

Renata Biernat

Metody i techniki terapeutycznego oddziaływania i wspomagania dzieci z zaburzeniami i deficytami rozwojowymi w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym

Społeczeństwo. Edukacja. Język 2, 7-28

2014

Artykuł został 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.

**METODY I TECHNIKI TERAPEUTYCZNEGO
ODDZIAŁYWANIA I WSPOMAGANIA DZIECI
Z ZABURZENIAMI I DEFICYTAMI ROZWOJOWYMI
W WIEKU PRZEDSZKOLNYM I WCZESNOSZKOLNYM**

***METHODS AND TECHNIQUES OF THERAPEUTIC IMPACT
AND SUPPORT CHILDREN IN THE PRESCHOOL AND EARLY
SCHOOL AGE WITH DEVELOPMENTAL DISORDERS AND
DEFICITS***

Streszczenie

Nie wszystkie dzieci rozwijają się prawidłowo. Ważne jest więc jak najwcześniejsze wykrycie deficytów w ich rozwoju i podjęcie systematycznej interwencji terapeutycznej. Wspieranie rozwoju psychomotorycznego może mieć charakter indywidualny lub grupowy. Powinno uwzględniać potrzeby i możliwości dziecka. Praca terapeutyczna przyczynia się do wyrównywania deficytów poznawczych i społeczno-emocjonalnych. O efektywności terapii z pewnością decydują trafnie dobrane metody i techniki pracy. W niniejszym opracowaniu zaprezentowano podstawowe założenia kilku metod, których skuteczność została potwierdzona w pracy z dziećmi z zaburzeniami rozwojowymi.

Słowa kluczowe: Ruch Rozwijający Weroniki Sherborne, Programy Aktywności, plastykoterapia, muzykoterapia, dogoterpia, relaksacja, choreoterapia, integracja sensoryczna.

Abstract

Not all children develop properly. Therefore it is important to detect as early as possible deficits in their development and beginning systematic therapeutic intervention. Support the psychomotor development may be individual or group. It is necessary to take into account the needs and possibilities of the child. Therapeutic work contributes to leveling cognitive and social-emotional deficits. Properly matched methods and techniques of works with children decide about the effectiveness of therapy. This study presents the basic assumptions of several methods whose effectiveness has been confirmed in working with children with developmental disabilities.

Keywords: Developmental Movement of Veronica Sherborne, Programs of Activities, visual arts therapy, music therapy, dog therapy, relaxation, choreotherapy, sensory integration.

Wstęp

Termin *zaburzenia rozwojowe* w szerokim znaczeniu obejmuje „*wszelkie niekorzystne odchylenia od prawidłowego dla danego wieku poziomu rozwoju-odchylenia zarówno w budowie organizmu, jak i sposobie jego funkcjonowania, niezależnie od przyczyn, które*

je wywołały” (Lisowska 2008, 145). Zaburzenia rozwojowe mogą mieć charakter globalny (opóźnienie rozwoju wszystkich funkcji) lub fragmentaryczny (opóźniony jest rozwój niektórych funkcji). Występują one u około 17-22% populacji dzieci. Mają charakter trwałe (utrzymują się co najmniej przez 6 miesięcy) lub przemijający i uciążliwy (wpływają na codzienne funkcjonowanie dziecka oraz na dalszy jego rozwój). Częściej pojawiają się u chłopców niż u dziewcząt. W klasyfikacji DSM IV wyróżnia się cztery kategorie zaburzeń: 1) emocjonalne, 2) uogólnione zaburzenia rozwojowe charakteryzujące się niedoborem zdolności intelektualnych, komunikacyjnych i społecznych, 3) zaburzenia odżywiania i nawyków, 4) zaburzenia zachowania związane z brakiem kontroli (Kielar - Turska 2008).

Wspomaganie rozwoju dziecka, zdaniem E. Gruszczyk-Kolczyńskiej i E. Zielińskiej, *„to odpowiednie organizowanie i realizowanie procesu dydaktyczno-wychowawczego. Polega na stwarzaniu sytuacji kształcących, organizowaniu zadań, zabaw, ćwiczeń, zajęć, warsztatów, w których może ono wzbogacać własne doświadczenia, pogłębiać umiejętności, poszerzać wiadomości, doskonalić procesy poznawcze, emocjonalne, rozwijać sferę społeczną. Sytuacje kształcące, dydaktyczno-wychowawcze muszą być odpowiednio dobrane do rozwojowych możliwości, potrzeb i zainteresowań dziecka* (Gruszczyk-Kolczyńska, Zielińska 2000, 11). Natomiast terapia pedagogiczna uczniów z dysfunkcjami rozwojowymi, jako podstawowa forma pomocy specjalistycznej, określana jest jako *„specjalnie zaprogramowany system działań naprawczych, usprawniających, stymulujących i kompensujących słabo rozwinięte lub zaburzone funkcje psychomotoryczne, eliminujący ich ujemne skutki edukacyjne, dostosowany do indywidualnych potrzeb i możliwości psychofizycznych ucznia”* (Mickiewicz 2011, 131). Terapia pedagogiczna organizuje działania, mające *„na celu korygowanie niewłaściwych czy niepełnowartościowych zachowań wychowanka, wynikających z zaburzeń rozwoju bądź zaburzeń zachowania. To proces polegający na organizowaniu odpowiednio do diagnozy zaplanowanych sytuacji wychowawczo-terapeutycznych, których wpływ na dziecko dokonuje się przede wszystkim za pomocą metod i środków pedagogicznych”* (Wolska-Długosz 2007, 645).

Diagnoza zaburzeń czy opóźnień rozwojowych wymaga natychmiastowego podjęcia kompleksowej pracy z dzieckiem. Jeśli nie nastąpi proces usprawniania funkcji psychomotorycznych, istnieje zagrożenie pogłębienia deficytów, dziecko będzie więc przejawiało poważne trudności w nauce i funkcjonowaniu. Ponieważ wzrasta liczba uczniów, którzy wykazują trudności w nauce i zachowaniu, wydaje się, iż potrzeba propagowania wiedzy na temat sposobów podejmowania interwencji terapeutycznej jest ciągle aktualna.

Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne

W grupie metod terapii niedyrektywnej ważne miejsce zajmuje Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne (z wykształcenia fizjoterapeutki i nauczycielki wychowania fizycznego). Metoda ta, stworzona w latach 60. XX wieku, znajduje zastosowanie w pracy z dziećmi z różnymi dysfunkcjami (autyzm, upośledzenie umysłowe, porażenie mózgowe, zespół Downa, zaburzenia emocjonalne i zachowania). Można ją również stosować jako wspomagającą prawidłowy rozwój i korygującą jego zaburzenia (Wiśniewska 2010).

Metoda ta opiera się na założeniu, iż ruch jest podstawowym narzędziem wspierającym rozwój psychoruchowy, jak również proces terapii zaburzeń rozwojowych dziecka. Celem stosowania tej metody jest rozwijanie poczucia własnego ciała oraz przestrzeni. Ponadto następuje rozwój sprawności ruchowej, działania w przestrzeni, współdziałania jej z innymi, nawiązywania bliskich kontaktów (Bobkiewicz-Lewartowska 2000). Sesje, prowadzone metodą Weroniki Sherborne dostarczają również doznań, związanych ze zmysłem równowagi, kinestetycznych i dotykowych.

W metodzie Weroniki Sherborne wyróżnia się kilka kategorii ruchu:

- ruch prowadzący do poznania własnego ciała- prowadzi do ukształtowania się własnej tożsamości: wyodrębnienia własnego „ja” od otoczenia „nie-ja”;
- ruch kształtujący związek jednostki z otoczeniem fizycznym- pozwala wykształcić orientację w przestrzeni, aby na tej podstawie mógł wytworzyć się związek między człowiekiem a otoczeniem;
- ruch wiodący do wytworzenia się związku z drugim człowiekiem- celem jest zachęcanie uczestników zajęć do nawiązania pozytywnych i znaczących kontaktów z innymi osobami, opartych na wzajemnym poznaniu i zrozumieniu potrzeb partnera oraz na wzajemnym zaufaniu;
- ruch prowadzący do współdziałania w grupie- realizowany jest cel, jak powyżej, z tą różnicą, iż ćwiczenia wykonuje się z całą grupą;
- ruch kreatywny- spontaniczny, kreatywny i swobodny ruch, np. taniec wyzwolony. Pomaga w twórczy sposób wyrazić „siebie”.

Ze względu na typ ruchu, Weronika Sherborne klasyfikuje związki międzyludzkie, jako: ruch „z” (*witch*), ruch „przeciwko” (*against*), ruch „razem” (*shared*).

Ruch „z” to ćwiczenia, w których jeden z partnerów jest bierny, drugi natomiast aktywny i opiekuńczy względem niego. Wymaga to ze strony aktywnego partnera zrozumienia potrzeb i możliwości drugiej osoby, a ze strony partnera pasywnego całkowitego zaufania do osoby aktywnej. Ćwiczenia te sprzyjają wzajemnemu zaufaniu i zrozumieniu przy pełnieniu odmiennych, uzupełniających się ról. Przykłady ćwiczeń „z” w parach:

- pozycja siedząca: ćwiczący siedzi opierając się plecami o partnera (nogi ugięte w kolanach), pcha plecami partnera, starając się pokonać jego opór (zmiana ról),
- ćwiczący leży na plecach, na podłodze, partner „związa go w naleśnik”, „smaruje dżemem”, „posypuje cukrem”, „kroi” (zmiana ról),
- prowadzenie „ślepcą”- ćwiczący zamyka oczy i jest oprowadzany,
- ciągnięcie za kostki (przeguby rąk, łokcie) ćwiczącego leżącego na brzuchu lub plecach.

Ruch „przeciwko” występuje w tych ćwiczeniach ruchowych, których celem jest uświadomienie uczestnikom ich własnej siły przy współdziałaniu z partnerem. Ćwiczenia te powinny być pozbawione agresji. Dlatego niewłaściwe jest wyłanianie zwycięzców i pokonanych. Najkorzystniej, gdy osoby pracujące w parze na zmianę przyjmują rolę aktywną (atakującego) i bierną (broniącego się). Ćwiczenia te służą wyzwaniu nagromadzonego napięcia psychicznego, stanowią rodzaj zabawy w mocowanie, popychanie, siłowanie się. Umożliwiają uczestnikom poznanie własnych i cudzych sposobów reagowania, uczą radzenia sobie w sytuacji konfliktu, uświadamiają emocje. Przykłady ćwiczeń „przeciwko” w parach:

- kołtysanie się: ćwiczący, siedząc przodem do siebie z lekko zgiętymi nogami, trzymają się za ręce: na zmianę kładą się na plecy i są przeciągani przez partnera;
- „Kłębek”- ćwiczący zwija się w kłębek, partner próbuje go „rozwinąć” (zmiana ról);
- „Spychacz”- ćwiczący siedzi mocno podparty na podłodze, partner próbuje go przesunąć (zmiana ról);
- uczestnicy siedzą do siebie tyłem (złączeni plecami). Po chwili wstają, nie odrywając się od siebie.

