

Tadeusz Dzierka

Rehabilitacja dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym : na przykładzie funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacyjno-Wychowawczego w Katowicach

Nauczyciel i Szkoła 2 (7), 130-139

1999

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Tadeusz Dzierka

Rehabilitacja dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na przykładzie funkcjonowania Ośrodka Rehabilitacyjno-Wychowawczego w Katowicach

W 1986 roku w Katowicach-Giszowcu powstał pierwszy w Polsce Ośrodek Rehabilitacyjno-Wychowawczy utworzony przez dr M. Trzcinią-Fajfrowską przy współpracy rodziców dzieci niepełnosprawnych zrzeszonych w TPD, załogę kopalni „Staszic”. W Ośrodku tym znalazły kompleksową opiekę dzieci, młodzież i osoby dorosłe z upośledzeniem umysłowym oraz z mózgowym porażeniem dziecięcym.

Swoim zasięgiem oddziaływania placówka obejmowała przede wszystkim potrzebujących z Giszowca, a w miarę wolnych miejsc z Katowic i okolicznych miast Górnego Śląska.

Głównym zadaniem Ośrodka Rehabilitacyjno-Wychowawczego ujętym w statucie było: uruchomienie procesu wielospecjalistycznej stymulacji poszczególnych sfer rozwojowych oraz rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych. Umożliwienie dzieciom maksymalnego rozwoju i potencjalnych możliwości, zabezpieczenia środków utrzymania i godziwego poziomu życia, wykonywania pracy, aktywne uczestnictwo w różnorodnych formach życia społecznego.

Wynikające z przyjętych zadań cele odnosiły się do: zapewnienia opieki, wychowania, nauczania, leczenia, rehabilitacji, terapii pracą i rekreacji, śledzenia losów osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie działalności Ośrodka w celu: planowania odpowiedniej opieki, wspomaganie terapeutycznego rodzin, szkolenia ich oraz poradnictwa życiowego.

Zadania Ośrodka obejmowały w szczególności: diagnostykę medyczno-psychologiczną, pedagogiczno-społeczną, zapewnienie kompleksowego postępowania rehabilitacyjnego, nauczanie i kształcenie ustawiczne młodzieży i dzieci, adaptację wychowanków do życia w społeczności lokalnej i tworzenie warunków sprzyjających ich integracji.

Wśród podopiecznych Ośrodka największe, potencjalne możliwości rehabilitacji wykazywały dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym (mpdz).

Definicja mózgowego porażenia dziecięcego sprawiała i sprawia wiele trudności. Autorzy licznych publikacji naukowych, poświęconych temu zagadnieniu, wysuwali liczne definicje.

Najbardziej rozpowszechnioną definicją jest „[...] niepostępujące zaburzenia czynności będącego w rozwoju ośrodkowego układu nerwowego, a zwłaszcza ośrodkowego neuronu ruchowego, powstałe w czasie ciąży, porodu lub w okresie okołoporodowym”.

Porażenie mózgowe spowodowane jest różnymi czynnikami uszkadzającymi ośrodkowy układ nerwowy w wymienionych w definicji okresach. U dzieci z porażeniem mózgowym stwierdza się różnego stopnia i różnej lokalizacji kurczowe niedowładki kończyn, ruchy mimowolne, zaburzenia zborności ruchów i równowagi oprócz dominujących w obrazie klinicznym zaburzeń ruchowych. Zespołowi towarzyszy różnego stopnia opóźnienie rozwoju umysłowego, zaburzenia w zachowaniu z opóźnionym rozwojem lub bez niedorozwoju umysłowego: u około „[...] 75% zaburzenia z opóźnionym rozwojem i opóźnieniami rozwojowymi, padaczka u 35% dzieci, uszkodzenie narządu wzroku u 50% dzieci, uszkodzenie słuchu 25%, nieprawidłowości rozwoju mowy 50–75%”.

