny”, „biegam szybko, ale ostrożnie”, „mogę podnieść swojego kolegę, ale go nie upuszczę”. W ćwiczeniach grupowych Kamil stanowił przeciwwagę dla innych dzieci lub osoby dorosłej. Konkretnie ćwiczenia ruchowe pozwoliły ukierunkować aktywność Kamila. Zauważam u niego coraz lepszą współpracę z innymi. Chłopiec wykazuje dużą pomysłowość w przypadku ćwiczeń twórczych.

Bartek to dziecko zostawione jakby przez matkę „samemu sobie”. Wymaga wykształcenia norm społecznych, ukierunkowania swojej aktywności a zarazem potrzebuje ciepła i serdeczności osób dorosłych. W klasie jest ruchliwy, gadatliwy, rozkojarzony. Na zajęcia przychodzi sam. Ćwicząc z terapeutką od początku sesji doświadczał czym jest „dobry dotyk”.

Atmosfera życzliwości, jaką staramy się stwarzać, ćwiczenia relaksacyjne typu: dziecięce masażyki, „kołysanki”, dawały mu odprężenie i wyciszenie, o jakie trudno było na co dzień w klasie. Bardzo polubił też ćwiczenia siłowe, dzięki którym, jakby mimochodem nauczył się „opiekować się innymi”. Doświadczał sytuacji, w których musiał się liczyć z uczuciami innych. Początkowo nie potrafił zadać partnerowi pytania o jego samopoczucie, ale w trakcie kolejnych sesji, przysłuchując się współwiczającym kolegom – nauczył się zwracać uwagę na to, czy partner dobrze się czuje, czy nie doznaje jakiejś krzywdy. Bardzo ważne dla chłopca jest doświadczanie atmosfery spokoju, radości, poczucie bezpieczeństwa. Choć wydaje się odważny – ćwiczenia, w których był zależny od partnera czy grupy na początku nie były dla niego łatwe. Z czasem Bartek nabierał zaufania. Coraz lepiej też współpracował z innymi.

Po czterech miesiącach zajęć dzieci nabrały doświadczenia, ćwiczą bardzo chętnie, bawią się razem, ufają sobie w zabawie. Dzieci, które od początku przychodziły i ćwiczyły z matkami, teraz bez oporów zmieniają partnera w kolejnych relacjach. Zajęcia sprawiają radość zarówno dzieciom nadrucliwym jak i zahamowanym. Uczestniczący w spotkaniach rodzice również doznają przyjemnych odczuć doświadczając relacji, o czym świadczą ich komentarze po zajęciach.

Podczas lekcji w klasie też można już zaobserwować korzystne zmiany w zachowaniu uczestników terapii. Dominika i Mateusz częściej włączają się w swobodną zabawę w czasie przerw. Na lekcji wychowania fizycznego chętnie ćwiczą, a nawet biorą aktywny udział w grach zespołowych. Karolina częściej zgłasza się do odpowiedzi, mówi głośniej i pewniej odpowiada na pytania nauczycieli. W razie niepowodzenia – nie płacze, jak dawniej, tylko pyta, czy może się jeszcze raz nauczyć. Zaczęła bardziej wierzyć we własne siły, ufać sobie i innym. Kamil lepiej rozumie

znaczenie swojej siły. Częściej używa jej w „dobrej sprawie”, pomagając słabszym fizycznie kolegom (podczas spacerów po lesie, ćwiczeń na WF-ie). Chętniej pomaga w pracach społecznych, opiekuje się chomikiem w klasie. Podczas przerw nie biega ciągle rozpychając inne dzieci, ale proponuje wspólne zabawy i ćwiczenia (najczęściej te poznane na zajęciach MRR). Bartek coraz lepiej rozumie konieczność współzycia w grupie według określonych zasad. Razem z Kamilem założyli hodowlę rybek w klasie i z pomocą pani woźnej sprawiają nad nimi opiekę. Choć jego zachowanie budzi ciągle wiele zastrzeżeń, widać, że chłopiec coraz bardziej zdaje sobie sprawę z konsekwencji swojego zachowania, potrafi okazać skruchę i stara się naprawiać swoje błędy.

Obserwowane zmiany wpływają korzystnie na funkcjonowanie zespołu klasowego w zakresie dyscypliny i wzajemnych kontaktów, a także w zakresie zdolności uczniów do podejmowania inicjatywy i zachowań twórczych. Aby utrwać pozytywne zmiany w poziomie rozwoju psychoruchowego wskazane jest prowadzenie zajęć MRR przez dłuższy okres czasu.

Planowałam do drugiego cyklu zajęć MRR zaprosić inne dzieci z mojej klasy, które również potrzebują wspomaganie rozwoju społeczno-emocjonalnego i nie tylko (środowisko społeczne na tym terenie jest trudne ze względu na niełatwą sytuację ekonomiczną i rodzinną). Uczestnicy aktualnego cyklu tak chętnie korzystają z zajęć, że postanowiłam dołączyć inne dzieci do grupy tych doświadczonych. Mateusz, Dominika, Karolina, Kamil i Bartek staną się partnerami dla nowych uczestników zajęć.

Zorganizowanie każdej sesji wymaga przygotowania szczegółowego scenariusza, jednak wzajemna pomoc dwu prowadzących oraz fachowe porady zawarte w książkach pod kierunkiem M. Bogdanowicz są dużym ułatwieniem. Prowadzenie zajęć, kiedy jedna osoba skupia się na realizacji programu, dba o dobór

ćwiczeń, a druga (tzw. wspierająca) obserwuje grupę, udziela wsparcia, rad i wskazówek osobom ćwiczącym, pomaga w ciągłym doskonaleniu warsztatu pracy i dobrym zaplanowaniu kolejnych zajęć.

Podsumowanie i wnioski

Metoda Ruchu Rozwijającego okazała się wspólnym sposobem na rozwijanie u dzieci – oprócz sfery poznawczej – społeczno-emocjonalną i ruchową. Korzyści doświadczą nie tylko samo dziecko – uczestnik zajęć, ale również otoczenie, w którym funkcjonuje ono na co dzień – zespół klasowy i pracujący z nim nauczyciele.

To, jak metoda wpływa na zmianę postaw, uzewnętrznianie emocji, zwiększenie aktywności i wzrost zaufania dziecka do siebie i innych spowodowało, że przewiduję kontynuowanie zajęć dopóki będą wokół mnie dzieci potrzebujące wspomagania w rozwoju oraz terapii zaburzeń zachowania.

Dużym atutem Metody Ruchu Rozwijającego jest jej uniwersalność. Stosować ją można w terapii bez żadnych ograniczeń wiekowych: od niemowlęcia do osób w podeszłym wieku, bez względu na poziom rozwoju i funkcjonowania: u osób z głębokimi zaburzeniami rozwoju psychicznego i fizycznego oraz u osób zdrowych. Można ją wykorzystywać w terapii wielu różnych zaburzeń rozwoju psychomotorycznego, jak i w profilaktyce.

Wykaz skrótów

MMR - Metoda Ruchu Rozwijającego

SOZ-D - Skala Obserwacji Zachowań dzieci

BIBLIOGRAFIA

- [1] BOGDANOWICZ M., KASICA A., Ruch Rozwijający dla wszystkich, Gdańsk 2003.
- [2] BOGDANOWICZ M., KISIEL B., PRZASNYSKA M., Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganiu rozwoju dziecka, Warszawa 1994.
- [3] BOGDANOWICZ M., OKRZESIK D., Opis i planowanie zajęć według Metody Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne, Gdańsk 2011.
- [4] ŁOBOCKI M., Metody badań pedagogicznych, Warszawa 1990.
- [5] ŁOBOCKI M., Metody i techniki badań pedagogicznych, Kraków 2011.
- [6] OATLEY K., JENKINS J., Zrozumieć emocje, Warszawa 2003.
- [7] PILCH T., Zasady badań pedagogicznych, Warszawa 1995.
- [8] PILCH T., BAUMAN T., Zasady badań pedagogicznych, Warszawa 2001.
- [9] SHERBORNE W., Ruch Rozwijający dla dzieci, Warszawa 2002.
- [10] WŁODARSKI Z., MATCZAK A., Wprowadzenie do psychologii, Warszawa 1987.
- [11] ZACZYŃSKI W., Praca badawcza nauczyciela, Warszawa 1990.
- [12] ZIMBARDO P., Psychologia i życie, Warszawa 1999.
- [13] https://pl.wikipedia.org/wiki/Marta_Bogdanowicz (dostęp 5.01.2013).
- [14] <http://www.pedagogika.com/content/view/40/47> (dostęp 12.02.2013).

**TERAPIA PEDAGOGICZNA DLA DZIECI Z NISKĄ
DOJRZAŁOŚCIĄ SZKOLNĄ DO PODJĘCIA EDUKACJI
W KLASIE I – ZAGADNIENIA PRAKTYCZNE
I PROPOZYCJE ĆWICZEŃ**

Streszczenie

Artykuł naukowy poświęcony jest terapii pedagogicznej dla dzieci z niską dojrzałością szkolną do podjęcia edukacji w klasie I. Zawiera również propozycje ćwiczeń, które można wykorzystać na zajęciach z dziećmi. Poziom dojrzałości szkolnej u dziecka w wieku 6-7 lat, zależy od wielu czynników np.: predyspozycji indywidualnych, zdrowia, sytuacji rodzinnej, atmosfery, w jakiej wychowuje się dziecko i powinien być harmonijny w rozwoju zarówno w sferze fizycznej, emocjonalno-społecznej i intelektualnej. Im wcześniej rozpocznie się terapię pedagogiczną dziecka, u którego rodzina i pedagodzy zaobserwowali trudności w poznawaniu świata i uczenia się, tym dziecko lepiej poradzi sobie ono z wymaganiami stawianymi przez szkołę. W artykule scharakteryzowane są pokrótce niektóre zaburzenia, które występują u dzieci, a mogą być przyczyną problemów z nauką w szkole np.: zaburzenia percepcji słuchowej i wzrokowej, zaburzenia w rozwoju ruchowym. Do dysfunkcji tych dopasowane są zestawy ćwiczeń opisujące cel tych zadań, pomoce dydaktyczne, jakie powinien przygotować terapeuta oraz przebieg ćwiczenia. Omówione zostały również specyficzne trudności w uczeniu się czytania, pisania i matematyki wraz z propozycjami ćwiczeń.

Słowa kluczowe

terapia pedagogiczna, dojrzałość szkolna, specyficzne trudności, dysfunkcje

Abstract

The article is dedicated to the scientific pedagogical therapy for children with low maturity to take the school education in the classroom and also includes suggestions for exercises that you can use in the classroom with children. School aged child maturity level 6-7 years, depends on many factors such as: individual predisposition, health, family situation, the atmosphere in which the child is raised and should be a harmonious development of both physical, emotional/social and intellectual. The sooner treatment begins teaching a child, in which the family and educators have observed difficulties in learning about the world and learning, the child better cope with requirements by the school. The article characterized are briefly some of the disorders that occur in children, and may cause problems with science in school such as: auditory perception disorders and disorders of Visual development in mobility. To these dysfunctions are matched sets of exercises that target these tasks, teaching aids, which should prepare the therapist and course of exercises. Discussed were also specific difficulties in learning reading, writing and mathematics along with the proposals.

Keywords

pedagogical therapy, school aged, specific difficulties, dysfunctions

Dojrzałość szkolna

Dojrzałość szkolna według S. Szumana jest to poziom rozwoju psychicznego, społeczno-moralnego oraz fizycznego, które umożliwia dziecku przystosowanie się do wymagań szkoły i systematyczne nauczanie i wychowywanie w klasie I. Rozwój dziecka w każdej tej sferze powinien być harmonijny (S. Szuman, 1970).

Tabela 1. Przejawy gotowości szkolnej u dzieci w wieku 6-7 lat według sfer rozwojowych.

Sfera fizyczna	Sfera emocjonalno-społeczna	Sfera intelektualna
Dobry stan zdrowia	Umiejętność nawiązywania kontaktów z rówieśnikami i nauczycielami	Przejawianie aktywności poznawczej i chęci do nauki
Brak poważnych wad wzroku i słuchu	Samodzielność w sprawach samoobsługowych np. ubieranie się, spożywanie posiłków	Koncentruje uwagę na danym temacie przez dłuższy czas
Dobra sprawność ruchowa i manualna	Zdolność aklimatyzacji w nowym środowisku szkolnym	Przyswaja i zapamiętuje nowe informacje i potrafi wykorzystać je w praktyce
Prawidłowy rozwój mowy	Dostosowywanie się do różnych form pracy: indywidualnej i grupowej	Liczy i wykonuje działania w zakresie do 10
Znajomość orientacji w schemacie własnego ciała i orientacji przestrzennej	Poczucie własnej wartości	Odwzorowuje, różnicuje i porównuje różne formy geometryczne
Lateralizacja prawostronna	Sumienność i obowiązkowość w wykonywanych zadaniach	Wykonuje prawidłowo analizę i syntezę literową, głoskową i sylabową

Zrównoważona dynamika procesów nerwowych	Kontrola swojego zachowania	Formułuje poprawnie zdania i wyraża własne opinie na dany temat
	Wrażliwość na potrzeby innych	Nie zraża się w sytuacji niepowodzeń

Źródło: (B. Zakrzewska, 2003, s. 11-12).

Dodatkowo na dojrzałość szkolną dziecka mają wpływ takie czynniki jak: sytuacja finansowa rodziny i warunki bytowe, atmosfera, w jakiej wychowuje się dziecko, wykształcenie i świadomość rodziców oraz predyspozycje i zdolności dziecka (W. Szewczuk, 1979, s. 56, 57).

Diagnozę edukacyjną dzieci 6-7 letnich przeprowadzają (zgodnie z nowym rozporządzeniem MEN z 28.05.2010) pedagodzy w zerówce na podstawie dokumentacji prowadzonych obserwacji pedagogicznych, a informację o gotowości dziecka do podjęcia nauki szkole podstawowej przekazują rodzicom do końca kwietnia. Diagnozę taką również mogą przeprowadzać pedagodzy i psychologowie z poradni psychologiczno-pedagogicznej, a do jej przeprowadzenia opracowanych jest szereg testów indywidualnych i grupowych, które zawierają odpowiednio dobrane zadania.

Przy określeniu poziomu dojrzałości szkolnej u dziecka 6-7 letniego zwykle uwzględnia się (E. Tryzno, 2008, s. 5):

- przejawy zachowania i reakcje dziecka podczas badania,
- umiejętność rozumowania i wypowiedzania się,
- gotowość do nauki czytania, pisania i liczenia,
- odporność emocjonalną i jego umiejętności społeczne,
- sprawność ruchową i koordynację wzrokowo-słuchową.

Podczas obserwacji i wykonywania testu dziecku przydziela się najczęściej punkty za wykonane zadania, a po ich podsumowaniu szacuje się poziom gotowości szkolnej u dziecka. Rodzice po zapoznaniu się z wynikiem diagnozy dojrzałości szkolnej dziecka, mogą również liczyć na uzasadnienie tego wyniku, a także, jeśli poziom tej dojrzałości był niski, do podjęcia działań mających na celu wsparcie dziecka i przygotowania go do podjęcia nauki w szkole podstawowej w klasie I. Ogromną rolę odgrywa tu zaangażowanie pedagogów, a przede wszystkim rodziców. Czasami kilka miesięcy systematycznej pracy może przynieść znaczącą poprawę.

Terapia pedagogiczna w celu podniesienia gotowości szkolnej u dziecka 6-letniego

Terapia pedagogiczna to działania pedagogiczne o charakterze zajęć korekcyjno-kompensacyjnych skierowane do dzieci ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się. Zajęcia te prowadzone są przez specjalnie do tego przygotowanych pedagogów-terapeutów i mają na celu:

- usprawnienie zaburzonych funkcji – korekcja,
- podtrzymywanie funkcji prawidłowo rozwijających się, aby mogły być wsparciem dla funkcji zaburzonych lub mogły je zastąpić – kompensacja.

Ważne jest, aby działania te podjąć już na etapie przedszkola, gdyż będzie to miało wpływ na przygotowanie dzieci do podjęcia nauki w szkole oraz na ich dalszą karierę szkolną i zawodową (E. Skorek, 2004, s. 9).

Zaburzenia psychoruchowe dzieci, które są przyczyną trudności w uczeniu się to (E. Skorek, 2004, s. 10, 11):

- zaburzenia percepcji słuchowej i wzrokowej,
- zaburzenia w artykulacji,
- zaburzenia rozwoju ruchowego,

- nieokreślona lateralizacja,
- zaburzenia w orientacji przestrzennej.

Często współtowarzyszące tym nieprawidłowością są:

- nadpobudliwość,
- zahamowanie psychoruchowe.

Konsekwencją tych zaburzeń w procesie uczenia się mogą być:

- dysleksja,
- dysgrafia,
- dysortografia,
- specyficzne trudności w uczeniu się matematyki.

Zaburzenia percepcji słuchowo - wzrokowej

Czynnikami, które wpływają na funkcjonowanie ucznia z zaburzoną percepcją słuchową jest (A. Dłużeniewska, MEN, 2011, s. 89-93):

- stopień uszkodzenia słuchu - według klasyfikacji BIAP można go podzielić na: lekki (21-40 dB), umiarkowany (41-70 dB), znaczny (71-90 dB), głęboki (>90dB),
- rodzaj uszkodzenia słuchu. Uszkodzenie słuchu typu przewodzeniowego powoduje niewłaściwy odbiór bodźców akustycznych drogą powietrzną - dziecko nie słyszy, natomiast może kontrolować swoje wypowiedzi. Uszkodzenia słuchu typu mieszanego powoduje zaburzenie w odbiorze dźwięków drogą powietrzną i kostną – dziecko nie słyszy i ma problemy z artykulacją,
- czas, w którym nastąpiło uszkodzenie słuchu (okres prelingwalny, perilingwalny, postlingwalny),
- środowisko rodzinne – rodzice są słyszący czy niesłyszący,
- czas rozpoczęcia i intensywność działań terapeutycznych,

- czas wyposażenia dziecka w aparat słuchowy lub wszczepienie implantu ślimakowego,
- uszkodzenie prawostronne może być przyczyną trudności w zakresie rozwoju języka, uszkodzenie lewostronne może mieć wpływ na zachowania emocjonalne.

W zależności od tych czynników, dziecko może mieć niewielkie trudności w funkcjonowaniu, aż po uniemożliwienie mu normalnego rozwoju.

Stopień zaburzenia percepcji wzrokowej uzależniony jest od stanu narządu wzroku, stopnia widzenia, czynników zewnętrznych, a także predyspozycji psychofizycznych dziecka (towarzyszące choroby, inteligencja, poczucie własnej wartości) (R. Dziubińska, MEN, 2011, s. 129).

U dzieci z dysfunkcją wzroku może występować zaburzenie ostrości widzenia, rozpoznawania barw, ograniczenie pola widzenia w różnym stopniu. Zaburzenie percepcji wzrokowej u dziecka będzie miało wpływ na proces uczenia się, w szczególności czytania i pisania, a objawiać się może trudnościami na przykład w:

- rozpoznawaniu liter na przykład: wielkich i małych, b-d, p-b, a także cyfr,
- wyszukiwaniem podobieństw i różnic na przykład w obrazkach,
- układaniem wyrazów z liter, sylab i łączeniu wyrazów z odpowiednimi obrazkami
- odczytywaniem wyrazów,
- odwzorowywaniu liter, cyfr, figur geometrycznych,
- w zapisie i wykonywaniu działań matematycznych,
- rysowaniu szlaczków i trzymania się w liniaturze,
- rozpoznawaniu kolorów i kolorowaniu,
- przecinaniu kartki według wzoru.

Propozycje ćwiczeń na usprawnienie percepcji wzrokowo – słuchowej dla dziecka 6-letniego

Ćwiczenie 1. Wyszukiwanie różnic w obrazkach.

Cel: Ćwiczenie spostrzegawczości.

Pomoce dydaktyczne: Dwa obrazki z psem, ołówek lub kredka.

Przebieg: Terapeutka daje dziecku dwa obrazki i kredkę, a następnie prosi: *Wyszukaj na obrazkach 5 różnic i zaznacz je na tych obrazkach.*

Źródło: www.czasdzieci.pl

Ćwiczenie 2. Dobieranie konturów do obrazków.

Cel: Ćwiczenie pamięci wzrokowej i dopasowywania kształtów.

Pomoce dydaktyczne: Obrazek z cieniami, kolorowy mazak.

Przebieg: Prowadząca daje dziecku kartę pracy (obrazek z cieniami) i mazak, a następnie prosi dziecko: *Przyjrzyj się uważnie, co jest na tym obrazku i powiedz, czyje to cienie? Dopasuj cienie do danego zwierzątka.*

Źródło: M. Krzyżanek; M. Szarf, s. 17

Ćwiczenie 3. Łączenie punktów

Cel: Utrwalenie cyfr w zakresie od 1-36, ćwiczenie precyzji łączenia punktów ze sobą.

Pomoce dydaktyczne: Karta pracy – urodzinowy prezent księżniczki.

Przebieg: Terapeutka przekazuje kartę pracy i czyta głośno instrukcję. *Księżniczka wybiera się na urodziny do przyjaciółki. Połącz punkty, a zobaczysz, jaki prezent kupiła.* Dziecko wykonuje polecenie zgodnie z instrukcją.

Źródło: A. Bator, 2011, s. 14

Ćwiczenie 4. Nawlekanie koralików.

Cel: Rozpoznawanie kolorów, dobieranie kolorów według wzoru, ćwiczenie sprawności manualnych, liczenie.

Pomoce dydaktyczne: Duże kolorowe koraliki z dużą dziurką, kolorowa sznurówka.

Przebieg: Dziecko siada przy stoliku. Terapeutka podaje mu pudełko z kolorowymi koralikami i kolorową sznurówkę. Następnie po kolei wydaje dziecku polecenie. *Na sznurówkę nawlecz w kolejności: Dwa koraliki niebieskie, jeden koralik czerwony, dwa koraliki żółte, jeden koralik zielony. Nawlekać dalej koraliki według takiego samego schematu.*

Źródło: opracowanie własne

Ćwiczenie 5. Puzzle.

Cel: Ćwiczenie koncentracji uwagi, usprawnienie przeprowadzenia analizy i syntezy na materiale obrazkowym, ćwiczenie sprawności manualnej.

Pomoce dydaktyczne: Dowolne dwa takie same obrazki naklejone na tekturę. Jeden obrazek stanowi wzór, drugi służy do pocięcia.

Przebieg: Terapeutka kładzie dziecku na stoliku dwa obrazki i mówi: *Jeden obrazek zostawimy na wzór (odkłada go wyżej). Przetnij drugi obrazek wzdłuż linii – zrobimy z niego puzzle, a następnie spróbujemy ułożyć go od nowa, możesz patrzeć na obrazek- wzór.*

Źródło: E. Skorek, 2004, s. 46

Ćwiczenie 6. Rysowanie po śladzie. Rozpoznawanie figur geometrycznych.

Cel: Ćwiczenie sprawności grafomotorycznej, rozpoznawanie i nazywanie figur, rysowanie po śladzie, liczenie.

Pomoce dydaktyczne: Karta pracy – figury.

Przebieg: Prowadząca podaje dziecku kartę pracy z figurami i prosi dziecko: *Zaznacz czerwoną kredką kontury wszystkich trójkątów i policz ile ich jest. Pokoloruj na niebiesko pola wszystkich kół i policz ile ich jest?*

Źródło: opracowanie własne

Ćwiczenie 7. Dzielenie wyrazów na sylaby.

Cel: Usprawnienie percepcji słuchowej, ćwiczenie analizy sylabowej, liczenie.