Ruch „razem” dotyczy ćwiczeń, które wymagają jednakowego zaangażowania partnerów. Celem tych ćwiczeń jest wytworzenie harmonii i równowagi. Aktywność uczestników opiera się na wzajemnym zaufaniu, zrozumieniu współpracy. Ćwiczenia odbywają się w parach lub przynajmniej 3-osobowej grupie. Przykładowe ćwiczenia:

- dwaj uczestnicy siedzą przodem do siebie, trzymając się za ręce na zmianę kładą się na plecach, po czym są przyciągani przez partnera;
- ćwiczący, stojąc tyłem do partnera i nie odrywając nóg od podłogi, „upada” na ręce partnera;
- kołysanie: dwie osoby siedzą naprzeciwko siebie, kolana ugięte i rozsunięte, trzymają się za wyciągnięte ręce (pomiędzy nimi siedzi trzeci uczestnik). Dwie osoby kołyszą na boki ćwiczącego w środku. Muszą być skupieni na podtrzymywaniu jego głowy i ramion, czuwają nad płynnością ruchów;
- ćwiczenia skoczne: dwie osoby stoją z dwóch stron trzeciego uczestnika, który skacze. Rolą współwiczących jest wspomaganie osoby skaczącej (podtrzymywanie jej dłoni, łokci) (Bogdanowicz, Kisiel, Przasnyska 1998).

Podczas ćwiczeń metodą Weroniki Sherborne należy uwzględnić kilka zasad, np.:

- dobrowolność uczestnictwa,
- nawiązanie kontaktu z każdym dzieckiem,
- naprzemiennosc ról,
- utrzymywanie z dzieckiem kontaktu wzrokowego,
- stopniowe rozszerzanie kręgów doświadczeń społecznych,
- brak rywalizacji i współzawodnictwa,
- zajęcia powinny być przyjemne i sprawiać dzieciom radość,
- zakaz krytykowania,
- stopniowanie trudności,
- spontaniczność,
- bazowanie na mocnych stronach dziecka (Naprawa, Maternicka, Tanajewska 2007).

Jacek Błęszyński podkreśla, iż dzięki systematycznemu oddziaływaniu za pomocą tej metody, widoczne są efekty w terapii dziecka. Dotyczą one przede wszystkim poprawy funkcjonowania w obszarze poznawczym, społecznym i emocjonalnym (Błęszyński 2005).

Programy Aktywności

Programy Aktywności zostały opracowane przez Mariannę i Christophera Knillów. Podstawowym ich założeniem jest stwierdzenie, że rozwój człowieka uzależniony jest od zdolności do nabywania, organizowania i wykorzystywania wiedzy o sobie. Zależy on również od sposobu, w jaki ludzie zaznajamiają się ze swoim ciałem i uczą się, jak go używać. Programy Aktywności obejmują: Świadomość Ciała, Kontakt i Komunikację oraz Dotyk i Komunikację. Są skuteczne w pracy z dziećmi, młodzieżą i dorosłymi o różnym poziomie rozwoju intelektualnego i z różnymi rodzajami niepełnosprawności fizycznej (Knill, Knill 2009). Umożliwiają rozwój świadomości proprioceptywnej. Ponadto ułatwiają dziecku poznanie siebie i własnego fizycznego potencjału w relacjach społecznych. Wskazuje się na efektywność tej metody w zmniejszaniu zachowań agresywnych, obniżaniu napięcia psychofizycznego (Błęszyński 2005). Programy Aktywności mają również zastosowanie w diagnozowaniu i usprawnianiu dzieci nieharmonijnie rozwijających się oraz z trudnościami w nauce a także w porządkowaniu zachowania dzieci niedostosowanych społecznie (Naprawa, Maternicka, Tanajewska 2007).

Programy Aktywności zawierają 4 programy:

1. Program wprowadzający (trwa ok. 8 minut) potrzebny jest po to, by móc określić ramy programowe dla tych dzieci, które są hiperaktywne, bardzo małe albo mają niewystarczającą koncentrację uwagi, aby uczestniczyć w Programie I lub II. Obejmuje on następujące aktywności: kołysanie, wymachiwanie rękoma, pocieranie dłoni,

klaskanie, głaskanie głowy, głaskanie brzucha, relaksację. Program ten może być używany jako wstęp do pracy z dziećmi autystycznymi lub psychotycznymi.

2. Program I (trwa ok. 15 minut) składa się z czynności: kołysania, wymachiwania rękoma, zginania i prostowania rąk, pocierania dłoni, zaciskania i otwierania dłoni, ruchów palców, klaskania, głaskania głowy, głaskania policzków, głaskania łokci, głaskania brzucha, przewracania się (padania), relaksacji.
3. Program II (trwa 15 minut) stanowią: kołysanie, klaskanie, głaskanie brzucha, głaskanie ud, kolan, palców u nogi, wiosłowanie, pocieranie stóp, poruszanie palcami u nóg, poruszanie nogami, leżenie na plecach, obracanie się z pleców na bok, obracanie się z pleców na brzuch, relaksacja.
4. Program SPH (dla dzieci bardzo niepełnosprawnych fizycznie) również trwa około 15 minut. Przewiduje on: kołysanie, wymachiwanie rękoma, pocieranie dłoni, zaciskanie i otwieranie dłoni, klaskanie, głaskanie policzków, brzucha, ud, ruchy nóg/stóp, przewracanie się, relaksację.

Do programów dołączone są płyty ze specjalnie skomponowaną muzyką, która powinna towarzyszyć wszystkim aktywnościom. Muzyka tworzy strukturalne ramy zajęć, pozwala rozpoznać sytuację, która za chwilę nastąpi.

Programy mogą być stosowane przez każdą osobę, która ma regularny kontakt z dzieckiem. Częstotliwość prowadzenia terapii według programów powinna być uzależniona od indywidualnych cech dziecka. Dzieci ze znacznymi trudnościami w zakresie komunikacji zwykle wymagają codziennych powtórzeń programu, innym wystarczy 2-3 razy w tygodniu (Knill, Knill 2009).

Choreoterapia

Kolejny sposób terapeutycznego oddziaływania stanowi choreoterapia. Według American Dance Therapy Association, choreoterapia oznacza „*terapeutyczne wykorzystanie ruchu jako procesu, poprzez który wspomaganie zostaje emocjonalna i fizyczna integracja*” (Koziełło, za: Brudnowska, Cyłkowska-Nowak 2008, 67). Obejmuje ona zarówno proste ćwiczenia rytmiczne, jak i różnego rodzaju układy taneczne. Terapia z wykorzystaniem tańca i rytmu poprawia samopoczucie, pozwala dzieciom osiągnąć harmonię ciała i umysłu, poznać siebie i własne emocje. Jest często wykorzystywana jako terapia wspomagająca oddziaływanie wobec osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych, mających problemy z akceptacją siebie. Choreoterapia pomaga budować relacje z otoczeniem. Ma to szczególne znaczenie dla dzieci nieśmiałych, wycofanych. Terapeuta przyjmuje tu rolę pomocnika i mediatora. Współuczestniczy on w tańcu i odzwierciedla jego uczucia poprzez „*wymianę ruchową w tańcu*”. Ponadto wspomaga rozwój ruchu i uczy mowy ciała (Konieczna 2007). Mowa ciała, rozumiana jako mieszanina ruchu, tańca i aktywności psychomotorycznej, realizuje się w poszukiwaniu równowagi fizycznej i wewnętrznej. Prowadzi ona do głębszego poznania samego siebie oraz własnych możliwości (Montanari 2003).

Przykłady technik oraz gier, które dotyczą mowy ciała:

1. Wszyscy uczestnicy grupy podnoszą się z siadu i po kolei mówią swoje imię i pokazują mimiką twarzy lub ruchami ciała jakąś główną cechę swojego charakteru. Mogą też wyrazić gestem coś, co lubią lub czego nie lubią robić. Cel zabawy: zapoznanie się i przełamanie pierwszych lodów.
2. Dzieci stoją w dowolnym miejscu sali. Gra przebiega w trzech fazach:
 - a) faza I- terapeuta wymienia poszczególne części ciała, zaczynając od stóp i przesuwając się w górę, w kierunku głowy (stopy, kolana, uda, brzuch, palce rąk, ręce, ramiona, itd.). Dzieci poruszają tą częścią ciała, której nazwę usłyszały;

- b) faza II- terapeuta ponownie nazywa różne części ciała, dzieci je wskazują, dotykając ręką;
 - c) faza III- dzieci dobierają się parami i każde z nich musi dotknąć na swoim koleździe te części ciała, które wymienia terapeuta. Cel zabawy: zaznajomienie dzieci z własnym ciałem i zakresem jego możliwości.
3. Grupa podzielona na kilka podgrup. W każdej z nich wybiera się jednego „malarza”, który po krótkim zastanowieniu zdecyduje, jakie dzieło (obraz) stworzy, korzystając jedynie z ciał członków własnej grupy (mogą pełnić funkcję drzew, przedmiotów, osób, domów). Pozostałe grupy odgadują zaprezentowany temat. Cel zabawy: stworzenie okazji do bliskiego kontaktu, twórcze wyrażanie siebie.
 4. Jeśli w grupie znajduje się uczestnik, który w danym momencie wydaje się smutny/przygnębiony, należy grzecznie zachęcić go, by zajął miejsce w środku koła. Pozostali uczestnicy, po kolei podchodzą i okazują tej osobie własne uczucie poprzez niewielki gest (czuły dotyk, uśmiech, delikatne klepięcie po plecach, objęcie). Cel zabawy: wzajemne okazywanie uczuć, łączącej więzi i koncentrowanie uwagi na potrzebach innych osób (Montanari 2003).

Choreoterapia wykorzystuje techniki: improwizacji tanecznej, pracy z ciałem, odczuwania i relaksacji (Rajska 2008). W terapii tańcem nie ma dokładnych wskazówek dotyczących nauki kroków i sekwencji ruchowych, opiera się ona na improwizacji i naturalnym ruchu (Torłop 2008). Terapia tańcem oddziałuje na sferę motoryczną, fizjologiczną, poznawczą, estetyczną oraz sferę kontaktów międzyludzkich (Bruźnowska, Cyłkowska-Nowak 2008). Taniec spontaniczny umożliwia nieskrępowaną ekspresję. Uczestnik uczy się przeżywania własnego ciała, ruchów, doświadcza ich siły. Dziecko obserwuje reakcje własnego ciała i jego możliwości. Należy podkreślić, iż podczas terapii tańcem dochodzi do zwiększenia fizycznej integracji uczestnika (poszerza on repertuar swoich gestów, zmniejszając napięcia). Dzięki poprawie umiejętności rozpoznawania swoich emocji, kierowania nimi i wyrażaniu ich w adekwatny sposób wzrasta poziom emocjonalnej samokontroli (Jałocha, za: Sienkiewicz-Wilowska 2012, 26).