Ze względu na różnorodność klasyfikacji mózgowego porażenia, przyjęto najbardziej rozpowszechniony podział INGRAMA, oparty na kryteriach topograficznych oraz uwzględniający kilka postaci klinicznych. Podział ten zawiera następujące postacie kliniczne porażenia mózgowego:

Obustronne porażenie kurczowe (diplegia)

Ta postać obejmuje głównie kończyny dolne (niedowład w kończynach dolnych przeważa nad niedowładem w kończynach górnych). Cechuje ją duża różnorodność obrazu klinicznego zależna od lokalizacji zmian i ich nasilenia, jak również innych towarzyszących zaburzeń słuchu, wzroku i mowy. Rozwój umysłowy dzieci jest w dużym odsetku przypadków z pogranicza normy, głębsze upośledzenia umysłowe zdarzają się wyjątkowo rzadko. U pewnej liczby dzieci występuje padaczka oraz zaburzenia w sferze emocjonalnej. Mogą również wystąpić zaburzenia mowy.

Porażenia kurczowe połowiczne (hemiplegia)

Postać ta w większości przypadków wywołana jest niekorzystnymi czynnikami okołoporodowymi. Pierwsze symptomy tej postaci zaobserwować można pomiędzy 3 a 5 miesiącem życia. Charakteryzuje się niedowładem kończyny górnej i dolnej po tej samej stronie. Rozwój umysłowy u większości dzieci jest prawidłowy lub nieznacznie obniżony, a głębsze upośledzenia umysłowe zdarzają się rzadziej niż w innych. U pewnej liczby dzieci występują zaburzenia mowy, padaczka oraz zaburzenia w sferze emocjonalnej.

Obustronne porażenie połowiczne (hemiplegia bilateralis)

Obustronne porażenie połowiczne związane jest w większości z przedporodowym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. W mniejszym stopniu postać ta jest następstwem niektórych nabytych spraw chorobowych (bakteryjne zapalenie opon mózgoworzeniowych). Cechuje ją większe nasilenie objawów spastycznych w kończynach górnych niż dolnych. Jest to jedna z najcięższych postaci mózgowego porażenia dziecięcego. Większość dzieci wykazuje objawy upośledzenia umysłowego. Występują trudności w karmieniu, gryzieniu i żuciu. Często występuje padaczka, zwłaszcza o typie zespołu Westa oraz o typie napadów dużych u dzieci starszych.

Postać mózdkowa (ataktyczna)

Należy do rzadziej spotykanych postaci klinicznych mózgowego porażenia dziecięcego. W większości związana jest z przedporodowym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Najistotniejszą cechą jest stan napięcia (mózgowego) mięśniowego, które jest obniżone i wiążące z tym opóźnienie rozwoju postawy i lokomocji oraz zaburzenia koordynacji ruchów.

Zaburzenia rozwoju umysłowego są bardzo rzadkie, jednakże zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej, a także zaburzenia rozwoju mowy, utrudniają naukę w szkole.

Postać pozapiramidowa

W zależności od rodzaju stwierdzonych ruchów mimowolnych rozróżnia się następujące postacie: dystoniczna, atetoniczna, płasawicza.

Najczęstszą przyczyną pozapiramidowej postaci mózgowego porażenia dziecięcego są zespoły hiperbilirubinemii noworodka. Chore dzieci są na ogół dobrze rozwinięte umysłowo, często występuje niedosłuch lub głuchota, porażenie spojrzenia ku górze, zez oraz niekiedy objawy piramidowe. Napady padaczkowe występują dość rzadko i pojawiają się dopiero w późniejszych okresach życia. Dzieci z pozapiramidową postacią mózgowego porażenia w związku z ruchami mimowolnymi, które uniemożliwiają im wykonywanie precyzyjnych czynności, gorzej oceniane są przez najbliższe otoczenie.

Większość podziałów uwzględnia ponadto istnienie postaci mieszanych mózgowego porażenia dziecięcego. I. Czechańska obok scharakteryzowanych postaci „czystych” wymienia również takie postacie, które łączą w sobie objawy dwóch lub większej liczby postaci. Dotyczyć to może łączenia postaci spastycznych obustronnego porażenia kurczowego z objawami jedno lub obustronnego porażenia połowicznego.

Omawiając różnego typu warianty kliniczne mózgowego porażenia dziecięcego nie można pominąć istnienia objawów współlistniejących.