Przebieg: Prowadząca zajęcia siedzi z dzieckiem na dywanie i prosi przedszkolaka: *Podziel na sylaby wyraz (terapeutka czyta po kolei): metro, samolot, rower, tablica, stolówka i wyklaszcz je oraz podaj ile sylab jest w tym wyrazie?*

Źródło: opracowanie własne

Ćwiczenie 8. Tworzenie wyrazów rozpoczynających się od podanej głoski.

Cel: Rozpoznawanie liter w wygłosie, tworzenie nowych wyrazów na podaną literę.

Przebieg. Prowadząca siedzi z dzieckiem/ dziećmi na dywanie i mówi: *Będziemy grali w taką specjalną grę – naszym zadaniem będzie wymyślić nowy wyraz na ostatnią głoskę w poprzednim wyrazie. Pierwszy wyraz to bobas.*

Źródło: opracowanie własne

Zaburzenia w rozwoju ruchowym

Trudności edukacyjne dziecka z obniżoną sprawnością motoryczną zależą od (A. Gąstoł, M. Loska, 2011, s. 147-149):

- rodzaju uszkodzenia ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego,
- stopnia zaburzenia rozwoju ruchowego,

- okresu, w którym ta dysfunkcja ruchowa się pojawiła (wrodzona lub nabyta).

W grupie dzieci z zaburzonym rozwojem ruchowym najczęściej występują schorzenia takie jak (M. Borkowska, 2005):

- mózgowie porażenie dziecięce,
- dystrofie postępujące mięśni,
- przepuklina oponowo- rdzeniowa,
- skrzywienie boczne kręgosłupa,
- choroby nerwowo- mięśniowe,
- wady stóp, rąk.

Pedagodzy u dzieci z tymi dysfunkcjami mogą zaobserwować (M. Loska, 2005):

- kłopoty z koncentracją uwagi,
- zaburzenie w orientacji przestrzennej,
- szybsze męczenie się.
- niska sprawność manualna, a w związku z tym grafomotoryczna, co wpływa niekorzystnie na technikę pisania, kształt graficzny poszczególnych liter i cyfr,
- obniżona precyzja ruchów docelowych,
- kłopoty z koordynacją ruchowo-wzrokową,
- zaburzoną płynność ruchów,
- wydłużony czas wykonywania zadań.

W rozwoju ruchowym dzieci istotny jest również proces lateralizacji, czyli przewagi czynności ruchowej w zakresie ręki, oka, nogi. Zaburzenia w tym zakresie charakteryzują się (B. Zakrzewska, 1998, s. 3):

- oburęczność może mieć wpływ na zaburzenie orientacji kierunkowo-przestrzennej, nieprecyzyjność i zwolnienie tempa pisania, dziecko może mylić stronę lewą i prawą,

- lewooczość przy praworęczności – niekorzystnie wpływa na koordynację wzrokowo-ruchową, dezorganizuje czynność pisania, dziecko przestawia litery, myli je,
- leworęczność – powoduje techniczne trudności w pisaniu, zwolnienie jego tempa i obniżenie jakości graficznej. W wyniku nieprawidłowego ułożenia dłoni i napięcia mięśni przedramienia dziecko szybko się męczy.

Propozycje ćwiczeń na usprawnienie rozwoju ruchowego dla dziecka 6-letniego

Ćwiczenie 9. Do celu.

Cel: Usprawnienie analizatora kinestetyczno-ruchowego.

Pomoce dydaktyczne: Gazety, kosz.

Przebieg: Dzieci stoją naprzeciw kosza, na hasło podnoszą z podłogi gazetę, ugniatają prawą ręką i lewą ręką, formując dwie kule i rzucają do celu- raz prawą ręką, raz lewą ręką.

Źródło: E. Skorek, 2004, s. 150

Ćwiczenie 10. Linie

Cel: Stymulacja zmysłu czucia.

Pomoce dydaktyczne: Duża taca wypełniona kaszą manną.

Przebieg: Dziecko wygładza dłonią kaszę manną, tak, aby powierzchnia była jednolita, a następnie rysuje na niej z zgodnie z poleceniem terapeutki: linie proste równoległe, wielką literę A, C, O itd.

Źródło: E. Skorek, 2004, s. 150

Ćwiczenie 11. Szlaczki

Cel: Ćwiczenie sprawności grafomotorycznych.

Pomoce dydaktyczne: Kartka papieru, plastelina.

Przebieg: Prowadząca rozdaje dziecku kartkę i prosi go. *Narysuj na kartce szlaczek w postaci fal. Następnie na narysowanym szlaczku naklej kulki z kolorowej plasteliny (uczeń rozgniatą je w paluszku), tak, aby nie wyjeżdżał poza linię.*

Źródło: opracowanie własne

Ćwiczenie 12. Wiatr

Cel: Ćwiczenie artykulacyjne, usprawnienie koordynacji ruchowej i równowagi.

Przebieg: Dzieci stoją w rozkroku i wyciągają ręce w bok, a następnie naśladują wiatr, najpierw słaby, potem średni, a na końcu wichurę. Wydają przy tym odgłosy „szszsz...” charakterystyczne dla siły wiatru.

Źródło: opracowanie własne

Ćwiczenie 13. Rozkwitający tulipan.

Cel: Kształtowanie świadomości w schemacie własnego ciała, usprawnienie zmysłu równowagi.

Przebieg: Przedszkolaki kucają i oplatają rękoma kolana, a następnie wykonują polecenia terapeutki i naśladują ją: *Najpierw jesteśmy takimi małymi ziarenkami, ukrytymi gdzieś pod ziemią (dzieci kucają), teraz próbujemy przebić się przez ziemię (dzieci na kucaka wiercą się), potem bardzo powoli rośniemy (dzieci z pozycji kucnej powoli wstają), następnie kwiatek prostuje się, aby zdobyć jak najwięcej słońca (dzieci wyprostowują się), następnie pojawia się pączek kwiatu, może to być tulipan, ale jeszcze się nie rozwinął (dzieci unoszą ręce do góry, dłonie mają złączone), następnie słońce zaświeciło i nasz tulipan pięknie rozkwita (dzieci powoli rozstawiają ręce uniesione do góry). Kto mi powie, jaką porą roku tak się dzieje?*

Źródło: opracowanie własne

Ćwiczenie 14. Rysowanie palcami.

Cel: Usprawnienie ruchów ręki i zdolności grafomotorycznych.

Pomoce: Kartka szarego papieru, muzyka relaksacyjna, farby do malowania rękami, fartuszki ochronne.

Przebieg. Terapeutka rozkłada na podłodze szary papier i przy-mocowuje go do podłoża, dzieci dostają farby i zanurzają w nich dłonie. Mają za zadanie namalować wielkie drzewo, gdzie zamiast liści mają być odcisnięte kolorowe dłonie.

Źródło: opracowanie własne

Specyficzne trudności w uczeniu się czytania, pisania i matematyki u dziecka w wieku 6-7 lat – propozycje ćwiczeń

Już u dzieci w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym można zauważyć sygnały zagrożenia dysleksją (w takich wypadkach mówimy o „ryzyku dysleksji”). Do objawów tych należeć będą opóźnienie rozwoju mowy i nieharmonijny rozwój psychoruchowy (opóźnienie funkcji słuchowo-językowych, wzrokowo-przestrzennych, ruchowych, lateralizacji czynności ruchowych i koordynacji tych funkcji), przy czym nie wynikają one z obniżenia sprawności intelektualnej, z wad zmysłu i zaniedbania dydaktyczno-środowiskowego. Należy, zatem obserwować rozwój dzieci i zapobiegać ewentualnym trudnościom w uczeniu się. Oczywiście przy rozpoznaniu zagrożenia dysleksją, im więcej stwierdzamy objawów ryzyka dysleksji, tym jest ono bardziej prawdopodobne (MEN, 2011, s. 65). W ramach działań profilaktycznych u dziecka 6 – letniego należy przeprowadzić test gotowości szkolnej, a można również zastosować nową wersję Skali Ryzyka Dysleksji (SDR-6) (M. Bogdanowicz, 2010). Stwierdzenie wysokiego ryzyka dysleksji może być podstawą do objęcia dziecka wszechstronną opieką w formie zajęć korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych i ruchowych. Z kolei

u dziecka z umiarkowanym ryzykiem dysleksji trzeba monitorować, jego postępy w nauce od początku klasy pierwszej.

„Edukację matematyczną sześciolatków trzeba widzieć szeroko. Musi ona być połączona z intensywnym rozwojem myślenia, z kształtowaniem odporności emocjonalnej oraz z ćwiczeniem pewnych umiejętności matematycznych” (E. Gruszczyk-Kolczyńska, E. Zielińska, 1997, s. 9-10). Najważniejsze w edukacji matematycznej dzieci w wieku przedszkolnym są ich osobiste doświadczenia. One przyczyniają się do tego, że dziecko rozumie we właściwym kierunku i uczy się tego, co trzeba. Zajęcia dla dzieci powinny być wypełnione zabawami, ciekawymi zadaniami i grami, a także rozmowami.

Zagadnienia tematyczne i propozycje ćwiczeń do pracy z dzieckiem w zerówce (E. Gruszczyk-Kolczyńska, E. Zielińska, 1997, s. 9-10):

1. Orientacja przestrzenna.

Ćwiczenie 15. Chodzenie „pod dyktando”.

Cel: Usprawnienie orientacji przestrzennej.

Przebieg: Terapeuta stoi obok dziecka i mówi: *Dwa kroki w prawo* (wykonują czynność), *trzy kroki w przód, jeden krok do tyłu.*

Polecenie dyktuje naprzemian terapeuta i dziecko.

Źródło: E. Gruszczyk – Kolczyńska, E. Zielińska, 1997, s. 20

2. Rytmy.

Ćwiczenie 16. „Zabawa rytmiczna”.

Cel: Usprawnienie percepcji słuchowej i dostrzeganie regularności.

Przebieg: Terapeuta i dziecko siedzą na krześle. Prowadząca wystukuje rytm na przykład: dwa razy klaszcze w ręce, jeden raz uderza rękoma w kolano, dziecko próbuje powtórzyć rytm. Przy

kolejnym próbach terapeutka utrudnia ćwiczenie na przykład: raz klaszcz w dłonie, dwa razy uderza w kolana, raz tupie nogami itd.
Źródło: opracowanie własne

3. Kształtowanie umiejętności liczenia, a także dodawania i odejmowania.

Ćwiczenie 17. Torba z zakupami.

Cel: Kształtowanie umiejętności liczenia, dodawania i odejmowania.

Pomoce dydaktyczne: Torba na zakupy, zakupy np.: jabłko, banan, batonik, czekolada, bułka, sok itd.

Przebieg: Terapeutka przynosi dziecku torbę z zakupami i prosi dziecko na przykład:

- *Wyjmij z torby trzy rzeczy.*
- *Wyjmij z torby jabłko, bułkę, czekoladę. Policz ile rzeczy wyjąłeś z torby, policz ile rzeczy zostało w torbie?*
- *Wyjmij z torby pięć rzeczy, ja schowam dwa, ile produktów zostało?*
- *Ja wyjmuję z torby cztery produkty, ty wyjmij dwa produkty, ile będzie produktów na stole?*

Źródło: opracowanie własne

4. Wspomaganie rozwoju operacyjnego rozumowania.

Ćwiczenie 18. Układanka z kótek.

Cel: Wspomaganie rozwoju operacyjnego myślenia, stałości liczby elementów w zbiorze.

Przebieg: *Terapeutka układa przed dzieckiem 10 kótek w szereg i mówi: Policz ile ich jest? Teraz będę czarował kółka. Patrz uważnie.* Terapeutka zmienia układ kótek według schematu i za każdym razem pyta dziecko: *Jest ich tyle samo jak poprzednio? Sprawdź, ile ich jest?*

Źródło: E. Gruszczyk – Kolczyńska, E. Zielińska, 1997, s. 65

5. Rozwijanie umiejętności mierzenia długości, pomiaru wagi i mierzenia płynów.

Ćwiczenie 19. Stopa za stopą.

Cel: Kształtowanie u dziecka rozumienia pomiaru długości i jednostek miary.

Przebieg: Prowadząca prosi dziecko, aby zmierzyło długość dywanu. Pokazuje dziecku jak to zrobić: stawia stopę za stopą i liczy głośno. Następnie polecenie wykonuje dziecko i liczy głośno. Terapeutka i dziecko podają swoje wyniki. Prowadząca pyta się: *Czemu są takie różnice w pomiarze? Od czego one zależą?* Można zaproponować dziecku mierzenie stopy (od dużego palca do piąty) dziecka i dorosłego za pomocą miarki krawieckiej.

Źródło: E. Gruszczyk – Kolczyńska, E. Zielińska, 1997, s. 77

6. Klasyfikacja.

Ćwiczenie 20. Segregowanie według pór roku.

Cel: Kształtowanie umiejętności klasyfikowania i definiowania.

Przebieg: Terapeutka kładzie przed dzieckiem 4 kartki z napisem pór roku: lato (żółta), zima (biała), wiosna (zielona), jesień (czerwona), a także obrazki z różnymi rzeczami, które dziecko ma dopasować do danej pory roku, kładąc obrazek na odpowiedniej kolorowej kartce.

Źródło: opracowanie własne

7. Układanie i rozwiązywanie zadań arytmetycznych.

Ćwiczenie 21. Kasztany

Cel: Kształtowanie umiejętności układania zadań arytmetycznych i dodawania w zakresie 10.

Przebieg: Terapeutka mówi do dziecka: *Zebrałeś w parku 3 kasztany (kładzie na stoliku 3 kasztany), a ja zebrałam 2 (dokłada 3*

kasztany). *Ile mamy razy?* Dziecko liczy kasztany i podaje wynik. Teraz kolej dziecka, ono zadaje pytanie prowadzącej i ustawia na stoliku odpowiednią ilość kasztanów.

Źródło: opracowanie własne

8. Intuicje geometryczne.

Ćwiczenie 22. Figury geometryczne.

Cel: Kształtowanie intuicji geometrycznych.

Przebieg: Terapeutka z różnych figur geometrycznych np. wyciętych z kolorowego papieru układa, wzór na przykład kwiatek. Dziecko układa z takich samych figur, taki sam kwiatek. Terapeutka pyta się po wykonanym poleceniu. *Jakie figury geometryczne były Ci potrzebne do ułożenia kwiatka?*

Źródło: opracowanie własne

9. Konstruowanie gier przez dzieci.

10. Zapisywanie czynności matematycznych.

Ćwiczenie 23. Znaki

Cel. Kształtowanie rozumienia znaków: $<$, $>$, $=$ oraz ich zapisu.

Pomoce dydaktyczne: Karta pracy.

Przebieg. Prowadząca daje dziecku kartę pracy, na której ma ustalić, które liczby są większe i zapisać znaki $>$, $<$ lub $=$.

Źródło: opracowanie własne

Podsumowanie

Pełny obraz dojrzałości szkolnej dziecka, dają nie tylko testy gotowości szkolnej. Należy obserwować dziecko w różnych sytuacjach, tych codziennych i problemowych podczas pobytu w przedszkolu przez wszystkie jego lata, a także zasięgnąć opinii rodziców, jak dziecko funkcjonuje w domu rodzinnym. Dla dziecka rozpoczęcie nauki w szkole jest przełomowym momentem w jego życiu i musi być do niej odpowiednio przygotowany,

aby z powodzeniem i sukcesami kontynuować ją przez kolejne lata. Diagnoza gotowości szkolnej dziecka, którą otrzymają pedagodzy nauczania zintegrowanego w klasie I może być dla nich cenną wskazówką, na jakie trudności dziecko może napotkać w czasie nauki, czy jest dojrzałe emocjonalnie, czy będzie potrzebowało dostosowanie tempa pracy i realizacji materiału do jego możliwości i jakiego wsparcia od nauczyciela dziecko potrzebuje.

Działania wspierające dziecko, jakie może podjąć nauczyciel wychowania przedszkolnego, zintegrowanego wczesnoszkolnego i terapeuta (B. Trochimiak, s. 59):

- należy zachęcać dziecko do kontaktu z rówieśnikami i stwarzać możliwość do zabaw z nimi,
- inicjować u dziecka różne działania twórcze i pobudzać jego wyobraźnię,
- dostosowywać sposób komunikowania się do możliwości psychofizycznych podopiecznego,
- chwalić dziecko za każdy osiągnięty sukces, nawet niewielki i motywować go do dalszej pracy,
- stopniować trudność zadań i dostosowywać tempo pracy do możliwości dziecka,
- starać się usamodzielnić dziecko i nie wyręczać go w różnych zadaniach,
- być konsekwentnym w podejmowanych działaniach i prezentowanych wartościach,
- podawać i ćwiczyć z uczniem wszystkie metody pracy potrzebne do wykonania zadania,
- pomagać w rozwiązywaniu trudnych sytuacji na bieżąco i dawać przykłady dobrych rozwiązań,
- nawiązać kontakt z dzieckiem z umiarkowanym poczuciem humoru i empatią,

- podejmować zabawy i ćwiczenia z wykorzystaniem liczenia na konkretach, czynności usprawniających dziecko grafomotorycznie, ćwiczyć koncentrację wzrokowo-słuchową.

Systematyczna praca z dzieckiem 6-letnim nawet o niskiej gotowości szkolnej zwykle przynosi rezultaty w klasie I.

BIBLIOGRAFIA

- [1] BATOR A. (2011), Klub Małej Księżniczki, Kraków.
- [2] BOGDANOWICZ M. (2010), Ocena Ryzyka Dysleksji, Gdańsk.
- [3] BORKOWSKA M. (2005), Niepełnosprawność ruchowa u dzieci, Warszawa.
- [4] GRUSZCZYK-KOLCZYŃSKA E., ZIELIŃSKA E. (1997), Dziecięca matematyka. Edukacja matematyczna dzieci w domu, przedszkolu i szkole, Warszawa.
- [5] KRZYŻANEK M., SZARF M., Groszek. Tik Tak. Poznajemy czas, Poznań.
- [6] Praca zbiorowa, MEN (2011), Podniesienie efektywności kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, Warszawa.
- [7] SKOREK E. (2004), Terapia pedagogiczna, Kraków.
- [8] SZEWCZUK W. (1979), Słownik psychologiczny.
- [9] SZUMAN S. (1970), O dojrzałości szkolnej dzieci siedmioletnich. Materiały do nauczania psychologii, Warszawa.
- [10] TRYZNO. E (2008), Diagnoza edukacyjna dzieci 6-, 7-letnich rozpoczynających naukę, Gdańsk.
- [11] ZAKRZEWSKA B. (1998), Moje dziecko źle czyta i pisze, Warszawa.
- [12] ZAKRZEWSKA B. (2003), Każdy przedszkolak dobrym uczniem w szkole, Warszawa.

[13] www.czasdzieci.pl (dostęp: 5.03.2013).

Małgorzata Grzędowska

**PRZYKŁADY PROPOZYCJI WSPIERAJĄCYCH
DZIAŁANIA WYCHOWAWCZE I OPIEKUŃCZE
RODZICÓW I NAUCZYCIELI DZIECI
UJAWNIAJĄCYCH PROBLEMY WYCHOWAWCZE**

Streszczenie

Celem pracy jest dostarczenie wiedzy o takich formach pomocowych kierowanych do nauczycieli i rodziców, które są w miarę proste do zastosowania, konkretne, łatwo dostępne i nie wymagają poważnych nakładów finansowych. Zaprezentowane propozycje mogą pomóc w sprawach lżejszych, może niechcący wyolbrzymionych, prowokowanych niekompetencją, a może nadmiernym niepokojem dorosłych. Nie mogą one jednak zastąpić specjalistycznej terapii psychologicznej czy pedagogicznej lub innych form pomocowych, co zależy jest od wagi problemu. Szczególnie ważne jest, aby niektóre propozycje znane były przede wszystkim nauczycielom i rodzicom, którzy z racji codziennych, wielogodzinnych kontaktów z dziećmi, umieli poradzić sobie z problemami, które przysparza im dziecko emocjonalnie niedojrzałe, zachwiane czy nieśmiałe, wrażliwe, zagubione, z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) lub zespołem deficytu koncentracji i uwagi (ADD).

Słowa kluczowe

ADD, ADHD, zaburzenie hiperkinetyczne, zachowanie, patomechanizm, poradnia, stowarzyszenie

Abstract

The purpose of this paper is to provide knowledge directed to teachers and parents about specific forms of assistance that are moderately easy to apply, easily attainable, and not requiring serious financial outlays. Presented propositions might help in lesser matters, perhaps unintentionally magnified, provoked by incompetence, or maybe excessive anxiety of the adults. However, they cannot substitute specialist psychological and pedagogical treatment, or any other forms of assistance, which are dependent on the weight of the problem. It is particularly important that some of these propositions are known especially to the teachers and parents, who due to many hours of everyday contact with children could handle the difficulties caused by a child which is emotionally immature, unbalanced or introverted, sensitive, lost, with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) or Attention Deficit Disorder (ADD).

Keywords

ADD, ADHD, behaviour, pathomechanism, pathogenesis, counselling centre, association

Praca z dziećmi mającymi problemy w zachowaniu sprawia nauczycielom coraz większe trudności. Rodzicom tych dzieci zaś zmartwienia. Z każdym rokiem szkolnym wzrasta liczba dzieci, których zachowanie budzi bezradność i niepewność dorosłych. Zarówno rodzice jak i nauczyciele wskazują w rozmowach na spektrum trudności wychowawczych, które wielokrotnie sprawiają dzieci, niestety coraz częściej z klas młodszych. Nauczyciele obserwują przeróżne nieprzewidywalne zachowania, które znacznie utrudniają im efektywne prowadzenie zajęć lekcyjnych, wyprawiają dorosłych ludzi z równowagi, a innym uczniom uniemożliwiają uczenie się. Duże trudności w egzekwowaniu

norm zachowania i w przestrzeganiu zasad przez dzieci sprawiają, że nauczyciele i rodzice coraz częściej i chętniej poszukują skutecznych metod poradzenia sobie w bieżących, codziennych sytuacjach.

Przyczyny niewłaściwych zachowań u dzieci diagnozuje się na całym świecie interdyscyplinarnie. W badaniach tych biorą udział między innymi psychologowie, socjologowie, pedagodzy, lekarze i inni specjaliści. Ważną rolę w procesach diagnostycznych pełnili i pełnią nauczyciele, wychowawcy, rodzice – „wiele trudnych sytuacji omawialiśmy z rodzicami podczas spotkań w naszym gabinecie. To właśnie oni bardzo często podsuwali nam doskonałe rozwiązania...” (Kołakowski A., Pisula A., 2011, s. 10). Ich obserwacje, spostrzeżenia i uwagi dostarczają ogromnej wiedzy na temat przyczyn problemów dzieci w zachowaniu. Poznanie czynników wywołujących kłopoty wychowawcze, wszelkiego rodzaju okoliczności z nimi związanych torowało drogę do znalezienia sposobów radzenia sobie z nimi, a tym samym przyczyniało się do powstania wielu różnych form i metod naprawczych, dających pozytywne rezultaty terapeutyczne. Szczególnie ważne jest, aby niektóre propozycje znane były przede wszystkim nauczycielom i rodzicom, którzy z racji codziennych, wielogodzinnych kontaktów z dziećmi, umieli radzić sobie z problemami, które przysparza im dziecko emocjonalnie niedojrzałe, zachwiane, wrażliwe lub zagubione. Nie chodzi tu jednak o poważne, wysoko specjalistyczne i złożone terapie psychologiczne i pedagogiczne, których nie są z racji braków w wiedzy i odpowiedniego przygotowania prowadzić zarówno rodzice jak i nauczyciele. Chodzi raczej o odpowiednią pomoc na miarę potrzeb i możliwości, która skutecznie poprawi funkcjonowanie dziecka w szkole i w domu, a także umożliwi efektywniejszą pracę dydaktyczną, wychowawczą i opiekuńczą. Nauczyciele i rodzice powinni umieć rozważyć, kiedy problem jest na tyle

poważny, że wymaga zwrócenia się do profesjonalistów, ponieważ w niektórych przypadkach wizyta u specjalisty może być wręcz niezbędna.