Metoda Integracji Sensorycznej

Integracja sensoryczna to organizacja wejściowych danych zmysłowych dokonywana przez mózg w celu produkowania odpowiedzi adaptacyjnych na wymagania otoczenia (Przyrowski 1998, 41). To proces, dzięki któremu mózg otrzymując informacje ze wszystkich zmysłów segreguje je, rozpoznaje, interpretuje, integrując je ze sobą i wcześniejszymi doświadczeniami odpowiada adekwatną reakcją. Integracja sensoryczna dokonuje się na kilku poziomach:

1. Dokonuje się rozwój w obrębie systemu przedsionkowego, proprioceptywnego, dotykowego, rozwijają się reakcje równoważne.
2. Rozwój dużej motoryki i podstawowych zręczności, planowanie ruchu, kinestezja, stabilna postawa, podstawy percepcji słuchowej i wzrokowej.
3. Rozwój ruchów precyzyjnych ręki, różnicowanie stron ciała, schemat ciała, dalszy rozwój podstawowych systemów zmysłowych, koordynacja wzrokowo-ruchowa.
4. Po ukształtowaniu się tych wcześniejszych funkcji może prawidłowo rozwijać się proces tworzenia pojęć, czytanie, pisanie, liczenie, zachowanie akceptowane społecznie (Przyrowski 1998, 42).

Zaburzenia integracji sensorycznej, zwane inaczej zaburzeniami przetwarzania sensorycznego, to brak efektywnego odbioru i organizacji informacji sensorycznych w obrębie

ośrodkowego układu nerwowego oraz nieprawidłowe na nie reakcje, np. emocjonalne lub ruchowe.

Dysfunkcja może wystąpić, gdy:

- nieprawidłowo przebiega proces przyjmowania bodźców zmysłowych (zbyt mało lub zbyt dużo bodźców),
- nieprawidłowo przebiega proces porządkowania i organizowania informacji zmysłowych w obrębie układu nerwowego,
- nieprawidłowo przebiega proces formowania, tworzenia odpowiedzi przez układ nerwowy (zachowania adaptacyjnego ruchowego, językowego, emocjonalnego).

Tak więc, symptomy zaburzeń integracji sensorycznej związane są z obniżoną lub też nadmierną wrażliwością w zakresie funkcjonowania poszczególnych zmysłów i wynikającymi stąd nieprawidłowościami w sferze dużej i małej motoryki oraz funkcjonowania psychicznego i społecznego. Obejmują między innymi zaburzenia napięcia mięśniowego, postawy ciała, koordynacji wzrokowo-ruchowej, planowania motorycznego i wykonywania ruchu. Niektóre symptomy dysfunkcji integracji sensorycznej współwystępują ze sobą, tworząc określone, charakterystyczne zespoły zaburzeń takie, jak: obronność dotykowa, syndrom przesionkowo-bilateralny, dysfunkcje słuchowo-językowe (Przyrowski 1998).

Zaburzenia integracji sensorycznej spowodowane są przede wszystkim niedojrzałością pierwotnych systemów zmysłowych, to jest układu czuciowego i przedsionkowego. Dysfunkcje obejmują również system dotykowy, wzrokowy i słuchowy.

Niektóre objawy zaburzeń integracji sensorycznej:

- opóźnienie lub inne zaburzenia integracji odruchów,
- podwrażliwość lub nadwrażliwość na dotyk, ruch, działanie siły grawitacji, hałas, bodźce słuchowe i wzrokowe,
- trudności z przekraczaniem linii środkowej ciała,
- trudności z odtwarzaniem bodźców wzrokowych lub słuchowych, dyspraksja,
- problemy słuchowo-ruchowe, dotykowo-ruchowe, słuchowo-przedsionkowe, węchowo-pamięciowe,
- hiperaktywność, hipoaktywność,
- problem z koncentracją uwagi,
- nadpobudliwość emocjonalna,
- niezdarność ruchowa,
- zaburzenia mowy,
- niska samoocena i inne.

Nieprawidłowości w funkcjonowaniu układu przedsionkowego mogą mieć charakter podwrażliwości lub nadwrażliwości (niepewności grawitacyjnej). Praca z dzieckiem nad usprawnianiem układu przedsionkowego powinna być ukierunkowana na naukę kontrolowania oraz czucia ciała, jego ruchów i pozycji, w jakich się znajduje. Należy rozpoczynać od ćwiczeń najprostszych: uświadamiania dziecku, w jakiej pozycji się znajduje, jak razem poruszają się jego kończyny górne, dolne, jak poruszają się kończyny po tej samej stronie, a następnie po przekątnej. Przykłady ćwiczeń/zabaw:

1. Pozycja stojąca. Kołysanie się na boki. Wychylenia na początku nieznaczne, ale rytmiczne, następnie takie, aby stopa nogi przeciwnej do kierunku wychylenia oderwała się od podłoża.
2. Klęk prosty naprzeciwko partnera lub ściany. Łapanie piłki rzucaanej/odbijanej o ścianę czy partnera.
3. Zabawa „olbrzym i człowiek” – chodzenie na palcach i piętach.
4. Leżenie przodem i tyłem. Ślizganie się w kółko na brzuchu i na plecach.
5. Zabawa „zabka do stawu” – zeskakiwanie z ławeczki na miękkie podłoże

6. Leżenie tyłem w poprzek materaca. Toczenie się po materacu w różnych kierunkach
7. Zabawa „kołyska” – leżenie tyłem z nogami ugiętymi, oplecionymi rękami i przyciągniętymi do klatki piersiowej. Kołysanie się do przodu i na boki.
8. Przechodzenie przez „okienko” ze złączonych rąk.
9. Skakanie na piłach typu kangur.
10. Przechodzenie po wyznaczonym torze i zbieranie woreczków.
11. Budowanie wieży z klocków podczas obrotów na krześle obrotowym. Zatrzymywanie się po każdym obrocie i dokładanie kolejnych klocków do wieży.

Zaburzenia w zakresie odbioru i analizy bodźców czuciowych mogą dotyczyć kilku obszarów: czucia powierzchniowego, czucia głębokiego (propriocepcja), czucia położenia i ruchów ciała w przestrzeni oraz poczucia równowagi.

Przykłady zabaw usprawniających układ dotykowy:

1. Zabawa „co to za przedmiot” – wyczuwanie rzeczy bez udziału wzroku.
2. Zabawa „sensoryczne pudełko”- napełnienie dużego plastikowego pudełka ryżem, makaronem, płatkami kukurydzianymi, kaszą gryczaną, piaskiem, wodą, nasionami, a następnie umieszczanie w środku kilku różnych przedmiotów. Dziecko zanurza dłoń (dłonie) w pojemniku i znajduje w nim przedmioty.
3. Wkładanie rąk i nóg do kosza wypełnionego piłeczkami, fasolą, kasztanami, gąbką.
4. Robienie kul z papieru o różnej fakturze i rzucanie nimi do celu (papier, folia aluminiowa).
5. Rozpoznawanie dzieci za pomocą dotyku („ciuciubabka”).
6. Wodzenie palcem po szlaczkach wykonanych z materiałów o różnych fakturach.
7. Odszukiwanie małych przedmiotów ukrytych w masie solnej, papierowej, glinie.
8. Wyklejanie z plasteliny leżącej ósemki.
9. Rozpoznawanie przez dziecko rysowanych na jego plecach prostych kształtów (linia prosta, kółko, krzyżyk).

Układ proprioceptywny – propozycje zabaw:

1. Noszenie, przenoszenie ciężkich przedmiotów.
2. Chodzenie na palcach, piętach, kolanach, na czworakach.
3. Chodzenie tyłem.
4. Zwisanie z drabinek, próby podciągania się.
5. Przenoszenie za głowę przedmiotu utrzymywanego między nogami w leżeniu na plecach (np. piłki, jaśka).
6. Szukanie ukrytego przedmiotu w suchym basenie lub pudle ze ścinkami pociętej bibuły.
7. Wspinanie się na powieszoną linę.
8. Napieranie rękami, nogami na ścianę.
9. Przepychanie i przenoszenie ciężkich przedmiotów (butelek z piaskiem, wodą).
10. Zeskakiwanie z wysokości na różne podłoża (pufa, stos materacy, sterta gąbek, zwój folii bąbelkowej).
11. Ślizganie się na workach wypełnionych materiałem sypkim w pozycji leżącej na brzuchu i jednoczesne odpychanie się rękami od podłoża.

Ćwiczenia równoważne – propozycje zabaw:

1. Chodzenie na czworakach po dmuchanym materacu.
2. Chodzenie do przodu, do tyłu z woreczkiem na głowie.
3. Przedkładanie woreczka z ręki do ręki raz pod jednym, raz pod drugim kolaniem.
4. Przechodzenie pod linką.
5. Utrzymywanie równowagi podczas przechodzenia przez ruchomą kładkę.

6. Przekraczanie przeszkód parami.
7. Wychylanie na boki dziecka siedzącego okrakiem na piłce i kontrolowanie, aby głowa odchylała się w przeciwną stronę niż tułów.
8. W pozycji siedzącej na deskorolce odpychanie się nogami od ściany.
9. Wychylanie do przodu i do tyłu przytrzymywanego za uda dziecka siedzącego okrakiem na piłce.
10. Chodzenie po wąskiej listwie ławeczki gimnastycznej lub po szczeblach drabiny (Kuleczka-Raszewska, Markowska 2012).

Wśród dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej wyróżniamy dwie grupy:

1. Dzieci, które dorastają w środowisku zapewniającym im odpowiednią stymulację sensoryczną (rodzaj i ilość). Nieznane przyczyny powodują dezintegrację odbieranych bodźców.
2. Dzieci, które przebywają w nieodpowiednim pod względem sensorycznym środowisku.

Teoria integracji sensorycznej wyjaśnia niektóre problemy w uczeniu się i zachowaniu u dzieci, zwłaszcza te związane z wewnętrzną koordynacją ruchową i słabymi procesami czuciowymi. Deficyty integracji sensorycznej często współwystępują z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej, zespołem Aspergera, autyzmem, mózgowym porażeniem mózgowym, zespołem Downa, zespołem FAS, kruchego chromosomu X, rozszczepem kręgosłupa oraz innymi dysfunkcjami rozwojowymi. Toteż włączenie metody integracji sensorycznej w proces rehabilitacji tej grupy dzieci przynosi pozytywne rezultaty. Na ogół metody te mają wówczas charakter pomocniczy.