Zakłócenia funkcji wzrokowych mogą być uwarunkowane nieprawidłowym działaniem lub uszkodzeniem receptora wzrokowego. Zaburzenia funkcji wzrokowych wiążą się również z zaburzeniami w zakresie ruchów gałek ocznych. W trakcie przeprowadzonych eksperymentów przez W. Maybeery (1985) stwierdzono, że „ruchy podążania gałek ocznych za poruszającym się przedmiotem u dzieci z mpdz charakteryzują się nieregularnością ruchów oczu, zezem, niestałością fiksacyjną i nieuwagą”. Wymienione dysfunkcje prowadzą do powstania charakterystycznych objawów zaburzonej percepcji wzrokowej, takich jak trudności: w wyodrębnieniu części w złożonej całości, różnic między przedmiotami, rysunkami, układami przestrzennymi podobnymi, w dostrzeganiu podobieństw w rysunkach pozornie całkowicie różnych, w zapamiętywaniu obrazu graficznego różnych struktur, w zrozumieniu i wnioskowaniu na materiale obrazkowym, w słabej pamięci wzrokowej oraz trudności w budowaniu układów przestrzennych, w słabej percepcji głębi (szczególnie widocznej przy chodzeniu po schodach).

Na zakłócenia percepcji słuchowej mają wpływ uszkodzenia receptora słuchowego, dróg nerwowych, dysfunkcje w ośrodkach podkorowych i korowych. Nie bez znaczenia jest również wpływ nieprawidłowo funkcjonujących innych systemów sensorycznych, głównie przedsionkowego. Potwierdzają to badania J. Stiwwella, T. Crowa i L. McCalluma (1978). Kolejnym czynnikiem wpływającym na zaburzenia percepcji słuchowej są *zakłócenia procesów integracji sensorycznej*. Potwierdzają to doświadczenia kliniczne Bobathów, które wskazują na poprawę funkcji językowych u dzieci mpdz, poddanych terapii wykorzystującej integrację sensoryczną.

Wymienione dysfunkcje mają wpływ na procesy percepcji słuchowej, której zaburzenia przejawiają się: w rozumieniu mowy, zapamiętywaniu słów, w różnicowaniu dźwięków, w trudnościach z ekspresją słowną, w reakcji na polecenia słowne oraz w trudnościach w koncentracji.

Zaburzenia w orientacji przestrzennej dokonują się w *ujmowaniu fizycznych wykładników układu przedmiotów (obiektów) w otaczającej nas rzeczywistości* (J. Eliot, 1987). Mówiąc o przestrzeni *będziemy rozróżniali przestrzeń realną i przestrzeń poznawczą*.

Przestrzeń realna to *obszar wokół nas, ten, w którym się poruszamy i w którym wchodzimy w różne interakcje z przedmiotami*. Natomiast przestrzeń poznawcza to *wewnętrzna reprezentacja przestrzeni realnej w mózgu, to myślenie przestrzenne i pamięć przestrzeni* (J. Eliot, 1987).

Dzieci z mpdz doznają zakłóceń zarówno w orientacji przestrzeni realnej, jak i przestrzeni poznawczej.

Zaburzenia w przestrzeni realnej to zaburzenia w przestrzeni osobowej (schemacie ciała: trudności w nazywaniu części ciała, jak i ich lokalizacji) i okołoso-

bowej, a więc wszędzie tam, gdzie wchodzimy w interakcje z obiektami (występują problemy w dokładnej lokalizacji obiektów, trudności w ocenie odległości, ocenie położenia, w poruszaniu się między przedmiotami).

Zaburzenia orientacji w przestrzeni poznawczej to przede wszystkim dezorientacja topograficzna (w wyobrażeniu przestrzennego schematu otoczenia, znajdowania drogi, utracie poczucia kierunku), zakłócenia orientacji w zakresie czynności konstrukcyjnych i grafomotorycznych oraz słaba orientacja w zakresie rozpoznawania relacji i zależności w przestrzeni ciała i odzieży (według D. Bensona), są to zaburzenia w konstruowaniu wizualno-przestrzennych właściwości ubrań i odpowiednich części ciała w relacji do ubrania.

Wszystkie te zaburzenia wpływają na rozumienie poleceń odnoszących się do orientacji w przestrzeni.

