

Leszek Albański
Fryderyk Drejer
Elżbieta Zieja
Katarzyna Jakubczyk
Iwona Dul

Terapia w pracy z uczniem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi

Część III



KARKONOSKA PAŃSTWOWA SZKOŁA WYŻSZA W JELENIJ GÓRZE



**Leszek Albański, Fryderyk Drejer,
Elżbieta Zieja, Katarzyna Jakubczyk, Iwona Dul**

**TERAPIA W PRACY Z UCZNIEM ZE SPECJALNYMI
POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI
CZ. III**

Jelenia Góra 2018

RADA WYDAWNICZA
KARKONOSKIEJ PAŃSTWOWEJ SZKOŁY WYŻSZEJ
Tadeusz Lewandowski (przewodniczący), Joanna Babczuk, Izabella
Błachno, Stanisław Gola, Barbara Mączka, Kazimierz Stąpór,
Józef Zaprucki

RECENZENT
Leon Zarzecki

PROJEKT OKŁADKI
Barbara Mączka

FOTOGRAFIA NA OKŁADCE
www.pexels.com

PRZYGOTOWANIE DO DRUKU
Barbara Mączka

DRUK I OPRAWA
ESUS Agencja Reklamowo-Wydawnicza
ul. Południowa 54
62-064 Plewiska

WYDAWCA
Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa
w Jeleniej Górze
ul. Lwówecka 18, 58-503 Jelenia Góra

ISBN 978-83-61955-55-9

Niniejsze wydawnictwo można nabyć w Bibliotece i Centrum
Informacji Naukowej Karkonoskiej Państwowej Szkoły Wyższej
w Jeleniej Górze, ul. Lwówecka 18, tel. 75 645 33 52

Spis treści

Wstęp	5
LESZEK ALBAŃSKI	
Wspomaganie rozwoju dzieci ryzyka dysleksji w przedszkolu	9
FRYDERYK DREJER	
Terapeutyczna funkcja literatury dziecięcej w edukacji wczesnoszkolnej	27
ELŻBIETA ZIEJA	
Zmiany w sprawie udzielania i organizacji pomocy psychologiczno- -pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach...	45
KATARZNA JAKUBCZYK	
Dogoterapia w przedszkolu	77
IWONA DUL	
Wspomaganie dziecka z autyzmem metodą terapii taktylnej	119
Indeks nazwisk	139

WSTĘP

Opieka, wychowanie i nauczanie dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi skupia uwagę wielu podmiotów, ale szczególna rola w rozwiązywaniu problemów z tym związanych przypada nauczycielom i wychowawcom. Od ich otwartości na złożoność pracy dydaktyczno-wychowawczej z dziećmi przejawiającymi różnorodne zaburzenia w rozwoju zależą efekty prowadzonej terapii pedagogicznej. Jej organizacja opiera się na specjalistycznej wiedzy nauczycieli na temat zaburzeń rozwojowych u dzieci. Wiedza warunkuje umiejętność planowania i przygotowania zajęć – dostosowania metod, technik i narzędzi do rodzaju dziecięcych zaburzeń – a także radzenia sobie z trudnościami, jakie pojawiają się w pracy terapeutycznej z tym dziećmi.

Czynnikiem warunkującym efektywność terapii pedagogicznej prowadzonej w szkole jest rozpoznanie specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów. Szkoły są do tego przygotowane, zwraca uwagę dr Elżbieta Zieja w artykule pt. „Zmiany w procesie udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach”. Analizując Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 roku (Dz. U. 2017, poz. 1591), w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, autorka opisuje programy edukacyjno-terapeutyczne, wprowadzone przez Ustawodawcę w roku szkolnym 2017/2018.

W zakończeniu artykułu czytamy: „W opiece, wychowaniu i edukacji dziecka z dysfunkcją ważne jest zapewnienie mu warunków skutecznego włączenia się w środowisko rówieśnicze, oraz w życie środowiska lokalnego (...)”. Owa skuteczność przejawia się w pozytywnych relacjach między dzieckiem, a zbiorowością społeczną, i w nawiązaniu przez nie prawidłowej komunikacji z otoczeniem. Dziecko nabywa

pewności siebie, a zarazem przekonania, że jest akceptowane. Kształtuje się u niego poczucie własnej wartości, stanowiące o zachowaniu równowagi psychicznej.

Poczucie własnej wartości może być u dziecka zaniżone, lub zawyżone, co jest wynikiem nieprawidłowego dokonywania przez nie samooceny. Wg. D. Wosik-Kawali (*Korygowanie samooceny uczniów gimnazjum*. Wyd. UMCS Lublin 2007, s. 24-29), poziom niski samooceny przekłada się na zaniżenie u dziecka poczucia własnej wartości, natomiast poziom wysoki powoduje zawyżenie tego poczucia i wzrost aspiracji. Dzieci oceniają siebie na zasadzie porównania z rówieśnikami, mającymi zaburzone poczucie własnej wartości.

Zarówno niskie poczucie własnej wartości, prezentowane przez dzieci, jak i wysokie, mogą zakłócić prawidłowe relacje w grupie rówieśniczej, a także z dorosłymi członkami zbiorowości społecznej. W okresie dziecięcym ważne jest, aby owe relacje przebiegały prawidłowo i dziecko czuło się akceptowane przez środowisko z którym jest związane.

Samoocena niska charakteryzuje się tym, że dziecko jest przekonane o swojej niższości wobec innych osób, a szczególnie wobec rówieśników. Ma poczucie bezradności, nie wierzy we własne siły, stąd też, samodzielnie nie podejmuje żadnych działań, lub porzuca te, których się podjęło. Jest to zjawisko niebezpieczne dla dziecka, bowiem rzutuje negatywnie na jego funkcjonowanie. Dezorganizuje aktywność dziecka i wprowadza je w stany stresowe.

Dr Leszek Albański, w artykule pt. „Wspomaganie rozwoju dzieci ryzyka dysleksji w przedszkolu” wyjaśnia, że przyczyną stresu u dzieci mogą być specyficzne trudności w uczeniu się, takie, jak: trudności w opanowaniu mowy (specyficzne zaburzenia rozwoju językowego); trudności w czytaniu i pisaniu (dysleksja); zaburzenia w kształtnym pisaniu (dysgrafia); trudności w liczeniu (dyskalkulia). Autor zajął się głównie problemem dysleksji u dzieci. Przystaje ona być zjawiskiem marginalnym – staje się często powodem zakłóceń w komunikacji

werbalnej dziecka z otoczeniem. W artykule opisane zostały metody rozpoznawania i niwelowania dysleksji, a także działania zapobiegające jej powstawaniu.

Obowiązek przystosowania dziecka do funkcjonowania w grupie społecznej spoczywa na szkole. Jej zadaniem jest tworzenie warunków do pełnego i harmonijnego rozwoju dziecka. Zadanie to realizuje nauczyciel, którego rola we współczesnej szkole uległa zmianie. Nie może on być wyłącznie dydaktykiem, musi być wychowawcą, umiejącym dotrzeć do wychowanka, rozbudzić jego zainteresowania i aspiracje. Wychowawcza rola nauczyciela nabiera szczególnego znaczenia w odniesieniu do uczniów z zaburzeniami psychofizycznymi. Musi on dysponować takimi metodami oddziaływania, które spowodują u nich odreagowanie napięć emocjonalnych i zmiany wzajemnego nastawienia do siebie, a także „otwarcia się” na środowisko, w którym funkcjonują.

Jedną z metod wspierających rozwój dziecka jest *dogoterapia*. Została ona opisana przez mgr Katarzynę Jakubczyk w artykule pod tym samym tytułem. Autorka, powołując się na specjalistyczną literaturę, przedstawia korzyści i efekty uzyskiwane w terapii dzieci w wieku przedszkolnym, z udziałem psów. Bezpośredni kontakt z psem wpływa na rozwój emocjonalny i intelektualny dziecka, kształtuje empatię, rozwija umiejętność współpracy w grupie rówieśniczej. Autorka artykułu prezentuje własne scenariusze zajęć z dogoterapii, oraz swój autorski program nauczania, pt.: „Pies – mój czworonożny przyjaciel”.

Program autorski przedstawiony został również w artykule mgr Iwony Dul, pt. „Wspomaganie dziecka autystycznego – terapia taktylna”. Opisując rodzaje autyzmu, oraz metody diagnozowania i leczenia tego zaburzenia, autorka artykułu koncentruje się przede wszystkim na terapii taktylnej, która, jak napisała, (...) wykorzystywana jest jako metoda komplementarna w usprawnianiu dzieci z ADHD, z mózgowym porażeniem dziecięcym, dzieci z **autyzmem**, z zespołem Downa, upośledzonych umysłowo, z zaburzeniami mowy”.