System Percepcyjno-Motoryczny Kepharta

Znajduje on zastosowanie w pracy terapeutycznej z dziećmi przejawiającymi zaburzenia w zakresie rozwoju funkcji percepcyjno-motorycznych w wieku przedszkolnym, a w wieku szkolnym - trudności w pisaniu i czytaniu, które powstały na tym podłożu. Zdaniem Newella Kepharta: „*nie wolno nam myśleć o czynnościach percepcyjnych i czynnościach motorycznych jako o dwóch różnych zagadnieniach; musimy natomiast traktować je jako jedność percepcyjno-motoryczną*” (Kephart 1970, 79). Integralną częścią systemu percepcyjno-motorycznego Kepharta jest opis wielu zadań pozwalających obserwować percepcyjno-motoryczne zachowanie dziecka 6-9-letniego, by w razie stwierdzenia opóźnień rozwojowych zastosować odpowiednie ćwiczenia (Kaja 2001).

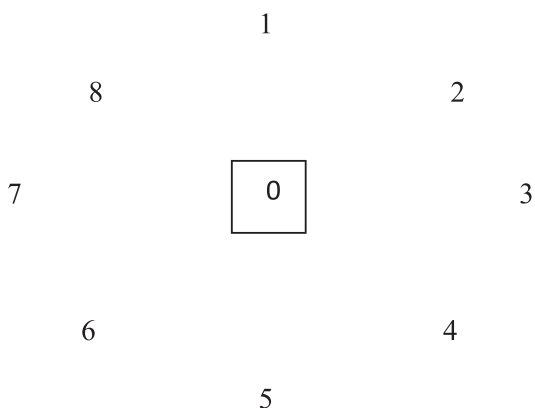
Kephart proponuje kilka rodzajów ćwiczeń: ćwiczenia przy tablicy, ćwiczenia sensoryczno-motoryczne, ćwiczenia kontroli wzrokowej i ćwiczenia percepcji kształtów. Ze względu na ograniczenia ramowe niniejszego opracowania, zostaną pokrótce omówione dwa ćwiczenia przy tablicy.

Ćwiczenia na znajomość kierunku. Cel: pomoc w wyrabianiu i zachowaniu znajomości kierunku i zmian w kierunku. Ćwiczenie może być stosowane wobec dzieci, które nie nauczyły się jeszcze liczyć. Przebieg: terapeuta stoi obok dziecka przy tablicy. Oboje mają kredę. Nauczyciel stawia kropkę w dowolnym miejscu na tablicy. Dziecko kładzie swoją kredę na kropce zaznaczonej przez nauczyciela. Następnie nauczyciel stawia kolejną kropkę, zadaniem dziecka jest połączenie, bez odrywania ręki, dwóch kropek (dziecko rysuje linię od jednej kropki do drugiej). Nauczyciel stawia trzecią kropkę a dziecko łączy kropkę drugą i trzecią. Nauczyciel zawsze czeka z postawieniem kolejnej kropki do chwili, kiedy dziecko zakończy rysowanie poprzedniej linii. Jeśli dziecko ma trudności z wykonaniem tego zadania, należy stawiać kropki bliżej siebie. W początkowych etapach tej zabawy

kropki powinny znajdować się po jednej stronie linii środkowej ciała (najlepiej po stronie ręki dominującej).

Zabawa zegarowa. Cel: jednocześnie zorientowanie obu części ciała dziecka na określony kierunek. Tak więc obie strony ciała powinny orientować się niezależnie od siebie i jednocześnie wykonywać ruch kierunkowy.

Przebieg: na tablicy należy umieścić osiem ponumerowanych punktów (rys.1) równomiernie rozłożonych na obwodzie koła o średnicy około 45 cm. Cyfry powinny być rozmieszczone w taki sposób, aby punkty 1 i 5 wyznaczały oś pionową, punkty 7 i 3 oś poziomą, a punkty 6 i 2 oraz 8 i 4 osie ukośne. W środku koła trzeba narysować kwadrat, a tu wpisać punkt 0. Zadaniem dziecka jest położyć prawą rękę na danym numerze, a lewą na innym (wskazanym przez terapeutę). Następnie dziecko przenosi (zgodnie z instrukcją słowną) lewą rękę na określony numer a prawą rękę na inny wskazany punkt. Dziecko powinno przenosić obie ręce jednocześnie (wykonywać w tym samym czasie).



Rys.1

Kephart przewiduje wiele ruchowych kombinacji:

1. Ruch przeciwstawny:
 - a) ku środkowi (obie ręce dziecka znajdują się na obwodzie koła, dziecko jednocześnie przenosi je na punkt 0, np. lewa ręka na punkcie 8, prawa ręka na punkcie 4, na sygnał dziecko przenosi ręce na punkt 0),
 - b) od środka na zewnątrz (obie ręce dziecka znajdują się na kwadracie środkowym, na polecenie przenoszone są na wskazane punkty, np. obie ręce przenoszone równocześnie z punktu 0 na punkty: 6-lewa ręka i 2-prawa ręka).
2. Ruch równoległy- obie ręce poruszają się równoległe do siebie w obu kierunkach, tj. od strony prawej do lewej i od lewej do prawej, np.: lewa ręka na punkcie 7, prawa na punkcie 0, na sygnał dziecko przenosi lewą rękę na punkt 0, prawą na punkt 3.
3. Ruch wzdłuż linii przecinających się- jedna ręka musi przesunąć się w jednym kierunku, druga porusza się w innym, np.: lewa ręka znajduje się na punkcie 1, prawa ręka znajduje się na punkcie 3, na sygnał obie ręce wędrują do punktu 0 (jest to ruch ku środkowi). Inny przykład: lewa i prawa ręka znajdują się na punkcie 0, na sygnał dziecko przenosi rękę lewą na punkt 1, a prawą na punkt 3 (jest to ruch od środka na zewnątrz).
4. Ruch krzyżowy- linie przecinają się:

- a) od strony lewej do prawej, przykład: lewa ręka znajduje się na punkcie 7, prawa ręka na punkcie 0, na polecenie dziecko przenosi lewą rękę na punkt 0, prawą rękę na punkt 5,
- b) od strony prawej do lewej, przykład: lewa ręka umieszczona na kwadracie z punktem 0, prawa na punkcie 2, dziecko przenosi lewą rękę na punkt 7, prawą na punkt 0 (Kephart 1970).

System percepcyjno-motoryczny Marianne Frostig i Davida Horne'a

Autorzy opracowali system ćwiczeń korekcyjnych stosowanych w diagnozie i terapii zaburzeń percepcji i koordynacji wzrokowo-ruchowej u dzieci w wieku 4-8 lat i starszych. Program obejmuje 350 zadań (gier i zabaw) realizowanych na trzech poziomach: podstawowym, średnim, wyższym. Program podstawowy może być stosowany z powodzeniem wobec dzieci przejawiających parcjalne deficyty w zakresie percepcji wzrokowej. Ćwiczenia w tym programie obejmują następujące aspekty percepcji wzrokowej: koordynacji wzrokowo-ruchowej, spostrzegania figury i tła, stałości spostrzegania, spostrzegania położenia przedmiotów w przestrzeni. Rozpoczęcie ćwiczeń zawartych w programie powinno być poprzedzone następującymi umiejętnościami dziecka: posługiwanie się ołówkiem, znajomość części ciała, dostateczna koncentracja uwagi, rozumienie słów zawartych w instrukcji oraz stosunków przestrzennych (Wiśniewska 2010).

Poziom podstawowy zawiera ćwiczenia koncentrujące się na koordynacji wzrokowo-ruchowej. Wykonanie tych ćwiczeń zaleca się dzieciom z młodszych grup przedszkolnych lub starszych, u których utrzymują się problemy w tym obszarze. Poziom średni uwzględnia zadania rozwijające orientację w stosunkach przestrzennych. Jest on przeznaczony dla dzieci 5-6-letnich, które prawidłowo wykonały ćwiczenia z poprzedniego poziomu. Na poziomie trzecim dzieci podejmują zadania, których celem jest integrowanie zdolności percepcyjnych z wymaganiami stawianymi dzieciom w nauce szkolnej. Ćwiczenia są polecane dla uczniów z klas pierwszych.

Muzykoterapia

Oddziaływanie terapeutyczne z zastosowaniem muzyki nazywane jest muzykoterapią. Warsztaty muzykoterapeutyczne sprzyjają uwalnianiu emocji i ich właściwemu wyrażaniu (Kataryńczuk-Mania 2005), dają możliwość dobrej zabawy (Kęska 2007), stanowią medium komunikacji, kształtują relacje w grupie, mobilizują siły (Sienkiewicz-Wilowska 2012). Muzyka jest skutecznym środkiem oddziaływania w terapii nastawionej na wspieranie rozwoju osobowego, kształtowanie się podmiotu Ja (Szymajda 2008). Metoda ta szczególnie przydatna jest w pracy z dziećmi nadpobudliwymi, agresywnymi, znerwicowanymi, lęklivymi, z różnego rodzaju zaburzeniami emocjonalnymi i rozwojowymi (Płocka 2012). Muzykoterapeuci wykorzystują wiele technik: ćwiczenia muzyczno-rytmiczne, słuchanie muzyki, śpiew, wspólne muzykowanie, ćwiczenia wokalne i oddechowe. Emil Jaques-Dalcroze uważa, że rytm jest elementem najbardziej oddziaływującym na zmysły człowieka. Rytmika to ćwiczenia ciała, wykonywane na podstawie poleceń muzycznych. Polega na przeżywaniu oraz wyrażaniu ruchem/gestem ciała informacji emocjonalnych występujących w muzyce (Ławrowska 1988). Ćwiczenia i zabawy muzyczno-rytmiczne pozwalają dziecku odprężyć się i zaspokoić potrzebę ruchu, wpływają na wrażliwość emocjonalną i estetyczną, przynoszą pozytywne efekty dotyczące rozwoju myślenia i spostrzegania oraz przyczyniają się do prawidłowego rozwoju fizycznego (Lipska, Przychodzińska 1991). Ponadto muzyka w połączeniu z ruchem kształtuje świadomy oddech oraz orientację w przestrzeni (Ławrowska 1991). Kolejną techniką muzykoterapeutyczną jest słuchanie muzyki. Dzieci najchętniej słuchają muzyki ze słowami i krótkich utworów instrumentalnych