Pomoc dziecku może przybierać różne formy. Czasami wystarczy postawa życzliwego słuchacza, innym razem umiejętna wskazówka czy towarzyszenie dorosłego w sytuacji trudnej. Krótkie formy szkoleniowe, np. różnego rodzaju kursy, a także uczestniczenie w warsztatach, analiza poradników, korzystanie z porad stowarzyszeń powstałych na rzecz dzieci z problemami w zachowaniu, pozwalają nauczycielom i rodzicom doskonalić umiejętności wychowawczo-opiekuńcze. Wiele firm szkoleniowych oraz autorów książek i programów terapeutycznych dostarcza w swojej ofercie różnego rodzaju wskazówek, które nauczyciele i rodzice mogą z powodzeniem wykorzystywać w codziennym postępowaniu z dzieckiem. Ważne jest dokonanie wyboru takiej formy, która odpowie na oczekiwania, potrzeby oraz możliwości.

Propozycje z zakresu literatury

Wśród wielu poradników [autorka tego artykułu określa tym mianem książki, które w swoim założeniu wskazują na sposoby postępowania w różnych sytuacjach trudnych związanych z zachowaniem dziecka, a wskazówki te kierowane są do nauczycieli, rodziców, terapeutów], które są dostępne na rynku wydawniczym, można wymienić te, które dotyczą postępowania z dziećmi nadpobudliwymi, impulsywnymi, z zaburzeniami w koncentracji uwagi oraz tych, które mają problemy w wykonywaniu poleceń i spełnieniu oczekiwań dorosłych. Do poradników tego typu należy między innymi pozycja pt.: *„Sposób na trudne dziecko – przyjazna terapia behawioralna”*, której twórcami są Artur Kołakowski i Agnieszka Pisula. Autorzy informują, iż stworzyli swoją książkę dla rodziców i nauczycieli w formie praktycznego porad-

nika radzenia sobie z trudnymi zachowaniami dzieci” (Kołakowski A., Pisula A., 2011, s. 9). Dorośli zajmujący się wychowaniem i opieką nad dziećmi doświadczają, że niektóre z nich wymagają indywidualnego/specyficznego traktowania i działań dyscyplinujących. „Dzieci z trudnymi zachowaniami wymagają zdecydowanie więcej uwagi i czasu niż te, które nie sprawiają żadnych kłopotów” (tamże, s. 9). Duża ilość wskazówek dawanych nauczycielom i rodzicom poparta jest obrazowo przykładami „z życia”, których najczęściej czytelnicy oczekują od tego typu publikacji.

Autorzy, pracujący na co dzień z dziećmi sprawiającymi poważne problemy wychowawcze, w przystępny sposób opisali różne zdarzenia, niewłaściwe oraz dobre sposoby reagowania i postępowania (np. nauczyciela wobec ucznia spóźniającego się, używającego wulgarnego języka, czy zachowującego się niestosownie na przerwie), a także algorytmy skutecznego wydawania poleceń przez dorosłego. Dodatkowym atutem poradnika jest to, że wiele informacji w nim zawartych opatrzone jest rysunkami, historyjkami obrazkowymi, gotowymi scenariuszami, kartami zachowań, pochwał, umów, opisami technik wykorzystania i wprowadzania zasad (np. zasady Premacka), przeróżnymi wskazówkami np. jak stosować pochwałę oraz uprawnienia z listy przywilejów, a także jak konsekwentnie stosować systemy kar i nagród. Ważnym elementem książki jest uświadomienie rodzicom i nauczycielom, iż wiele niepożądanych zachowań u dzieci jest rezultatem błędów wychowawczych, stosowania niewłaściwych wzmocnień (pozytywnych i negatywnych), braku zasad oraz niekonsekwentnego i nieadekwatnego postępowania w sytuacji trudnej, ale i w sytuacji zwyczajnej. Dodać jednak trzeba za autorami, że „nie ma jednego właściwego sposobu wychowywania dzieci i postępowania z nimi” (tamże, s. 12). Autorzy informują, „że opisane w książce metody behawioralne są pewnego

rodzaju kompromisem – musieliśmy wybrać takie, które są skuteczne w odniesieniu do większości dzieci” (tamże).

Innym poradnikiem, który w sposób przystępny opisuje wiele skutecznych sposobów postępowania z dziećmi nadpobudliwymi, z ADHD czy ADD, jest książka Tomasza Wolańczyka, Artura Kołakowskiego i Magdaleny Skotnickiej pt.: *„Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci – prawie wszystko, co chcielibyście wiedzieć – książka dla rodziców, nauczycieli i lekarzy”*. Publikacja ta doczekała się kilku wydań i następczyni – „poradników córek”. Autorzy zwrócili szczególną uwagę na specyficzne funkcjonowanie oraz potrzeby dzieci nadpobudliwych psychoruchowo. Opisali, jakie mogą być powikłania wynikające z tego zaburzenia, w jaki sposób utrudnia ono właściwy rozwój społeczny i emocjonalny, zwrócili także uwagę na diagnozy różnicowe, które wg autorów są niezbędne, przede wszystkim, dlatego, żeby nie stosować kuracji, która może nie przynosić żadnego skutku, albo skutek wręcz szkodliwy (dotyczy przede wszystkim leczenia farmakologicznego).

Ponadto autorzy wymieniają szereg różnych cennych wskazówek dla rodziców i nauczycieli (tu między innymi dotyczących odpowiedniego reagowania na niewłaściwe zachowania dziecka, prawidłowego wydawania poleceń, konsekwentnego postępowania, a także przygotowania do snu, stosowania odpowiedniej diety, pomocy podczas odrabiania prac domowych, zasad korzystania z komputera, organizacji zajęć lekcyjnych, miejsca pracy w klasie i w domu itd.) ułatwiając dorosłym podjęcie właściwej metody postępowania wobec dzieci w sytuacjach codziennych, trudnych, nagłych a nawet niebezpiecznych. Autorzy informują, iż pracę z dzieckiem nadpobudliwym zacząć „należy od akceptacji jego odmienności i tego, że być może nigdy nie będzie idealnym, wymarzonym dzieckiem lub uczniem, którego chciałoby się mieć w domu lub klasie. Pomaga to dopasować wymagania do

realnych możliwości i chroni wszystkich przed kolejnymi niepowodzeniami” (Wolańczyk T., Kołakowski A., Skotnicka M., 1999, s. 136). Należy podkreślić, że książka ta napisana została przez zespół polskich specjalistów, którzy bardzo mocno zaangażowali się w pracę na rzecz dzieci z nadpobudliwością psychoruchową, prowadzą liczne szkolenia, konferencje i badania, co skutkuje nowymi, coraz ciekawszymi publikacjami i programami terapeutycznymi.

Problemy dzieci nadpobudliwych dotyczą wielu sfer ich życia – sfery poznawczej, ruchowej, społeczno-emocjonalnej. „Skutki uboczne” nadaktywności to niepowodzenia dydaktyczne, problemy z zachowaniem, kłopoty w nawiązaniu właściwych relacji z rówieśnikami, zachowania destrukcyjne w domu, klasie i w szkole, kłopoty w nauce, dysleksja, agresja, często palenie papierosów, nadużywanie używek, narkotyków, wagary. Kłopoty szkolne, zarówno w relacjach z dziećmi, jak i z nauczycielami prowadzą do narastających konfliktów i nieporozumień. To dziecko, jako autor uciążliwych sytuacji wymaga od otoczenia pomocy, wsparcia i zrozumienia. Autorzy książki pt. *„Dzieci i młodzież w kłopotcie”*, Julian Elliot, Maurice Place, stworzyli poradnik nie tylko dla psychologów, ale również dla nauczycieli, wychowawców i terapeutów.

Analizując poszczególne rozdziały można dowiedzieć się, jakie kroki należy podjąć, aby wesprzeć dziecko czy nastolatka w różnych ww. sytuacjach. Bardzo pomocne są szczegółowe opisy przypadków, objaśnienia dotyczące stosowania różnorodnych procedur i zasad postępowania. Autorzy starali się wskazywać nie tylko na efekty problemów w zachowaniu, ale także na przyczyny ich wystąpienia. W jednym z rozdziałów autorzy zajmują się między innymi nieposłuszeństwem i sprzeciwianiem się dzieci, czynnikami wywołującymi te reakcje oraz metodami interwencji. Wyjaśniają jak przeprowadzić grupowe warsztaty oraz

indywidualne treningi dla rodziców, wskazując jednocześnie na zalety i wady tych technik. Do zalet np. pracy w grupie rodziców zaliczają między innymi: „świadomość faktu, że inni ludzie mają podobne problemy, co stanowi zachętę i pociechę dla rodziców (Elliot J., Place E., 2000, s. 134). I co szczególnie ważne w prowadzeniu tego typu zajęć „rodzice stanowią wzór dla siebie nawzajem” (tamże, s. 134). Autorzy niejednokrotnie informują w swojej publikacji, że wprowadzenie planu/programu terapeutycznego „dla wyjątkowo trudnego dziecka w środowisku szkolnym wymaga bliskiej współpracy nauczycieli, kierownictwa szkoły, rodziców, a często konsultanta z zewnątrz, np. psychologa szkolnego” (tamże, s. 148). Opisują, jak taka współpraca powinna wyglądać. Ponadto utrzymują, iż czynniki utrudniające lub uniemożliwiające interwencje terapeutyczne często są po stronie dorosłych, nauczycieli i rodziców. Wiele prób naprawy sytuacji trudnego ucznia w szkole „kończy się fiaskiem ze względu na niedostateczną dbałość o szczegóły, brak kontroli postępów lub brak konsekwencji w reagowaniu na niewłaściwe zachowania dziecka, zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami” (tamże, s. 149). Inne tematy ujęte w tej książce, a często podejmowane przez rodziców i nauczycieli to: odmowa chodzenia do szkoły, sytuacje trudne i traumatyczne, depresja u dzieci, problemy związane z odżywianiem. Wiedza na temat niepokojących objawów może przyczynić się do szybszego skontaktowania się z profesjonalistami.

Literatura psychologiczna i pedagogiczna dostarcza rodzicom i nauczycielom wiele cennych informacji o tym, jak postępować z dzieckiem, które z powodu ADD lub ADHD nie potrafi się odpowiednio zachowywać, tzn. tak jak tego oczekuje otoczenie. Liczne uwagi otrzymywane od nauczycieli, często także od rodziców innych dzieci powodują, że rodzice „winowajców” czują bezradność

i przekazują w komunikatach pozawerbalnych i werbalnych swojemu dziecku, że nie spełnia ono ich oczekiwań. Dziecko natomiast traktuje to zazwyczaj jak utratę miłości, a to z kolei jest podstawą utraty u tego dziecka poczucia bezpieczeństwa. O tym i innych tego typu rozterkach dzieci i ich rodziców wielokrotnie pisała w swoich książkach psycholog i długoletni terapeuta, pani profesor Anna Kozłowska. Warto dodać, że swoje doświadczenia z pracy terapeutycznej włącznie z analizami wielu przypadków i sytuacji prezentowała często w formie pogadanek w radiu i telewizji. Jedną z publikacji tej autorki jest książka pt. *„Zaburzenia życia uczuciowego dziecka problemem rodziny. Jak pomóc rodzinie i dziecku”*. Pozycja może być szczególnie pomocna dla rodziców, nauczycieli i wychowawców dzieci z grup przedszkolnych i młodszoszkolnych. Autorka w ciekawy sposób „opowiada” o różnych kłopotach dzieci, przedstawia patomechanizmy powstawania zaburzeń zachowania oraz trudności wychowawczych, co pomaga zrozumieć przyczyny tych kłopotów. Analizując poszczególne przypadki problemów dzieci autorka otwarcie wskazuje na to, jak poważną rolę w procesach zaburzeń zachowania i emocji pełnią rodziny, rodzice, matki i ojcowie. Bardzo mocno podkreśla, że „warunkiem prawidłowego rozwoju uczuciowego każdego dziecka są stabilne warunki życiowe” (Kozłowska A., 2005, s. 27).

Patrząc przez pryzmat opisanych przez autorkę spraw i sytuacji można dostrzec swoje doświadczenia, przeżycia oraz... błędy. Czytając książkę można zobaczyć różne perspektywy tej samej sprawy (dziecka, nauczyciela, rodzica, terapeuty), co pomaga dostrzec to, czego wcześniej nie byłoby się w stanie zobaczyć. Jednym z ważniejszych działań terapeutycznych wg autorki, jest odpowiednie podejście dorosłych do problemów dzieci, którzy powinni spojrzeć na sprawę z punktu widzenia danego dziecka. Autorka starała się „pokazać”, jak należy rozpoczynać pierwsze

spotkanie z dzieckiem, jak zmniejszać opór malucha przed kontaktem z osobą mało mu znaną, co zrobić, gdy dziecko czuje się załężnione. „Po prostu mówię mu na przykład tak: »Przytuliłaś/łeś się mocno do mamy/taty. Objęłaś/łeś go ramionami, a głowę schowałaś/łeś na jej/jego ramieniu, siedzisz na mamy/taty kolanach. Ja myślę, że wcale nie chcesz tu być. Jestem osobą obcą i nie chcesz mnie poznać, bo mama/tata przyprowadziła/ł cię tutaj, nie pytając o zgodę. Nie wiesz co tu może się zdarzyć, wolisz wyjść, może trochę się boisz, bo jak nie wiemy, co będzie czujemy lęk«” (tamże, s. 9). I takimi spokojnymi, łagodnymi komunikatami uspokaja dziecko i umożliwia oswojenie się z nową sytuacją, osobą, otoczeniem. Podejście może proste, ale wymagające doświadczenia i odpowiedniego przygotowania. Wiele innych, cennych informacji zawartych w tej pozycji pomaga zrozumieć przyczyny niewłaściwych zachowań dzieci, także zachowań agresywnych, buntowniczych. Warto sięgnąć po wskazówki napisane przez Annę Kozłowską.

Książka Frances L. Ilg, Louis Bates Ames i Sidney M. Baker pt. *Rozwój psychiczny i fizyczny dziecka od 0 do 10 lat. Poradnik dla rodziców, psychologów, lekarzy*, należąca do zestawu poradników, które posiadają walory przewodnika po rozwoju dziecka, może odpowiedzieć na wiele pytań stawianych przez rodziców i nauczycieli. Przeznaczona jest przede wszystkim dla rodziców, ale także dla psychologów, lekarzy, studentów „oraz innych osób obcujących z dziećmi, śledzi zmiany w zachowaniu dziecka od urodzenia do 10 roku życia, przedstawiając trudności naturalnie pojawiające się w rozwoju oraz takie, które wymagają interwencji z zewnątrz” (Ilg F. i in., 2007, s. 362).

Rodzice, którzy chcieliby uzyskać pewne informacje na temat niewłaściwych zachowań swoich dzieci często doświadczają w szkołach i instytucjach obwiniania o ich złe traktowanie, słyszą opinie na temat korzystania z nieodpowiednich metod wycho-

wywania czy uwagi wskazujące na poważne zaniedbania. Często nieświadomi, w ogromnym poczuciu winy, stają przed pedagogiem, psychologiem czy innym specjalistą i opowiadają o problemach w zachowaniu dzieci, które niejednokrotnie są zachowaniami charakterystycznymi dla wieku. Autorzy ww. książki udowadniają, że wiele zachowań postrzeganych przez otoczenie, w tym przez opiekunów, jako niewłaściwe, może być związane ze stadium rozwojowym małego człowieka. „Każdy nowy etap ma swoje jasne i ciemne strony” (tamże, s. 15). Według autorów zachowania „lepsze” i „gorsze” przeplatają się ze sobą. „Może po prostu być tak, że po okresie równowagi nadszedł okres nierównowagi. I tak równowaga właściwa dzieciom dwuletnim zazwyczaj załamuje się mniej więcej w połowie trzeciego roku życia. Dobry pięciolatek staje się wybuchowym sześciolatkiem. Posłuszny dziesięciolatek zamienia się w krnąbrnego jedenastolatka” (tamże, s. 17). Poza wskazówkami i informacjami dotyczącymi naturalnych i niepokojących zachowań wynikających z rozwoju fizycznego, umysłowego, duchowego, autorzy zaznajamiają rodziców z ważnymi zagadnieniami dotyczącymi niepokojów i lęków dzieci w różnym wieku, a także z tym, kiedy i jak rozmawiać z dziećmi o seksie, co można zrobić, aby poprawić napiętą sytuację między rodzeństwem. Poza tym przekazują liczne wskazówki na temat technik dyscyplinujących dostosowanych do wieku dzieci, do ich temperamentu. Szeroko omawiają kwestie związane z relacjami w rodzinie oraz ze zdrowiem dzieci.

Propozycje konsultacyjne, warsztatowe i treningowe

Wiele informacji na temat postępowania z dziećmi sprawiającymi trudności wychowawcze rodzice i nauczyciele mogą uzyskać w czasie bezpłatnych konsultacji psychologicznych i pedagogicznych prowadzonych przez specjalistów w poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Biorąc pod uwagę zapisy rozpo-

rządzenia dotyczącego pomocy psychologiczno-pedagogicznej pracownicy poradni są zobowiązani do pomocy dziecku w różnych sytuacjach. „Publiczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne, w tym publiczne poradnie specjalistyczne, zwane dalej „poradniami”, udzielają dzieciom, od momentu urodzenia, i młodzieży pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz pomocy w wyborze kierunku kształcenia i zawodu, udzielają rodzicom i nauczycielom pomocy psychologiczno-pedagogicznej związanej z wychowywaniem i kształceniem dzieci i młodzieży, a także wspomagają przedszkola, szkoły i placówki w zakresie realizacji zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych” (§ 1. Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych).

Poradnie w całym kraju proponują w swoich ofertach różnego rodzaju pomoc w zakresie postępowania wychowawczego i opiekuńczego. Przeglądając strony Internetu dotyczące pracy poradni psychologiczno-pedagogicznych można znaleźć bardzo ciekawe propozycje, które najczęściej są odpowiedzią na potrzeby zgłaszane przez rodziców czy nauczycieli. Trudno w tym artykule byłoby opisać wszystkie takie propozycje lub wymienić wszystkie miejsca, które tego typu działania w swojej ofercie deklarują. Warto jednak przedstawić, chociaż kilka ciekawych pomysłów popartych nazwami autentycznych placówek.

W swojej ofercie poradnie psychologiczno-pedagogiczne wymieniają warsztaty i treningi, do których należą między innymi: „Trening umiejętności wychowawczych”, „Szkoła dla rodziców i wychowawców”, „Warsztaty dla rodziców dzieci z ADHD”, „Grupy wsparcia rodziców dzieci nieśmiałych”. Terapeuci z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Nr 1 w Gdańsku proponują zajęcia w „Szkołe dla rodziców i wychowawców”

przede wszystkim dla „każdego, kto szuka sposobu na nawiązanie głębszych i cieplejszych relacji z dziećmi lub wychowankami. Głównym celem zajęć jest wspieranie rodziców i wychowawców w radzeniu sobie w codziennych kontaktach z dziećmi i młodzieżą” (www.poradniapp1.pl/strony/szkola-dla-rodzicow.php, pobrano: 26.04.2013 r.). Program w dużej części bazuje na cyklu książek A. Faber i E. Mazlish pt. „Jak mówić, żeby dzieci nas słuchały. Jak słuchać, żeby dzieci do nas mówiły”, „Rodzeństwo bez rywalizacji. Jak pomóc własnym dzieciom żyć w zgodzie, żeby samemu żyć z godnością”, „Wyzwoleni rodzice, wyzwolone dzieci. Twoja droga do szczęśliwej rodziny”, „Jak mówić, żeby dzieci się uczyły w domu i w szkole”, „Jak mówić do nastolatków, żeby nas słuchały. Jak słuchać, żeby z nami rozmawiały”. Dobrze, więc znać i te pozycje, które zawierają liczne wskazówki i opisują, jak wychowywać, ale przede wszystkim jak szanować własne dzieci.

Warsztaty, grupy wsparcia dla rodziców, dzieci nadpobudliwych i z ADHD są często jedyną okazją spotkania się rodziców dzieci z podobnymi problemami. Zajęcia takie organizowane są przez specjalistów w wielu poradniach w całym kraju (przykładem mogą być poradnie w Szydłowcu, Wieliczce, Bielsku Białej, Krakowie). Najczęściej jest to cykl kilku lub kilkunastu spotkań. Godziny zajęć zazwyczaj dostosowane są do możliwości i potrzeb rodziców, zajęcia odbywają się przede wszystkim w późnych godzinach popołudniowych. Celem spotkań jest nabycie umiejętności wychowawczych przez rodziców poprzez poznanie metod i sposobów właściwego postępowania z dzieckiem. W czasie warsztatów ważna jest wymiana doświadczeń wychowawczych i wzajemne wsparcie psychologiczne rodziców, którzy borykają się w domu i w szkole z podobnymi problemami i czują ogromną ulgę, że nie są w tym osamotnieni.

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 3 w Krakowie wśród bardzo wielu propozycji dla uczniów, rodziców i nauczycieli oferuje konsultacje interwencyjno-doradcze dla wszystkich, zaprasza nauczycieli do udziału w zajęciach warsztatowych, proponując im m.in. warsztaty: „Jak być dobrym wychowawcą”, „Brak wychowania czy ADHD”, „Chcę słyszeć ucznia”, „Umiejętności interpersonalne potrzebne nauczycielowi w pracy z dziećmi” i wiele innych. Ważne jest to, że większość z oferowanych propozycji jest realizowanych nie tylko na terenie poradni, ale także na terenie przedszkola i szkoły. Poradnia ta (tak jak wiele tego typu placówek w Polsce) służy wsparciem i pomocą tym, którzy tego oczekują (red. W. Pięciak, *50 lecie działalności Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Nr 3 w Krakowie*).

Należy podkreślić, że większość poradni w Polsce proponuje nauczycielom i rodzicom w swojej ofercie podobne pomysły, warto z nich korzystać. Wystarczy zapoznać się z ofertą rejonowej placówki, aby ocenić, czy proponuje ona działania bliskie potrzebom.

Propozycje Stowarzyszeń

„sAVANT” – *Ogólnopolska Kampania na Rzecz ADHD i Zezpołu Aspergera* (wcześniejsza nazwa – Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Nadpobudliwym „pONad”) to organizacja, która od wielu lat „towarzyszy” rodzicom i opiekunom dzieci nadpobudliwych wspierając ich wszelkimi możliwymi sposobami w wychowaniu i opiece nad „trudnym” dzieckiem. W swojej ofercie ma wiele propozycji działań, w tym m.in. indywidualne kontakty, warsztaty, spotkania wspierające, grupowe. W ramach bezpłatnych indywidualnych spotkań proponowane są: indywidualne konsultacje psychologiczne, konsultacje wychowawcze dla rodziców dzieci z zaburzeniami rozwojowymi, doradztwo/interwencja w sprawach na linii rodzic – szkoła, konsultacje dla nauczycieli.

Stowarzyszenie prowadzi cotygodniową, bezpłatną grupę wsparcia dla potrzebujących rodziców i opiekunów, ale nie wyklucza również pomocy nauczycielom. Prócz tego oferuje pomoc w nadrabianiu zaległości szkolnych dzieciom z ADHD, zespołem Aspergera i podobnymi zaburzeniami („nie boimy się matematyki, fizyki, chemii, a także historii i wojska. Uczymy jak się koncentrować i skutecznie przyswajać wiedzę”(savant.org.pl/nasza-oferta/korepetycje). Wskazówki przygotowane m.in. przez Irenę Wielowiejską – Comi oraz inne informacje umieszczone na stronie Stowarzyszenia na temat postępowania z dzieckiem z ADHD wyjaśniają, jak należy i nie należy postępować z dzieckiem trudnym w szkole i w domu. Można tam znaleźć również dwa komiksy na temat nadpobudliwości, które w humorystyczny sposób wyjaśniają problem dziecka z ADHD (savant.org.pl/literatura). Autorami komiksu są między innymi Artur Kołakowski, Tomasz Wolańczyk, Anita Barańska, Agnieszka Pisula.