Proces dojrzewania systemu nerwowego zmierzający w kierunku lokalizacji i specjalizacji funkcji podkorowych nazywamy lateralizacją. Rezultatem tego procesu jest dominacja jednej półkuli nad drugą w określonych funkcjach. Jest to końcowy etap wszystkich wcześniejszych procesów integracji sensorycznej. Zewnętrznie lateralizacja objawia się poprzez dominację jednej ze stron ciała w zakresie różnych funkcji.

U dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, w wyniku wolniejszego dojrzewania ośrodkowego układu nerwowego i uszkodzeń mózgu, proces lateralizacji jest często opóźniony i zakłócony. Zaburzenia te przejawiają się deficytami w zakresie obustronnej koordynacji motorycznej, przekraczaniu linii środkowej ciała oraz nieustaloną czy skrzyżowaną lateralizacją. Najczęściej spotykane trudności wynikające z tych zakłóceń to: trudności w nauce czytania, w przepisywaniu z tablicy, z różnicowaniem stron ciała, pisownią liter o podobnym kształcie (lecz inaczej ułożonych w przestrzeni), ogólne trudności z poziomem graficznym.

Specyfika odmienności w rozwoju mowy dotyczy różnych jej składowych, od najcięższych zaburzeń rozumienia do najłżejszych form, nieprawidłowej realizacji podsystemu fonetycznego języka. Wśród dzieci z mpdz około 75% ma różnego typu zaburzenia mowy od najłżejszych dyslalii (*wada wymowy polegająca na wadliwej realizacji głosek. odbiegająca od norm ustalonych przez zwyczaj społeczny*), poprzez jąkanie, do dyzartrii (*zaburzenia mowy w wyniku uszkodzenia ośrodków i dróg nerwowych. unerwiających narządy mowy. Są to zaburzenia oddechowe, fonacyjne, artykulacyjne*) i anartrii (*niemożność mówienia w wyniku uszkodzenia ośrodków i dróg oddechowych unerwiających narządy mowne*).

Uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego powoduje, że znaczny procent wśród dzieci z mpdz jest opóźnionych bądź upośledzonych umysłowo. T. Galkowski uważa, że *pierwotne uszkodzenie ośrodków mózgowych i spowodowana tym blokada głównych dróg informacji oraz dodatkowo występujące zaburzenia ograni-*

czają zdobywanie wczesnych doświadczeń sensoryczno-motorycznych, przyczyniając się do wolniejszego rozwoju umysłowego tych dzieci i mogą powodować opóźnienie rozwojowe, a nie upośledzenie umysłowe.

Niektórzy autorzy uważają, że około 50–70% populacji mpdz to osoby upośledzone umysłowo (K. i B. Bobathowie, 1980, R. Michałowicz, 1993). Jednak w świetle nowszych badań dominuje pogląd, że tylko u 1/3 dzieci z mpdz stwierdza się upośledzenie umysłowe, a u większości z nich rozwój mowy jest przeciętny lub niższy niż przeciętny, występuje również wyższy niż przeciętny. Powołując się na badania E. Mazanek (1996) wśród zbadanych dzieci z mpdz inteligencję przeciętną, wyższą niż przeciętną lub wysoką wykazało 39,42% badanych dzieci, taki sam procent, tzn. 39,42% badanych wykazało upośledzenie umysłowe, a inteligencję niższą niż przeciętną ma 21,16% badanych. U dzieci z mpdz występuje bardzo duże zróżnicowanie w rozwoju umysłowym, wahające się w granicach od głębokiego upośledzenia umysłowego (I.I. 19) do wysokiego poziomu inteligencji (I.I. 139). Zmiany w ilorazie inteligencji zauważa się na wszystkich występujących u dzieci z mpdz stopniach sprawności intelektualnej.

W Ośrodku Rehabilitacyjno-Wychowawczym w Katowicach-Giszowcu zespół złożony z lekarza, kinezyterapeuty, psychologa, pedagoga, logopedy opracowywał indywidualnie dla każdego dziecka z mpdz program terapii, który uwzględniał możliwości rozwojowe (kształtowanie prawidłowych wzorców ruchowych, jak i tempo wyrównywania opóźnień rozwojowych). Dzieci te były poddane wieloprofilowemu usprawnianiu, obejmującemu jednocześnie wszystkie zaburzone sfery.