Często, małemu dziecku w szkole towarzyszą sytuacje trudne, będące źródłem lęków i problemów emocjonalnych. Zdarza się, że nadmierne ich nasilenie powoduje zaburzenia w zachowaniu dziecka i w jego relacjach z otoczeniem. Dzieci, na ogół nie znają sposobów radzenia sobie w takich sytuacjach i tkwią w pułapce własnych negatywnych emocji. Trafne rozpoznanie i skuteczne rozwiązanie ich problemów leży więc w gestii nauczyciela edukacji wczesnoszkolnej, który, stosując odpowiednie metody, stwarza dzieciom szansę pełnego i harmonijnego rozwoju. Jedną z niekonwencjonalnych metod są zajęcia terapeutyczne, prowadzone w oparciu o bajki. Temat ten poruszony został przez dra Fryderyka Drejera w artykule pt. „Terapeutyczna funkcja literatury dziecięcej w edukacji wczesnoszkolnej”. Podane w nim zostały przykłady bajek, które spełniają funkcje terapeutyczne.

Działania w obszarze terapii pedagogicznej, przedstawione w artykułach publikacji pt. *Terapia w pracy z uczniem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Część III*, przyczynią się do złagodzenia przejawianych przez uczniów emocji, poprawią ich samopoczucie i spowodują psychiczne otwarcie się. Artykuły zawierają bogatą literaturę specjalistyczną, a zatem, należy je również postrzegać, jako przyczynek do pogłębienia wiedzy z zakresu terapii pedagogicznej dzieci. Ich autorami są pracownicy dydaktyczni Karkonoskiej Państwowej Szkoły Wyższej w Jeleniej Górze, oraz nauczyciele szkół podstawowych.

Treści zawarte w artykułach Katarzyny Jakubczyk i Iwony Dul oparte zostały na doświadczeniu w pracy z uczniami przejawiającymi specjalne potrzeby edukacyjne, a także są wynikiem uczestnictwa autorek w studiach podyplomowych o kierunku Terapia pedagogiczna z arteterapią, organizowanych przez Uczelnię w roku akademickim 2017/2018.

dr Fryderyk Drejer

Wspomaganie rozwoju dzieci ryzyka dysleksji w przedszkolu

1. Wprowadzenie

Czytanie to złożona pod względem struktury czynności umysłowych składających się z dekodowania tekstu oraz interpretowania treści, natomiast pisanie jest czynnością formułowania treści i kodowania jej w formie językowej.

Czytanie i pisanie to procesy porozumiewania językowego, znacząco powiązane ze sobą, które umożliwiają pełną komunikację werbalną. Są one wtórne do komunikacji słownej (mowy). Czytanie i pisanie jako umiejętności szkolne kształtują się w systemie zaprogramowanego nauczania. Istotne znaczenie dla przyswojenia umiejętności czytania i pisania ma opanowanie systemu językowego w zakresie morfologii, fonologii, semantyki i syntaktyki, a także zasad pragmatyki językowej. Czytanie to złożona pod względem struktury czynności umysłowych składających się z dekodowania tekstu oraz interpretowania treści.

U niektórych dzieci mogą występować specyficzne trudności w uczeniu się m.in. trudności w opanowaniu mowy (specyficzne zaburzenia rozwoju językowego), czytaniu i pisaniu (dysleksja), kształtnego pisma (dysgrafia) a także liczenia, arytmetyki (dyskalkulia). Określenia terminologiczne i opis zaburzeń uczenia są zawarte w międzynarodowych klasyfikacjach chorób ICD-10 (International

Classification of Diseases and Health Related Problems) i DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders), wśród innych kategorii zaburzeń i zachowania.

2. Definicje dysleksji

Badania nad trudnościami w czytaniu i pisaniu zapoczątkował w Europie w końcu XIX wieku angielski okulista Pringle Morgan, który opisał przypadek i określił terminem „wrodzona ślepotą słowna”. W Polsce termin dysleksja pojawił się w 1959 roku. Terminologię, która powszechnie przyjęła się w naszym kraju w szerokim rozumieniu terminu „dysleksja rozwojowa” jako syndrom specyficznych trudności w uczeniu się czytania i pisania wprowadziła w 1969 roku Marta Bogdanowicz. Jej zdaniem trudności w czytaniu i pisaniu mogą pojawić się u dziecka w postaci izolowanej a także w zwiłokrotnionych formach:

- Dysleksja – to trudność w czytaniu, którym często towarzyszą trudności w pisaniu.
- Dysgrafia – to trudność w opanowaniu właściwego poziomu graficznego pisma (bazgroły, nieczytelne pismo), związane z dyspraksją (obniżona sprawność ruchowa, manualna).
- Dysortografia – to trudność z opanowaniem poprawnej pisowni (mylenie liter podobnych graficznie, przestawianie i popuszczanie liter, błędy ortograficzne).

W 1993 roku Marta Bogdanowicz wprowadziła pojęcie – ryzyko dysleksji. Jest to zespół specyficznych trudności w uczeniu się czytania i pisania występujący u dziecka w znacznym nasileniu od początku nauki.

W 2007 roku Europejskie Towarzystwo Dysleksji używając terminu dysleksja, wskazało na szeroki zakres trudności szkolnych w zakresie czytania i pisania, uwarunkowanych neurobiologicznie. Nakreślone zostało postępowanie diagnostyczne.

3. Symptomy ryzyka dysleksji

Dziecko „ryzyka dysleksji” może być zarówno dziecko z ciąży i porodu o nieprawidłowym przebiegu jak i z rodziny, w której zaburzenie występowało.

Objawy ryzyka dysleksji można zaobserwować począwszy od wieku niemowlęcego, bardzo wyraźnie występujące w wieku przedszkolnym oraz w klasie pierwszej. W okresie niemowlęcym symptomy nietypowe m.in. brak raczkowania, obniżony tonus mięśniowy, zaś w okresie po niemowlęcym m.in. trudności z opanowaniem lokomocji, równowagi, słaba koordynacja wzrokowo ruchowa, opóźniony rozwój mowy. Dzieci wykazują niechęć do podejmowania zabaw konstrukcyjnych i manipulacyjnych a także do rysowania.

Symptomy „ryzyka dysleksji” charakterystyczne dla dzieci w wieku przedszkolnym:

1) motoryka duża

- niska sprawność ruchowa, dziecko słabo biega i skacze;
- trudności z utrzymaniem równowagi np. przejście po linii, stanie na jednej nodze;
- trudności z nauką jazdy na rowerze trzykołowym, hulajnodze ;

2) motoryka mała

- niska sprawność manualna: dziecko ma trudności z zapinaniem guzików, nawlekaniem koralików na sznurek, zawiązywaniem sznurowadeł;
- trudności w posługiwaniu się nożyczkami;
- trudności z nabyciem właściwych nawyków ruchowych np. prawidłowego trzymania kredki;

3) funkcje słuchowo-językowe

- opóźniony rozwój mowy;
- mały zasób słownictwa;
- wadliwa wymowa, częste przekręcanie trudnych wyrazów (przestawianie głosek, sylab);

- trudności z zapamiętywaniem wiersza, piosenki, więcej niż jednego polecenia w tym samym czasie;
 - trudności z zapamiętywaniem sekwencji np. nazwy dni tygodnia, pory roku;
 - trudności z poprawnym używaniem wyrażen przyimkowych, opisujących stosunki przestrzenne np.: nad-pod, za-przed;
 - zaburzenia analizy i syntezy głoskowej i sylabowej;
 - trudności z wydzieleniem i identyfikowaniem dźwięków mowy-głosek (słuch fonemowy), przy porównywaniu paronimów np. góra-kura;
- 4) koordynacja wzrokowo-ruchowa
- trudności z rzucaniem i chwytaniem piłki, budowaniem wieży z klocków;
 - niechęć do rysowania;
 - dziecko trzyletnie nie potrafi narysować koła, czteroletnie kwadratu i krzyża, zaś pięcioletni trójkąta, trudności z rysowaniem szlaczków;
- 5) funkcje wzrokowe
- trudności w składaniu obrazków wg wzoru m.in. układani mozaiki, puzzli;
 - nieporadność w rysowaniu, obrazki ubogie w formie;
 - trudności z wyodrębnieniem szczegółów różniących dwa obrazki;
 - trudności z odróżnieniem kształtów podobnych liter: m-n-u, l-t-l, p-b-g-d;
- 6) lateralizacja
- obserwuje się opóźnienie rozwoju lateralizacji, brak przejawów dominacji jednej ręki;
- 7) orientacja w schemacie ciała i przestrzeni
- trudności ze wskazaniem prawej lub lewej ręki;
 - trudności ze wskazaniem kierunku na prawo na lewo. (Bogdanowicz M. 2005).

W pierwszej klasie dziecko „ryzyka dysleksji” nadal przejawiają wiele symptomów dysharmonii rozwojowych. Pojawiają się pierwsze niepowodzenia szkolne w postaci nasilonych trudności w nauce czytania m. in. dziecko czyta bardzo wolno, głośkuje, ma trudności z dokonaniem poprawnej syntezy, przekręca wyrazy, nie rozumie przeczytanego tekstu. Pierwsze próby pisania ukazują trudności z zapamiętywaniem liter i sposobu ich pisania, uporczywe pisanie liter i cyfr w sposób zwierciadlany, dzieci opuszczają, przestawiają bądź dodają litery w pisanych wyrazach. Występowanie wielu symptomów powinno uświadomić rodzicom i nauczycielom, że mają do czynienia z dzieckiem „ryzyka dysleksji”.