Stowarzyszenie pomaga również rodzicom dzieci nieśmiałych, nieufnych, lękowych. Ponadto na forum dyskusyjnym stowarzyszenia można wymienić się z innymi osobami swoimi opiniami i troskami. Fundacja ma również propozycje dla rodziców, którzy z różnych przyczyn mają opory przed osobistym spotkaniem ze specjalistami. Osoby te mogą skontaktować się telefonicznie lub mailowo i napisać o swoim problemie do psychologa, który na pewno pomoże np. ukierunkuje w jego rozwiązaniu. Wystarczy tylko zadzwonić, wystarczy tylko chcieć skorzystać z pomocy.

Innym stowarzyszeniem, które mocno zaangażowało się w prace na rzecz dzieci z ADHD i z nadpobudliwością psychoruchową jest *Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom z nadpobudliwością Psychoruchową i Ich Rodzinom „POMOST”*, którego celem jest „wszechstronne wspieranie rozwoju i funkcjonowania społecznego dzieci z ADHD, pomoc ich rodzinom oraz kształtowanie po-

staw zrozumienia i akceptacji problemów z tym związanych” (www.pomost.pomorskie.pl/poradnik). Stowarzyszenie funkcjonuje od roku 2002. Zostało założone w inicjatywy rodziców. Specjaliści pracujący na rzecz stowarzyszenia prowadzą indywidualne konsultacje dla potrzebujących rodziców i nauczycieli. Każdego miesiąca Stowarzyszenie „POMOST” organizuje otwarte nieodpłatne spotkania i wykłady dla osób zainteresowanych tematyką nadpobudliwości psychoruchowej (m.in. rodziców, nauczycieli, psychologów i pedagogów, studentów). W ramach spotkań specjaliści starają się jak najpełniej przedstawić sytuację dziecka nadpobudliwego, omawiają wszelkiego rodzaju problemy i zaburzenia, które mogą współtowarzyszyć nadpobudliwości psychoruchowej, przedstawiają różnorodne metody pracy. Bardzo ciekawie opisane są gotowe, szczegółowe porady dla rodziców i nauczycieli ww. dzieci. Wskazówki tego typu można przeczytać, przeanalizować, a następnie zastosować w pracy z dzieckiem/uczniem nadpobudliwym. Warto dodać, że porady te można bez przeszkód stosować również wobec dziećmi rozwijających się bez większych problemów, oczywiście w razie konieczności (www.pomost.pomorskie.pl/poradnik). Jedną z takich rad przedstawia się następująco:

„Twoje dziecko ma trudności z wykonywaniem poleceń, szczególnie dłuższych:

- zanim wydasz polecenie – zakończ atrakcyjne dla dziecka zajęcie (np. ulubioną zabawę, grę na komputerze),
- wydając polecenie stań obok dziecka,
- nawiąż z nim kontakt wzrokowy,
- mów krótko, jasno i precyzyjnie,
- dokładnie określ, czego od dziecka wymagasz,
- sprawdź, czy dziecko usłyszało i zrozumiało twoje polecenie,

- pamiętaj, że czasem będziesz musiał powtórzyć polecenie, nie może to być powodem Twojego zdenerwowania,
- konsekwentnie wymagaj wykonania polecenia (sprawdzaj, czy na pewno dziecko je wykonuje, jeśli trzeba – pomóż mu w tym, ale go nie wyręczaj),
- pochwal swoje dziecko zawsze, gdy wykona Twoje polecenie” (tamże, dnia 16.05.2013 r.).

Wymienione wyżej formy pomocy z zakresu literatury, stron internetowych i oferty poradni psychologiczno-pedagogicznych nie oddają ogromnej ilości podobnych propozycji. Autorka tego artykułu pozwoliła sobie zaprezentować właśnie te materiały, ponieważ zaczerpnięte z nich porady, wskazania i techniki wykorzystuje z powodzeniem w codziennej pracy zawodowej, w czasie spotkań z rodzicami, nauczycielami, pedagogami, a także podczas pracy terapeutycznej z dziećmi. Ponieważ książki (biblioteki), poradnie psychologiczno-pedagogiczne i strony Internetowe są powszechnie dostępne i bezpłatne, wydają się najlepszymi pomysłami na rozwiązywanie bieżących trudności wychowawczych, z jakimi borykają się nauczyciele i rodzice. Nie wszystkie kłopoty da się w ten sposób wyjaśnić, czasem problem wymaga innego rodzaju interwencji czy pomocy. Kontakt ze specjalistami w poradni, zapoznanie się z różnymi wskazówkami z książek oraz Internetu (warto wiedzieć, które strony są wartościowe) pomoże znaleźć odpowiedź na pytanie, jaki wybrać sposób reagowania.

BIBLIOGRAFIA

- [1] ELLIOT J., PLACE M., 2000, *Dzieci i młodzież w kłopotach – poradnik nie tylko dla psychologów*, WSiP, Warszawa.
- [2] FABER A., MAZLISH E., 1996, *Jak mówić, żeby dzieci się uczyły domu i w szkole*, Media Rodzina, Poznań.

- [3] FABER A., MAZLISH E., 2001, *Jak mówić, żeby dzieci nas słuchały, jak słuchać, żeby dzieci do nas mówiły*, Media Rodzina, Poznań.
- [4] KOZŁOWSKA A., 2005, *Zaburzenia życia uczuciowego dziecka. Jak pomóc rodzinie i dziecku?*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- [5] ILG F.L., BATES AMES L., BEKER S.M., 2007, *Rozwój psychiczny dziecka od 0 do 10 lat. Poradnik dla rodziców, psychologów, lekarzy*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- [6] KOŁAKOWSKI A., PISULA A., 2011, *Sposób na trudne dziecko*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot.
- [7] WOLAŃCZYK T., KOŁAKOWSKI A., SKOTNICKA M., 1999, *„Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci – prawie wszystko, co chcielibyście wiedzieć – książka dla rodziców, nauczycieli i lekarzy”*, Wydawnictwo Bifolium, Lublin.
- [8] Zespół pracowników Poradni Psychologiczno-pedagogicznej Nr 3 w Krakowie pod red. Pięciaka W., 2012, *50-lecie Działalności Poradni Psychologiczno-pedagogicznej Nr3 w Krakowie*, TERCJA s.c. Kraków.
- [9] Fundacja „Sawant” Ogólnopolska Kampania na rzecz ADHD i Zespołu Aspergera <http://sawant.org.pl/kontakt>, (pobrano dnia 16.05.2013 r.).
- [10] Ministerstwo Edukacji Narodowej, http://bip.men.gov.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=1753%3Arozporzadzenie-ministra-edukacji-narodowej-z-dnia-1-lutego-2013-r-w-sprawie-szczegolowych-zasad-dziaania-publicznych-poradni-psychologiczno-pedagogicznych-w-tym-publicznych-poradni-specjalistycznych&catid=26%3Aakty-prawne-obowizujce&Itemid=49, (pobrano dnia: 15.05.2013 r.).

- [11] Pedagog szkolny, http://www.pedagogszkolny.pl/viewpage.php?page_id (pobrano dnia: 26.04.2013 r.).
- [12] Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna Nr 1 w Gdańsku, <http://poradniapp1.pl/strony/szkola-dla-rodzicow.php> (pobrano dnia: 25.04.2013 r.).
- [13] Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Szydłowcu, <http://pppszydlowiec.pl/> (pobrano dnia: 25.04.2013 r.).
- [14] Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Wieliczce, http://poradnia-wieliczka.pl/index.php?ram=show_news&id=68 (pobrano dnia: 25.04.2013 r.).
- [15] Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Nadpobudliwym pO-Nad, <http://adhd.net.pl/> (pobrano dnia: 22.05.2013 r.).
- [16] Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom z Nadpobudliwością Psychoruchową i Ich Rodzinom „Pomost”, <http://pomost.pomorskie.pl/poradnik> (pobrano dnia: 16.05.2013 r.).

MUZYKOTERAPIA – JEDNA Z METOD PRACY Z DZIEĆMI O SPECJALNYCH POTRZEBACH EDUKACYJNYCH W PRZEDSZKOLU

Streszczenie

Niniejsza praca zawiera odpowiedź na pytanie jak wykorzystać muzykę w pracy z dziećmi. W przedszkolu, każde dziecko znajdzie swoje miejsce, bez względu na stopień rozwoju umysłowego, niepełnosprawność. Dzieci o szczególnych potrzebach edukacyjnych wymagają specjalnego podejścia i metod pracy oraz odpowiednio zorganizowanego środowiska edukacyjnego. Podstawową formą działalności w przedszkolu jest zabawa. Prowadzenie zajęć z wykorzystaniem różnych metod pracy lub ich elementów w formie zabaw usprawnia i koryguje zaburzone lub opóźnione funkcje u dziecka. Muzykoterapia jest jedną z metod pracy z dziećmi o szczególnymi potrzebami edukacyjnymi. Muzyka uczy słuchać i słyszeć. Odpowiednio dobrana i kierowana stanowi znakomity środek terapeutyczny.

Słowa kluczowe

muzykoterapia, integracja, forma pracy, metody pracy, przedszkole i zabawa

Abstract

This work includes the answer to the question how to use the music for the working with the children. Every child has their own place regardless of the degree of the mental development or the disability. The children with the special educational needs demand the special approach and the working methods and they also demand a suitably organised educational environment. The

play is a basic form of the working in the kindergarten. The classes leading by different working methods or only their elements in the form of playing streamline and revise the disordered and backward functions of the child. The music therapy is one of the working methods with the children with the special educational needs. The music teaches to listen to and to hear and the music which is suitably compatible and directed constitutes the excellent therapeutic means.

Keywords

music therapy, integration, a form of work, working methods, kindergarten, play

Dzieci niepełnosprawne intelektualnie w przedszkolu

Dzieci niepełnosprawne intelektualnie mają szczególne potrzeby edukacyjne. Wymagają specjalnego podejścia i specjalnych metod pracy oraz odpowiednio zorganizowanego środowiska edukacyjnego, zapewniającego warunki wielokierunkowej stymulacji ich rozwoju.

Musimy pamiętać o tym, że termin „upośledzenie umysłowe” używany jest zamiennie z terminem niedorozwój umysłowy lub niepełnosprawność intelektualna” (Wyczesany, 2009, s. 18). Cel rewalidacji osób z upośledzeniem umysłowym ujmuje się jako „stymulację ogólnego rozwoju tych osób oraz optymalne usprawnienie psychofizyczne i społeczne prowadzące do poprawy logicznego rozumowania, przeżywania doznań estetycznych oraz wykształcenia umiejętności działania, niezbędnego w pracy zawodowej i codziennym życiu” (tamże, s. 45).

Coraz większą karierę robi teraz „integracja”. Obecność dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych w powszechnych placówkach jest ideą, za którą przemawia długofalowa koncepcja społecznego ładu kształtowana z różnych pobudek: ustrojowych,

politycznych, ekonomicznych czy religijnych. „Pojęcie integracji jest kluczową kategorią nowoczesnego myślenia o osobach niepełnosprawnych, myślenia człowieka żyjącego w XXI wieku” (Tomkiewicz-Bętkowska, Krztoń, 2011, s. 1). Nie chodzi tu tylko o zagwarantowanie prawa do edukacji dzieciom niepełnosprawnym wraz z pełnosprawnymi, lecz przede wszystkim o przygotowanie dzieci niepełnosprawnych do życia w społeczeństwie ludzi pełnosprawnych. Integracja kształtuje także w dzieciach pełnosprawnych umiejętność życia z niepełnosprawnymi i ich akceptację.

Celem nauczania i wychowania dzieci upośledzonych umysłowo w placówkach masowych jest ich przygotowanie do uczestnictwa w życiu społecznym i kulturalnym społeczeństwa. „Integracja w procesie wychowania przebiega w rodzinie, szkole i szerszym środowisku, wśród rówieśników i osób dorosłych. Integracja w rodzinie przebiega od obojętnego traktowania, tolerowania i naturalnego przyjęcia w skład rodziny, aż do świadomego akceptowania. Integracja w szkole jest zagadnieniem bardziej skomplikowanym, szczególnie gdy w grę wchodzi jednostki z większymi odchyleniami. Integracja w szerokim środowisku, wśród rówieśników i dorosłych może przebiegać w formie zorganizowanej, wycieczki, zabawy. Formy niezorganizowane występują w czasie dowolnych spotkań i zabaw z kolegami, sąsiadami, w szkole, na ulicy” (Kościelak, 1995, s. 26). „Dzieci upośledzone umysłowo należą do grupy tych najsłabszych członków rodziny i społeczeństwa, i między innymi dlatego wymagają opieki, a rodzina jest tą wspólnotą, która przede wszystkim powinna im jej udzielić” (Kozubska, 2000, s. 31). „Rodzina bowiem jest najistotniejszym i najkorzystniejszym dla dziecka środowiskiem, pod warunkiem, że darzy je uczuciem, otacza opieką i poddaje wpływom wychowawczym” (tamże, s. 7).

Do podstawowych kierunków działalności opiekuńczej w rodzinie należą:

- zapewnienie dziecku w miarę wszechstronnych kontaktów społecznych, które są warunkiem rekreacji, wypoczynku, rozwijania zainteresowań oraz optymalnego korzystania z dóbr kulturalnych i oświatowych (działalność podstawowa);
- działalność stymulacyjna – związana jest z określonym stanem możliwości i potrzeb opiekuńczych członków rodziny;
- działalność asekuracyjna – profilaktyka, ochrona przed ewentualnym zagrożeniem;
- działalność kompensacyjna – ma miejsce, gdy proces rozwojowy jednostki został zaburzony.

Mając to wszystko na uwadze chciałabym zaproponować kilka rad dla nauczycieli przedszkola jak należy postępować z dzieckiem upośledzonym umysłowo, które mamy w grupie przedszkolnej:

- traktuj dziecko upośledzone w sposób naturalny, tak samo jak inne dzieci,
- planuj zajęcia tak, aby uwzględnić specyfikę dziecka wynikającą z deficytów rozwojowych, ale również tak, aby osiągnąć założone cele,
- pozwalaj dziecku specjalnej troski wykorzystać czas wolny według własnego uznania, pamiętając o zachowaniu zasad bezpieczeństwa,
- nie użalaj się nad dzieckiem upośledzonym i nie staraj się w każdej sytuacji stwarzać mu specjalnych warunków do funkcjonowania. Ogranicz to do sytuacji koniecznych,
- nie toleruj nieakceptowanych zachowań dziecka tylko z tego powodu, że jest "inne",

- nie uważaj, że wszystkie jego trudności i potrzeby związane są z niepełnosprawnością. Dzieci niepełnosprawne są tak samo różne, jak dzieci zdrowe i mogą mieć podobne problemy,
- oceniając zachowanie dziecka, pobudzaj jego poczucie niezależności i wiary we własne możliwości. Będzie to wzmacniać jego motywację do dalszej pracy, właściwego postępowania i zachowania się.

Dobry nauczyciel powinien dążyć do ułożenia zwykłych i bezkonfliktowych stosunków między wszystkimi dziećmi. W sytuacjach konfliktowych nie zawsze powinien stać po stronie dziecka niepełnosprawnego. Jeśli zawinił, racja powinna być przyznana dziecku zdrowemu, zgodnie z główną zasadą integracji: traktuj wszystkich na równi, nie dziel dzieci na zdrowe i niepełnosprawne.

Formy pracy i metody pracy z dziećmi w przedszkolu

Jedną z pierwotnych form aktywności człowieka jest zabawa. Małe dziecko bardzo wcześnie zaczyna chwytać i manipulować przedmiotami. „Dzieci bawiąc się, ćwiczą, eksperymentują, zdobywają informacje oraz doświadczenia” (red. Lubińska-Kościółek, Plutecka, 2011, s. 226). Zabawa jest bardzo istotnym elementem procesu rozwoju oraz dojrzewania. Podczas zabawy dziecko odkrywa świat metodą prób i błędów, a do jej realizacji potrzebne są mu : motywacja, kreatywność oraz wyobraźnia.

Dziecko w wieku przedszkolnym wymaga szczególnej troski, należy więc dbać o jego rozwój i w ten sposób budować fundament do późniejszej nauki szkolnej. Wiek przedszkolny jest bardzo ważnym okresem w życiu każdego dziecka. Jest to czas konstruowania własnego „ja”, czas tworzenia kontaktów z innymi ludźmi, czas budzenia się uczuć do innych ludzi. Dzieci w tym wieku łatwo poddają się działaniom wspomagającym ich rozwój .

Każde dziecko rodzi się wszechstronnie uzdolnione, z możliwością rozwoju we wszystkich kierunkach, potencjalną inteligencją, zadatkami na rozwijanie twórczości oraz dużym talentem społecznym. Trzeba zatem stworzyć mu możliwość maksymalnego rozwoju. To my dorośli, rodzice i nauczyciele powinniśmy odgrywać znaczną rolę w zapewnieniu im pełnej samorealizacji. Pomagając dziecku w drodze do wspaniałej przyszłości wzbogacamy nie tylko świat dziecka, ale także swój własny.

Formami pracy w przedszkolu są :

- praca indywidualna – dziecko samodzielnie wykonuje zadania i polecenia,
- praca zbiorowa – wszystkie dzieci wspólnie pracują ,
- praca zespołowa – tworzone są stale zespoły do pracy,
- praca grupowa – tworzona jest jednorazowo do wykonania danego zadania.

Metody powinny być wspierane przez odpowiednie dobrane formy pracy oraz uwzględniać zasady : indywidualizacji, stopniowania trudności, celowości, wszechstronności i zyczliwości. „Praca z dzieckiem wymaga od nauczyciela umiejętności przekazywania wiedzy, zachęcania do podjęcia wyzwań, stwarzania sytuacji problemowych oraz podejmowania prób ich rozwiązania” (Franczyk, Krajewska, 2012, s. 14). Aby zachęcić dzieci do podjęcia działań, nauczyciel powinien wykorzystywać w swej pracy metody , które poprzez różne formy aktywności dziecka sprowokują je do wspólnych doświadczeń. Łącząc ze sobą różne metody, można „wszechstronnie rozwijać dziecko o specyficznych potrzebach edukacyjnych, ucząc kompensacji , korygując i usprawniając zaburzone lub opóźnione funkcje psychiczne i fizyczne” (tamże). Dziecko za pomocą metod, poprzez podstawową formę aktywności, jaką jest zabawa, zdobywa nowe wiadomości ,umiejętności, przeżywa i samodzielnie doświadcza.

Uczy się także współdziałania i współzycia w grupie rówieśniczej, mając jednocześnie zapewnione poczucie bezpieczeństwa.

Metodyka wychowania przedszkolnego, metodyka kształcenia specjalnego oraz terapii pedagogicznej oferuje bogatszy wybór metod, które pozwalają nauczycielowi na dobranie ich w zależności od indywidualnych potrzeb dziecka.

Metody pracy

Metoda Weroniki Sherborne „Ruch Rozwijający”

Metoda ta wyrównuje zaburzenia psychoruchowe. „Jej istotą jest wspomaganie rozwoju dziecka przez kontakt emocjonalny, fizyczny i ruch” (red. Mihilewicz, 2010, s. 56).

Metoda Ruchu Rozwijającego nawiązuje do wczesnodziecięcego doświadczenia człowieka, wykorzystując dotyk, ruch oraz wzajemne relacje fizyczne, emocjonalne i społeczne do rozszerzenia świadomości samego siebie i pogłębienia kontaktu z innymi ludźmi (Sherborne, 1997, s. 8).

Metodę tę, ze względu na swoją naturalność i prostotę, można stosować zarówno w pracy z dziećmi, jak i z dorosłymi, a także z osobami o różnych zaburzeniach rozwojowych, jak i z osobami o prawidłowym rozwoju.

Metoda ta zajmuje się wielozmysłową stymulacją psychomotoryczną i społeczną opierając się na ruchu jako czynniku wspomagania. W metodzie tej wyróżnia się następujące ćwiczenia :

- ćwiczenia prowadzące do rozwijania świadomości własnego ciała,
- ćwiczenia rozwijające sferę fizyczną,
- ćwiczenia rozwijające osobowość dziecka.

Metoda malowania dziesięcioma palcami

Twórczynią tej metody jest pedagog Ruth F. Show. „Malowanie dziesięcioma palcami wiąże się ze skłonnością dzieci do »ciapciana się w substancjach o konsystencji błota«, a ponadto ma walory terapeutyczne” (Wiącek, 2012, s. 25). Do malowania tą metodą, które odbywa się dłońmi i palcami, używa się sześciu podstawowych kolorów: niebieskiego, czerwonego, żółtego, brązowego, zielonego i czarnego. Farby powinny znajdować się w miseczkach o wielkości dłoni dziecka i maluje się na białym lub szarym papierze pakunkowym o wymiarach 55 x 40 cm. Dziecku pozostawiamy swobodę w ułożeniu papieru (na sztalugach lub stoliku) i temacie pracy. Czas wykonania zadania trwa od 2 do 40 minut. Dzieci informują o skończeniu zadania i opowiadają o treści swojej pracy.

Nauczyciel obserwuje i analizuje zachowanie dziecka podczas malowania i bierze pod uwagę:

- stosunek dziecka do tworzywa,
- element czasu,
- element ruchu,
- zachowanie się wobec kolorów.

Metoda Bon Depart (Metoda Dobrego Startu)

Metoda ta ma „duże znaczenie dla korygowania zaburzeń percepcji wzrokowej i słuchowej, motoryki oraz integracji percepcyjno-motorycznej, orientacji w schemacie ciała i przestrzeni w odniesieniu do dzieci w wieku szkolnym i wieku przedszkolnym. Sprzyja ona przygotowaniu leworęcznych dzieci do pisania przez usprawnienie motoryki rąk i wytworzenie nawyku rysowania znaków graficznych od strony lewej ku prawej, kreślenia we właściwym kierunku linii pionowych i poziomych, okręgów (Mihilewicz, 2010, s. 58).

Stosując tę metodę lub jej elementy kształtujemy u dzieci rozwój sfery pozaintelektualnej, krytycyzm, motywację, dojrzałość społeczną.

Zajęcia prowadzone metodą „Dobrego Startu” składają się z:

- zajęć wprowadzających,
- ćwiczeń ruchowych – zabawy nawiązujące do treści piosenki lub wierszyka,
- ćwiczeń ruchowo-słuchowych:
 - śpiewanie i wystukiwanie rytmu piosenki na instrumentach perkusyjnych, na woreczkach z grochem, piaskiem, kaszą, wałeczku ulepionym z masy solnej, plasteliny,
 - wykonywanie ruchów pięścią, dłonią i palcami, łokciami, całym ciałem w rytm śpiewanej piosenki (Naprawa R. i inni, 2010, s. 20).
- ćwiczeń ruchowo-słuchowo-wzrokowych,
 - wykonywanie wzorów figur geometrycznych lub liter w rytm jednocześnie śpiewanej piosenki,
 - demonstracja wzoru figury lub litery i sposobu wykonania ćwiczenia,
 - polisensoryczne uczenie się figury geometrycznej lub litery podczas rysowania i śpiewania piosenki,
 - reprodukowanie wzoru całą ręką w powietrzu, najpierw w obecności wzoru, potem z pamięci,
 - reprodukowaniu wzoru kredą, ołówkiem, długopisem lub innym narzędziem na tablicy, papierze,
- zajęć kończących.

Metoda ta poprawia u dziecka :

- płynność ruchów rąk,
- koordynację wzrokowo-ruchową,
- orientację wzrokowo-przestrzenną,

- rozwija pamięć słuchowo-ruchową.