Rehabilitacja ruchowa

U podstaw rehabilitacji ruchowej leży szerokie postrzeganie problemu widzianego przez pryzmat celów postępowania. Cele te mają swoistą hierarchię, a nadrzędny jest ogólny cel określający dążenie do tego, by podopieczny mógł w miarę swych potencjalnych możliwości jak najlepiej funkcjonować w normalnym życiu. Chodzi tu oczywiście o wszystkie sfery życia, szeroko pojętą samowystarczalność (a zatem aspekt funkcjonalny), cele etapowe, a wreszcie cele doraźne określające szczegółowo do jakich efektów należy dążyć w danej chwili, aby realne było przejście do wyższego etapu usprawniania.

Na przestrzeni wielu lat wypracowano w Ośrodku szereg różnorodnych metod usprawniania, które uwzględniają ogólne zasady polskiej koncepcji rehabilitacji (powszechność, wczesność, ciągłość i kompleksowość).

Aby najkorzystniej móc dobrać odpowiednią metodę do aktualnych potrzeb i etapu rozwoju podopiecznego, rehabilitantów szkolono w zakresie poszczególnych metod: Vojty, Bobath-NDT, Peto, Domana. Metodę postępowania kinezytera-

peutycznego wspomagano zabiegami z zakresu: masażu ręcznego, elektroterapii, wodolecznictwa.

Zabiegi te przygotowywały lub uzupełniały indywidualny program usprawniania.

Stały element postępowania kinezyterapeutycznego stanowiły ćwiczenia w środowisku wodnym, które obniża wzmożenie napięcia mięśniowego, zwiększa możliwości opanowania własnego ciała, dając możliwość „manipulowania” poszczególnymi odcinkami ciała w celu likwidacji patologicznej motoryki, przykurczy i utrwalonych stereotypów ruchowych. Znacznie także ułatwiało naprzemienność ruchu.

Poszukując nowych form rehabilitacji, w celu pełniejszej kompleksowości wprowadzono w Ośrodku hipoterapię. Przekazywanie impulsów powodujących określone reakcje ruchowe wpływa na układ krwionośny i oddechowy, aktywizację i stabilizację osobowości, sterowanie umiejętnością postrzegania i koncentracji, wzrostem motywacji do ćwiczeń. Hipoterapia stała się ulubioną formą rehabilitacji ruchowej, na którą dzieci udawały się bez stresu.

Terapia

Niezbędnymi elementami w terapii dziecka z mpdz są: kontakt emocjonalny z dzieckiem, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa emocjonalnego i fizycznego. Traktowanie dziecka jako podmiotu oddziaływań terapeutycznych, a nie jako przedmiotu. Prowadzenie zajęć w formie atrakcyjnej, dostarczającej nowych doświadczeń. Dostosowanie zadań do możliwości wykonania przez dziecko.

Aby uzyskać największe efekty terapii zwracano szczególną uwagę na treningi w zakresie: schematu ciała, orientacji przestrzennej, ćwiczeń pamięci wzrokowej i słuchowej, analizy i syntezy wzrokowej i słuchowej, rozwijania mowy biernej i myślenia, spostrzegania zmysłowo-ruchowego, sprawności manualnej (J. Ślenzak, 1993).

Stymulację w zakresie wymienionych funkcji zapewniano stosując wybrane metody:

Terapia zabawą przeznaczona dla dzieci z mpdz w wieku od 2 do 6 lat. Celem tej terapii jest: *rozwijanie koordynacji wzrokowo-ruchowej połączonej ze stosowaniem prawidłowych wzorców manipulacyjnych, tworzenie skojarzeń wzrokowo-ruchowych w ramach czynności graficznych, kształtowanie wzrokowej orientacji przestrzennej, wzbogacanie słownika oraz myślenia pojęciowego i poznania związków przyczynowo-skutkowych podczas rysowania, składania elementów czy zabaw konstrukcyjnych.* (J. Baran, 1991).