4. Metody rozpoznawania ryzyka dysleksji

Znaczącym miejscem na diagnozę dysleksji rozwojowej jest przedszkole. Rozpoznanie, dokonuje się wtedy, gdy obserwowane trudności mają specyficzny charakter. W wyniku badań stawia się diagnozę ryzyka dysleksji i dysleksji jeżeli:

- stwierdza się prawidłowy rozwój umysłowy,
- występują u dziecka istotne opóźnienia rozwoju funkcji (słuchowo-językowych, wzrokowo-przestrzennych, ruchowych, integracji tych funkcji), które stanowią podstawę do wykształcenia się umiejętności czytania i pisania,
- dostrzega się od początku nauki szkolnej występowanie trudności w czytaniu i pisaniu,
- objawy są nasilone i długotrwałe, nie ustępują po podjęciu terapii pedagogicznej. Nauczyciel przedszkola może posłużyć się zarówno modą (narzędziem) rekomendowanym przez Ośrodek Rozwoju Edukacji bądź Polskie Towarzystwo Dysleksji jak i wypracowaną i sprawdzoną przez siebie lub innych nauczycieli metodę diagnozy.

Metoda (narzędzie) diagnozy powinna zawierać:

- założenia, cel, zakres,
- warunki stosowania pomocy,
- sposób zbierania i analizowania informacji,
- zasady interpretowania wyników z możliwością formułowania propozycji wspierających rozwój dziecka, oraz określenia pozytywnych czynników w dziecku do osiągnięcia gotowości szkolnej a także indywidualizowania pracy z dzieckiem.

Badania gotowości szkolnej realizowane jest za pomocą Skali Gotowości Szkolnej (Frydrychowicz A., Koźniewska E., Matuszewski A., Zwierzyńska E., 2006) wydanej przez Centrum Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej w Warszawie. Skala umożliwia ocenę zachowania i umiejętności dziecka i składa się z pięciu części:

- 1) zachowania i umiejętności związane z poznawczą aktywnością dziecka,
- 2) zachowanie w grupie rówieśniczej,
- 3) przejawy samodzielności i radzenia sobie w sytuacjach trudnych,
- 4) aktywność zadaniowa podejmowana samodzielnie lub pod kierunkiem nauczyciela,
- 5) przygotowanie dziecka do nauki czytania, pisanie i matematyki.

Kolejne narzędzie Skala Gotowości Edukacyjnej Pięciolatka – pomocna w przeprowadzeniu obserwacji i analizy gotowości pięciolatków do nauki w szkole.

Do profesjonalnych narzędzi pomocnych w diagnozie gotowości szkolnej u pięcio-sześcioletnich należy multimedialny program *Gotowość szkolna. Zestaw ćwiczeń do wspomaganie procesu diagnozy gotowości szkolnej oraz stymulacji funkcji percepcyjno-motorycznych i umiejętności matematycznych*. (Czabaj R., Mańkowska I, Różyńska M, Tryzno E., 2009). Diagnoza obejmuje następujące aspekty rozwoju dziecka:

- diagnoza motoryki dużej,

- diagnoza rozwoju mowy,
- badanie sprawności manualnej i grafomotoryki,
- określenie orientacji w schemacie ciała i przestrzeni,
- ocena dominacji stronnej – lateralizacja,
- diagnoza funkcji słuchowo-językowych,
- ocena rozwoju analizy i syntezy wzrokowej,
- badanie pojęć i operacji matematycznych,
- diagnoza dojrzałości emocjonalnej i społecznej.

Wśród rekomendowanych przez Polskie Towarzystwo Dysleksji narzędzie do oceny ryzyka dysleksji jest Skala Ryzyka Dysleksji Marty Bogdanowicz (Bogdanowicz M., Borkowska A., 2010 s. 124-128).

Wczesne diagnozowanie dysleksji powinno przebiegać w opinii Marty Bogdanowicz (2008):

- 1) diagnoza gotowości szkolnej – dzieci w wieku 5-6 lat,
- 2) diagnoza ryzyka dysleksji – dzieci w wieku 7-8 lat,
- 3) ostateczna diagnoza dysleksji rozwojowej – dziecko po ukończeniu klasy trzeciej szkoły podstawowej.

Należy podkreślić jeśli próby pomocy w formie ćwiczeń stymulujących w przedszkolu i korekcyjno-kompensacyjnych na etapie edukacji wczesnoszkolnej nie przyniosą poprawy, rodzice powinni się udać z dzieckiem na badania diagnostyczne do poradni psychologiczno-pedagogicznej. Wydana opinia z rozpoznaniem dysleksji rozwojowej po trzeciej klasie szkoły podstawowej jest ważna na cały okres edukacji szkolnej.

5. Wspomaganie pedagogiczne dziecka ryzyka dysleksji

Zapewnienie harmonijnego rozwoju dziecka ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się umożliwiają zajęcia w formie ćwiczeń korekcyjno-kompensacyjnych prowadzonych na terenie przedszkola a następnie kontynuowanych w domu.

Propozycje dotyczące pomocy dzieciom ryzyka dysleksji w przedszkolu przedstawiła Małgorzata Różyńska.

- objęcie wsparciem pedagogicznym dziecka ryzyka dysleksji poprzez ćwiczenia podczas których będą stymulowane wszystkie funkcje niezbędne do nabycia umiejętności czytania i pisania;
- w trosce o prawidłowy rozwój psychofizyczny rodzice powinni wspomagać swoje dziecko, wypełniając zalecenia nauczyciela,
- istotnym aspektem przy budowaniu programu wsparcia jest partnerska współpraca na poziomie przedszkole – rodzice – dziecko, w tym celu warto stworzyć partnerski kontrakt, opracowanie procedury jak pracować z dzieckiem o specjalnych potrzebach edukacyjnych w domu, przepływ informacji zarówno o postępach dziecka jak i występujących trudnościach. (Różyńska M. 2010, s. 234-240)

W pracy terapeutycznej z dziećmi w wieku przedszkolnym nauczyciele mogą skorzystać z następujących metod, programów i zestawów ćwiczeń:

Najbardziej polecaną jest *Metoda Dobrego Startu* Marty Bogdanowicz. W złączeniu to jednoczesne rozwijanie funkcji językowych i spostrzeżeniowych oraz współdziałania między tymi funkcjami, czyli rozwój integracji percepcyjno-motorycznej. Metoda zawiera trzy podstawowe formy:

- 1) Piosenki i rysunki (proste wzory i piosenki) – do wspierania rozwoju dzieci od czwartego roku życia oraz dzieci starszych, opóźnionych w rozwoju.
- 2) Piosenki i znaki (złożone wzory, kształty literopodobne i piosenki) – dla pięcioletnich i sześciolletnich dzieci, przygotowujących się do nauki czytania i pisanie, a także dzieci z ryzykiem dysleksji.
- 3) Piosenki i litery (litery alfabetu łacińskiego i litery specyficznie polskie i piosenki) m.in. dla uczniów z klasy pierwszej, w celu polisensorycznego uczenia się 22 liter.

Struktura Metody Dobrego Startu obejmuje następujące zajęcia: wprowadzające, właściwe, końcowe. Podczas zajęć wprowadzających dzieci koncentrują uwagę na rozpoczynających ćwiczeniach i usprawniają funkcje językowe, motorykę oraz orientację w schemacie ciała i przestrzeni. Następnie uczą się piosenki, która będzie towarzyszyła im podczas zajęć.

Zajęcia właściwe zawierają:

- 1) ćwiczenia ruchowe, które usprawniają motorykę dużą i małą, aktywizując analizator kinestetyczno-ruchowy;
- 2) ćwiczenia ruchowo-słuchowe, posiadają aspekt ruchowy i dźwiękowy (piosenka), analizują analizator kinestetyczno-ruchowy i analizator słuchowy;
- 3) ćwiczenia ruchowo-słuchowo-wzrokowe, najbardziej złożona forma aktywności, zawiera aspekt ruchowy (ruch wykonywany w rytm piosenki za pomocą pięści, dłoni, palców), dźwiękowy (piosenka) i wizualny (figura geometryczna, litera). Nauczyciel powinien zadbać aby wykonywany ruch przez dzieci był zgodny z rytmem, odpowiednim fragmentem piosenki i odtwarzanym elementem wzoru. Po wykonaniu zadania powinien omówić ewentualne popełnione błędy oraz pochwalić za wykonaną pracę.

Zajęcia końcowe powinny zawierać ćwiczenia relaksacyjne m.in. delikatny masaż, ćwiczenia logopedyczne – oddechowe i usprawniające artykulatory. (Bogdanowicz M. i Szlągowska D., 1999)

Metoda Dobrego Startu jest przygotowaniem do nauki czytania i pisania polisensorycznego czyli wielozmysłowego uczenia się liter alfabetu oraz opanowania pisowni wyrazów sprawiających problemy ortograficzne. Poszczególne formy metody tworzą kolejne etapy w procesie edukacji, profilaktyki i terapii.