Przygotowuje ona dziecko do nauki czytania i pisania oraz spełnia funkcje korekcyjne przez wyrównywanie deficytów rozwojowych.

W przedszkolu wykorzystuje się jeszcze wiele innych metod pracy lub ich elementy. Wyróżnić można wśród nich:

- techniki relaksacyjne,
- metodę Wspierania Rozwoju – „Terapia bajką”,
- kinezylogię edukacyjną P. Denisona,
- pedagogikę zabawy,
- muzykoterapię.

Pojęcie i rys historyczny muzykoterapii

Światowa Federacja Muzykoterapii twierdzi, że muzykoterapia „jest wykorzystaniem muzyki i/lub jej elementów (dźwięk, rytm, melodia, harmonia) przez muzykoterapeutę i klienta lub grupę w procesie zaprojektowanym dla ułatwienia komunikacji, uczenia się, mobilizacji, ekspresji, koncentracji fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej i poznawczej w celu rozwoju wewnętrznego potencjału oraz rozwoju lub odbudowy funkcji jednostki, aby mogła ona osiągnąć lepszą integrację intra- i interpersonalną, a w konsekwencji lepszą jakość życia”.

„Muzykoterapia jest jednym spośród działań zmierzających w kierunku rehumanizacji współczesnego życia przez wielostronne wykorzystanie wielorakich walorów substancji muzycznej w celu ochrony i przywracania ludzkiego zdrowia oraz w celu korzystnego wpływania na współkształtowanie zarówno środowiska, w którym człowiek żyje i działa, jak i panujące w nim stosunki międzyludzkie (Natanson, 1998, s. 123).

Zainteresowanie wychowawczymi i leczniczymi możliwościami muzyki sięga początków historii ludzkości. Już w czasach wspólnoty pierwotnej szamani wykorzystywali w praktykach

lecniczych grę na hałaśliwych instrumentach, m.in. bębnach, piszczałkach. Wypędzali w ten sposób z ciała ludzkiego demona, który wywoływał chorobę.

W ceremoniach związanych z kultem bogów kapłani leczyli za pomocą śpiewów i hymnów religijnych. W starożytnych Chinach i Indiach pojawiły się traktaty przypisujące melodiom zdolności oddziaływania na słuchacza i wywoływania określonych reakcji emocjonalnych. „Chińczycy sądzili, że każdy narząd wydaje odrębny ton, który zmienia się zależnie od jego aktualnego stanu. Z drugiej strony, odpowiednio dobranymi dźwiękami można wpływać leczniczo na chory narząd” (Wierszyłowski, 1981, s. 201).

Rzymska szkoła lekarska założona przez Asklepiadesa leczyła muzyką i śpiewem psychicznie chorych. „Najwybitniejszym przedstawicielem tej szkoły był Soranus z Efezu, uważany za ojca psychoterapii, który uznał szmer jednostajnie kapiącej wody za skuteczny środek uspokajający w stanach pobudzenia i usypiający” (Encyklopedia pedagogiki XXI wieku, 2004, s. 450).

W czasach nowożytnych powrócono do myśli antyku. Wybitny renesansowy teoretyk muzyki Johannes Tinctoris (1435-1511), omawiając w jednym ze swoich traktatów wpływ muzyki na człowieka, stwierdza, że „muzyka może wychowywać i leczyć, ponieważ posiada moc zmieniania złej woli, potrafi bronić przed gniewem i złościwością, kruszy zatwardziałość serca i uspokaja nerwy” (Tatarkiewicz, 1967, s. 274-275).

Wiek XIX przyniósł szereg nowych spostrzeżeń dotyczących korzystnego oddziaływania muzyki na czynności wegetatywne, takie jak np. oddychanie, ciśnienie krwi czy tętno.

Do 1940 roku terapia muzyczna wchodziła w zakres tzw. terapii receptywnej, której rola sprowadzała się do wspomagania rekonwalescencji weteranów wojennych.

Po drugiej wojnie światowej rozwój muzykoterapii nastąpił w dwóch niezależnych od siebie kierunkach:

- empiryczno-klinicznej szkole amerykańskiej,
- teoretyczno-spekulatywnej szkole szwedzkiej (Galińska, 1990, s. 222).

Obecnie można mówić o kilku kierunkach rozwoju terapii muzyką. Część z nich związana jest ściśle z psychoterapią. Przedstawiciele kierunku analitycznego uważają, że naczelnym zadaniem terapii jest doprowadzenie do uświadomienia sobie przez pacjenta stłumionych przeżyć i ułatwienie ich odreagowania. Drugi wiodący kierunek wywodzi się z teorii uczenia się i pozostaje w związku z psychoterapią behawioralną, silnie rozpowszechnioną w Stanach Zjednoczonych. Według tego stanowiska zaburzenia w zachowaniu człowieka są reakcjami wyuczonymi.

W Polsce pionierem muzykoterapii jest Maciej Kierył, anesteziolog, który przez wiele lat zajmował się badaniem wpływu muzyki klasycznej i rozrywkowej na pacjentów poddawanych zabiegom chirurgicznym na sali operacyjnej, gabinecie stomatologicznym oraz na bloku porodowym. W Polsce muzykoterapię stosuje się także w rehabilitacji. Od 1972 roku we Wrocławiu funkcjonuje Instytut Muzykoterapii, którego kierownikiem był prof. Tadeusz Natanson.

Cele wychowawcze i terapeutyczne muzyki

Terapia przez sztukę polega na ukazywaniu pozytywnych, radosnych stron życia, zapobiega w ten sposób postawie negacji i pesymizmu oraz rozprasza poczucie beznadziejności codziennego bytowania.

Według E. Galińskiej termin "muzykoterapia" odnosi się do muzyki w wymiarze psychoterapeutycznym. Twierdzi ona, że wartość terapeutyczną posiada nie tylko sama muzyka i różne techniki muzykoterapeutyczne, ale przede wszystkim kontakt

terapeutyczny z pacjentem. W trakcie muzykoterapii dochodzi do otwarcia nowej skali przeżyć pacjenta. Ujawnia on reakcje szczerze, otwarte, niezniekształcone uprzedzeniami, tak częstymi w psychoterapii werbalnej (Colonna-Kasjan, 2000, s. 96).

Muzyka pomaga odbiorcy zachować lub odzyskać równowagę psychiczną. Jest w stanie zaspokajać te potrzeby człowieka, które warunkują jego równowagę wewnętrzną. Należą do nich:

- potrzeba rozrywki, gry i zabawy, rekreacji i odprężenia wewnętrznego,
- potrzeba wyładowania nadmiaru energii,
- potrzeba pełnej ekspresji osobowości, m.in. niejasnych pragnień, tęsknot, żalów i impulsów człowieka, regeneracji żywotności organizmu,
- pragnienie rozładowania i złagodzenia bolesnych napięć, urazów i konfliktów wewnętrznych, które narastają wraz z codziennym życiem.

Zastosowanie odpowiednio dobranej muzyki może zapewnić odreagowanie uczuć agresywnych, wyciszenie negatywnych emocji oraz złagodzenie lęku i towarzyszących mu zjawisk, jak podwyższenie hormonów stresowych, nadmierne przyśpieszenie krążenia i oddechu, pocenie się, obniżenie progu bólu i zmniejszenie odporności organizmu (Lach, 2001, s. 152).

Interesująco na temat walorów muzykoterapii wypowiada się M. Kierył, twórca techniki „mobilnej rekreacji muzycznej”. Technika ta umożliwia nawiązanie kontaktu wzrokowego, werbalnego i emocjonalnego przez uczestników, określenie swoich możliwości ruchowych i poznawczych (rozumienie informacji i poleceń), ocenę poziomu i regulację wzmożonego lub obniżonego napięcia psychofizycznego, poprawę nastroju, integrację rytmiczno-ruchową (Kierył, 1993, s. 11).

Warto zwrócić uwagę, iż muzyka oddziałuje intensywnie na sferę emocjonalną człowieka. Jest najbardziej społeczną ze

wszystkich dziedzin artystycznych. W procesie nawiązywania muzycznego "dialogu" człowiek uzyskuje lepszy dostęp do własnych emocji i łatwiejsza jest ich ekspresja.

Muzykoterapia przyczynia się z jednej strony do indywidualnego rozwoju (samoświadomości, samooceny, inteligencji, zdolności koncentracji), z drugiej zaś strony ma określony wpływ na zachowanie prospołeczne uczestników (np. życzliwość w kontaktach z innymi, poczucie odpowiedzialności grupowej oraz przynależności). Dzięki temu może być efektywnie kształtowany ogólny klimat w danej społeczności.

Odbiór muzyki przez dzieci w wieku przedszkolnym

Muzyka uczy słuchać i słyszeć, angażuje wysiłek w celu poznania aktywnego, a poprzez słuch – najbogatszy ze wszystkich bodźców zmysłowych, kontaktuje się ze światem zamieszkałym przez melodię, dźwięki, które wychowują ludzi. Muzyka daje dziecku radość i odprężenie, jest ukonkretnieniem jego ukrytych marzeń. Czasami jest źródłem smutku, melancholii i zdenerwowania. Zdarza się, że pod wpływem pięknej muzyki oczy dziecka napędlają się łzami. W ten sposób dają one upust swoim niepokojom, przeżyciom.

Dzisiaj muzyka, dźwięk to znakomity środek terapeutyczny. Odpowiednio dobrana i kierowana może stanowić prosty i silny środek oddziaływania bezpośredniego. Zauważamy to u małego dziecka, które można uspokoić właśnie dzięki nastrojowej i cichej muzyce czy kołysance. Uczulają dziecko na świat dźwięków, rytm skłaniamy je do tego, aby uważnie słuchało. W ten sposób doprowadzamy je do odkrycia ciszy. W niej usłyszeć można muzykę, co ważne jest we współczesnym świecie, gdzie dominuje hałas i gwar.

Do zrozumienia, w jaki sposób kontakt dziecka z muzyką wpływa na całą jego osobowość, przyczynili się: Emil Jaques-

Dalcroze, Carl Orff i Zoltan Kodaly. Dalcroze, twórca metody rytmiki, wyeksponował w swoim programie ruch, twórczą aktywność dzieci, przyjemność, a tego wszystkiego powinna im dostarczać muzyka. Z kolei Orff położył nacisk na twórczość dziecięcą, muzykowanie. Kodaly oddał wielkie zasługi jako pedagog-muzykoterapeuta i reformator systemu nauczania muzyki na Węgrzech.

C. Freinet opisując aspekty twórczości dziecięcej, zwraca szczególną uwagę na wpływ zajęć muzycznych na rozwój emocjonalny i społeczny dzieci. Muzyka żywo oddziałuje na zmysły i emocje odbiorcy. Istotny jest również jej wpływ na sferę poznawczą dziecka, a więc na rozwój procesów poznawczych. Istnieje również związek pomiędzy umiejętnością tańca a zmniejszeniem się zaburzeń typu dysleksja. Taniec również w pewnym stopniu wpływa na poprawność pisanych tekstów, poprzez kształtowanie się w świadomości dziecka związków czasowych pomiędzy wyobrażeniami graficznymi, słuchowymi i ruchowymi. Kształtowanie takiej postawy możliwe jest poprzez rozwijanie zdolności dziecka do pokonywania wewnętrznych ograniczeń i stanów lękowych, tremy i obaw związanych z realizacją własnych postanowień i zadań. Kontakty dzieci z muzyką, śpiewem i tańcem przyśpieszają i wzbogacają rozwój uczuć wyższych, równoległy do rozwoju intelektualnego. Każda twórczość wzmacnia poczucie własnej wartości i dynamizuje rozwój. Wartość muzyki i samego z nią kontaktu leży nie tyle w jakości wytworów, co w samym procesie percepcji i tworzenia, możliwym pomimo barier spotęgowanych zaburzeniami. Szczególne znaczenie nadaje muzyce jej uniwersalność w zakresie komunikacji, zwłaszcza w sferze emocjonalnej i uczuciowej (Kaszczyn, 1991, s. 186-206).

Muzyka, jako forma sztuki pełni rolę uniwersalnego środka przekazu. Poprzez zaspokojenie potrzeby przeżyć estetycznych

i osobistych wzruszeń stwarza dzieciom większą swobodę w wyrażaniu własnych emocji. Zdaniem P. Nordoffa i C. Robinsona to, w jaki sposób dziecko odczuwa i przeżywa muzykę stanowi niezwykle ważny aspekt w jego życiu, rzutując równocześnie na jego rozwój. Emocje towarzyszące wychowankowi w procesie uczenia stymulują jego rozwój poznawczy i intelektualny. To właśnie one mają zasadniczy wpływ na to, czy i w jaki sposób zdobyta wiedza i umiejętności zostaną wykorzystane w życiu. Muzyka wnikając w świat uczuć dziecka, a także odwołując się do jego wyobraźni dostarcza jednostce wciąż nowych wrażeń i doznań (Nordoff, Robbins, 2008, s. 18, 47).

Kształcenie percepcji słuchowej dziecka ma duże znaczenie dla rozwoju mowy i myślenie dziecka. Proces kształcenia słuchu warunkuje prawidłowy rozwój mowy – dzieci źle słyszące mają trudności w czytaniu i rozumieniu sensu słów. Zakres percepcji słuchowej dzieci dotyczy trzech rodzajów aktywności: słuchania mowy ludzkiej odgłosów środowiska, słuchania śpiewu i gry na instrumentach oraz słuchania muzyki żywej i z nagrań. To dobra okazja do uczenia dzieci odróżniania i klasyfikowania dźwięków i odgłosów oraz rozpoznawania cech dźwięku takich jak barwa, natężenie, czas trwania, dostrzegania ich źródła, piękna a także przykrości w kontakcie z hałasem (Podolska, 1987, s. 53, 54).

O korzyściach wypływających z uprawiania muzyki przez dzieci w wieku przedszkolnym pisze B. Podolska ujmując je następująco:

- muzyka wyrabia bystrość i koordynację narządów zmysłowych (słuch, wzrok, dotyk, ruch mięśni) szybką orientację, jasne logiczne myślenie, kształci pamięć,
- pozwala się skoncentrować, daje upust nadmiarowi energii życia emocjonalnego w okresie rozwojowym,
- kształci charakter, uczy przewyżczać trudności, daje zadowolenie estetyczne, uczy systematycznej pracy,

- przyczynia się do rozwoju myślenia, uczuć i woli,
- pozwala uzewnętrznić przeżycia, wydobywając nagromadzoną energię przez co rozwija indywidualność dziecka i daje środki jej wyrażania,
- jest środkiem porozumienia są między ludźmi (Podolska, 1987, s. 12).

W edukacji przedszkolnej szczególnie pożądana jest aktywność twórcza, jaką dziecko podejmuje dla niej samej, dla przyjemności wypływającej z działania. Tworzenie muzyki sprzyja i wyzwala taką aktywność. Duże znaczenie dla podjęcia aktywności tego typu ma dostrzeżenie przez dziecko zadania oraz własna ocena możliwości osiągnięcia satysfakcjonującego wyniku działania. Twórcza aktywność muzyczna dzieci w wieku przedszkolnym dostarcza wiele radości, jest potrzebą wynikająca z dynamiki młodego organizmu, chęci poznania świata i ogólnej aktywności.

Organizacja zajęć muzycznych powinna sprzyjać twórczym poszukiwaniom i odkryciom, a przede wszystkim kształtowaniu twórczej postawy. Celem stymulowania twórczej aktywności muzycznej jest rozbudzenie i podtrzymanie kształtujących się nawyków i zainteresowań muzycznych, rozbudzenie chęci kontaktów z dźwiękiem, umożliwienie dziecku odnajdywania w tych kontaktach przyjemności i satysfakcji. Wśród podstawowych celów tej dziedziny wychowania jest też rozwijanie twórczej wyobraźni czyli korzystanie zdobytych doświadczeń muzycznych do tworzenia własnych nowych pomysłów (Uszyńska-Jamroc, 2003, s. 53).

Radość dostarczana dzieciom przez muzykę jest wielostronna; wynika przede wszystkim z czynnego jej uprawiania; jest to zadowolenie wywołane własną aktywnością – wyładowaniem nagromadzonej energii, samorealizacją satysfakcją działania i twórczenia. Do grona funkcji jakie spełnia muzyka we wszechstron-

nym rozwoju osobowości dziecka (poznawcza, kształcąca, wychowawcza) zaliczyć też trzeba funkcję terapeutyczno-kompensacyjną (Przychodzińska-Kaciak, 1979, s. 189). „Muzyka stwarza dzieciom możliwość artystycznego wyżycia się, kompensowania braków w zakresie zaspokajania potrzeb ekspresyjnych, podniesienia poczucia własnej wartości, uznania” (Kisiel, 1999, s. 125).

Metody i formy muzykoterapii stosowane w przedszkolu

Muzyka w wychowaniu przedszkolnym jest jedną z dziedzin wychowania i wszechstronnego uczenia się. Wraz z plastyką, literaturą dziecięcą i żywym słowem stanowi całość oddziaływań, których celem jest wykorzystanie wartości estetycznych i artystycznych do ukierunkowania aktywności, wyzwiania uczuć i rozwoju samoekspresji dziecka. Aktywność motoryczna do działań przejawiająca się potrzebą wzmożonego wyładowania energii, ciągłą gotowością poznawczą jest stanem ogromnie istotnym w kontaktach z otoczeniem.

Muzyka poprzez swoje elementy składowe, takie jak: rytm, melodia, dynamika, harmonia, dźwięk reguluje i usprawnia psychomotorycznie.

Metody muzykoterapeutyczne wywodzą się z koncepcji psychologicznych: behawioralnych, psychodynamicznych i humanistycznych. Koncepcja behawioryzmu, w której muzyka pełni rolę wspomagającą, zakłada, że zachowań można się nauczyć i oduczyć. Koncepcje psychodynamiczne korygują zaś zachowania pacjenta w zakresie wyzwiania i uwalniania emocji. Natomiast według koncepcji humanistycznych, muzyka powinna wspierać, uwrażliwiać i wzmacniać.

Muzyczna aktywność terapeutyczna posiada różne formy:

- własnego rytmu (pantomimiczne odgrywanie zjawisk i sytuacji);

- instrumentalnego dialogu (ukazuje emocje, wrażliwość, uczucia);
- improwizacji dźwiękowej (odslania agresywność lub bierność oraz zahamowania).

Cele i metody muzykoterapii dotyczą:

- wzbudzania pożądanych emocji (uczuc, stanów afektywnych, nastrojów) oraz sterowania nimi ;
- wzbudzania gotowości do kontaktu oraz jego inspirowania i odpowiedniego ukierunkowania; rozwijania komunikacji międzyludzkiej;
- wzbogacania osobowości (poprzez doznania estetyczne, wyrabianie postawy twórczej, doświadczenia emocji intelektualnych);
- wpływ na stan pobudzenia psychomotorycznego oraz napięcia emocjonalnego i mięśniowego;
- ogólnie korzystnego wpływu na stan psychofizycznego samopoczucia;
- wzbogacenia i wspomagania metod diagnostycznych (Kataryńczyk-Mania, 2007, s. 12 [w:] Skorek E.M. Terapia pedagogiczna, Tom II).

W terapii muzycznej podstawowymi formami aktywności mogą być:

- śpiewanie piosenek (śpiewoterapia) – praca w zakresie odpowiednio dobranych ćwiczeń emisyjnych, oddechowych, dykcyjnych itp.;
- muzykowanie elementami dźwiękonaśladowczymi – improwizacje głosowe;
- muzykowanie na instrumentach perkusyjnych – rehabilitacja w zakresie ruchu prawej i lewej ręki, ćwiczenia manualne;

- ćwiczenia słuchowe – rozróżnianie odgłosów, rodzajów dźwięków, rejestrów itp.;
- ćwiczenia i zabawy muzyczno-ruchowe – koordynacja i automatyzacja ruchów, improwizacja na dowolny temat, ćwiczenia pobudzająco-hamujące, nauka tańców itp.;
- ćwiczenia wyrabiające poczucie rytmu i tempa – kontrola dynamiki;
- ćwiczenia dotykowe – kontakt personalny, integracja grupowa;
- tworzenie muzyki – improwizacje wokalnie-instrumentalnie-ruchowe;
- ćwiczenia relaksacyjne z tłem muzycznym – odprężające, przynoszące ulgę w odczuwaniu bólu itp.;
- interpretacje słowno-plastyczne utworów muzycznych;
- dyskusje, terapeutyczne (pozyskanie zaufania, stymulowanie świadomości własnego ciała, poczucie własnej wartości itp.);
- elementy pedagogiki zabawy (ćwiczenia interakcji w grupie);
- muzykodrama (integracja ze środowiskiem);
- gry muzyczne (pobudzają wyobraźnię, uczą zachowań społecznych, samodzielności, zaradności) .

Muzykoterapia jest jedną z odmian terapii sztuką. Ze względu na różnorodność oddziaływania zalicza się ją do metod psychoprofilaktycznych. Muzyka jako uniwersalny środek leczniczy nie powoduje skutków ubocznych. Ma służyć ogólnemu rozwojowi dziecka: fizycznemu, intelektualnemu, emocjonalnemu i estetycznemu.

Do celów i zadań muzykoterapii należy:

- kształtowanie wrażliwości i empatii;
- stymulowanie do aktywności i kreatywności;

- dowartościowanie emocjonalne;
- wzmacnianie prawidłowych nastawień i postaw;
- wygaszanie agresywnych reakcji;
- wypracowanie strategii postępowania;
- diagnoza stopnia integracji i spójności grup;
- praca nad aktualnymi problemami grupy;
- doskonalenie komunikacji w grupie;
- kształtowanie umiejętności aktywnego słuchania i koncentrowania uwagi;
- praca z ciałem;
- doskonalenie sprawności psychomotorycznej;
- usuwanie napięcia psychofizycznego.

Muzykoterapia może być prowadzona indywidualnie lub grupowo. Walorem terapii indywidualnej jest możliwość dostosowania działań do potrzeb dziecka. Działanie terapeuty może prowadzić do zmiany zachowań obciążających system nerwowy dziecka. Lęk, płacz, autoagresję udaje się wyciszyć kołyszącym ruchem, spokojną mową oraz lubianą przez dziecko. Wykorzystanie muzyki jako bodźca, który pozwala wyrabiać umiejętności aktywnego słuchania, rozwija wyobraźnię i powoduje wzrost koncentracji i uwagi. Terapia grupowa poprzez wspólne słuchanie utworów muzycznych dokonuje integracji grupy. Umożliwia również realizację naturalnego dążenia do bycia członkiem społeczności grupowej (Milczarek, 2007, s. 18 [w:] Skorek E.M. Terapia pedagogiczna, Tom III).

W ramach muzykoterapii stosuje się także treningi relaksacyjne. Stanowią one prosty i dostępny środek redukujący napięcia i zwiększający odporność organizmu na stres. Umożliwiają pogłębienie koncentracji uwagi oraz udoskonalenie percepcji i zapamiętywania. Jest to doskonała metoda prowadząca do wyciszenia i uspokojenia dzieci.

Dziecko w okresie przedszkolnym uczy się i rozwija poprzez zabawę. Wprowadzając muzykoterapię do zajęć przedszkolnych powinniśmy pamiętać, że podstawowym jej zadaniem jest bawić dziecko, czyli dostarczać mu pozytywnych emocji. Warunkiem zaś zadowolenia dziecka z zabawy jest zrozumienie i kreatywne myślenie.

Zadaniem muzyki jest wyciszenie organizmu i przygotowanie go do prawidłowego, niczym niezakłóconego odbioru. Muzyka jako sztuka pełni rolę uniwersalnego środka przekazu i komunikacji. Sama w sobie jest pięknem, więc kontakt z nią pozytywnie wpływa na całą osobowość dziecka.