(1-2 minutowych), dynamicznych, zmiennych w różnych fragmentach i przede wszystkim wesołych. Słuchanie muzyki kształtuje uwagę, pamięć i wyobraźnię (Lipska, Przychodzińska 1991), ma wpływ na rozwój umiejętności czytania i pisanie, koncentrację, postawę ciała i koordynację motoryki dużej (Matusiak 2011). Aktywność ta może stanowić źródło głębokich doznań (Gozdecka 2004). Ponadto dziecko zauważa, że każdy uczestnik może mieć odmienne odczucia związane z usłyszonym utworem. Jest to dobra okazja do zwrócenia uwagi na cudze potrzeby i emocje oraz przeżycia spontanicznej refleksji (Sienkiewicz-Wilowska 2012). Śpiew jest bardzo bliski dziecku, dzięki niemu może ono wyrażać swoje emocje. Istotne są również ćwiczenia prawidłowego oddechu. Ważne jest rozluźnienie mięśni krtani, szyi i gardła (Uchyla-Zroski 2000). Natomiast muzykowanie na instrumentach rozwija cechy osobowościowe. W obszarze procesów poznawczych następuje rozwój pamięci, koncentracji i podzielności uwagi. Wspólne muzykowanie rozwija społecznie, wzmacnia więzi pomiędzy uczestnikami (Lipska, Przychodzińska 1991). Istotna rola muzyki wiąże się z ilustrowaniem nastroju czy wspieraniem jego zmiany. W tym celu wykorzystuje się nagrania muzyczne wybrane przez samo dziecko z przedstawionej mu oferty (przez utwór komunikuje swoje odczucia i nastrój). Wyboru może też dokonać terapeuta, jeśli jego celem jest osiągnięcie zamierzonego rezultatu (np. pobudzenie dziecka do działania, jego aktywizacja lub odwrotnie: wyciszenie, uspokojenie dziecka) (Sienkiewicz-Wilowska 2012). Dzięki zastosowaniu muzykoterapii w pracy z dziećmi autystycznymi istnieje szansa nawiązania z nimi dialogu oraz minimalizowania stereotypowych zachowań (Jędrzejczyk 2013).

W Polsce wiele ośrodków leczniczych, opiekuńczych i wychowawczych wykorzystuje możliwości terapii poprzez muzykę. Warto zauważyć walory techniki muzykoterapeutycznej, zwanej techniką Mobilnej Rekreacji Muzycznej. Stanowi ona uporządkowany układ ćwiczeń rytmicznych, oddechowych, ruchowych, wyobrażeniowych i relaksacyjnych stymulowanych muzyką. Technika ta obejmuje pięć etapów, każdy z nich realizuje określone cele i funkcje terapeutyczne:

1. Odreagowanie - istotę tej fazy stanowią ćwiczenia integracyjne, które sprzyjają budowaniu atmosfery bezpieczeństwa i zaufania w grupie. Przykładowe zadania uczestników: wykłaskiwanie lub zagranie na instrumencie perkusyjnym z zestawu C. Orffa nastroju, śpiew i przedstawienie ruchem ciała własnego imienia, taniec do muzyki itp. Ćwiczenia te mają następujące cele: uwalnianie napięcia psychofizycznego, wyładowanie negatywnych emocji, minimalizowanie stanów lękowych, mobilizowanie do działania.
2. Zrytmizowanie - wykonywanie określonych schematów rytmicznych przez całą grupę jednocześnie. Każde zadanie na tym etapie powinno być oddzielone chwilą wyciszenia i ćwiczeniami oddechowymi. Cele: dyscyplinowanie grupy, dbałość każdego uczestnika o zaspokojenie potrzeb pozostałych, usprawnianie czynności układu oddechowego.
3. Uwrażliwienie - obejmuje następujące aktywności: słuchanie zadaniowe, komunikację niewerbalną, ekspresję plastyczną, formy konkursowe. Cele: rozwijanie wiedzy uczestnika o samym sobie, kształtowanie gustu muzycznego, wyrażanie uczuć w odpowiedzi na muzykę, rozwijanie umiejętności interpretowania muzyki (za pomocą aktywności plastycznej, ruchowej, literackiej i poprzez przynależność do grupy).
4. Relaksacja - terapeuta czyta lub tworzy „na żywo” tekst-sugestię słowną. Dzieci identyfikują się z bohaterem, przenoszą się na łono natury. Konieczne jest zapewnienie właściwych warunków: wyposażenie sali, odpowiednia muzyka, koce/materacyki dla każdego uczestnika, zasłonięte okna, miły, wyciszony nastrój, dostosowanie tekstu do możliwości percepcyjnych dzieci. Cele: odprężenie i skupienie na sobie.
5. Aktywizacja - może mieć formę łagodną (dla uczestników nadmiernie pobudzonych emocjonalnie) lub dynamiczną (dla grupy zahamowanej psychoruchowo). Rolą

terapeuty jest stopniowe wprowadzanie ćwiczeń ruchowych, które ożywiają i mobilizują dzieci do aktywności (Lato 2000). Terapeuta, wykorzystując tę technikę, zbiera informacje o uczestnikach terapii, np. wycofanie w zabawie, stawanie w pozycji oczekującej może świadczyć o kłopotach dziecka z nawiązaniem nowych kontaktów czy podejmowaniem samodzielnych decyzji (Matusiak 2011).

Metoda Symboli Dźwiękowych

Została opracowana z myślą o pracy terapeutycznej z dziećmi 5-6-letnimi (lub starszymi), które przejawiają opóźnienia rozwoju umysłowego, spostrzeżeń wzrokowych i/lub słuchowych, są zahamowane psychoruchowo lub nadpobudliwe. Metoda ta łączy elementy ruchowe z muzycznymi. Zaleca się, by terapia trwała nie krócej niż 3 miesiące, trzy razy w tygodniu po 45 minut.

Zajęcia wymagają uwzględnienia 4 kategorii ćwiczeń:

- ćwiczenia ruchowe (ruchy dowolne i kontrolowane),
- ćwiczenia rozwijające procesy poznawcze (operowanie symbolami) i myślowe (analiza, synteza i porównywanie),
- ćwiczenia relaksacyjne, wzmacnianie wiary we własne siły (oddziaływanie na sferę emocjonalną),
- ćwiczenia sfery społecznej (zespołowe) umożliwiające współdziałanie.

Przebieg zajęć:

1. Ekspresja ruchowa na dowolne tematy muzyczne: najpierw ma charakter spontaniczny - dzieci poruszają się swobodnie, następnie kontrolowany-stosujemy ćwiczenia pobudzająco-hamujące (dzieci w umówiony sposób reagują na zmianę tempa/dynamiki czy przerwę w muzyce). Występuje tu również rytmiczny marsz z klasowaniem, tupaniem przy użyciu instrumentów perkusyjnych. Charakter muzyki jest zmieniany na kolejnych zajęciach. Cele tego etapu zajęć dotyczą: kontrolowania ruchu, kształcenia orientacji w schemacie ciała i przestrzeni, koncentracji uwagi oraz motorycznego pobudzenia.
2. Interpretacja plastyczna utworów muzycznych. Dzieci za pomocą płam wybranego przez siebie koloru farby malują (najpierw szmatkami, potem z użyciem pędzla) na dużych arkuszach papieru nastrój wysłuchanej muzyki lub przedstawiają treści, które im się z muzyką skojarzyły. Cele oddziaływań obejmują rozwijanie wyobraźni i estetycznej wrażliwości, sprzyjają odreagowaniu konfliktów.
3. Poznawanie i operowanie symbolami dźwięków. Dzieci stopniowo na kolejnych zajęciach poznają 6 kategorii dźwięków: wysoki, niski, długi, krótki, głośny, cichy. Poznają także odpowiadające tym kategoriom symbole graficzne:
 - | dźwięk wysoki
 - I dźwięk niski
 - dźwięk głośny
 - dźwięk cichy
 - dźwięk długi
 - dźwięk krótki.

Utrwalanie symboli dźwiękowych następuje podczas ćwiczeń w makro- i mikroprzestrzeni. Terapeuta, stosując ćwiczenia w makroprzestrzeni, umieszcza graficzne symbole w różnych miejscach sali. Zadaniem uczestników jest szybkie i bezbłędne dotarcie do symbolu, który odpowiada wysłuchanemu dźwiękowi. Ćwiczenia w mikroprzestrzeni odbywają się przy stolikach/ławkach w sali. Uczestnicy, słysząc dany dźwięk, wskazują właściwą karteczkę z zaznaczonym symbolem, później sami

rysują na czystych kartkach symbole słyszanych dźwięków. Ten etap zajęć służy stymulacji rozwoju umysłowego oraz rozwijaniu procesów percepcyjnych.

4. Zabawy słowno-muzyczno-ruchowe. Wykorzystuje się tutaj proste wierszyki połączone z podkładem muzycznym (melorecytacja) oraz bajki ilustrowane muzycznie, które stanowią treść inscenizacji, pantomimy czy samodzielnych wypowiedzi uczestników. Ćwiczenia ułatwiają rozwój mowy oraz zdolności do słuchania.
5. Relaksacja, której celem jest zwolnienie napięcia mięśniowego i psychicznego (Kaja 2001).

Dogoterapia

To terapia wykorzystująca kontakt z dobrze przeszkolonym psem. W czasie zajęć/zabaw spontaniczność i radość psa pozwalają dziecku odczuć satysfakcję z wykonywanych przez nie zadań, a nade wszystko mobilizują je do podejmowania nowych wyzwań.

Bardzo korzystne efekty stosowania tej metody zaobserwowano w pracy z dziećmi z porażeniem mózgowym, z uszkodzeniami wzroku i słuchu, z zaburzeniami emocjonalnymi oraz niedostosowanymi społecznie. Terapia ta stosowana jest również wobec dzieci agresywnych i doświadczających przemocy.

W Polsce dogoterapia realizowana jest w następujących formach:

1. Spotkanie z psem – celem zajęć jest stworzenie pozytywnego kontaktu pomiędzy dzieckiem a psem, w następstwie czego następuje satysfakcja z obcowania z psem, przełamanie lęku w kontaktach z otoczeniem, gromadzenie pozytywnych emocji. Spotkania mogą być jednorazowe lub przyjąć postać zajęć cyklicznych. Czas trwania zwykle nie jest jednoznacznie określony. Zajęcia nie wymagają prowadzenia dokumentacji.
2. Edukacja z psem – zajęcia mają na celu usprawnianie sfery intelektualnej i poznawczej dziecka. Ta forma wymaga przygotowania scenariusza i prowadzenia dokumentacji zajęć. Skierowana jest głównie do dzieci o obniżonej percepcji lub tych, które wykazują niechęć do przyswajania wiedzy i przebywania w szkole. Zajęcia zwykle odbywają się w przedszkolach i szkołach. Pies przede wszystkim motywuje do nauki. Dziecko chętniej zapamiętuje treści, których bohaterem jest jego nowy przyjaciel – pies. Terapia może mieć charakter indywidualny bądź grupowy.
3. Terapia z psem – obejmuje zestaw ćwiczeń realizujących konkretny, zaplanowany cel rehabilitacyjny. Każdemu uczestnikowi zakłada się kartę informacyjną i kartę przebiegu zajęć, w której odnotowuje się rodzaje i efekty prowadzonych ćwiczeń. Zaleca się stosowanie terapii indywidualnej, ewentualnie w małych grupach (do trzech uczestników).