Przydatną w pracy nauczyciela przedszkola może być *Metoda Hany Tymichovej*.

U podstaw metody leży założenie, iż możliwość wykonania czynności pisania jest zależna od prawidłowej współpracy analizato-

ra ruchu, dotyku i wzroku. Ćwiczenia grafomotoryczne opracowane przez Tymichową mają na celu usprawnić współdziałanie oka i ręki, zapobiegać wszelkim trudnościom związanym z rysowaniem i pisanem a także zachęcić dzieci niechętnie rysujących do podejmowania aktywności plastycznej.

Dla dzieci o słabej sprawności manualnej Hana Tymichova opracowała specjalne ćwiczenia grafomotoryczne. Jest to zestaw prostych wzorów do kalkowania (8 szlaczków i 16 rysunków figuralnych), zestaw wzorów złożonych do kalkowania (22 rysunki) oraz zestaw wzorów do kopiowania (30 wzorów). Ćwiczenia mają usprawnić manualnie, aby dziecko mogło radzić sobie w czynnościach wymagających wykonywania drobnych, precyzyjnych ruchów ręki. Propozycja skierowana jest do dzieci z zaburzeniami manualnymi i dzieci dyslektycznych.

Usprawniając rękę dziecka, przechodzi się od zadań łatwych, prostych, do coraz trudniejszych wymagających precyzyjnych ruchów. Początkowe ćwiczenia powodują zmniejszanie napięcia mięśniowego (dziecko wykonuje duże ruchy całą ręką). Następnie realizowane są ćwiczenia płynności ruchu (bardziej złożone ruchy, postępujące od strony lewej do prawej). Równocześnie prowadzone są zajęcia usprawniające palce.

Ćwiczenia grafomotoryczne powinny być wykonywane przez dziecko w następujących pozycjach:

- 1) postawa stojąca, wzór zawieszony w pozycji pionowej;
- 2) postawa stojąca, wzór w pozycji poziomej;
- 3) postawa siedząca, łokieć uniesiony;
- 4) postawa siedząca, przedramię podparte.

Wykonywanie ćwiczeń w tych pozycjach znosi nadmierne napięcie mięśniowe, które utrudnia naukę pisania, powoduje szybkie zmęczenie i zniechęcenie. (Tymichova H., 2004)

W przypadku nieprawidłowego sposobu trzymania przez dziecko, a także gdy nie kontroluje siłę chwytu i zbyt silnie naciska na

kredkę, ołówek, długopis stosowane są nasadki korekcyjne. Dzieci ryzyka dysleksji często wykazują objawy dyspraksji – zaburzeń rozwoju ruchowego, co objawia się niezręcznością ruchową całego ciała i rąk. Dla poprawy i lepszego funkcjonowania potrzebna jest terapia ruchowa.

Najpowszechniej stosowaną jest *metoda kinezylogii edukacyjnej Paula E. Dennisona*

Polega na wykorzystaniu naturalnego ruchu fizycznego, niezbędnego do organizowania pracy mózgu i ciała w celu samstrukturalizującego uczenia się (doświadczenia) i twórczej samorealizacji się osoby. (Dennison P. i Dennison P., 2003, s. 4). Podstawą twórczej kinezylogii są cztery grupy ćwiczeń, które umożliwiają rozwój różnorodnych koordynacji ruchu i funkcji psychofizycznych. Oto one:

- a) ruchy umożliwiające przekroczenie linii środkowej, stymulujące prace zarówno dużej, jak i małej motoryki;
- b) ćwiczenia rozciągające mięśni ciała;
- c) ćwiczenia energetyzujące ciało (zapewniające niezbędną prędkość i intensywność przebiegu procesów nerwowych pomiędzy komórkami i komórkami nerwowymi mózgu);
- d) ćwiczenia pogłębiające (powodują pozytywne nastawienie, wpływają na emocjonalno-limbiczny układ mózgu, co sprzyja integracji myśli i ruchu, a tym samym sprzyja osiągnięciom w nauce).

Ćwiczenia mogą być wstępem do zajęć z oddziaływaniem edukacyjnym i terapeutycznym. Przed rozpoczęciem zajęć uczestnik powinien wypić jedną szklankę wody niegazowanej (wpływa to na sprawny przebieg chemicznych reakcji w układzie nerwowym, a także na poprawę koordynacji umysłowej i fizycznej). Ćwiczenia należy wykonywać w określonej kolejności, kompleksowo, każde przez 1-2 minuty, w tempie umiarkowanym.

Regularne stosowanie ćwiczeń przez dziecko (minimum 4 tygodnie) m. in.:

- a) stymulują dzieci o specjalnych potrzebach;
- b) wprowadzają ciało i umysł w stan optymalny do przyswajania wiedzy, równoważąc wymiar lateralizacji, koncentracji, stabilności;
- c) poprawiają koordynację wzrokowo-ruchową;
- d) zwiększają zdolności manualne;
- e) synchronizują współpracę obu półkul;
- f) usuwają zmęczenie, odprężają, relaksują, pomagają w łagodzeniu stresu. (Zieja E., 2015, s. 44-45).

Metoda Dennisona wynika z faktu, iż naturalny rozwój fizyczny stanowi podstawę samodoskonalenia się bazowych nawyków widzenia, słuchania, organizowania wewnętrznych czynności psychicznych, umiejętności, spontaniczności i działań twórczych.

Niezwykle użyteczną w pracy z dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych jest *Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne*.

Ruch Rozwijający to system ćwiczeń gimnastycznych wykorzystujących dotyk, ruch oraz wzajemne relacje fizyczne, emocjonalne i społeczne do poznawania swojego ciała, orientacji w przestrzeni, pogłębiania kontaktu z innymi osobami. Metoda Weroniki Sherborne jest metodą niewerbalną, poprawiającą komunikację dziecka z otoczeniem. Podstawowe założenia metody to rozwijanie przez ruch: świadomości własnego ciała i usprawnienia ruchowego (daje poczucie bezpieczeństwa), świadomości przestrzeni i działania w niej, dzielenie przestrzeni z innymi osobami i nawiązywania z nimi bliskiego kontaktu. W programie ćwiczeń występują następujące grupy aktywności, wspomagających rozwój dziecka:

- a) ćwiczenia prowadzące do poznania własnego ciała;
- b) ćwiczenia pozwalające zdobyć pewność siebie i poczucie bezpieczeństwa;
- c) ćwiczenia ułatwiające nawiązanie kontaktu i współpracy z partnerem i grupą;
- d) ćwiczenia twórcze.

W realizacji metody należy uwzględnić prawidłowości rozwoju emocjonalnego i społecznego dzieci oraz ich indywidualne potrzeby. Ćwiczenia są proste, bez potrzeby użycia przyrządów, ich dobór zależy od pomysłowości ćwiczących. Stanowią doskonałą zabawę bez elementów współzawodnictwa, co pozwala na ujście napięć i emocji nagromadzonych w dzieciach.

Metoda Ruchu Rozwijającego może być przydatna w:

- a) przygotowaniu dziecka mającego pójść do przedszkola;
- b) zajęć integrujących grupę wychowawczą;
- c) zajęć relaksacyjnych;
- d) przygotowania dziecka rozpoczynającego naukę szkolną.

Szczególne przydatność omawianej metody jest w pracy z dzieckiem agresywnym, nadpobudliwym, lęklwym o zaburzonym schemacie ciała oraz w przypadku głębszych zaburzeń rozwojowych. (Bogdanowicz M. i Okrzesik D., 2006, Albański L. 2016)

Podczas pracy terapeutycznej wykorzystuje się elementy przyspieszonego uczenia. Wśród najbardziej polecanych dla dzieci w wieku przedszkolnym są: wizualizacja i drama.

Wizualizacja polega na tworzeniu obrazów w wyobraźni w celu rozbudzenia wielu zmysłów i lepszego ich zakodowania.

Dramę można określić jako metodę pedagogiczną angażującą w działanie dziecko, całą jego wiedzę o świecie tworząc nowe jakości w związku z wykorzystaniem wyobraźni, emocji, zmysłów, intuicji, w celu uświadomienia, zdobycia, bądź pogłębienia wiedzy o sobie i o otoczeniu. Drama pozwala osobie się otworzyć i spojrzeć na daną sytuację z innego niż swój własny punkt widzenia.

Zastosowanie dramy jako metody pracy w przedszkolu pozwala na:

- rozwijanie w dziecku wiary w siebie;
- rozszerzanie aktywności dziecka;
- kształtowanie postawy otwartej i kreatywnej;
- rozwijanie wyobraźni, wrażliwości;
- rozwijanie wzbogacanie słownictwa.

Metoda może być zainspirowana : daną sytuacją, historią, obrazkową, opowiadaniem itp.