Zosując muzykoterapię w pracy z dziećmi przedszkolnymi, w tym ze szczególnymi potrzebami edukacyjnymi możemy osiągnąć następujące cele:

- poprzez muzykę możemy wyrobić bystrość i koordynację narządów zmysłowych (słuch, dotyk, wzrok, ruch mięśni), szybką orientację, logiczne myślenie, pamięć;
- muzyka pozwala się skoncentrować, daje upust nadmiarowi energii;
- kształci charakter, uczy przewyżczać trudności, daje zadowolenie estetyczne;
- przyczynia się do rozwoju myślenia;
- pozwala uzewnętrznić przeżycia wydobywając nagromadzoną energię;
- jest środkiem porozumiewania się między ludźmi;
- powoduje odprężenie;
- dzięki muzykoterapii dziecko zdobywa pewność siebie i czuje się bezpiecznie w otoczeniu;
- potrafi nawiązać kontakt i współpracę z partnerem i grupą;
- uczy się współpracować w grupie;
- jest zrelaksowane i pogodne;

- wyraża swoje przeżycia wewnętrzne;
- odblokowują emocje i napięcia.

Muzyka jest sztuką potrzebną ludziom, ponieważ przez nią i w niej tworzą oni swój świat przeżyć i wzruszeń wzbogacających życie. Należy do najbardziej wyszukanych form artystycznych. Zaangażowanie muzyczne poprzez czynne uprawianie muzyki, rozwija cały szereg cech, które nie mogłyby się rozwijać za pośrednictwem innych form działalności. Jest bardzo ważnym czynnikiem, który stymuluje rozwój dziecka.

BIBLIOGRAFIA

- [1] BOGDANOWICZ M., Metoda dobrego startu, Warszawa 1989.
- [2] COLONNA-KASJAN D., Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej Nr 76, Wrocław 2000.
- [3] Encyklopedia pedagogiki XXI wieku, Warszawa 2004.
- [4] FRAŃCZYK A., KRAJEWSKA K., Program psychostymulacji dzieci w wieku przedszkolnym z deficytami i zaburzeniami rozwoju, Kraków 2012.
- [5] GALIŃSKA E., Z zagadnień muzykoterapii [w:] Manturzevska M., Kotlarska H., Wybrane zagadnienia z psychologii muzyki, Warszawa 1990.
- [6] JARKOWSKA A.E., Muzyka jako element wychowania w rozwoju osobowym dziecka niepełnosprawnego, Kraków 2004.
- [7] KASZCZYŃ R., Możliwości wykorzystania muzyki w procesie resocjalizacji, Szkoła Specjalna 1991, Nr 4.
- [8] KIERYŁ M., Elementy muzykoterapii w pracy pedagoga, Wychowanie muzyczne w szkole, 1993.
- [9] KISIEL M., Zajęcia umuzykalniające w przedszkolnych grupach specjalnych [w:] Wychowanie w przedszkolu 1999, Nr 2.

- [10] KOŚCIELAK R., Integracja społeczna niepełnosprawnych umysłowo, Gdańsk 1995.
- [11] KOZUBSKA A., Opieka i wychowanie w rodzinie dziecka upośledzonego umysłowo w stopniu lekkim, Bydgoszcz 2000.
- [12] LACH J., Muzyka środkiem wychowania młodych, Bydgoszcz 2001.
- [13] LEWNANDOWSKA K., Muzykoterapia dziecięca, Gdańsk 2001.
- [14] LUBIŃSKA-KOŚCIÓLEK E., PLUTECKA K., Stymulowanie potencjału twórczego osób z różnymi potrzebami edukacyjnymi, Kraków 2011.
- [15] MIHILEWICZ S., Psychologiczno-pedagogiczne problemy wspomagania rozwoju dzieci niepełnosprawnych, Kraków 2010,
- [16] NAPRAWA R., TANAJEWSKA A., SZCZEPAŃSKA K., Uwierz w siebie. Program terapeutyczny dla uczniów o specyficznych i specjalnych potrzebach edukacyjnych, Gdańsk 2010.
- [17] NATANSON T., Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej im. K. Lipińskiego, Nr 45, Wrocław 1998.
- [18] NORDOFF P., ROBBINS C., Muzyka w dzieci niepełnosprawnych, Kraków 2008.
- [19] OPIAT J., Kształcenie dzieci upośledzonych umysłowo, Warszawa 1994.
- [20] PODOLSKA B., Z muzyką w przedszkolu, Warszawa 1987.
- [21] PRZYCHODZIŃSKA-KACIAK M., Muzyka i wychowanie, Warszawa 1979.
- [22] RASZEWSKA M., SZOĆ K., Wzrastajcie z nami, a nie obok nas, Gdańsk 2010.

- [23] SHERBORNE W., Ruch rozwijający dla dzieci, Warszawa 1997.
- [24] SKOREK E.M., Terapia Pedagogiczna, t. II, Kraków 2007.
- [25] TATARKIEWICZ W., Estetyka nowożytna, t. III, Wrocław 1967.
- [26] TOMKIEWICZ-BĘTKOWSKA A., ABC pedagoga specjalnego, Kraków 2011.
- [27] USZYŃSKA-JAMROC J., Twórcza aktywność dziecka, Białystok 2003.
- [28] WIĘCEK R., Dzieci nadpobudliwe psychoruchowo w wieku przedszkolnym, Kraków 2012.
- [29] WIERSZYŁKOWSKI J., Psychologia muzyki, Warszawa 1981.
- [30] WYCZESANY J., Pedagogika upośledzonych umysłowo, Kraków 2009.

Hanna Dominika Szweda

CZYM JEST DOGOTERAPIA – CZYLI JAK PIES I DOŚWIADCZONY PRZEWODNIK MOGĄ WSPOMAGAĆ DZIAŁANIA TERAPEUTYCZNE

Streszczenie

Niniejszym artykuł przedstawia zarówno pochodzenie słowa dogoterapia jak i historię. Następnie prezentuje różnorodność form pracy oraz szeroki wachlarz możliwości wykorzystywania psa w działaniach terapeutycznej. Zdaniem autorki, dogoterapia, powinna być traktowana nie, jako dziedzina czy metoda sama w sobie, lecz, jako czynnik wspomagający w bardzo różnorodnych formach oddziaływania terapeutycznego, edukacyjnego czy wychowawczego. W końcowej części artykułu można znaleźć praktyczne odzwierciedlenie zebranego materiału, w formie zaprezentowanych przykładowych ćwiczeń z zakresu dogoterapii.

Słowa kluczowe

dogoterapia, kynoterapia, animaloterapia, terapia, dziecko z niepełnosprawnością

Abstract

This article describes both the origin of the word „therapy dog” and its history. Then presents the diversity of forms of work and hence the wide range of possibilities for the use of a dog in the therapeutic action. The impact of dog-to-human, subject to the security rules of hygiene and morals, is very positive. Therefore, according to the author, the therapy dog, should be treated not only as a field or method in itself but as a supporting factor in a wide variety of forms of therapeutic educational and parental impact. In the work of the therapist with his dog, they often uses

a variety of types and methods of therapy. They are adjusted for participation of a dog in the classes. In the final part of the article you can find practical reflection of harvested material, in the form of the provided example exercises from the scope of the therapy dog.

Keywords

therapy, dog, therapy dog, therapy animal, dog assistance, child, disability

W niniejszym artykule chciałabym przedstawić pochodzenie słowa dogoterapia oraz jej historię. Postaram się także zaprezentować różnorodność form pracy i co za tym idzie szeroki wachlarz możliwości wykorzystywania psa w działaniach terapeutycznej. Wpływ psa na człowieka jest, pod warunkiem zachowania zasad bezpieczeństwa higieny i moralności, bardzo pozytywny. Dlatego właśnie uważam, że dogoterapia, powinna być traktowana nie tylko, jako dziecina czy metoda sama w sobie, ale jako czynnik wspomagający w bardzo różnorodnych formach oddziaływania terapeutycznego, edukacyjnego czy wychowawczego. W pracy kynoterapeuty niejednokrotnie wykorzystują różnorodne rodzaje terapii i metody, odpowiednio zmodyfikowane pod kątem uczestnictwa w zajęciach psa.

Zanim przejdę do pojęcie głównego, jakim jest dogoterapia, pragnę nakreślić jego składowe. Słowo „therapeia” zaczerpnięte zostało z języka greckiego i oznacza leczenie. Terapia mogłaby być, zatem kojarzona w pierwszej kolejności z medycyną. Obecnie jednak jest elementem wielu dyscyplin naukowych. Zatem ponad wspomnianą medycynę omawiane pojęcie ma swoje odzwierciedlenie w psychologii, socjologii czy pedagogice. B. Kaja obrazuje terapię, jako szczególną formę oddziaływania. Może ono dotyczyć sfer psychicznej i fizycznej człowieka, a istotny

w tym przypadku jest fakt, że odbywa się bez używania środków farmakologicznych, czy interwencji chirurgicznej (Kaja B., 1995, s. 11). J.Cz. Czubała definiuje psychoterapię w sposób następujący – „psychoterapię rozumiem, jako metodę leczenia zaburzeń psychicznych. Zaburzenia te mogą występować, jako określone zespoły objawów, dla których psychoterapia będzie podstawową metodą leczenia, np. zaburzenia nerwicowe. Psychoterapia może być także wskazana, jako metoda pomocnicza w leczeniu innych chorób: uzależnień, psychoz, chorób somatycznych” (Czubała J.Cz., 2008, s. 12). Wspomnianym punktem wyjścia jest, zatem lecznicza forma terapii. Terapia w tym ujęciu jest oddziaływaniem docelowo leczniczym, bez użycia środków farmakologicznych.

Zatem taki sposób leczniczego oddziaływania, jeżeli w swym założeniu wyklucza użycie środków farmakologicznych, powinien zakładać użycie jakiegoś leczniczego elementu. Dlatego wyróżniamy wiele terapii funkcjonujących pod mnóstwem nazw. Nazwa terapii zwyczajowo zawiera właśnie ten element sprawczy. Chciałabym w tym miejscu ukazać kilka przykładów. Arteterapia to oddziaływanie poprzez sztukę. W Biblioterapii z kolei oddziałuje się za pomocą słów, czyli różnorodnych materiałów czytelnicznych. Dalej, Choreoterapia to leczenie przy pomocy tańca, Chromoterapia wykorzystuje kolory. Dramatoterapia, czy inaczej psychodrama wykorzystuje udział w spektaklach teatralnych. Estetoterapia to oddziaływanie poprzez kontakt z pięknym otoczeniem, czy na przykład dziełami sztuki. Ergoterapia (terapia zajęciowa) wykorzystuje, jako element leczniczy różnorodne zajęcia w pracowniach jak rzeźbiarska, tkacka, czy ceramiczna. Hortikuloterapia to lecznicze oddziaływanie pracy lub przebywania w ogrodzie. Ludoterapia to pozytywny wpływ gier i zabaw. Muzykoterapia wykorzystuje oczywiście muzykę, poezjoterapia – poezję zarówno czytaną jak i tę tworzoną. Silvoterapia

pia to kojący wpływ przyrody, głównie drzew, lasów, talasoterapia wykorzystuje pozytywne aspekty wynikające z kontaktu z morzem. Socjoterapia to oddziaływanie terapeutyczne zorganizowanej grupy społecznej (Szulc W., 1993, s. 9).

Dlaczego dogoterapia? Jest ona inaczej nazywana również kynoterapią, jednak zarówno przedrostek „dogo” (z ang. dog – pies), jak i „kyno” (z łac. canis – pies) jest określeniem psa. Opisywana dogoterapia jest jedną z dyscyplin animaloterapii, ta zaś jest formą pracy z wykorzystaniem zwierząt w szerokim rozumieniu ich różnorodności. W animaloterapii obecność zwierzęcia, wpływa bardzo pozytywnie na realizację działań leczniczych, a wszystko zachodzi drogą psychologicznego oddziaływania (Kurzeja A., 2008, s. 117). Animaloterapia jest metodą naturalną i wspomaga leczenie i rehabilitację, które są „oparte” na bezpośrednim kontakcie ze zwierzęciem (Franczyk A., Krajewska K, Skorupa J, 2012, s. 9). Przykładami innych poza dogoterapią, popularnych rodzajów animaloterapii są: hipoterapia gdzie stosuje się obecność konia oraz jazdę konną, w celu usprawniania psychoruchowego, felinoterapię – gdzie w zajęciach udział biorą koty (Franczyk A., Krajewska K, Skorupa J, 2008, s. 22). Wyżej wymienione rodzaje animaloterapii należą do najpopularniejszych, jest to jednak szeroka dziedzina, która prężnie się rozwija i wyróżnić można bardzo wiele jej subdyscyplin.

Terapia z udziałem zwierząt była prowadzona już w XIII wieku, w York Retreat, Anglii, w zakładzie dla obłąkanych. W ogrodach szpitalnych owego zakładu, stworzono miejsce, gdzie hodowano zwierzęta domowe. Opiekowali się nimi chorzy. Inicjatorem przedsięwzięcia był William Tuke. Twierdził on, że opieka nad słabszymi i zależnymi od człowieka zwierzętami, w znacznym stopniu może poprawić samokontrolę i samopoczucie pacjentów. Sam termin odnoszący się do terapii z udziałem zwierząt został jednak po raz pierwszy wykorzystany przez amerykańskie-

go psychiatrę dziecięcego, Borisa Levinsona. Levinson użył pierwotnie zwrotu „pet therapy”, w roku 1964, w kontekście wykorzystywania zwierząt w leczeniu zaburzeń psychicznych. W jego badaniach udział brały psy i koty, zaś przeprowadzenie ich miało na celu wykazanie pozytywnego wpływu zwierząt na ludzi chorych psychicznie (Kurzeja A, 2008, s. 115). Sukcesem było nawiązanie kontaktu z psychicznie chorym pacjentem, poprzez pośrednictwo psa będącego własnością badacza. Termin „pet therapy” jednakże mógłby mylnie sugerować terapię zwierząt, nie zaś terapię z pomocą zwierząt, dlatego określenie to dopracowywali kolejni badacze. Amerykańskie małżeństwo Sam i Elizabeth Corson, opracowali metodę psychoterapii z udziałem zwierzęcia - Pet-facilitated Psychotherapy (PFP). Dziedzina rozwija się i w obecnej chwili istnieje już mnóstwo organizacji zajmujących się badaniem wpływu zwierząt na człowieka oraz samą działalnością terapeutyczną, z udziałem zwierząt (Franczyk A., Krajewska K, Skorupa J, 2008, s. 22).

Dogoterapia bierze, zatem swój początek z animaloterapii. Jest także sama w sobie dyscypliną bardzo złożoną. Można wyróżniać różne formy pracy i tak naprawdę wszystko zależy od potrzeb danego przypadku. Podstawowo dzielimy jednak dogoterapię na trzy typy zajęć:

1. AAA (Animal Assistant Activity).

Zajęcia charakteryzuje spontaniczność, brak scenariusz i metodyki. Głównym elementem terapeutycznym jest „nić sympatii”, którą można utworzyć pomiędzy odbiorcą, terapeutą i psem, właśnie ze względu na charakterystyczne walory psa. Celem jest przyzwyczajanie dziecka do kontaktu z danym psem i co za tym idzie ze zwierzętami, a także wykorzystanie tego kontaktu do wzbudzania satysfakcji z ćwiczeń i pozytywnych emocji. Ta forma jest wykorzystywana głównie w pracy grupowej. Naturalne „ćwiczenia” to po prostu głaskanie,

przytulanie psa czy wydawanie mu poleceń. Taka forma pracy może wspomagać większość innych ćwiczeń terapeutycznych w celu zmniejszenia ich trudności, zachęcenia do wykonywania oraz polepszenia stanu emocjonalnego.

2. AAE (Animal Assistant Education).

Jest to edukacja z udziałem psa. Celem jest tutaj usprawnianie sfer poznawczej i intelektualnej dziecka. Czyli wspomaganie edukacji i wychowania. Można, zatem w tym wypadku określić psa, jako rodzaj „pomocy naukowej”. Jest to forma wspomagania edukacji, gdzie podobnie jak w przykładzie powyższym wykorzystywana jest sympatia wobec psa oraz jego bezstronność, do wspomagania form edukacyjnych. Pies nie ocenia i nie gani, dodatkowo jego obecność obniża odczucie stresu. AAE może być zarówno formą pracy grupowej jak i indywidualnej.

3. AAT (Animal Assistant Therapy).

AAT jest już typową formą terapii. Ćwiczenia i plan pracy ustalane są indywidualnie w porozumieniu z opiekunami, rehabilitantem pedagogiem czy lekarzem, w oparciu o diagnozę. Zajęcia budowane są na zasadzie indywidualnego podejścia do potrzeb i możliwości danego pacjenta. W większości dokumentacja tego typu zajęć zawiera osobną dla każdego uczestniczącego kartotekę bądź kartę obserwacji. Istotne w pracy na zasadach AAT jest stopniowe i systematyczne zwiększanie trudności ćwiczeń. Tutaj dogoterapia występuje również zazwyczaj, jako forma wspomagająca inne rodzaje terapii, gdzie prowadzący wzajemnie się uzupełniają i działają zgodnie z jednym planem pracy. Ćwiczenie polegające na wydawaniu psu komend, może być elementem logopedii, gdzie dziecko początkowo wymawia część słowa lub używa tylko znaku, systematycznie zaś zwiększając swój udział, a zmniejszając udział osoby prowadzącej zajęcia (Włodarczyk-Dudka M., 2006, s. 93).

Dogoterapię można również sklasyfikować ze względu na rodzaj samej aktywności terapeutycznej:

1. Dogoterapia rehabilitacyjna.

W tym przypadku rehabilitacja z udziałem psa ma na celu usprawnianie funkcji organizmu, który na drodze urazu, czy choroby uległ zaburzeniu. Dąży do poprawy wydolności i sprawności. Zatem w tym kontekście dogoterapia może być formą wspomagającą dla jednostek ortopedycznych, neurologicznych, traumatologicznych, czy geriatrycznych. Bywa także, stosowana w rehabilitacji kardiologicznej, pulmonologicznej, oraz w leczeniu uzdrowskowym. Dodatkowo pies zazwyczaj wzbudza chęć aktywności oraz mobilizuje do wykonywania ćwiczeń i dodaje otuchy, co sprawia, że rehabilitacja jest łatwiej tolerowana.

2. Dogoterapia sensoryczna.

Tutaj dogoterapia ma związek z integracją sensoryczną, gdzie elementem terapeutycznym jest szerokie oddziaływanie na zmysły człowieka, takie jak dotyk (czucie powierzchniowe), czucie ciała w przestrzeni, wzrok, powonienie, słuchi równowaga (czucie przedsionkowe) oraz czucie głębokie mięśni i stawów (czucie proprioceptywne). Terapia polega na wykorzystywaniu głównie zajęć ruchowe z dodatkami ćwiczeń edukacyjnych. Kontakt z psem w naturalny sposób, zawsze będzie oddziaływał na zmysły, by jednak je całościowo i celowo stymulować zgodnie z SI, należy przygotować precyzyjny scenariusz zajęć

3. Dogoterapia pedagogiczna.

Jest to forma podobna do AAE, gdzie jednak celem zajęć jest wspomaganie nauki o wychowaniu oraz procesach wychowawczych. Chodzi dokładnie o to, jak dobrym „nauczycielem” odpowiedzialności i empatii jest właśnie pies. Może znaleźć swoje zastosowanie w tym kształcie w wielu placówkach oświatowych takich jak przedszkola i szkoły zwykłe oraz specjalne i integracyjne, a także domy wychowawcze i opiekuńcze i warsztaty tera-

pii zajęciowej. Dogoterapia z powodzeniem może być wykorzystywana wszędzie tam gdzie prowadzone są zajęcia pedagogiczne.

4. Dogoterapia logopedyczna.

Obecność psa oraz odpowiednio dobrany zestaw ćwiczeń, aktywizuje i usprawnia funkcje artykulacyjne, a także słuch i funkcje oddechowe. Wpływa również pośrednio, na jakość mowy (<http://dogoterapia.wordpress.com/artykuly/dogoterapia-rehabilitacyjna-sensoryczna-i-pedagogiczna>).

Istnieje także specyficzna forma wykorzystania psa w pracy z osobami z deficytami, jaką jest rola przewodnika dla osoby niewidomej (Guide Dogs) oraz psa towarzyszącego osobie głuchoniemej (Hearing Dogs), czy osobie na wózku inwalidzkim.

Aby dokładniej jeszcze uzmysłowić szeroki wachlarz możliwości wykorzystania dogoterapii, przedstawiam w tym miejscu cele do, jakich ten rodzaj oddziaływania dąży. W zakresie rozwoju fizycznego jest to usprawnianie funkcji motorycznych, również z umiejętnościami poruszania się na wózku inwalidzkim oraz poczucia równowagi. W zakresie zdrowia psychicznego celami są wspomaganie: werbalnego i niewerbalnego porozumiewania się, umiejętności koncentracji, umiejętności rekreacji i wypoczynku, a także podwyższanie samooceny z jednoczesnym obniżaniem poczucia samotności i lęku. W zakresie sfery poznawczej celem jest wzbogacanie słownictwa, ćwiczenie pamięci krótko i długoterminowej oraz wprowadzanie pojęć takich jak kolor, wielkość kształt. W zakresie sfery emocjonalno-poznawczej dąży się do integracji z grupą i innymi uczestnikami oraz personelem. Do wielu niewątpliwych benefitów skorzystania z dogoterapii we wspomaganiu działań terapeutycznych należą przykładowo: rozwijanie zdolności empatii, pomoc w skupianiu się na świecie zewnętrznym, wprowadzanie wychowujących elementów, stwa-

rzanie więzi i relacji zaufania pomiędzy człowiekiem a zwierzęciem, całkowita akceptacja ze strony zwierzęcia, rozrywka, wprowadzane elementy socjalizujące, stymulacja sfery psychicznej i fizycznej, w tym pozytywny wpływ na podstawowe funkcje organizmu (<http://medycyna-alternatywna.wieszjak.pl/zooterapia/303936,2,Zooterapia-czyli-uzdrawiajaca-moc-zwierzat.html>).

Do kogo kierowana jest i w jakich wypadkach można wspomóc się metodą dogoterapii? W głównej mierze dogoterapią kierowana jest do osób z deficytami rozwoju fizycznego, umysłowego, czy emocjonalnego. W większości dotyczy dzieci, choć nie jest to jedyna płaszczyzna działań. Dogoterapię stosuje się często we wspomaganiu rehabilitacji osób z porażeniem mózgowym, niedowładem kończyn, zaburzeniami rozwoju motorycznego, zespołem wiotkiego dziecka, zanikiem mięśni, zespołem Downa, deficytami uwagi (na przykład ADHD), niestabilnością emocjonalną, ogólnym opóźnieniem i upośledzeniem umysłowym (<http://medycyna-alternatywna.wieszjak.pl/zooterapia/303936,3,Zooterapia-czyli-uzdrawiajaca-moc-zwierzat.html>).