Metoda dobrego startu — istotną rolę w metodzie dobrego startu pełnią trzy elementy: wzrokowy (znak graficzny), słuchowy (piosenka) i motoryczny (odtworzenie znaków graficznych zgodnie z rytmem piosenki). Ćwiczenia zawarte w tej metodzie usprawniają jednocześnie analizatory: wzrokowy, słuchowy i kinestetyczno-ruchowy, przyczyniają się do kształcenia lateralizacji, orientacji w schemacie ciała i przestrzeni, kształcą także zdolność operowania symbolami (M. Bogdanowicz, 1989). Wiele elementów zawartych w omawianej metodzie stanowi atrakcyjną formę zajęć, dzięki czemu wyzwalana jest aktywność dziecka i to zarówno w kierunku wykonywania konkretnych ćwiczeń związanych z realizacją znaku, jak i nawiązywania kontaktów z rówieśnikami.

Metoda ta jest przeznaczona przede wszystkim dla dzieci z zaburzeniami funkcji percepcyjno-motorycznych.

Metoda Weroniki Sherborne

W. Sherborn wyprowadziła swój system terapeutyczny z naturalnych potrzeb dziecka zaspokajanych w kontaktach z dorosłymi. Jego inspiracją było tak zwane baraszkowanie z matką, ojcem, zawierające bliskość fizyczną i emocjonalną. Dziecko musi mieć poczucie wyodrębnienia się od tego, co je otacza; poczucie istnienia jako indywidualności. Ta świadomość powstaje w dużej mierze dzięki doznaniom płynącym z poznawania własnego ciała i odczuwania go w kontakcie z elementami otoczenia, dzięki poruszaniu się w przestrzeni.

Warunkiem powodzenia terapii jest zabawowa, radosna atmosfera, możliwe osiągnięcie sukcesu w każdym ćwiczeniu i wspólna satysfakcja z pokonywania trudności.

Grupy ćwiczeń wspomagających rozwój dziecka zawarte w Metodzie Ruchu Rozwijającego W. Sherborne:

1. Ćwiczenia prowadzące do poznania własnego ciała.
2. Ćwiczenia pomagające zdobyć pewność siebie i poczucie bezpieczeństwa otoczeniu.
3. Ćwiczenia ułatwiające nawiązanie kontaktu i współpracy z partnerem i grupą.
4. Ćwiczenia twórcze.

Weronika Sherborne opracowała swoją metodę z myślą o dzieciach z globalnymi zaburzeniami rozwoju psychoruchowego.

Metoda może przyczynić się do rozwoju dzieci w dwóch ważnych dziedzinach: wykształcenia obrazu samego siebie oraz nawiązania kontaktów społecznych (Sherborne, 1984).

Świadomość samego siebie, posiadania ciała, jego części jest podstawą do wyodrębnienia własnej osoby z otoczenia i poczucia tożsamości. „Świadomość, iż posiada ono tułów, pomaga dziecku w poruszaniu ciałem jako całością...” (Sher-

borne, 1984). Dzięki tym ćwiczeniom dziecko czuje się całością wyodrębnioną („ma ożywiony tułów, jest połączone w całość”). Umożliwia mu to poczucie władania ciałem oraz skutecznej aktywności ruchowej.

Drugą ważną dziedziną, w której mogą pomóc zajęcia metodą W. Sherborne, to nawiązywanie kontaktów interpersonalnych.

Zdaniem W. Sherborne „poprzez odtworzenie wczesniemowlęcych zabaw między rodzicami i dzieckiem, których dziecko najczęściej nigdy nie doświadczyło, możemy pomóc mu w odnalezieniu siebie i w nawiązaniu kontaktu z innymi”.

Metoda W. Sherborne pomaga też, w drodze niewerbalnej, trenować niektóre zaburzone funkcje poznawcze.

Nieadekwatne spostrzeganie rzeczywistości ma szansę ulec stopniowej korekcie na skutek konkretnych ćwiczeń poznawania otoczenia wielozmysłowo: ruchem (kinestetycznie), dotykiem, a nie wyłącznie wzrokiem, który to zmysł nie funkcjonuje najlepiej u tych dzieci.

Ruch Rozwijający W. Sherborne jest metodą niewerbalną: poprawia komunikację dziecka z otoczeniem. Metoda W. Sherborne pozwala dzieciom zaspokoić takie potrzeby psychiczne, jak potrzebę bezpieczeństwa, potrzebę wzrostu i rozwoju, potrzeby społeczne i poznawcze oraz bardzo dla nich ważną potrzebę ruchu. Ruch jest zabawą, która daje przeżycie radości i dzielenia jej z innymi, co jest dla dzieci z mpdz jedną z najważniejszych rzeczy.