Problem do rozwiązania powinien być bliski i znany dzieciom. Prowadzący zajęcia nauczyciel powinien zadawać pytania m.in. analityczne (co się stało?) ewaluacyjne (co o tym sądzisz?), analogiczne (jakie znasz inne, podobne sytuacje?), syntetyczne (co może się zdarzyć?). Zadawane pytania przez nauczyciela-terapeutę mają pobudzać myślenie uczestników analityczne, syntetyczne, symboliczne oraz stymulować rozwój dramy. (Borecka I. i in., 2005, s. 28)

W pracy z dziećmi przedszkolnymi można stosować następujące techniki: gry dramowe, rzeźby, fotografie. (Way B., 1990, Albański L., 2015)

U dzieci ryzyka dysleksji opanowanie umiejętności czytania przebiega powoli, jest dużym utrudnieniem. Istotne jest dobranie odpowiedniej strategii i metody, sprzyjające opanowaniu tej umiejętności. Jedną z pomocnych metod sylabowych przeznaczonych do jednoczesnego ćwiczenia czytania i pisania jest *Metoda 18 struktur wyrazowych Ewy Kujawy i Marii Kurzyny*. W ściśle ustalonej kolejności wprowadza się 18 typów wyrazów – od łatwych do bardziej trudnych(różnią się one między sobą liczbą sylab kolejnością występowania, stopniem złożoności sylab). Dla zaznaczenia elementów wyrazu kolorem zielonym oznacza się sylaby, czarnym-spółgłoski, czerwonym samogłoski. (Kujawa E., Kurzyna M.,1994)

Dzieciom dyslektycznym polecane są kolorowe nakładki (pomoc znacznie ogranicza mylenie wersów, gubienie się w tekście).

6. Wybór publikacji z ćwiczeniami przydatnymi do pracy z dzieckiem ryzyka dysleksji(wiek przedszkolny)

Dla nauczycieli i rodziców są dostępne liczne publikacje zawierające ćwiczenia przydatne do pracy z dzieckiem ryzyka dysleksji:

- „Biuletyn Polskiego Towarzystwa Dysleksji”. Gdańsk, Operon;
- Bogdanowicz M., Barańska M., Jakacka E., (2000). *Od piosenki do literki*. Gdańsk, Harmonia;
- Bogdanowicz M. (2000), *W co się bawić z dziećmi. Piosenki i zabawy wspomagające rozwój dziecka*. Gdańsk, Harmonia;
- Bogdanowicz M., (2000). *Przygotowanie do nauki pisania. Ćwiczenia grafomotoryczne według Hany Tymichovej*. Gdańsk, Harmonia;
- Bogdanowicz M., (2003). *Przytulanki, czyli wierszyki na dziecięce masażyki*. Gdańsk, Harmonia;
- Bogdanowicz M., Różyńska M., (2004). *Lewa ręka rysuje i pisze*. Gdańsk, Harmonia;
- Bogdanowicz M., Różyńska M., (2004). *Dni tygodnia, pory roku i miesiące. Zabawy i scenariusze zajęć rozwijających funkcje językowe*. Gdańsk, Harmonia;
- Bogdanowicz M., Barańska M., Jakacka E., (2006). *Piosenki do rysowania*. Gdańsk, Harmonia;
- Bogdanowicz M., Różyńska M., (2010). *Ortografitti. Od dysgrafii do kaligrafii*. Gdynia, Operon;
- Hływa R. A., (2004). *311 szlaczków i zygaczków. Ćwiczenia grafomotoryczne usprawniające rękę piszącą*. Gdańsk, Harmonia;
- Zakrzewska B., (2015). *Przedszkolak idzie do szkoły*. Gdańsk, Harmonia.

Bibliografia

1. Albański L., (2013). *Przedszkole*, W: L. Albański, S. Gola, *Wybrane zagadnienia z pedagogiki opiekuńczej*. Jelenia Góra Wyd. KPSW.
2. Albański L., (2015) *Drama w pracy z uczniem niedostosowanym społecznie*. W: L. Albański, F. Drejer, A. Dzikomska-Kaczan, E. Zieja, *Terapia w pracy z uczniem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi cz.I*. Jelenia Góra, Wyd. KPSW.

3. Albański L., (2016) *Metoda Weroniki Sherborne w terapii dzieci*. W: E. Zieja, L. Albański, S. Gola, J. Graszka, *Terapia w pracy z uczniem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Część II*. Jelenia Góra, Wyd. KPSW.
4. Albański L., (2018). *Zabawa w edukacji przedszkolnej*. Jelenia Góra, KPSW.
5. Apolinarska M., (1994). *Integracja dzieci niepełnosprawnych w przedszkolu i szkole*. Warszawa, Wyd. IFiS-PAN.
6. Blek A., (2001). *Przedszkole przyjazne dzieciom (scenariusze zajęć przedszkolnych)*. Toruń, Akpit.
7. Bogdanowicz M., (1985). *Metoda Dobrego Startu*. Warszawa, WSiP.
8. Bogdanowicz M., Szlagowska D., (1999). *Piosenki do rysowania, czyli Metoda Dobrego Startu dla najmłodszych*. Gdańsk, Fokus.
9. Bogdanowicz M., Kasica A., (2003). *Ruch Rozwijający dla wszystkich*. Gdańsk, Harmonia.
10. Bogdanowicz M., Adryjanek A., (2004). *Uczeń z dysleksją w szkole*. Gdynia, Operon.
11. Bogdanowicz M., (2005). *Ryzyko dysleksji. Problem i diagnozowanie*. Gdańsk, Harmonia.
12. Bogdanowicz M., (2005). *Terapia pedagogiczna. Przewodnik bibliograficzny*. Gdańsk, Harmonia.
13. Bogdanowicz M., Okrzesik D., (2006). *Opis i planowanie zajęć według Metody Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne*. Gdańsk, Harmonia.
14. Bogdanowicz M., Adryjanek A., Różyńska M., (2007). *Uczeń z dysleksją w domu. Poradnik nie tylko dla rodziców*. Gdynia, Operon.
15. Bogdanowicz M., Czabaj R., Bućko A., (2008). *Modelowy system profilaktyki i pomocy psychologiczno-pedagogicznej uczniom z dysleksją rozwojową*. Gdynia, Operon.
16. Bogdanowicz M., Borkowska A., (2010). *Model rozpoznawania trudności w czytaniu i pisaniu*. W: *Podniesienie efektywności kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Materiał szkoleniowy*, cz. I. Warszawa, MEN.
17. Bogdanowicz Z., (1990). *Zabawy dydaktyczne dla przedszkoli*. Warszawa, WSiP.
18. Borecka I., (2004). *Z motylem w tle O baśni w biblioterapii i terapii pedagogicznej*. Wałbrzych, Wyd. PWSzZ.

19. Brzezińska A., (1987). *Czytani i pisanie – nowy język dziecka*. Warszawa, WSiP.
20. Brzezińska A.I., (2005). *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*. Gdańsk, GWP.
21. Bzowska L., Kownacka R., Lorek M., Sowińska A., Gęca E., Gęca L., (2004). *Z zabawą i bajką w świecie sześciolatka (z płytą CD)*. Kraków, Impuls.
22. Chaul D., Michel V., (1999). *Gry i zabawy w przedszkolu*. Warszawa, Cyklady.
23. Czaplicka Z., (1994). *Kształcąca i wychowawcza funkcja zabaw i gier w przedszkolu*. „Wychowanie w Przedszkolu”, nr 9.
24. Ćwiek M., Godzimirska B., Wasilewska J., (2006). *ABC książka pięciolatka, cz. 1. Przewodnik Metodyczny ze scenariuszami zajęć*. Warszawa, WSiP.
25. Dennison P. E., (2004). *Integracja mózgu*. Warszawa, MINK.
26. Dennison P.E., Dennison G., (2003). *Kinezylogia edukacyjna dla dzieci*. Warszawa, MINK.
27. Domań R., (2003). *Metody pedagogiki zabawy w pracy z dziećmi w wieku przedszkolnym*. Lublin, Przedszkolak.
28. Fiutowska T., (1996). *Od A do Z. Wybrane zagadnienia do pracy z dzieckiem sześciolatką*. Warszawa, Didasco.
29. Frydrychowicz A., Koźniewska E., Matuszewski A., Zwierzyńska E., (red.) (2006) *Skala Gotowości Szkolnej*. Warszawa, CMPPP.
30. Gruszczyk-Kolczyńska E., Zielińska E. (2004). *Wspomaganie rozwoju umysłowego czterolatek i pięciolatek*. Warszawa, WSiP.
31. Górniewicz E., (2002). *Pedagogiczna diagnoza specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu*. Toruń, A. Marszałek.
32. Janiszewska B., (2008). *Ocena dojrzałości szkolnej*. Warszawa, Seventh Sea.
33. Jurkiewicz K., (2002). *Ćwiczenia P. Dennisona w pracy przedszkola*. W: *Kinezylogia edukacyjna – wsparcie dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*. Nauka i praktyka radosnego uczenia się. Warszaw, PTD.
34. Klim-Klimaszewska A., (2011). *Pedagogika przedszkolna. Nowa podstawa programowa*. Warszawa, IW ERICA.
35. Knill Ch., (1995). *Dotyk i komunikacja*. Warszawa, CMPP-P MEN.
36. Krasowicz-Kupis G., (2008). *Psychologia dysleksji*. Warszawa, PWN.