Dogoterapia może być jednak również wykorzystywana w pracy z dziećmi zdrowymi w terapii logopedycznej, czy we wspomaganiu edukacji i terapii socjalnej. Samo wspomaganie edukacji to ciekawa prężnie rozwijająca się gałąź dogoterapii ulegająca nieustannym poprawkom i modyfikacjom. Jest to innowacyjna koncepcja. Dobrym przykładem jest program R.E.A.D. (The Reading Education Assistance Dogs) Został opracowany przez organizację Intermauntain Therapy Animals. Celem ich działań, jest terapia dzieci dyslektycznych oraz nauka czytania przy udziale psów (Włodarczyk-Dudka M., 2006, s. 9). Ciekawe spojrzenie na dogoterapię zaprezentowała, na łamach czasopisma „Edukacja i Dialog” Marzena Machoś-Nikodem. Przedstawiła wykorzystanie dogoterapii w logopedii. Jej zdaniem wykorzystanie psa w sensie ogólnym, pomaga w pokonywaniu

zaburzeń rozwojowych i skutków chorób, czy też urazów fizycznych i psychicznych. Są to zajęcia jedynie wspomagające standardową rehabilitacją, a pies pełni rolę czynnika motywującego. Za pomocą dogoterapii, zdaniem autorki artykułu, można uatrakcyjnić również zajęcia logopedyczne. Logopedyczną sesję rozpoczynają ćwiczenia z zakresu stymulacji układu sensorycznego. Niezbędna jest wiedza z zakresu cech własnego ciała, która pozwala rozumieć zasady funkcjonowania jego części. Umożliwia to uświadamianie zależności w sferze odczuwania. Dotykanie przyjemnej, miękkiej sierści psa, czy przechodzenie pod psem lub przeskakiwanie psa nad dzieckiem, a także naśladowanie psa (np. leżenie na brzuchu, czołganie się, turlanie się) są ćwiczeniami dogoterapeutycznymi, idealnie wspomagającymi logopedię wraz ze wzbogacaniem nazewnictwa. Dodatkowo istnieje możliwość zastosowania znaków podczas zabawy z psem. Uświadamia to zależności pomiędzy sygnałem, czynnością i wydarzeniem, co ma szczególne znaczenie w przypadku pracy z dziećmi dotkniętymi przypadkami upośledzenia umysłowego. Należy jednak pamiętać by w miarę nabywania przez dziecko, koncepcji językowych, odrzucać system zastępczy. Dlatego zaleca się podczas dogoterapii używać jednocześnie słów i symboli. Ogólną koncepcję utrwalania słownictwa i pojęć według znaków innych niż język mówiony odniesieniu do zajęć ze zwierzętami można znaleźć w pracach Anny Popławskiej. Autorka ta zwraca również uwagę na istotę ćwiczeń fonacyjnych, słuchowych i oddechowych, w dogoterapii. Do innych ćwiczeń dogoterapeutycznych z zakresu logopedii, można zaliczyć wyjmowanie z pojemnika przez psa lub dziecko dla psa, przedmiotów zaczynających się na określone głoski, czy wykorzystywanie psa do wspomnianej wyżej nauki czytania. Połączenia logopedii i dogoterapii zależy w dużej mierze od kreatywności osób prowadzących zajęcia (Machos-

Nikodem M., 2006, s. 50-53), co odnosi się do wykorzystania dogoterapii w ogóle w pracy terapeutycznej.

Do przykładowych najprostszych ćwiczeń z zakresu dogoterapii zaliczamy:

- Czworakowanie tak jak pies – normalizuje napięcie i równowagę, przygotowuje do chodzenia, wzmacnia podpory i mięśnie.
- Turlanie – na przykładzie psa, lub pies turla nosem.
- Pies podaje łapę – ćwiczy chwyt, kierunkowy ruch kończyn, koordynację.
- Pies aportuje dziecku zabawkę – poprawia pracę kończyn, chwyt i kontrolę głowy.
- Głaskanie psa – ćwiczenie koordynacji, poprawa sprawności kończyn, normalizacja napięcia mięśniowego, stymulacja.
- Karmienie psa – poprawia koordynację wzrokową – ruchową i funkcje chwytne.
- Czesanie psa – jw.
- Lizanie stopy dziecka przez psa – rozluźnia, ćwiczy zgięcie grzbietowe i podeszwowe stopy (<http://badi-dogoterapia.blogspot.com/search/label/%C4%87wiczenia%20z%20psem>).

Ćwiczenia stymulujące różne aspekty rozwoju dziecka:

- Komunikacja werbalna – ćwiczenia związane z prawidłowym oddychaniem mogą polegać na sprawdzaniu jak oddycha pies, poprzez dotyk, słuch i obraz, czy naśladowaniu dźwięków (ziewanie, wycie, szczekanie). Ćwiczenie usprawniające język to na przykład naśladowanie oblizującego się psa. Ćwiczenie dmuchania – dziecko dmucha na psią sierść, co skutkuje utworzeniem się gwiazdki (ze zwróceniem uwagi na wdych nosem i wydech ustami). Umiejętności artykulacyjno-komunikacyjne może-

my usprawniać poprzez wydawanie psu komend, powtarzanie imion i nazw przedmiotów użytych w terapii (miska, smycz itp.) odpowiadanie na pytania terapeuty.

- Motoryka mała – manipulowanie akcesoriami psa, w tym na przykład odpinanie i zapinanie smyczy, zakładanie obroży, karmienie, czy czesanie. Głaskanie psa z wykorzystaniem różnego rodzaju ruchów (okrężne, drapanie, przytulanie).
- Zmysł wzroku – Wskazywanie podobieństw i różnic pomiędzy psami, na przykład ze względu na rasę, kolor i rodzaj sierści czy użytkowość. Szukanie wraz z psem ukrytej zabawki czy smakołyka. Rozróżnianie kolorów psich akcesoriów.
- Zdolność koncentracji uwagi – Obserwacja psa, nasłuchiwanie bicia serca przyglądanie się i opisywanie części ciała psa, zapamiętywanie sekwencji czynności wykonanych przez psa.
- Ruch – pies czołga lub turla się równoległe z dzieckiem. Przechodzenie pod i nad psem, skoki nad psim ogonem. Naśladowanie czynności wykonywanych przez psa. Rzucanie psu zabawek lub smakołyków do miski. Przeskakiwanie przeszkody – najpierw pies potem dziecko.
- Schemat ciała, orientacja przestrzenna – Wskazywanie części ciała psa i analogicznych u człowieka. Odkrywanie różnic. Prowadzenie psa na smyczy po ustalonym torze, lub według wskazówek dotyczących stron prawo, lewo.
- Zmysł słuchu – naśladowanie dźwięków. Określanie miejsca, w którym znajduje się pies zamkniętymi oczami na podstawie dźwięku (<http://niegrzecznedzieci.org.pl/asperger/terapia/dogoterapia/>).

Ćwiczenia wykonywane z obecnością psa bez użycia środków dydaktycznych.

- Pierwsze ćwiczenie, którego celem jest poprawa umiejętności naśladowania i planowania ruchu, polega na powtarzaniu grupowo przykładowego hasła: „na dywanie siedzi pies, co on robi to a też” i naśladowania wykonywanych komend zadanych psu przez dzieci. Ilość oczywiście uzależniona jest od poziomu zdolności i wyszkolenia psa. Do najprostszych należą przykładowo „siad”, „leżeć”, „turlaj się”.
- Kolejne ćwiczenia z tego zakresu, polega na wyścigach pomiędzy psem a dzieckiem, gdzie przewodnik niezauważalnie koryguje tempo psa, dziecko natomiast ściga się z psem „na czworaka”. Celem tego ćwiczenia jest poprawa koordynacji ruchowej i planowania motorycznego.
- Trzecie zaprezentowane ćwiczenia to zabawa w chowaniego. Dziecko chowa zabawkę lub smakołyk psa, następnie zadaniem zwierzęcia jest jej odszukanie. Można ćwiczenia poszerzyć o rozmowę na temat miejsca ukrycia po szczęśliwym odnalezieniu zguby. Celem, jest poprawa orientacji w przestrzeni, a także w przypadku opisu nazewnictwo związane z położeniem (nad, pod obok itp.)
- Kolejne ćwiczenie polega na porównaniu łapy psa z ręką dziecka. Dostrzeżeniu podobieństw i różnic, policzeniu pazurków i palców. Celem jest oprócz wzbogacenia mowy czynnej, utrwalanie umiejętności liczenia w zakresie do 5 (http://demi.zwierzetaludziom.pl/?page_id=672).

Przykładowe ćwiczenia zaprezentowane w artykule serwisu informacyjnego „dzielnicarodzica.pl”:

1. Usprawnianie motoryki narządów artykulacyjnych (ćwiczenia logopedyczne)
 - Pokaż jak piesek pije – dziecko naśladuje sposób picia widy prze psa, ruchami warg i języka.
2. Stymulacja słuchu
 - Gdzie jest piesek – dziecko z zawiązanymi oczami ma zlokalizować na podstawie dźwięków, gdzie jest pies.
 - Duży, mały piesek – prowadzący potrząsa na zmianę dwoma, wcześniej przygotowanymi pojemnikami (w jednym są duże kamyki, w drugim mniejsze) i pyta, jaki piesek do nas biegnie duży, czy mały? Zabawa może stanowić początek do rozmowy na temat psa, jaki ma kolor, co możesz o nim powiedzieć, ćwiczenia takie dodatkowo uczy kreatywności i pozwala się otworzyć dzieciom nieśmiałym.
3. Stymulacja polisensoryczna (doświadczenie wielozmysłowe)
 - Słoiczki z niespodzianką – dziecko ma za zadanie wydobyć smakołyki psa ze słoiczków wypełnionych różnorodnymi substancjami sypkimi (ryż, kasza, cukier).
4. Koncentracja uwagi
 - Miseczki – prowadzący umieszcza kolorowe miseczki pomiędzy dzieckiem, a psem, dziecko zamyka oczy, a prowadzący chowa jedną z misek, zadaniem dziecka jest wskazanie, która miseczka zniknęła (http://dzielnicarodzica.pl/42072/31/artykuly/przedszkolak/wychowanie/Zaszczekaj_jak_piesek?cid=7602512).

Podsumowując zebrany przeze mnie materiał chciałabym potwierdzić postawioną we wstępie pracy tezę. Korzystając z informacji na temat historii dogoterapii oraz różnorodnych sposobów pracy z psem i możliwości wykorzystania jej w wielu zróżnicowanych przypadkach, można uznać ją nie tylko za metodę samodzielną, ale i za wspomaganie dla innych metod i form pracy. Jest ona, zatem istotnym czynnikiem wspomagających wychowanie, nauczanie, rozwój, jak i rehabilitację oraz terapię dzieci i dorosłych. Istotne jest jednak by pamiętać o zadbaniu o bezpieczeństwo zarówno poddawanych terapii, jak i zwierząt biorących udział w przedsięwzięciach. Można to zrobić poprzez zapewnienie godnych warunków, oraz niezbędnego przeszkoleniem zarówno kadry jak i samych psów (Franczyk A., Krajewska K, Skorupa J, 2008, s. 22).

BIBLIOGRAFIA

- [1] CZUBAŁA J.CZ., *Czynniki leczące w psychoterapii*, wyd. PWN, Warszawa 2008,
- [2] FranCZYK A., KRAJEWSKA K., SKORUPA J., *Animaloterapia. Program Przedszkolnego Klubu Animals „Cztery Łapy”*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2008,
- [3] FRANCZYK A., KRAJEWSKA K., SKORUPA J., *Baw się poprzez animaloterapię. Przykłady gotowych sytuacji edukacyjnych z udziałem zwierząt*, Oficyna wydawnicza „Impuls”, Kraków 2012,
- [4] KAJA B., *Zarys terapii dziecka*, wyd. WSP, Bydgoszcz 1995,
- [5] KURZEJA A., *Dzieci ulicy profilaktyka zagrożeń*, Oficyna Wydawnicza „Impuls” 2008, Kraków 2008,
- [6] SZULC W., *Sztuka i terapia*, CMDNSŚM, Warszawa 1993,

- [7] WŁODARCZYK-DUDKA M. (red.), *Terapia psychopedagogiczna z udziałem psa wybrane zagadnienia*, wyd. Drwęca, Ostróda 2006.
- [8] MACHOŚ-NIKODEM M., *Nauka z pomocą psa*, „Edukacja i Dialog” nr 8, 2006.
- [9] <http://badi-dogoterapia.blogspot.com/search/label/%C4%87wiczenia%20z%20psem> (data korzystania: 25.03.2013),
- [10] http://demi.zwierzetaludziom.pl/?page_id=672 (data korzystania: 19.03.2014),
- [11] <http://dogoterapia.wordpress.com/artykuly/dogoterapia-rehabilitacyjna-sensoryczna-i-pedagogiczna/> (data korzystania 19.03.2014),
- [12] http://dzielnicarodzica.pl/42072/31/artykuly/przedszkolak/wychowanie/Zaszczekaj_jak_piesek?cid=7602512 (data korzystania: 19.03.2014),
- [13] <http://medycyna-alternatywna.wieszjak.pl/zooterapia/303936,2,Zooterapia-czyli-uzdrawiajaca-moc-zwierzat.html> (data korzystania 19.03.2014),
- [14] <http://medycyna-alternatywna.wieszjak.pl/zooterapia/303936,3,Zooterapia-czyli-uzdrawiajaca-moc-zwierzat.html> (data korzystania 19.03.2014),
- [15] <http://niegrzecznedzieci.org.pl/asperger/terapia/dogoterapia/>(data korzystania: 19.03.2014).

TERAPIA UCZNIĄ Z DYSLEKSJĄ W NAUCE JĘZYKA ANGIELSKIEGO

Streszczenie

Niniejsza praca wyjaśnia czym jest dysleksja, podaje jej definicję, przyczyny oraz określa jej różne typy. Wskazuje również na symptomy dysleksji na różnych etapach rozwoju dziecka oraz trudności jakie może napotkać w trakcie nauki języka angielskiego. Istotnym elementem jest diagnoza przeprowadzona przez zespół specjalistów, której następnym etapem jest terapia. Stosowanie odpowiednich metod pracy na lekcji z uczniami z dysleksją obejmuje m.in. metody wizualne i kinestetyczne. Ponadto należy dostosować sposoby sprawdzania wiedzy ucznia z tym zaburzeniem. Wymienione zostały również cele pracy z uczniem na zajęciach korekcyjno-kompensacyjnych oraz przykłady ćwiczeń.

Słowa kluczowe

dysleksja, przyczyny, symptomy, diagnoza, terapia, zajęcia korekcyjno-kompensacyjne

Abstract

The present paper explains what is a dyslexia, provides the definition, its causes and describes different types of it. Symptoms of dyslexia on different stages of development are indicated, as well as difficulties during lessons of English. An important element is diagnosis carried out by a team of specialists which later results in therapy. The applying of appropriate methods during lessons involves visual and kinesthetic methods. Moreover, ways of assessment should also be adapted to students with dyslexia. In the

paper there are also aims of work during corrective and compensatory classes and examples of exercises.

Keywords

dyslexia, causes, symptoms, diagnosis, therapy, corrective and compensatory classes

Określenia: „roztrzępany”, „robi dziwne błędy”, „tępak”, „patentowany leń”, „zdolny leń” (Bogdanowicz, Adryjanek, 2009, s. 17) – to tylko nieliczny zbiór terminów jakimi w przeszłości posługiwali się nauczyciele i rodzice opisując dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Spowodowane było to nieświadomością istnienia problemów z jakimi może borykać się uczeń w trakcie nauki szkolnej. W tej grupie osób możemy wyróżnić „dzieci niepełnosprawne intelektualnie, fizycznie, uczniów o inteligencji niższej niż przeciętna, dzieci z wadami narządów zmysłu, zaburzeniami mowy oraz specyficznymi trudnościami w uczeniu się” (Bogdanowicz, Adryjanek, 2009, s. 12). Do ostatniej z wymienionych grup można zakwalifikować uczniów doświadczających problemów w nauce języka, których odsetek wynosi około 15-20% wśród 5000 przebadanych dzieci w wieku 4-18 lat (Petty, 2010, s. 88) i wydaje się w ostatnim czasie wzrastać. Bogdanowicz (2009, s. 33) stwierdza, że 30-40% wykazuje trudności w czytaniu, zaś specyficzne trudności dotyczą 10-15% populacji. Określenie „specyficzne” oznacza tutaj wąski, szczególnie zakres trudności, przy czym rozwój umysłowy tych osób jest prawidłowy. Wspomniane kłopoty uczniów związane są niejednokrotnie ze specyficznymi trudnościami w czytaniu i pisaniu określanymi jako „dysleksja”, która według powyższych wyników badań występuje u jednego na dziesięciu uczniów. Jednakże badania prowadzone od ponad stu lat, działania organizacji, takich jak na przykład Polskie Towarzystwo Dysleksji oraz coraz

większa świadomość społeczeństwa pozytywnie wpływają na wczesne rozpoznanie i terapię uczniów z powyższym problemem.

Warto zatem przyjrzeć się bliżej temu zaburzeniu. W literaturze naukowej można znaleźć wiele definicji dysleksji, lecz wszystkie sprowadzają się do określenia jej jako trudności w czytaniu i pisaniu. Jest to bardzo ogólny opis, gdyż u wielu ludzi na różnych etapach rozwoju można zaobserwować powyższe trudności i nie są one spowodowane dysleksją, lecz obniżeniem sprawności intelektualnej, zaniedbaniem środowiskowym lub dydaktycznym, wadami zmysłów czy też schorzeniami neurologicznymi. Mając to na uwadze konieczne jest sprecyzowanie pojęcia i określenie charakterystycznych cech osoby z dysleksją.

Termin „dysleksja” to połączenie dwóch słów z języka łacińskiego, *dys* – trudność oraz *lego* – czytam, bądź *lexis* – wyrazy, tak więc możemy go rozumieć jako trudności w czytaniu wyrazów lub słabą umiejętność czytania i ortografii (por. Bogdanowicz, Adryjanek, 2009; Squires, McKeown, 2006). Z czasem zaczęto również używać terminu „dysleksja rozwojowa”, w którym przymiotnik „rozwojowa” podkreśla charakter zaburzenia – oznacza, że trudności występują w wieku rozwojowym, a więc u dzieci rozpoczynających naukę czytania i pisania. „Dysleksja rozwojowa” powinna być rozumiana jako zespół zaburzeń dotyczących nauki czytania i pisania, który można uszczegółowić i wyróżnić węższy zakres form (Bogdanowicz, 2004). Pierwszą z nich jest dysleksja – zaburzenia w czytaniu, którym najczęściej towarzyszą trudności w pisaniu. Drugą formą jest dysortografia, czyli trudności w opanowaniu poprawnej pisowni. W tym wypadku należy brać pod uwagę nie tylko błędy ortograficzne jak sugeruje nazewnictwo, lecz również wszystkie odstępstwa od prawidłowego zapisu. Ostatnim terminem dotyczącym węższego zakresu dysleksji rozwojowej jest dysgrafia, oznaczająca trudności w opanowaniu właściwego poziomu graficznego

pisma, których efektem jest brzydkie pismo. Wspomniane formy zaburzeń mogą wystąpić samodzielnie lub w różnych konfiguracjach. Oznacza to, że dziecko może dobrze czytać i znać zasady ortografii, ale popełniać dużo błędów w pisowni. Istnieją również sytuacje odwrotne – dziecko pisze poprawnie, lecz bardzo powoli i nieczytelnie. Powyższy podział umożliwia szczegółowe określenie jaka trudność występuje u danego dziecka i pozwala na dostosowanie odpowiedniej terapii do konkretnego zaburzenia.

Definicją, zawierającą szczegółowy opis i mogącą być podstawą do rozpoznania dysleksji rozwojowej jest ta opracowana przez Międzynarodowe Towarzystwo Dysleksji imienia Ortona z USA: „Dysleksja jest jednym z wielu różnych rodzajów trudności w uczeniu się. Jest specyficznym zaburzeniem o podłożu językowym uwarunkowanym konstytucjonalnie. Charakteryzuje się trudnościami w dekodowaniu pojedynczych słów, co najczęściej odzwierciedla niewystarczające zdolności przetwarzania fonologicznego. Trudności w dekodowaniu pojedynczych słów są zazwyczaj niewspółmierne do wieku oraz innych zdolności poznawczych i umiejętności szkolnych; trudności te nie są wynikiem ogólnego zaburzenia rozwoju ani zaburzeń sensorycznych. Dysleksja manifestuje się różnorodnymi trudnościami w odniesieniu do różnych form komunikacji językowej, często oprócz trudności w czytaniu dodatkowo pojawiają się poważne trudności w opanowaniu sprawności w zakresie czynności pisania i poprawnej pisowni” (Bogdanowicz, Adryjanek, 2009, s. 27). Jak więc wynika z powyższej definicji, dysleksja nie jest chorobą, lecz zaburzeniem uczenia się. Wskazuje zarówno na objawy, jak i przyczyny dysleksji, wśród których pojawia się w głównej mierze zaburzenie funkcji słuchowo-językowych, uwarunkowane biologicznie. Mowa jest o charakterze konstytucjonalnym, co oznacza, że zaburzenie zależy od zmian w strukturze centralnego układu nerwowego. W związku z tym uczeń mimo prawidłowego

rozwoju umysłowego i braku wad zmysłów wykazuje specyficzne trudności w zakresie fonologicznego aspektu języka. Zatem może on mylić podobne głoski i błędnie je zapisywać, opuszczać lub przedstawiać kolejność liter oraz mieć problemy z rozumieniem przeczytanego tekstu.

Mogłoby się wydawać, że sformułowanie definicji dysleksji jest wystarczające, jednakże w celu całkowitego i prawidłowego jej zrozumienia warto przyjrzeć się jej przyczynom. Literatura wskazuje na dwa poziomy uwarunkowań dysleksji. Pierwszy z nich ma podłoże biologiczne, a więc jest związany z rozwojem centralnego układu nerwowego. Drugi to przyczyny bezpośrednie, które wiążą się z zaburzeniami czynności tego układu i objawiają się jako dysfunkcje czynności poznawczych i motorycznych (Bogdanowicz, Adryjanek, 2009). Etiologia, czyli pierwotne przyczyny dysleksji opierają się na trzech koncepcjach, z których genetyczna została najlepiej poznana. Jej zwolennicy utrzymują, że czynnikiem patogennym są geny przekazywane od rodziców, powodujące nietypową strukturę centralnego układu nerwowego, a co za tym idzie, zaburzenia w nauce czytania i pisanie w późniejszym okresie życia. Drugą ideą jest koncepcja organiczna, mówiąca o mikrouszkodzeniach struktury mózgu odpowiedzialnej za czytanie i pisanie, które mogą być skutkiem działania czynników chemicznych, fizycznych lub biologicznych, jak na przykład niedotlenienie w czasie porodu. Nie mniej jednak ta teoria i ostatnia – koncepcja opóźnienia dojrzewania centralnego układu nerwowego, traktowana jako przejściowy skutek opóźnienia rozwojowego, są niedostatecznie zbadane i udowodnione naukowo.

Istnienie różnorodnych przyczyn dysleksji powoduje, że nauka dzieli ją również na cztery typy, w zależności od patomechanizmu zaburzenia (Bogdanowicz, Adryjanek, 2009). Wśród nich wyszczególnia się dysleksję typu wzrokowo-przestrzennego,

spowodowaną zaburzeniami spostrzegania i pamięci wzrokowej, dysleksję typu słuchowo-językowego, w której zaburzone jest spostrzeganie i pamięć słuchowa dźwięków mowy i funkcji językowych. W powyższym podziale zastosowanie ma również typ mieszany, łączący dwa wyżej wymienione typy. Ostatnim rodzajem jest dysleksja typu integracyjnego – osoby wykazujące ten typ mają zaburzoną koordynację funkcji percepcyjnych i motorycznych. Biorąc pod uwagę umiejętność czytania, trudności w tym zakresie mogą dotyczyć dekodowania, czyli błędnego odczytywania liter, w efekcie czego uczeń nie rozumie tego, co czyta. Mogą się też odnosić do samego rozumienia tekstu – zjawisko to nazywane jest hiperleksją. W tym przypadku uczeń potrafi zdekodować, czyli odczytać tekst, lecz nie wykazuje się zrozumieniem znaczenia przeczytanego fragmentu.