Systematyczna realizacja odpowiednio dobranego i zaplanowanego programu przynosi następujące korzyści:

- poprawia funkcjonowanie emocjonalno – uczuciowe,
- wzmacnia poczucie własnej wartości,
- rozwija repertuar umiejętności społecznych,
- kształtuje charakter oraz postawę odpowiedzialności za innych uczestników zajęć oraz za psa,
- zwiększa motywację do wykonywania ćwiczeń rehabilitacyjnych,
- stwarza okazję do zabawy,
- stymuluje rozwój umysłowy,
- poszerza umiejętności werbalnego porozumiewania się oraz koryguje wady wymowy,
- obniża napięcie mięśniowe,
- zwiększa możliwości lokomocyjne,

- poprawia sprawność motoryczną.

Powody, dla których pies spełnia się w roli przyjaciela i terapeuty:

1. „Pies nie ocenia - pies akceptuje”- pies nie zwraca uwagi na wygląd, sposób mówienia i poruszania się uczestników. Pies natomiast akceptuje wszystkie nastroje i emocje i zawsze towarzyszy.
2. „Pies nie wyznacza reguł i granic”- pies pozwala na realizację wszelkich dziecięcych pomysłów, reaguje na każdą prośbę czy zawołanie. Jest uważnym obserwatorem, bacznie zwraca uwagę na wszystko, co dziecko mówi lub robi.
3. „Pies nie oczekuje - pies daje”- daje pyszczek do pogłaskania, uszy do ciągnięcia, całego siebie do przytulania.
4. „Pies nie zabrania - pies pozwala”- pozwala zaglądać sobie do ucha, odbierać zabawki, pies nie wysyła komunikatu: „bądź grzeczny!”, nie prosi o spokój, nie okazuje zniecierpliwienia.
5. „Pies nie stawia warunków - pies kocha bezwarunkowo”- niezależnie od sytuacji pies pokazuje, że chce być z dzieckiem.

Zajęcia z udziałem psa stwarzają możliwość przeprowadzenia różnych rodzajów ćwiczeń, np.: wspomagających rozwój apercpepcji, klasyfikacji, koordynacji wzrokowo-ruchowej, myślenia przyczynowo-skutkowego, mowy, kształtujących orientację przestrzenną, rozwijających samodzielność, sprawność ruchową, doskonalących umiejętność liczenia, wspomagających umiejętność analizy i syntezy wzrokowo-słuchowej, rozpoznawania i nazywania kolorów (Kulisiewicz 2011).

Metoda malowania palcami

Terapia przy udziale sztuk plastycznych może być wykorzystywana w pracy z osobami w różnym wieku. W plastyko-terapii stosuje się różnorodne techniki plastyczne: rysunek, malarstwo, rzeźbę, grafikę, collage, techniki łączone. Spontaniczne rysowanie pozwala na ekspresję problemów, uczuć, lęków, pragnień- w bezpieczny sposób (Szabatowski 2008).

Terapeutyczne wartości działalności plastycznej obserwuje się zwłaszcza u dzieci z obniżonym poziomem intelektualnym. Warte odnotowania są następujące walory tej metody:

- dzieci mają okazję przeżyć sukces, zostać zauważone i docenione,
- osiągnięcia plastyczne podnoszą ich poziom samooceny,
- nabywają pewności siebie, co sprzyja odblokowaniu zahamowań i lęków w relacjach społecznych, w podejmowaniu nowych działań, pokonywaniu trudności,
- chętniej podejmują współpracę,
- chętniej wypowiadają się na temat swojej pracy,
- łatwiej wyrażają swe uczucia,
- są bardziej aktywne w innych typach zajęć (Lech 2004).

Założeniem metody malowania dłonią i palcami jest usprawnianie i harmonizowanie wszystkich funkcji psychomotorycznych. Metoda ta ma zastosowanie w profilaktyce (usprawnianie motoryki rąk, ćwiczenia przygotowujące do pisania) oraz rehabilitacji (zaburzenia emocjonalne, opóźnienia w rozwoju psychomotorycznym, zaburzenia dynamiki procesów nerwowych, mózgowo porażenie dziecięce). Malowanie rękami stwarza dzieciom możliwość twórczej ekspresji ruchowej, słownej i plastycznej, stanowi bezpieczny sposób otwierania się (Bielska 2001).

Metoda ta wymaga wcześniejszego przygotowania pomocy: arkuszy papieru pakowego (55x40cm), farb, misek z wodą i ręczników. Składniki i sposób wykonania farb: 1/2 szklanki wody, 1/3 szklanki płatków mydlnych (płatki rozgotować w wodzie), 1 łyżka żelatyny rozpuszczona w szklance zimnej wody, 1 łyżka gliceryny aptecznej, 1 szklanka

krochmalu ugotowanego z mąki pszennej lub ziemniaczanej. Do wrzątku mydlin wlać roztwór żelatyny i gliceryny. Zagotować i do tego wlać rozmieszaną wodę z mąką. Mieszać, by nie było grudek. Otrzymaną masę o konsystencji budyniu (można zabarwić barwnikami spożywczymi) rozlać do miseczek (Minczakiewicz 2001).

Papier pakowy powinien być umocowany do blatu stołu. Wysokość stołu powinna znajdować się nieco powyżej poziomu łokci dziecka. Uczestnicy zajęć powinni mieć swobodny dostęp do stołu (z każdej strony). Dziecko (ewentualnie 4-6-osobowa grupa) wysłuchuje instrukcji słownej, typu: „W tych miseczkach jest farba. Nie będziemy korzystać z pędzli, mamy przecież dziesięć palców- pięć na jednej ręce i pięć na drugiej, będziemy malować palcami. Możesz malować, cokolwiek chcesz, powiedz, gdy obraz będzie skończony”. Jeśli dziecko wykazuje lęk przed włożeniem ręki w farbę, terapeuta zanurza swoją rękę i robi smugę na papierze. Namalowany przez dziecko obrazek zawsze eksponujemy (wieszamy na tablicy w dowód uznania). Terapia powinna trwać przez 8 tygodni-dwa razy w tygodniu po 20-30 minut (Kaja 2001).

Należy zauważyć, iż metoda ta, poza niewątpliwym walorem terapeutycznym, stanowi cenne narzędzie diagnostyczne. Terapeuta bowiem, obserwując poczynania dziecka, gromadzi dane na jego temat. Obserwacja stosunku dziecka do tworzywa pozwala określić, czy dziecko prezentuje postawę dystansu (unika wykonania zadania, przejawia lęk przed ubrudzeniem rąk), czy może postawę zaangażowania (dzieci odczuwają satysfakcję, angażują całe ciało, dużo mówią). Z kolei obserwacja czasu trwania startu do zajęć, czasu wykonania rysunku, częstotliwości i długości przerw w pracy może świadczyć o występowaniu u nich stanów lękowych (Kaja 2001). Można także obserwować sposób zamalowywania płaszczyzny papieru. To pozwoli terapeutce zorientować się w kwestii potrzeb dziecka, np.: mazanie ostrożne wskazuje na brak poczucia bezpieczeństwa, mazanie ruchami zamasytymi sugeruje pewność siebie, brak podstawy rysunku wskazuje na brak poczucia bezpieczeństwa, ograniczenie rysunku ramką, zwężenie rysunku w stosunku do arkusza papieru jest symptomem przejawianych zaburzeń emocjonalnych, jeśli rysunek przekracza granice papieru można przypuszczać impulsywność, zaborczość, niepohamowanie.

Na podstawie analizy linii namalowanych na papierze i ich kierunków wnioskujemy o cechach osobowości dziecka:

- przewaga linii pionowych może świadczyć o poczuciu siły i pewności siebie,
- przewaga linii poziomych wskazuje na lęk i postawę samoobrony,
- smugi zanikające wskazują na zachowania uczuciowe,
- smugi koliste i półkoliste świadczą o wrażliwości uczuciowej (Minczakiewicz 2001).

Dzieci o dysharmonijnym rozwoju psychomotorycznym w trakcie prowadzonej terapii tą metodą ujawniają pozytywne emocje, zaangażowanie i otwartość wobec otoczenia. Zabawy z farbą przynoszą również efekty dotyczące: zanikania lęków i nieśmiałości, usprawniania motoryki rąk, rozładowania napięcia emocjonalnego oraz usprawniania analizatora wzrokowego i kinestetyczno-ruchowego (Bielska 2001).

Program kształcenia emocjonalnego Leokadii Wiatrowskiej

U wielu uczniów niższych klas szkół podstawowych występują emocje dysfunkcyjne, jak: lęk, gniew, smutek, zazdrość, zawiść oraz nienawiść. Leokadia Wiatrowska opracowała program kształcenia emocjonalnego. Zajęcia w ramach tego programu dotyczyły rozpoznawania uczuć, uczenia, rozumienia i akceptowania własnych i cudzych emocji, poszukiwania przyczyn ich powstania oraz radzenia sobie z ekspresją uczuć. Skuteczne w pracy z dziećmi okazały się następujące metody:

- Prowadzenie dysput w zespołach. Stwarzano sytuacje, by dzieci swoje wypowiedzi kierowały do siebie, nie zaś jedynie do nauczyciela/terapeuty/prowadzącego. Zachęcano każde dziecko do wyrażania własnych opinii. Ustalono, że w atmosferze akceptacji trzeba wysłuchać opinii innych, że nie można przerywać cudzych wypowiedzi;
- Burza mózgów. Pozwala na udział wszystkich dzieci, sprzyja przełamaniu sztywności myślenia, wyzwala twórczy potencjał. Metoda ta umożliwia zebranie dużej ilości propozycji w krótkim czasie, np. Jak zachowuje się i co robi dziecko, które się boi?
- Uzupełnianie zdań. Zadaniem dzieci jest dokończanie zdań, typu: „Gdy się boję, to...” Metoda ta umożliwia uzewnętrznienie uczuć, porozumiewanie się uczniów, pozwala uczestnikom dostrzec podobieństwa i różnice między nimi;
- Krąg uczuć. Uczestnicy i prowadzący siedzą w kręgu, sprzyja to nawiązaniu kontaktu emocjonalnego i wzrokowego. Krąg uczuć można zastosować w dowolnym momencie zajęć (często stosowany na początku i na końcu spotkania). Istnieje możliwość wzbogacenia tej metody o zastosowanie elementów muzykoterapii, dramy, pantomimy;
- Scenki rodzajowe. Powierzenie dzieciom ról, które miały odegrać w sposób zbliżony do własnych zachowań lub oczekiwany społecznie. Celem tych oddziaływań jest zrozumienie przez uczestników myśli i uczuć innych ludzi w rozmaitych sytuacjach. Ważna jest także decyzja dzieci o zmianie zachowania. W toku scenek rodzajowych dzieci mają świetną okazję do nabywania umiejętności komunikacyjnych, asertywnych i empatycznych;
- Uczenie rozwiązywania konfliktów. Uczestnicy zajęć, podczas inicjowanych i naturalnych zdarzeń dochodzą do wniosku, co sprzyja sytuacjom konfliktowym i jak im zapobiegać.