37. Kujawa E., Kurzyna M., (1994). *Reedukacja dzieci z trudnościami w czytaniu i pisaniu metodą 18 struktur wyrazowych*. Warszawa, WSiP.
38. Kwieciński Z., Śliwerski B., (red.) (2006). *Pedagogika. Podręcznik akademicki. t. III*. Warszawa, PWN.
39. Muchacka B., (1999). *Stymulowanie aktywności poznawczej dzieci w przedszkolu*. Kraków, Wyd. WSP.
40. Piszczek M., (1997). *Interakcja komunikacyjna – wykorzystanie w pracy dotyku i oddechu*. Programy M. i Ch. Knillów. Rewalidacja, nr 1.
41. Piszczek M., (1997). *Terapia zabawą. Terapia przez sztukę*. Warszawa, CMPP MEN.
42. Różyńska M., (2010). *Rozpoznanie i wspomaganie uczniów ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się czytania i pisania (przedszkole, klasy I-III)*, W: *Podniesienie efektywności kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Materiał szkoleniowy, cz. I*. Warszawa, MEN.
43. Tymichova H., (2004). *Ćwiczenia rozwijające sprawność ruchową ręki i koordynację wzrokowo-ruchową*. Gdańsk, Glottispol.
44. Way B., (1990). *Drama w wychowaniu dzieci i młodzieży*. Warszawa, WSiP.
45. Wasilak A., (2002). *Zabawy z chustą*. Lublin, KLANZA.
46. Wilgocka-Okoń B. (1993). *Przedszkole*. W: W. Pomykało (red.), *Encyklopedia pedagogiczna*. Warszawa, Fundacja Innowacja.
47. Zieja E., (2015). *Kinezylogia edukacyjna jako metoda terapii w pracy z dziećmi ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*. W: L. Albański, F. Drejer A. Dzikomska-Kaczan, E. Zieja, *Terapia w pracy z uczniem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnym*, cz. I. Jelenia Góra, Wyd. KPSW.
48. Zieja Z., (2003) *Poradnik metodyczny dla wychowawców*. Jelenia Góra, Wyd. KK.

Terapeutyczna funkcja literatury dziecięcej w edukacji wczesnoszkolnej

I. Wprowadzenie

Literatura dziecięca, to przede wszystkim bajki, baśnie i opowiadania, w których przedstawione są losy i przygody prawdziwych i wymaginionowanych bohaterów. Dzieci często utożsamiają się z nimi, przenoszą się w wyobraźni do miejsc odległych w czasie i przestrzeni. Książki przeznaczone dla dzieci stanowią dla dorosłych płaszczyznę do poruszania problemów edukacyjnych i wychowawczych, a także podejmowania tematów egzystencjalnych. Treści zawarte w tych książkach, bardzo silnie oddziałują na sferę emocjonalną dziecka. Przyciągają jego uwagę, ukazują często sytuacje trudne, ale realne, z jakimi dziecko spotyka się na co dzień. Pokazują sposoby zachowania się, motywują do samodzielnego rozwiązywania problemów.

Literatura dziecięca przybliżyła jej odbiorcom świat ludzi dorosłych. Jest to dla dzieci świat obcy i nieznan, w którym będą musiały kiedyś funkcjonować. Poprzez odpowiedni dobór literatury i formę analizowania zawartych w niej treści, świat ten staje się dla nich bardziej przystępny i zrozumiały. W oparciu o tę literaturę, można zapoznać dzieci z życiem szkolnym i problemami, na jakie napotkają, jak również ze sposobami ich rozwiązywania. Tematyka szkolna, poru-

szona w książkach dla dzieci, uświadomi im, że w szkole nie należy się bać. Wtedy szybciej ją zaakceptują i będzie im w niej dobrze.

II. Bajki, baśnie i opowiadania w terapii pedagogicznej dzieci młodszych

Często, małemu dziecku w szkole towarzyszą sytuacje trudne, lęki i problemy emocjonalne. Wymagania i oczekiwania wobec niego, tak ze strony nauczycieli, jak i rodziców, szybko zmieniają się, przez co traci ono poczucia bezpieczeństwa. W rezultacie, czuje się osamotnione i bezradne. Dzieci nie znają sposobów radzenia sobie w takich sytuacjach, nie potrafią zwrócić się do dorosłych o pomoc – tkwią w pułapce własnych negatywnych emocji. Trafne rozpoznanie i skuteczne rozwiązanie dziecięcych problemów leży w gestii nauczyciela edukacji wczesnoszkolnej.

Skuteczną metodą, pozwalającą nauczycielowi zaradzić problemom, z jakimi boryka się dziecko w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, jest terapia pedagogiczna w oparciu o **bajkę**, czyli **bajkoterapia**. Bajka, będąca jedną z form literatury dziecięcej, jest „krótkim, dowcipnym utworem, najczęściej poetyckim, o charakterze satyrycznym lub dydaktycznym.” (Molicka M., 2002, s. 152). W terapii pedagogicznej, bajkę stosuje się wtedy, kiedy u dziecka zdiagnozowano, lub zaobserwowano, konkretne sytuacje lękowe, albo zaburzenia emocjonalne. W takich przypadkach, pozytywna postać bajkowego bohatera pomaga dziecku uporać się z własnymi emocjami, przybliżyć mu nowe wzory myślenia i sposoby postępowania.

Kontakt z bohaterami bajki pomaga dzieciom w uporaniu się z obawami i lękami, jakie towarzyszą im wraz z pójściem do szkoły, gdzie muszą nauczyć się bycia samodzielnymi, oraz współistnienia w grupie. Jest narzędziem zmniejszającym napięcie psychiczne

u dziecka. Świat przedstawiony w bajkach, pobudza dziecięcą ciekawość, często prowadzi do zmiany postawy.

Bajki, wspierają i kompensują niezaspokojone potrzeby oraz oczekiwania dzieci, pozwalają im uwierzyć we własne siły i swoją wartość. Wsparcie emocjonalne, jakie daje bajka, stwarza dzieciom możliwość porównania siebie z innymi, pozwala doświadczyć akceptacji, zrozumienia, buduje więzi z opisywanymi bohaterami, odkrywa analogię między bohaterem bajki, a zachowaniem dziecka, budując tym samym jego pozytywną samoocenę.

Maria Molicka wyróżnia trzy rodzaje bajek stosowanych w terapii pedagogicznej dzieci młodszych. Są to:

1. Bajki psychoedukacyjne.
2. Bajki psychoterapeutyczne.
3. Bajki relaksacyjne.

Bajki psychoedukacyjne – to krótkie utwory, wspierające trudny proces dorastania dziecka. Owo wspieranie polega na wskazywaniu nowych wzorów myślenia o sytuacjach konfliktowych i dostarczaniu dziecku nowej wiedzy, dotyczącej głównie strategii poznawczych. Strategie te mają ograniczyć negatywne skutki stresujących sytuacji, w jakich dziecko się znalazło.

Fabuła bajki psychoedukacyjnej dzieje się zawsze w miejscu bardzo dobrze znanym dziecku – spokojnym, przyjaznym i bezpiecznym. Bohater bajki, wszystkimi swoimi zmysłami doświadcza miejsca, w którym przebywa, co sprawia, że również dziecko odbiera bajkę swoimi wszystkimi zmysłami. Głównym celem bajkoterapii psychoedukacyjnej jest wprowadzanie pozytywnych zmian w zachowaniu dziecka. Kiedy w bajce, jej bohater przeżywa problem podobny do problemu trapiącego dziecko, wtedy sytuacja ta jest dla dziecka ważnym doświadczeniem – uczy, jakie wzory postępowania należy w danym momencie zastosować.

Bajki psychoterapeutyczne – ich nadrzędnym celem jest obniżenie lęku u dziecka. Bajki sprawiają, że dziecko odczuwa sytuacje

łękotwórcze w zupełnie inny – nowy sposób. Bajkowe postacie dowartościowują je, dają poczucie zrozumienia poprzez akceptację, budują pozytywne emocje, nadzieję, oraz przyjaźń. Przekazują wiedzę o lękach i wskazują sposoby radzenia sobie z nimi. Poprzez bajki psychoterapeutyczne dzieci oswajają się z sytuacjami, osobami czy przedmiotami wywołującymi lęki. Redukcja lęku występuje na skutek częstego kontaktu z bodźcem o średniej sile, w efekcie reakcja na niego zanika. Łączenie bodźców lękotwórczych z przyjemnymi emocjami, co w efekcie prowadzi do wyobrażania sobie tych bodźców bez doznawania lęku (Molicka M., op., cit. s. 102-104).

Bajki psychoterapeutyczne mają zastosowanie w sytuacjach trudnych dla dziecka, jak np. kryzys emocjonalny po pierwszych dniach pobytu w szkole, czy trauma spowodowana sytuacją rodzinną (separacja rodziców, pojawienie się nowego dziecka w rodzinie, choroba w rodzinie, czy śmierć członka rodziny). Mogą być też narzędziem oddziaływania profilaktycznego. Dzieje się tak w przypadku, kiedy istnieje przypuszczenie, że dziecko może mieć problemy w szkole.