Muzykoterapia — „Umysł człowieka posiada pewną zdolność zarówno nie-uświadomionego, jak i świadomego wyróżniania form uporządkowanych i uładzonych [...] i naturalne możliwości odczucia zmiany charakteru melodii i harmonii utworu, tonacji, tempa itd.”

Stosowanie muzykoterapii wśród dzieci niepełnosprawnych zmierza do korekcji zaburzonych funkcji, do usunięcia napięć psychofizycznych, do dostarczenia korzystnych doświadczeń społecznych. Oddziaływanie terapeutyczne obejmuje cały organizm psychofizyczny, a szczególnie emocje, dążenia, oczekiwania i marzenia. W wyniku takich prowadzonych spotkań z muzyką następuje poprawa samopoczucia, usunięcie lęku, odreagowanie napięcia, poprawa relacji z członkami grupy. W zakresie terapeutycznych oddziaływań zajęć muzycznych wymienia się stymulację fizyczną, doskonalenie koordynacji motorycznej, dostarczanie doświadczeń społecznych, uczenie prawidłowych sposobów wyrażania swoich uczuć, przeżywanie samozadowolenia. Specjalnie dobrane zajęcia muzyczne rozluźniają napięcia nerwowe, tworzą sytuacje, w których dzieci nieśmiałe i mało zdolne osiągają sukcesy, likwidują kompleksy, pobudzają aktywność, stymulują zahamowaną ekspresję, dają poczucie radości, są środkiem pozawerbalnych porozumień, sposobem nawiązywania kontaktów.

Systematycznie prowadzone zajęcia terapeutyczne sprawiły, że deficyty u dzieci z mpdz uległy zmniejszeniu lub wyrównaniu. Działania te umożliwiły dzieciom z mpdz realizowanie programu szkoły podstawowej masowej oraz specjalnej.

Systematyczne podnoszenie kwalifikacji zawodowych, stały kontakt z innymi placówkami, przyczyniały się do wypracowania modelu, w którym najważniejszym zadaniem stał się lepszy los osoby niepełnosprawnej. Wieloprofilowe usprawnianie wpłynęło na rozwój jednostki w wielu płaszczyznach funkcjonowania, tak bardzo przydatnych w codziennym życiu.

Podmiotowe traktowanie uczestników terapii wprowadziło atmosferę wzajemnego szacunku i zaufania. Wytworzyły się więzi między terapeutą a wychowankiem, trwające nieprzerwanie do dnia dzisiejszego.

Bibliografia

- Baran J., *Terapia zabawą*, Centralny Ośrodek Metodyczny Poradnictwa Wychowawczo-Zawodowego MOiW, Warszawa 1991.
- Bogdanowicz M., *Metoda dobrego startu w pracy z dzieckiem w wieku od 5 do 10 lat*, WSiP, Warszawa 1989.
- Bogdanowicz M., Kisiel B., Przasnyska M., *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganiu rozwoju dziecka*, Warszawa 1994.
- Borkowska M., *ABC rehabilitacji dzieci. Mózgowe porażenie dziecięce*, Wydawnictwo Pelikan, Warszawa 1989.
- Czochańska J., Łosiowski Z., *Mózgowe porażenie dziecięce — przyczyny, zapadalność, objawy*, [w:] Z. Łosiowski, J. Serejski (red.), *Mózgowe porażenie dziecięce*, MOiW i TPD, Warszawa 1985.
- Galkowski T., *Dzieci specjalnej troski*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1972.
- Lewandowska K., *Muzykoterapia dziecięca*, Gdańsk 1996.
- Michałowicz R. (red.), *Mózgowe porażenie dziecięce*, PZWL, Warszawa 1993.
- Nowotny J., Krauze M., *Rehabilitacja lecznicza dzieci z chorobami układu nerwowego*, PZWL, Warszawa 1981.
- Piszczek M., *Terapia zabawą. Terapia przez sztukę*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Warszawa 1997.
- Styczek J., *Logopedia*, PWN, Warszawa 1979.