Wykorzystując powyższe metody, Wiatrowska przeprowadziła kilkanaście zajęć, które dotyczyły: rozpoznawania i wskazywania przyczyn uczucia smutku, lęku, gniewu, zawiści, zazdrości, nienawiści, konsekwencji bycia smutnym, lękliwym, zagniewanym, pełnym zawiści, zazdrośnym oraz radzenia sobie ze smutkiem, lękiem, gniewem, zawiścią, zazdrością, nienawiścią (Wiatrowska 2009, 132-170).

Techniki relaksacyjne

Ćwiczenia relaksacyjne zmniejszają stan napięcia psychicznego, łagodzą uczucia negatywne, wyciszają, powodują odprężenie, poprawiają samopoczucie. Metoda relaksu ma charakter uniwersalny-może być stosowana zarówno wobec dzieci, jak i dorosłych. Jednakże w pracy z dziećmi obowiązują odmienne techniki.

Cenne walory terapeutyczne posiada technika relaksacji stopniowanej według Jacobsona w wersji Barbary Kaji. Jacobson zaleca wykonywanie określonych ruchów rękami, nogami, tułowiem, twarzą w celu napinania i rozluźniania kolejnych grup mięśni. Wyraża on pogląd, iż po serii systematycznych ćwiczeń pojawia się umiejętność automatycznego odprężania mięśni. Już sam zamiar rozluźnienia napięcia (sama myśl o tym) wystarczy do uzyskania tego stanu bez potrzeby wykonywania jakichkolwiek ruchów. Autor twierdzi ponadto, iż z chwilą, gdy zaczyna rozluźniać się jedna z grup mięśni, rozluźniają się inne (zjawisko rozprzestrzeniania się relaksacji). Zadaniem dzieci jest napinanie i rozluźnianie mięśni w czasie zabawy w silnego i słabego. Dzieci leżą wygodnie na kocykach. Nogi wyciągnięte swobodnie. Ramiona wyciągnięte wzdłuż tułowia. Przykład dwóch ćwiczeń relaksacyjnych (spośród dwunastu):

(...) „*A teraz silna i słaba będzie twoja prawa noga. Włóż klocek pod kolano i mocno ścisnij nogę w kolanie, a teraz noga słabnie, rozluźniasz mięśnie, wypuszczasz klocek. To samo ćwiczenie, tylko z lewą nogą. A teraz zobaczymy, czy masz tyle siły, by napelnić*

powietrzem swój brzusek. Wciągnij mocno powietrze w płuca i napnij brzusek jak balon, mocno, a teraz wypuść powietrze, rozluźnij mięśnie, czujesz ulgę” (...) Poszczególne ćwiczenia trwają od 10 do 15 sekund, tyle też trwa przerwa między ćwiczeniami (Kaja 2001, 46).

Warta zauważenia jest także relaksacja oparta na treningu autogennym w wersji Anny Polender. Instrukcja, którą czyta terapeuta przybiera najczęściej formę bajki o zwierzętach, gdyż na zasadzie mechanizmu identyfikacji, dzieci są podatne na sugestie i naśladują zachowania bohatera. Konieczne jest zapewnienie dzieciom odpowiednich warunków: ciszy, bezpieczeństwa, przyciemnionej sali. Tekst instrukcji powinien być przeczytany wżorowo, łagodnie, z odpowiednią intonacją, wolno. To samo opowiadanie wykorzystywane wiele razy może się dzieciom znudzić, toteż konieczne jest zmienianie części wprowadzającej bajeczki. W każdej części wprowadzającej powinny się znaleźć elementy dramatyzujące, aby dziecko poczuło więź emocjonalną z bohaterem opowiadania. Część środkowa powinna zawierać tę samą instrukcję relaksacyjną. Z kolei zakończenie powinno sprowadzać dziecko do świata realnego (Dąbrowska-Jabłońska 2008). A oto fragment treści bajki-instrukcji:

(...) „Wszystkie dzieci będą teraz myślały o tym zmęczonym, spracowanym misiu i będą robiły wszystko to, co on robi. Misio uklada się do głębokiego zimowego snu i kładzie się prościutko na posłaniu. I wy też kładziecie się prościutko na kocykach. Misio kładzie sobie pod głowę poduszczkę z zielonego puszystego mchu-wy też kładziecie sobie poduszczkę pod głowę(...)” (Kaja 2001, 53).

Relaksacja według Wintreberta przeznaczona jest dla dzieci w wieku szkolnym. Ten rodzaj relaksacji jest szczególnie przydatny dla uczniów, którzy mają kłopoty z odbiorem instrukcji słownych. Techniki tej nie zaleca się w przypadku pracy z większą grupą dzieci czy podczas zajęć lekcyjnych (Zieliński 2011). Istotą tej metody stanowi wykonywanie ruchów biernych przez relaksatora na osobie leżącej na plecach z nogami wyprostowanymi, rękami ułożonymi wzdłuż tułowia. Oczy dziecka są zamknięte. Schemat ruchów biernych obejmuje kolejno: przedramię, ramię, bark ręki dominującej, szyję, twarz, czoło, oczy, usta, a następnie przechodzi się na drugą rękę relaksowaną w tej samej kolejności oraz nogi zaczynając od stopy, poprzez podudzie, udo kończąc na relaksacji stawu biodrowego (Kaja 2001). Poniżej znajduje się fragment opisu ruchów biernych.

„Uczeń kładzie się na plecach na materacu, a prowadzący siada (siad klęczny) z jego prawej strony. Na wstępie wyjaśnia istotę ćwiczeń: Za chwilę zaczniemy sesję relaksacyjną, moim zadaniem będzie wykonywanie ruchów różnymi częściami twojego ciała (skręty, unoszenia, odwodzenia itp.) przy twojej biernej postawie. Pozostaniesz całkowicie bierny, chyba że zostaniesz poproszony o napięcie określonej grupy mięśniowej. W obrębie głowy, twarzy i tułowia będą stosował również dotyk, ma on na celu fizyczne wskazanie miejsc, które powinny być rozluźnione. W czasie ćwiczeń wskazane jest, abyś miał zamknięte oczy, ale nie jest to konieczne. Możemy rozmawiać na temat tego, co robimy w danej chwili. Przy każdym ćwiczeniu będę cię informował o tym, czy mięśnie są rozluźnione, czy napięte. Ćwiczenia rozpocznę od prawej dłoni i ręki, a skończę na tułowiu. W sumie będą trwały około 10-15 minut. Chwytam twoją prawą dłoń i wykonuję ruchy (siadam po prawej stronie), unoszę dłoń do góry i opuszczam bezwładnie, balansuję dłonią w płaszczyźnie poziomej, unoszę poszczególne palce (...)” (Kulmatycki 2002, 73-75).

Uzupełnienie relaksacji może stanowić terapia kolorami (chromoterapia). Naświetlając ciało określonym kolorem można uzupełnić niedobory energii. Dzieci apatyczne, o niskim poziomie aktywności, można pobudzić wykorzystując barwy aktywizujące. Z kolei u dzieci nadpobudliwych i agresywnych możemy spowodować wyciszenie i obniżenie poziomu agresji.

Poszczególne kolory światła działają na organizm ludzki w następujący sposób:

- żółty- wpływa optymistycznie, antydepresyjnie, pobudza umysł, mobilizuje do aktywności osoby nieśmiałe, zwiększa poczucie bezpieczeństwa;

- pomarańczowy- działa antydepresyjnie, podnosi zdolności intelektualne, dopinguje do działania, wspomaga poczucie zadowolenia;
- czerwony- pobudza i stymuluje dzieci ospałe, o niskiej energii życiowej (u osób nerwowych może wywoływać agresję);
- zielony- korzystnie wpływa na dzieci nadpobudliwe i agresywne. Usuwa stres, działa kojąco na system nerwowy i zmęczenie;
- niebieski- odpręża, ułatwia koncentrację. Stosowany w terapii osób agresywnych;
- fiolet- usuwa zmęczenie, łagodzi napięcia, zapobiega bezsenności (Miosga 2006).

Terapia przez zabawę

Terapia przez zabawę wg A.M. Jernberg jest przeznaczona dla dzieci, u których występują różne problemy emocjonalne, zaburzenia zachowania oraz trudności w społecznym przystosowaniu. Uwzględni ona także potrzeby dzieci agresywnych, lękowych i wycofujących się, nadpobudliwych i z zaburzeniami somatycznymi.

Terapia przez zabawę obejmuje 6 faz:

1. Wprowadzenie. Zasadniczym celem tego etapu jest okazanie dziecku przyjaźni. Konieczne jest przestrzeganie pewnych reguł:
 - sesja powinna być śmieszna (zabawna),
 - terapeuta kieruje przebiegiem spotkania,
 - należy określić czas i miejsce spotkań oraz rolę dziecka i terapeuty,
 - spotkanie nastawione jest na działanie.
2. Eksploracja. Dziecko i terapeuta poznają się wzajemnie (części ciała, siła, głos, uśmiech).
3. Tymczasowa akceptacja. Etap ten uwzględnia poczucie tymczasowości, niedojrzałość reakcji dziecka, obronny sposób działania, zakłopotanie. Oznacza to, że nie można tu mówić o rzeczywistym zrelaksowanym zaangażowaniu się dziecka w relację z terapeutą.
4. Reakcje negatywne. Podczas tej fazy dziecko stawia opór i sprzeciwia się możliwości spoufalenia się, odrzuca współpracę, przestaje się odzywać. Zadaniem terapeuty jest kontynuowanie zajęć, tolerowanie wyłączenia się dziecka i przerywania przez niego zabawy.
5. Rozwój i zaufanie. Pierwszą oznaką redukcji sprzeciwu jest spoglądanie ukradkiem, delikatny uśmiech. Dziecko zaczyna odczuwać satysfakcję z kontaktu z terapeutą. Oboje stają się partnerami. Po pewnym czasie na spotkania warto zapraszać inne osoby (dzieci lub rodziców). Podczas wizyt w szkole terapeuta czyni starania, by podwyższyć samoocenę dziecka.
6. Zakończenie obejmuje trzy odrębne części:
 - a) przygotowanie - stopniowo rodzice i nauczyciele dostrzegają pozytywne zmiany w funkcjonowaniu dziecka. Relacje z terapeutą nadal są znaczące, dlatego też perspektywa rozstania może być dla dziecka bardzo trudna. Trzeba je przygotować do pożegnania;
 - b) zapowiedź rozstania - następuje podczas końcowych sesji, wówczas przypominamy dziecku o zbliżającym się terminie rozstania. Spotkania odbywają się w towarzystwie dwójki lub trójki dzieci. Te dzieci będą uczestniczyć w przyjęciu pożegnaniowym;
 - c) przyjęcie pożegnania - dziecko i zaproszeni goście (rodzice, nauczyciele, dzieci) są odświętnie ubrani, śpiewają piosenki, otrzymują prezenty. Terapeuta przyjmuje rolę jednego z uczestników (Piszczek 1997).