Działania profilaktyczne bajek psychoterapeutycznych polegają na:

1. Konkretyzacji doznawanych lęków, poprzez pokazanie dziecku, jakie osoby, przedmioty czy sytuacje, owe lęki wywołują.
2. Uświadomieniu przyczyn i skutków wpływających na racjonalne działanie bohatera bajki i jego zachowania, które stanowią wzór dla odbiorcy bajki. Uczą radzić sobie w nowej, trudnej sytuacji, wzmacniają poczucie własnej wartości, oraz uczą pozytywnego myślenia – „odwrażliwiają”.

Bajki psychoterapeutyczne **rozwijają wyobraźnię** dziecka, uczą go akceptowanego postępowania, wyposażają w sposoby radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Pomagają w zaakceptowaniu swoich mocnych i słabych stron. Czytanie bajki i jej słuchanie, to swoisty **relaks dla dzieci**, umożliwiający odcięcie się od zmartwień.

Dziecko, w wyniku działań profilaktycznych z zastosowaniem bajek psychoterapeutycznych, nabędzie podstawowe umiejętności funkcjonowania w rzeczywistości szkolnej. Do nich zalicza się m.in.: a) zrozumienie sytuacji trudnych emocjonalnie; b) radzenie sobie z zaistniałym problemem; c) nazywanie przeżywanych emocji; d) jasne komunikowanie się; e) mówienie o swoich bólach; f) rozumienie motywów działania i myślenia innych.

Bajki relaksacyjne – mają na celu odprężyć i uspokoić dziecko, a tym samym polepszyć jego samopoczucie. Wszystkie zmartwienia i lęki, jakie przeżywa, w czasie kontaktu z bohaterami bajki są wyciszane i schodzą na dalszy plan. Dziecko, które posiada spokój wewnętrzny, potrafi uporać się z trudnościami, na jakie napotyka.

Bajka relaksacyjna silnie odwołuje się do wyobraźni dziecka, stąd też, akcja bajki nie może być dynamiczna, a jej bohater powinien przeżywać wydarzenia spokojne. W bajce należy też uwzględnić takie elementy, które odwołują się do wszystkich zmysłów, np.: opis szumu drzew czy wiatru, przywoływanie zapachu. Czytając bajkę relaksacyjną, należy być odprężonym, mieć wyrównany oddech i czytać cicho, przy czym, czas czytania nie powinien przekraczać dziesięciu minut. Lekturze bajki może towarzyszyć muzyka.

Bajki o charakterze relaksacyjnym mają znaczny wpływ zarówno na psychospołeczny, jak i emocjonalny rozwój dzieci, gdyż redukują napięcie, co jest widoczne u dzieci między innymi w spadku napięcia mięśniowego. Im relaks jest głębszy, tym łatwiej jest dziecku odprężyć się i uspokoić, a jego samopoczucie polepsza się.

Najważniejszym celem bajkoterapii jest uspokojenie dziecięcych emocji, obniżenie lęku, otwarcie dziecka na zmiany, akceptacja własnych emocji. Proces ten nie zawsze dokonuje się od razu. Wszystko zależy od sytuacji, od samego dziecka, jego stanu emocjonalnego i etapu rozwoju. Cel taki osiąga się również w przypadku, kiedy prowadzi się proces terapii pedagogicznej dzieci młodszych w opar-

ciu o baśnie. W literaturze dziecięcej występują one w trzech rodzajach, jako: *baśń ludowa*, *baśń literacka* i *baśń nowoczesna*.

Baśń ludowa wprowadza dziecko w sferę ludzkich charakterów, motywów działań i uczuć. Oprócz ludzi, w baśniach ludowych występują zwierzęta, zazwyczaj obdarzone czarodziejską mocą, oraz fantastyczne postacie i magiczne przedmioty – rozwijające dziecięcą wyobraźnię.

Baśń literacką charakteryzuje zróżnicowanie jej bohaterów pod względem osobowości, oraz podtekst filozoficzny treści w niej zawartych. Baśń literacka jest utworem wielowarstwowym – nie zawsze zrozumiałym dla dzieci młodszych, w przeciwieństwie do baśni nowoczesnej, której treści dotyczą głównie dzieci i ich spraw. W baśniach tych poruszana jest tematyka dziecięcych zainteresowań i sposobów widzenia przez nie świata. Świat dziecka łączy się w nich ze światem fantastyki w jedną całość.

Odmianą formę literatury dziecięcej stanowi **opowiadanie**. Jest to „(...) niewielki utwór epicki pisany prozą, tematycznie ograniczony do jednego wątku fabularnego” (Uniwersalny Słownik Języka Polskiego, t. 2, K – O, 2003, s. 1279). Prawidłowo dobrane opowiadanie rozwija osobowość dziecka, kształtuje jego postawę wobec ludzi i pomaga kształtować pozytywny stosunek do środowiska, w którym ono funkcjonuje.

Przykładem jest opowiadanie pt. „*Wywiad z drzewem*”

Nie wiem dokładnie, kiedy mnie zasadzono. Było to może sto lat temu. A może więcej. Drzewa nie najlepiej radzą sobie z liczeniem czasu. Jesteśmy jednak obdarzone dobrą pamięcią do wydarzeń. Czuję, jakby to było wczoraj, kiedy młody ogrodnik sadził mnie na pustkowiu. Dookoła rozciągały się pola i łąki. Przede mną stał tylko jeden dom. Mały, drewniany. Z upływem czasu pojawiło się ich więcej – większych, murowanych. Pobliskie miasto rozrastało się w tę stronę.

Czy podobało mi się to? Z jednej strony lubiłem ten krajobraz. Jego pustkę, polany i las w oddali. Z drugiej – cieszyło mnie towarzystwo ludzi. Byli tacy inni. Nie mieli konarów, ani liści. Ale jeszcze bardziej dziwiło mnie, że wszystko robią tak szybko. My, drzewa, żyjemy długo, czas liczy się dla nas inaczej. Jesteśmy stateczne, lubimy filozofować, trwać w zadumie. Tymczasem ludzie byli ruchliwi, dynamiczni, chaotyczni, wszystko robili szybko, bez chwili zastanowienia. Ale z czasem, to zdziwienie ustąpiło miejsca sympatii. Polubiłem tą ludzką ruchliwość. Ich towarzystwo sprawiało mi radość.

Czy w ciągu mojego długiego życia zapamiętałem kogoś szczególnie? Teraz, kiedy mnie o to pytacie, myślę, że tak, że były dwie takie szczególne osoby, choć nie wiem dlaczego akurat one wryły mi się w pamięć, niczym korniki w korę. Może dlatego, że pozwalały mi zrozumieć naturę człowieka?.

Kiedy zazieleniła się trawa, wokół mnie bawiły się dzieci. Biegały i skakały, ciesząc się życiem i ciepłymi promieniami słońca. Dawno ich tu nie było, ale od kiedy stopniał śnieg, coraz częściej mogłem cieszyć się ich obecnością. Wśród nich zauważyłem dziewczynkę i chłopca. Byli chyba najmłodszy w grupie, ponieważ inne dzieci nie chciały się z nimi bawić. Zauważyłem jakąś więź pomiędzy nimi. Opiekowali się sobą i bawili razem w kwiatkach. Chłopiec dzielnie znosił to, że dziewczynka chciała robić wianki lub skakać na skakance. Pewnego dnia chłopiec wrył na moim pniu jakiś dziwny znak. Mówił o nim „inicjały”.

Z biegiem czasu zauważyłem, że oboje zmieniają się tak, jak pogoda. Kiedy słońce mocniej grzało, a na krzakach pojawiły się poziomki i truskawki, także dzieci zmieniły swe oblicze i wygląd. Para, którą wyszukałem spośród tłumu dorosła. Nie byli jeszcze tacy, jak ich rodzice, ale nie były to już dzieci, które bawiły się w moim cieniu. Może z dziećmi jest jak z jabłkami na jabłoni? Z małych pączków stają się kwiatkami. Potem są owocami, aż

w końcu spadają na ziemię. Wtedy nie wiedziałem jeszcze, jak bardzo moja teza jest trafna. Zastanawiało mnie tylko, dlaczego trzymają się za ręce. Czy my z innymi drzewami trzymamy swoje gałęzie? Czy obejmujemy się? Nie rozumiałem natury ludzi.

Słońce coraz mocniej grzało. Dzieci w lekkich ubraniach bawiły się i ukrywały w moim cieniu. Nagle wśród spacerujących ludzi, zauważyłem znajome mi twarze. To oni! Jednak wiele się zmieniło. Dorośli. Ona prowadziła przed sobą wózek. Co w nim było? Usiedli na ławce pod moją koroną. Mogłem się dobrze przyjrzeć zawartości wózka. W środku było małe ludzkie dziecko, które swoimi niebieskimi oczkami ciekawie patrzyło na świat. Jakie to dziwne – pomyślałem. Dziecko rosło. Widziałem jak stawia pierwsze kroki, jak bawi się zabawkami. Tymczasem dni stawały się coraz krótsze, a moje liście coraz bardziej żółte.