Bakker jest autorem innej klasyfikacji skupiającej się na zakłóceniach funkcjonowania półkul mózgowych. Wyróżnia on językowy typ dysleksji (typ L) z dominującą lewą półkulą, charakteryzujący się szybkim czytaniem z licznymi błędami z powodu przedwczesnego stosowania strategii językowych przez ucznia. Na etapie czytania elementarnego są one pożądane dopiero w następnej kolejności i powinna tu nadal dominować prawa półkula. Drugi typ nazywany jest percepcyjnym (dysleksja typu P), gdzie dominuje półkula prawa i jest obserwowany w późniejszym etapie edukacji. W tej sytuacji uczeń czyta wolno, lecz z nielicznymi błędami gdyż nadal dominują u niego strategie percepcyjne, wzrokowo-przestrzenne, charakterystyczne dla wczesnego etapu nauki czytania. Omówiona klasyfikacja porządkuje i umożliwia dostrzeżenie pojawiających się charakterystycznych zaburzeń, co ułatwia diagnozę i w dalszej kolejności terapię danego ucznia.

Najczęstszymi sygnałami sugerującymi, że dziecko może mieć dysleksję są trudności w nauce czytania. Problem ten jest

złożony i może przejawiać się w trudnościach z rozróżnianiem głosek, z zapamiętaniem związku głoska – litera, ze złożeniem pojedynczych głosek w słowo lub nieodpowiednie tempo czytania. Na poziomie rozumienia tekstu uczeń może wykazywać problemy z rozumieniem zdań, całych akapitów, dłuższych fragmentów lub ze streszczeniem przeczytanego tekstu (Levine, 2004). W dysleksji występuje również często trudność w zakresie poprawności lub odpowiedniego poziomu graficznego pisma. Objawy te mogą wystąpić samodzielnie lub jednocześnie. Należy jednak pamiętać przy tym, że rozwój umysłowy danego dziecka powinien być prawidłowy. Nie będziemy mieli do czynienia z dysleksją w wypadku wystąpienia powyższych trudności u dzieci o niskiej inteligencji, z wadami narządów zmysłów lub zaniedbanych środowiskowo. Analiza literatury wskazuje dodatkowo na kolejne problemy towarzyszące typowym objawom dysleksji. Dziecko może „stać się zbyt uzależnione od pomocy dorosłego, [...] niechętnie do próbowania [...], mieć niskie poczucie własnej wartości [...], unikać zadań edukacyjnych [...], mieć kłopoty z emocjonalnością i zachowaniem” (Squires, McKeown, 2006, s. 24). Thompson (2013) szczegółowo podaje listę cech towarzyszących dysleksji, dzieląc je na problemy z zachowaniem, czytaniem, pisaniem, literowaniem, kompozycją tekstu pisanego, interpunkcją i matematyką. Oprócz objawów wymienionych powyżej dziecko dyslektyczne nie lubi czytania i stara się go unikać, ponieważ gubi się w tekście, przestawia, pomija litery i słowa. Jego pismo bywa nieczytelne, z nietypowymi kształtami liter, sama czynność zajmuje mu dużo czasu, a w trakcie pomija lub przestawia litery, zapisując słowa tak jak je usłyszy z błędami. Zdania są budowane bez interpunkcji lub z błędnie zastosowanymi zasadami. Tekst jest nieuporządkowany, zagmatwany, zawiera wiele skreśleń. Dziecku trudno zacząć pisanie, więc najczęściej w ogóle go unika. Należy wspomnieć

również o zachowaniach dziecka, które może mieć skrajne nastroje począwszy od rozmarzenia aż po napady złości, może nie radzić sobie z kilkoma poleceniami naraz, być uparte, ciche i lękliwe. Dziecko z dysleksją nie lubi zmian, łatwo się rozprasza, gdyż nie toleruje hałasu. Dodatkowo mogą u niego wystąpić problemy z mówieniem, koordynacją ruchową, choroby wywołane stresem lub alergią.

Większość przypadków dysleksji zostaje rozpoznana dopiero w trakcie nauki szkolnej. Nie mniej jednak istnieją pewne symptomy umożliwiające wczesne dostrzeżenie ryzyka dysleksji już w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym oraz zapobieganie ich nasilaniu w późniejszym wieku. Pierwszym czynnikiem jest nieprawidłowy przebieg porodu i obciążenie genetyczne dysleksją. Objawy „ujawniają się w formie opóźnienia rozwoju funkcji wzrokowych, słuchowo-językowych, ruchowych, lateralizacji oraz orientacji w schemacie ciała, przestrzeni i w czasie” (Bogdanowicz, Adryjanek, 2009, s. 40). Na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Dysleksji podano szczegółowe przykłady objawów ryzyka dysleksji u dzieci w wieku przedszkolnym. Są to m. in. niezdarne ruchy, problemy ze sprawnością ruchową rąk (przy zapinaniu guzików, trzymaniu ołówka), trudności z budowaniem z klocków i układaniem puzzli. Dziecko niechętnie rysuje a obrazki są prymitywne, dodatkowo może używać na zmianę obu rąk. Kolejnym symptomem może być problem z wypowiedzianiem i zapamiętaniem złożonych lub nowych słów, zniekształcanie ich oraz problemy z zapamiętaniem piosenek, wierszyków. Jednoczesne występowanie kilku z podanych objawów zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia dysleksji, dlatego istotne jest obserwowanie dziecka już w wieku przedszkolnym i wczesne stymulowanie prawidłowego rozwoju.

Utrzymujące się i pogłębiające objawy mogą być przyczyną kolejnych niepowodzeń, również w nauce języków obcych. Wy-

raźne objawy dysleksji na lekcjach języka angielskiego ujawniają się u uczniów w klasach 4-6 szkoły podstawowej. U dzieci z zaburzeniami percepcji słuchowej problem stanowi zapamiętanie słówek i ich wymowa, jak również odróżnianie podobnych wyrazów. Na poziomie szkoły ponadpodstawowej trudności mogą się utrzymywać. Ponadto uczeń może nie radzić sobie z poprawnym pisaniem, wypowiedziami ustnymi, jak również z rozumieniem i zapamiętaniem mówionego tekstu.

Z uwagi na fakt, iż osoby dyslektyczne mają trudności w opanowaniu języka ojczystego, narażone są na podobne problemy podczas nauki języka obcego, ponieważ przyswajanie go oparte jest na podobnych umiejętnościach. Największy problem stanowi najczęściej przetwarzanie fonologiczno-ortograficzne. Tzw. płytki system ortograficzny (Nijakowska, 2011) oznacza regularne relacje między dźwiękiem a literą (fonemem a grafemem), więc sposób odczytywania wyrazu jest przewidywalny – w tym przypadku litera lub grupa liter jest odczytywana w ten sam sposób. Przeciwnieństwem tej sytuacji jest głęboki system ortograficzny, w którym dana grupa liter jest przyporządkowana więcej niż jednemu dźwiękowi i może być odczytywana na wiele sposobów. Podobna relacja występuje gdy istnieje kilka możliwości zapisu jednej głoski. Brak jest również w tym wypadku niezmiennych reguł. Przykładem głębokiego systemu ortograficznego jest język angielski, który jest przedmiotem niniejszej pracy. Jego nauka stanowi wyzwanie dla uczniów dyslektycznych ponieważ im głębsza ortografia danego języka, tym jest on trudniejszy do opanowania.

Z przytoczonych wyżej przykładów trudności wyłania się już obraz dziecka dyslektycznego. By mieć pewność, że uczeń należy do osób z dysleksją rozwojową diagnoza powinna być przeprowadzona przez zespół specjalistów. Na wczesnym etapie rozwoju, w wieku poniemowlęcym, pediatra może zauważyć pierwsze

symptomy, takie jak np. opóźniony rozwój ruchowy i brak raczkowania. Opóźniony rozwój mowy powinien być zdiagnozowany też przez logopedę. Dziecko z ryzykiem dysleksji powinno zostać rozpoznane już w przedszkolu, przed podjęciem nauki szkolnej, by zminimalizować wystąpienie dysleksji. Pomocna jest w tym przypadku Skala Ryzyka Dysleksji autorstwa Bogdanowicz, dostępna na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Dysleksji. Jednakże najczęściej dysleksja zostaje rozpoznana w szkole podstawowej po podjęciu nauki czytania i pisania. Badanie diagnostyczne obejmuje ocenę dokonaną przez nauczyciela na podstawie wypowiedzi ustnych i pisemnych ucznia (badanie pedagogiczne). Poradnia psychologiczno-pedagogiczna bada poziom czytania i pisania, dokonuje też oceny poziomu rozwoju umysłowego i funkcji percepcyjno-motorycznych i językowych, jak również zwraca uwagę na funkcjonowanie emocjonalno-społeczne (badanie psychologiczne). Konieczne mogą być konsultacje z logopedą, psychiatrą dziecięcym, foniatrą, okulistą bądź neurologiem w celu wykluczenia innych zaburzeń. Zastosowanie mają tu metody psychometryczne mające określone normy oraz kliniczne, do których wliczamy wywiad, obserwację, analizę wytworów i dokumentacji medycznej (Bogdanowicz, Adryjanek, 2009). Analiza zebranego materiału stanowi podstawę wydania opinii poradni psychologiczno-pedagogicznej stwierdzającej dysfunkcję oraz szczegółowy zakres zaburzeń. Istotne jest by diagnoza nie opierała się jedynie na opisanie aktualnego stanu, lecz wносиła coś nowego, koncentrowała się „na zaleceniach dotyczących poprawy funkcjonowania osoby badanej” (Urbanik, 2006). Następnym etapem jest wdrożenie ich do pracy z uczniem dyslektycznym.

Terapia i stosowanie zaleceń poradni psychologiczno-pedagogicznej powinno mieć miejsce już w trakcie lekcji języka obcego. Nie należy obwiniać ucznia za to, że ma dysleksję, lecz

okazać mu zrozumienie oraz chęć pomocy. Istotne jest, by nauczyciel znał zasady nauczania ucznia z dysleksją i potrafił budować atmosferę sprzyjającą włączaniu ich w pracę na lekcji. Należy podawać tylko jedno polecenie do wykonania i realizować jeden cel w trakcie lekcji oraz unikać sytuacji rozpraszcających uwagę. Najlepszym sposobem jest dzielenie zadań na mniejsze części o czytelnej strukturze i kolejności, pomaga to dobrze zorganizować naukę. Skuteczne jest przedstawianie danych w tabelach, rysunkach i mapach myśli oraz przygotowania dla ucznia gotowych notatek zawierających streszczenie i główne punkty lekcji. Nauczyciel powinien dać uczniowi dodatkowy czas na czytanie i pisanie jeśli go potrzebuje oraz sygnalizować wcześniej, że za chwilę uczeń zabierze głos. Ma on wtedy szansę skupić uwagę i uniknąć stresu spowodowanego utrudnionym wydobyciem wiedzy z pamięci. Istotne jest również pamiętanie o tym, by ucznia z dysleksją zwolnić z czytania na głos przy klasie, powoduje to stres i obawę przed kompromitacją.

Ponadto warto stosować metody pracy wykorzystywane z uczniami o preferencjach wzrokowych i kinestetycznych (por. Thompson, 2013; Petty, 2010). Zaliczają się do strategii niewerbalnych angażując prawą półkulę mózgu. Najefektywniejsze są wtedy, gdy uczeń wykonuje pracę, nie pozostając biernym. Pierwszą z nich jest „mapa myśli”. Sporządzanie notatek w tradycyjny sposób za pomocą samych słów angażuje jedynie lewą półkulę. Zastosowanie kolorów, rysunków i efektu trójwymiarowości uaktywnia prawą półkulę, więc obie zaczynają współpracować, podnosząc efektywność nauki, sprawiając, że jest szybsza i przyjemniejsza. Informacje są przedstawione w formie schematu w centrum kartki oraz rozchodzących się promieniście rozgałęzień składających się ze słów-kluczy lub rysunków-kluczy. Znacznie ułatwia to zapamiętanie i grupowanie informacji. Omówiona metoda może być stosowana w różnych

fazach lekcji – we wprowadzającej jako uaktywnienie, zbadanie poziomu wiedzy, nawiązanie do poprzedniego tematu lub ćwiczenia przygotowujące mózg. W fazie głównej utrwała wiadomości, wspiera ćwiczenia komunikacyjne i rozwiązywanie problemów. W końcowym etapie posłuży podsumowaniu, powtórzeniu i utrwaleniu wiadomości, sprawdzi zapamiętanie materiału oraz da możliwość wyrażenia opinii o zajęciach. Do innych metod wizualnych zaliczymy „ilustracje, zdjęcia, plakaty, diagramy, wzory i kształty, rysunki, komiksy [...], tabele, symbole, ikonki, loga, ulotki” (Petty, 2010, s. 319). Warto stosować prezentacje wskazujące na podobieństwa (np. gramatyka angielska i polska), wykorzystywać zdjęcia z Internetu, tworzyć tabele i modele oraz strony internetowe. Interesujące może być przygotowanie wystawy lub filmu wideo. Prawą półkulę uaktywnimy dając uczniom zadania wymagające użycia wyobraźni i poruszające ich uczucia. Strategie wykorzystujące doświadczenia kinestetyczne możemy podzielić na spokojne (zarządzanie informacją – klasyfikowanie kart, praktyczne – używanie komputerów, telefonów, nauczanie kolegów – prowadzenie dla nich prezentacji) oraz wymagające ruchu (odgrywanie ról, gra w decyzje – uczniowie odgrywają role i przemieszczają się tworząc grupy zgodnie z poleceniami nauczyciela).

Doświadczenie praktykujących nauczycieli wskazuje na istotną rolę metody projektów w pracy z uczniami z dysleksją. Pawłowska (2012) dzieli tę pracę na 4 lekcje, zapowiadając i wyjaśniając szczegóły zadania do wykonania, pokazuje przykłady i metodą burzy mózgów szuka z uczniami pomysłów. Następna część jest opisowa, uczniowie pracują nad tekstem za pomocą słownika, a nauczyciel sprawdza poprawność wykonywanych zadań. W trzecim etapie uczniowie wykonują część graficzną, a następnie w trakcie czwartej lekcji uczniowie dokonują samooceny na kartach oceny. Metoda ta aktywizuje uczniów,

motywuje do pracy i podnosi ich samoocenę gdyż daje szansę wykazania się. Ponadto podsumowuje materiał jednocześnie ucząc planowania pracy, a co najważniejsze – angażuje wiele zmysłów, co jest niezwykle istotne w pracy z uczniami z dysleksją.

Nijakowska proponuje zastosowanie treningu świadomości fonologicznej, podczas którego dzieci uczą się wydzielania wyrazów ze zdań, następnie dzielą wyrazy na sylaby i słowa na fonemy. Umożliwia to kategoryzowanie wyrazów ze względu na podobieństwo brzmieniowe i manipulowanie nimi tworząc nowe wyrazy. Zastosowanie ma tutaj „wyklaskiwanie dłońmi [...], wykładanie kartoników, klocków lub pionków, co ułatwia ich liczenie, segmentację i syntezę. Następnym krokiem jest wpisanie liter w kartoniki” (Nijakowska, 2011, s. 319, 320). Na lekcjach języka angielskiego można u uczniów z dysleksją rozwijać świadomość ortograficzną w zakresie różnorodnego zapisu danej głoski (prezentacja na kartonikach różnych zapisów tej samej głoski w kilku wyrazach). Dzięki temu dekodowanie staje się automatyczne, a głoski łatwiej połączyć w słowa i zrozumieć je. Równie istotny jest sposób prezentowania i utrwalania treści metodą MSL – multisensory structured learning (nauczanie wielozmysłowe). Angażuje ona słuch, wzrok, dotyk i ruch, a im więcej modalności zmysłowych wykorzystujemy tym łatwiej zrozumieć i zapamiętać materiał. W celu utrzymania zainteresowania i koncentracji ucznia powinno się utrzymywać odpowiednie tempo i atrakcyjność zajęć. Skuteczne są mnemotechniki (zapamiętywanie poprzez śmieszne, zaskakujące skojarzenia). Dzielimy je na wyobrażeniowe i werbalne „takie jak: łańcuszek, haki, mapa skojarzeń, technika słów zastępczych” (Fabiańska, 2011). Pomagają one w zapamiętaniu znaczenia obcych słów. Warto stosować ruchome pomoce (suwaki, układanki, kartoniki, klocki) i gry (przygotowane z udziałem uczniów). Istotne jest przy tym by stosować prze-

chodzenie od łatwiejszych ćwiczeń do trudniejszych, od dobierania kart do zapisywania w zeszytach, od dużej czcionki do mniejszej, od kolorów do czarnego.

Sprawdzanie wiedzy u dyslektyków niekoniecznie musi się odbywać sposobem pisemnym. Jeśli to możliwe, warto umożliwić im wypowiedź ustną, co pozwala na wykazanie się, gdyż umiejętności werbalne są często bardzo dobrze wykształcone. Sposób oceniania prac pisemnych wymaga dostosowania metod do uczniów dyslektycznych. Nauczyciel powinien unikać zaznaczania błędów wyraźnym kolorem – skupia to uwagę i utrwala niepoprawny zapis. Zamiast tego należy skreślić i napisać obok poprawną wersję lub zaznaczyć błąd na marginesie. Nie sprawdza się prośba by uczeń sam porównał swoje błędy z zapisem na tablicy – będzie miał trudności ze znalezieniem odpowiedniego wyrazu. Nieskuteczne jest mechaniczne przepisywanie wyrazu wiele razy. Zdecydowanie lepszą metodą będzie tu przepisywanie aktywizujące, które obejmuje „wypisywanie z tekstu wyrazów o określonej trudności, kolorowanie trudności ortograficznych w wyrazach, wyjaśnianie pisowni i werbalizowanie zasad ortograficznych, podawanie innych wyrazów z taką samą trudnością, tworzenie rodzin wyrazów, przekształcenia gramatyczne przepisywanych wyrazów czy układanie zdań z trudnymi wyrazami” (cyt. za: Nijakowska, 2011, s. 324). Nowoczesne technologie znacznie ułatwiają życie uczniom z dysleksją, którzy mogą korzystać ze słowników, programów sprawdzających pisownię, procesorów mowy, słuchać audiobooków zamiast samodzielnie czytać książki oraz wykonywać prezentacje unikając w ten sposób odręcznego pisania i czytania na głos.

Praca z uczniami na zajęciach korekcyjno-kompensacyjnych powinna angażować wszystkie zmysły i różne typy pamięci (wzrokową, słuchową, kinestetyczną). Nauczanie powinno się odbywać w przyjaznej atmosferze w formie zabawy, zmiennych,

krótkich ćwiczeń i regularnego powtarzania wcześniejszych partii materiału. Warto korzystać z materiału literowego i obrazowego. Szczegółowymi celami pracy terapeutycznej powinny być (Paszkiewicz-Tomczyk, Borkowska, 2012):

- kształtowanie świadomości fonologicznej – prezentowania dźwięków z obrazkami, szukanie wyrazów niepasujących do pozostałych;
- rozbudowywanie bazy słownikowej – przedstawianie realnych obiektów, rysowanie zwariowanego obrazka i nazywanie przedmiotów na nim, magiczne pudełko – rozpoznawanie przedmiotów dotykiem lub zapachem i podawanie angielskiej nazwy, pantomima – prezentowanie wyrazów gestem lub mimiką, pulling funny faces – losowanie karteczek, przedstawianie stanów emocjonalnych i odgadywanie ich nazw;
- doskonalenie struktur gramatycznych – prezentowanie ich w kontekście (scenka, układanie dialogu, użycie obrazków), stosowanie schematów i kolorów, generowanie zdań na temat własnej rodziny;
- kształtowanie rozumienia ze słuchu – wybieranie wyrazu niepasującego do pozostałych, dopasowywanie obrazka do wypowiedzi, porządkowanie obrazków, rysowanie na podstawie usłyszanego tekstu, określanie prawdy/fałszu adekwatnie do obrazu;
- kształtowanie sprawności pisania – w powietrzu, na piasku, kaszy, na plecach i odgadywanie o jakie słowo chodzi, układanie wyrazów z literek zapisanych na tablicy lub wykonanych z plasteliny;
- kształtowanie sprawności pisania – puzzle wyrazowe (wyrazy na karteczkach tworzą zdanie, uczeń obserwuje jak ono powstaje), mapka tekstu (uczeń czyta tekst z pomocą nauczyciela i uzupełnia brakujące informacje),

list od przyjaciela z zaszyfrowanymi informacjami (zadaniem jest odkodowanie i odczytanie wiadomości), używanie dyktafonu do odsłuchania w trakcie czytania tekstu.

Zrozumienie mechanizmów powstawania oraz znajomość symptomów dysleksji jest podstawą do udzielenia pomocy dziecku z tym zaburzeniem. Im wcześniej zostanie ona rozpoznana, zdiagnozowana i zastosuje się terapię, tym większa szansa, że trudności nie rozwiną się w stopniu poważnie utrudniającym funkcjonowanie ucznia w szkole i całym późniejszym życiu. Dziecko pozostawione bez pomocy doświadczy mechanizmu „błędnego koła” utrwalającego objawy, lub „spirali”, która spowoduje, że problemy i deficyty będą narastać (Bogdanowicz, 2011). Na sukces składa się w tej sytuacji nie tylko praca samego dziecka nad przezwyciężeniem własnych ograniczeń, ale odpowiednia motywacja i podejście nauczycieli oraz terapeutów, połączona ze wsparciem rodziców, którzy są również niezwykle istotnym elementem w „walce” z dysleksją.

BIBLIOGRAFIA

- [1] BOGDANOWICZ M., 2007, Niezwyczajni uczniowie, [w:] Sztuka nauczania. Czynności nauczyciela, red. Krużewski K., Warszawa.
- [2] BOGDANOWICZ M., ADRYJANEK A., 2009, Uczeń z dysleksją w szkole. Poradnik nie tylko dla polonistów, Gdynia.
- [3] LEVINE M., 2004, Jak nie tracić głowy w szkole. O zdolnościach do nauki i zaburzeniach uczenia się, Poznań.
- [4] NIJAKOWSKA J., 2011, Język obcy dla ucznia z dysleksją, [w:] Nauka języka obcego w perspektywie ucznia, red. KOMOROWSKA H., Warszawa.

- [5] PETTY G., 2010, Nowoczesne nauczanie. Praktyczne wskazówki i techniki dla nauczycieli, wykładowców i szkoleniowców, Sopot.
- [6] SQUIRES G., MCKEOWN S., 2006, Pomóż dziecku z... dysleksją, Warszawa.
- [7] THOMPSON J., 2013, Specjalne potrzeby edukacyjne, Warszawa.
- [8] URBANIUK J., 2006, O dwóch takich co... dostali diagnozę. Problematyka diagnozy dziecka z dysleksją, [w:] Dziecko z zaburzeniami rozwoju. Konteksty diagnostyczne i terapeutyczne, red. CYTOWSKA M., WINCZURA B., Kraków.
- [9] BOGDANOWICZ M., 2011. Brak pomocy specjalistycznej uczniom z dysleksją – zagrożenia i konsekwencje, „Dysleksja”, nr 2 (10), s. 7-12.
- [10] FABIAŃSKA A., 2011, Mapa myśli jako metoda wspomagająca naukę języka obcego uczniów z dysleksją, „Dysleksja”, nr 3 (11), s. 25-30.
- [11] PASZKIEWICZ-TOMCZYK E., BORKOWSKA A. R., Wsparcie procesu nauczania języka angielskiego ucznia z nasilonymi objawami dysleksji rozwojowej. Studium przypadku, „Dysleksja”, nr 1 (12), s. 38-44.
- [12] PAWŁOWSKA A., 2012, Metoda projektów jako sposób pracy z uczniem z dysleksją na lekcjach języka obcego, „Dysleksja”, nr 1 (12), s. 31-33.
- [13] Kwestionariusz Skali Ryzyka Dysleksji, http://ptd.edu.pl/content/download/228/956/version/1/file/kwestionariusz_SRD.pdf (pobrano: 21.03.2014).
- [14] Symptomy ryzyka dysleksji i dysleksji rozwojowej dzieci w wieku przedszkolnym, http://ptd.edu.pl/o_dysleksji/symptomy_dysleksji/ryzyko_dysleksji_dzieci_w_wieku_przedszkolnym_i_w_kl_0 (pobrano: 20.03.2014).