Joanna Baran, na bazie terapii zabawą, opracowała program pracy z dziećmi z zespołem mózgowego porażenia w wieku od 2 do 6 lat. Terapia obejmuje:

1. Program usprawniania koordynacji wzrokowo-ruchowej dla poziomu rozwoju 2-3 lat i powyżej 3 lat. Dotyczy on takich obszarów, jak: kształtowanie wzorców ruchowych elementarnych czynności manipulacyjnych, kontroli wzrokowej nad rysującą ręką oraz orientacji wzrokowo-ruchowej poprzez konstruowanie, rysowanie, składanie całości z elementów.
2. Program usprawniania myślenia dla poziomu rozwoju umysłowego 2-3 lat, 3-5 lat, 5-7 lat. Stawia sobie za cele: bogacenie zasobu słów i wiadomości, kształtowanie zdolności myślenia przy pomocy analogii, spostrzeganie różnic i podobieństw, dostrzeganie związków logicznych.

Ćwiczenia mogą być także propozycją dla rodziców, jako forma zabawy z dzieckiem (ok. 30 minut dziennie). Program J. Baran zawiera także dwa sprawdziany, które pozwolą rodzicom orientacyjnie ustalić poziom rozwoju koordynacji wzrokowo-ruchowej i myślenia, dobrać odpowiednie pomoce i zabawki, aby rozpocząć terapię zabawą (Wiśniewska 2010).

Podsumowanie

Udział dzieci o dysharmonijnym rozwoju psychomotorycznym w zajęciach wykorzystujących wyżej opisane metody terapeutyczne jest okazją do ujawniania pozytywnych emocji, zaangażowania oraz otwartości w relacjach społecznych. Systematyczne, celowe i zaplanowane działania zmierzają w kierunku osiągnięcia pożądaných zmian we wszystkich zaburzonych sferach: poznawczej, emocjonalnej, społecznej i manipulacyjno-motorycznej.

BIBLIOGRAFIA:

1. Bielska, Beata. 2001. „Malowanie rękami jako niekonwencjonalna forma ekspresji”. *Szkoła Specjalna* 1: 31-35.
2. Błądek, Małgorzata. 2013. „Autyzm-problem wciąż nieznany”. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze* 2: 16-20.
3. Błęszyński, Jacek. 2005. *Rodzina jako środowisko osób z autyzmem. Aspekt wychowawczo-terapeutyczny*. Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
4. Bobkiewicz-Lewartowska, Lucyna. 2000. *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
5. Brudnowska, Aniela, Cylkowska-Nowak, Mirosława. 2008. „Kobiety, zdrowie i choreoterapia-wświetle badań własnych” w *Arteterapia w edukacji i rozwoju człowieka*, pod red. Siemież, Małgorzata i Tomasz, 67-73. Wrocław: Dolnośląska Szkoła Wyższa.
6. Dąbrowska-Jabłońska, Iwona. 2008. Terapia trudności w uczeniu się w: *Terapia dzieci i młodzieży. Metody i techniki pomocy psychopedagogicznej*, pod red. Dąbrowska-Jabłońska, Iwona, 87-134. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
7. Gozdecka, Renata. 2004. „Metoda aktywnego słuchania muzyki z wykorzystaniem instrumentów perkusyjnych”. *Wychowanie Muzyczne* 5: 285-286.
8. Gruszczyk –Kołczyńska, Edyta, Zielińska, Ewa. 2000. *Wspomaganie rozwoju umysłowego trzylatków i dzieci starszych wolniej rozwijających się*. Warszawa: WSiP
9. Jędrzejczyk, Iwona. 2013. „Zajęcia muzyko-terapeutyczne”. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze* 2: 21-22.
10. Kaja, Barbara. 2001. *Zarys terapii dziecka*. Bydgoszcz: Akademia Bydgoska im. Kazimierza Wielkiego.
11. Kephart, Newell, 1970. *Dziecko opóźnione w nauce szkolnej*. Warszawa: PWN.
12. Kęska, Lidia. 2007. „Życie jest ruchem, a ruch życiem...” *Wychowanie Muzyczne* 5: 58-61.
13. Kielar-Turska, Maria. 2008. „Zaburzenia w zachowaniu” w *Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku*, tom VII, pod red. Pilch, Tadeusz, Warszawa: Wyd. Akademickie „Żak”, s. 684-685.

14. Knill, Marianne, Knill Christopher. 2009. *Programy Aktywności. Świadomość Ciała, Kontakt i Komunikacja*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej.
15. Konieczna, Ewelina. 2007. *Arteterapia w teorii i praktyce*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
16. Kuleczka-Raszewska, Maria, Markowska, Dorota. 2012. *Uczę się poprzez ruch. Program terapii dla dzieci autystycznych i z niepełnosprawnością sprzężoną*. Gdańsk: Wydawnictwo HARMONIA.
17. Kulisiewicz, Beata. 2011. *Witaj piesku! Dogoterapia we wspomaganiu rozwoju dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
18. Kulmatycki, Lesław. 2002. *Lekcja relaksacji*. Wrocław: AWF.
19. Lato, Renata. 2000. „Nowatorskie rozwiązania metodyczne w muzykoterapii dzieci” w *Innowacje pedagogiczne w edukacji muzycznej dzieci i młodzieży*, pod red. Katarzyna-Mania, Lidia, 53-59. Zielona Góra: WSP.
20. Lech, Anna. 2004. „Terapia plastyką”. *Nowe w szkole*. 4: 11-13.
21. Lipska, Ewa, Przychodzińska, Maria. 1991. *Muzyka w nauczaniu początkowym*. Warszawa: WSiP.
22. Lisowska, Elżbieta. 2008. *Diagnostyka pedagogiczna w pracy z dzieckiem i rodziną*. Kielce: Wszechnica Świętokrzyska.
23. Ławrowska, Romualda. 1988. *Muzyka i ruch*. Warszawa: WSiP.
24. Matusiak, Aleksandra. 2011. „Muzykoterapia jako istotne narzędzie wspierania rozwoju dziecka” w *Wspomaganie rozwoju dziecka z ryzyka dysleksji*, pod red. Rudzińska-Rogoza, Aneta, 85-104. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
25. Mickiewicz, Janina. 2011. *Dysleksja rozwojowa. Podstawy diagnozy i terapii*. Toruń: Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa, Stowarzyszenie Wyższej Użyteczności „DOM ORGANIZATORA”.
26. Minczakiewicz, Elżbieta, Maria. 2001. *Jak pomóc w rozwoju dziecka z zespołem Downa. Poradnik dla rodziców i wychowawców*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
27. Miosga, Lucyna. 2006. *Pomóż mi być. Komunikacja i stymulacja zmysłowa osób ze znaczną i głęboką niepełnosprawnością umysłową*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
28. Montanari, Lara. 2003. *Poznajemy język ciała: techniki animacji oraz gry i zabawy dla dzieci i młodzieży*. Kielce: Jedność.
29. Naprawa, Renata, Maternicka Kornela, Tanajewska, Alicja. 2007. *Indywidualne Programy Edukacyjno-Terapeutyczne dla I etapu nauczania uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym*. Gdańsk: Wydawnictwo HARMONIA.
30. Perzanowski, Tadeusz. 2013. „Najczęstsze błędy w postępowaniu z rodzicami dzieci autystycznych”. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*. 5: 27-31.
31. Piszczek, Maria. 1997. *Terapia zabawą. Terapia przez sztukę*. Warszawa: CM PP-P MEN.
32. Płocka, Weronika. 2012. „Muzykoterapia”. *Wychowanie w Przedszkolu*. 3: 36-39.
33. Przyrowski, Zbigniew. 1998. „Dysfunkcje w zakresie integracji sensorycznej i deficyty fragmentaryczne w zespole mózgowego porażenia dziecięcego” w *Wychowanie i nauczanie dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*, pod red. Mazanek, Ewa, 41-60. Warszawa: WSiP.
34. Rajska, Danuta. 2008. „Twórcza terapia”. *Wychowawca* 5: 28-29.
35. Sienkiewicz-Wilowska, Julia, Anastazja. 2012. „Terapeutyczna funkcja muzyki”. *Wychowanie w Przedszkolu* 3: 24-28.
36. Szabatowski, Artur. 2008. „Zabawy i działania plastyczne” w *Arteterapia w edukacji i rozwoju człowieka*, pod red. Siemień, Małgorzata i Tomasz, 216-219. Wrocław: Dolnośląska Szkoła Wyższa.
37. Szymajda, Agnieszka. 2008. „Wspieranie podmiotowości dziecka z niepełnosprawnością w procesie terapii muzycznej” w *Arteterapia w edukacji i rozwoju człowieka*, pod red. Siemień, Małgorzata i Tomasz, 59-66. Wrocław: Dolnośląska Szkoła Wyższa.

38. Tomkiewicz-Bętkowska, Aleksandra, Krztoń, Alicja. 2008. *ABC pedagoga specjalnego*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
39. Torlop, Justyna. 2008. „Proces kreatywny w psychoterapii tańcem i ruchem- nośnik zmiany i integracji” w *Arteterapia w edukacji i rozwoju człowieka*, pod red. Siemieź, Małgorzata i Tomasz, 40-46. Wrocław: Dolnośląska Szkoła Wyższa.
40. Uchyła-Zroski, Jadwiga. 2000. „Muzyka i muzykowanie” w *Dziecko w świecie sztuki*, pod red. Dymara, Bronisława, 119-132. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
41. Wiatrowska, Leokadia. 2009. *Kłopoty z emocjami dzieci. Ścieżki zmian*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
42. Wiśniewska, Marta. 2010. *Wspomaganie rozwoju dziecka z niepełnosprawnością intelektualną. Poradnik dla rodziców i terapeutów*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
43. Wolska-Długosz, Małgorzata. 2007. „Terapia pedagogiczna” w *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. VI, pod red. Pilch, Tadeusz, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
44. Zieliński, Paweł. 2011. *Relaksacja w teorii i praktyce pedagogicznej*. Częstochowa: Akademia im. Jana Długosza.