Dzieci coraz rzadziej przychodziły do mnie. Z ich rozmów zrozumiałem, że ma to coś wspólnego z miejscem, które nazywały szkołą, a w którym spędzały całe przedpołudnie. Nie czułem się jednak samotny, bo towarzystwa dostrzymywała mi moja znajoma para. Zastanawiało mnie dlaczego tak bardzo się zmienili. Ich włosy poszarzały, nie biegali już, jak wiosną, lecz chodzili powoli. Podobało mi się to, bo przypominało spokój i stateczność drzew. Ciągle tylko nie mogłem zrozumieć, dlaczego trzymają się za ręce. W moim drewnianym sercu czułem, że darzę tę parę już nie sympatią, lecz czymś więcej. Nie byłem już obserwatorem, lecz częścią ich rodziny.

I znów spadł śnieg. Dawno już nie widziałem mojej „rodziny”. Trochę mnie to martwiło, ale pewnego dnia odwiedziła mnie dziewczynka. Znów się zmieniła – była przygarbiona, a jej włosy stały się białe jak śnieg wokół. A gdzie chłopiec? – chciałem zapytać. Rozglądałem się dookoła, ale nigdzie go nie było. Ani tego, ani żadnego z następnych dni. Przychodziła tylko ona. Sama. Któregoś dnia, podniosła głowę do góry, a w jej smutnych od pewnego czasu oczach, pojawiła się radość. Położyła dłoń na moim pniu, tam gdzie

powinny być wyryte wiosną inicjały. – Ale przecież ty pamiętasz wszystko, prawda? – powiedziała. W końcu jednak nawet ona przestała przychodzić. Do tej pory nie wiem dlaczego. Dzisiaj na moich gałęziach pojawiły się znowu pąki. (Autor opowiadania: Julia Drejer, uczennica Liceum Ogólnokształcącego nr 1 w Wałbrzychu).

III. Funkcje i zadania literatury dziecięcej

Etap przedszkolny i wczesnoszkolny jest dla dzieci okresem socjalizacji i wychowania w środowisku rodzinnym, społecznym, kulturowym i naturalnym (przyrodniczym). Odpowiednio dobrana literatura wprowadza je w te obszary. Dzieci poznają świat roślin i zwierząt, a także świat ludzi, oraz związaną z nimi kulturę i jej wartości. Niejednokrotnie jest to świat symboli i metafor. Dzieci dowiadują się, jakie wartości są cenione, i za co człowieka spotyka nagroda lub kara. Poznają wzorce osobowe i przez nie zaczynają postrzegać ludzkie zachowania oraz ich konsekwencje. Takie pojęcia, jak dobro, zło, sprawiedliwość, miłość, przyjaźń, przestają dla nich być niezrozumiałymi.

Dzieci przeważnie utożsamiają się z postacią głównego bohatera bajki, baśni, czy opowiadania. Towarzyszą mu w wędrówce, razem z nim przeżywają radość, strach, smutek i ból, nawiązują przyjaźnie, stawiają czoła wrogom, podejmują wyzwania, odpoczywają i bawią się. Identyfikując się z bohaterem książki, poznają całą gamę emocji, uczuć i postaw. Uczą się zachowań społecznie akceptowanych oraz tych, które są potępiane. Poznają sposoby reagowania w trudnych sytuacjach oraz zaspokajania różnych potrzeb. Mając styczność z językiem literackim i jego bogactwem, nabywają umiejętność poprawnego wysławiania się.

Dzięki odpowiednio dobranemu tekstowi literackiemu, w psychice dziecka pojawia się pozytywne myślenie. Zaczyna ono rozumieć

swoje uczucia, ich przejawy i przyczyny, a także rozumieć świat, w którym żyje. Przykładem bajki, która uspokaja i wycisza jest „Słonko”.

Słonko cały dzień świeciło, aż w końcu poczuło się bardzo zmęczone. Jego promienie stawały się coraz słabsze, coraz chłodniejsze słabiej ogrzewały ziemię. Zobaczyło w oddali małą górkę. Postanowiło schować się za nią i odpocząć. Wolno popłynęło po niebie w jej kierunku. Gdy znalazło się za szczytem pagórka, poczuło się jeszcze bardziej zmęczone. Słonko ogarnęła senność. Obok przepływały małe obłoczki, jeden, drugi, trzeci. Niewiele myśląc wskoczyło w sam środek puszystej, błękitnej chmurki. Wtuliło się w mięciutki obłoczek i poczuło przyjemne ciepło. Chmurka jak pierzynka otuliła je ze wszystkich stron. Było wygodnie, przyjemnie, bezpiecznie. Obłoczek unosił słonko i delikatnie kołysał.

Z daleka dochodził delikatny śpiew ptaków, który jak kołysanka tulił do snu. Słonko rozłożyło się wygodnie, odpoczywało. Oddychało równo, miarowo, spokojnie. Czulo się coraz bardziej senne i senne. Zamknęło oczy i popłynęło leżąc na obłoczku. Płynęło i płynęło leżąc bezwładnie. Promienie całym ciężarem spoczęły na obłoczku. Obok płynęły chmurki jedna, druga, trzecia, nie spiesząc się, powoli. Słonko oddychało równo, miarowo, spokojnie. Powyżej był błękit, spod którego wyglądały migoczące gwiazdki i śpiący księżyc zwinięty, jak rogalik. Poniżej znajdowały się pagórki porośnięte zielenią, a w dolinie leniwie płynęła rzeka. Słonko zamknęło oczy i odpoczywało. Całe zmęczenie trudami dnia z wolna uwalniało się i sphywało na chmurkę. Słonko stawało się coraz lżejsze i lżejsze, wymywało z siebie całe zmęczenie. A obłoczek robił się coraz cięższy i cięższy, coraz ciemniejszy i coraz większy. Aż stał się dużą chmurą, z której spadł deszcz. Krople, jak wielkie sople, spadały na ziemię: kap, kap, kap... Chmura pozbyła się niechcianego ciężaru i z powrotem stała się obłoczkiem.

Nie wiadomo skąd nagle pojawił się delikatny wiaterek. Podmuchał na chmurki, które zaczęły szybciej płynąć po niebie. I jeszcze szybciej i szybciej. Ze słonka ściągnął obłoczek jak pierzynkę. Wówczas słońce otworzyło oczy, ziewnęło, przeciągnęło się i wolno podniosło się z mięciutkiego obłoczka. Orzeźwiający wiaterek wiał coraz mocniej i mocniej. Zewsząd dochodził coraz głośniejszy śpiew ptaków. Słonko ciekawie wyjrzało zza chmurki i zobaczyło, jak drzewa, krzewy wyciągają swe liście do nieba czekając na ciepłe promienie. Wiatr dmuchał na chmurki jak na dmuchawce, z coraz większą siłą, aż rozpierzchły się po całym niebie. Słonko poczuło się lekkie i rześkie. Otrzeptało z siebie resztki snu i pełne nowych sił zeskoczyło z obłoczka, który czym prędzej popędził za innymi. Zajaśniało pełnią blasku i znowu skierowało promienie na ziemię, obdarzając drzewa, kwiaty i krzewy swym ciepłem. Wokół zapanowała radość (za: M. Molicka, 2012).

Efektywność oddziaływania terapeutycznego ksiązek dla dzieci zależy od stworzenia dobrej atmosfery – takiej, w której dziecko czuje się bezpiecznie i spokojnie. Uzyskuje się ją wówczas, kiedy:

- a) dokonany został odpowiedni doboru tekstów (gotowych lub własnych), wzbogacony o materiał ilustracyjny;
- b) po przeczytaniu bajki, baśni lub opowiadania, dzieci ilustrują swoje odczucia za pomocą rysunku bądź dramy, co doskonale ćwiczy umiejętność wyrażania emocji oraz zachęca do wymyślenia innej, niż podana w danej literaturze, strategii radzenia sobie z opisaną sytuacją;
- c) zajęcia są wzbogacone metodami aktywizującymi (zabawy muzyczno-ruchowe, zabawy integrujące grupę).

Literatura dla dzieci spełnia następujące funkcje:

1. Wychowawczą – inspiruje do pewnego typu zachowań. Sprzyja rozwojowi moralnemu dziecka.
2. Utylitarną – pomaga rozwiązać niektóre problemy, na jakie dziecko napotyka.

3. Kształcąca – wzbogaca wyobraźnię, uczy dostrzegania rzeczy nowych i godnych postrzegania, rozwija umiejętności werbalne i estetyczne.
4. Profilaktyczną – zagospodarowanie czasu wolnego wartościową treścią.
5. Katartyczną – pozwala odreagować przeżycia (por. L. Zarzecki 2012, s. 133).

Realizacja wymienionych wyżej funkcji zależy od metod, środków i form zapoznawania dzieci z literaturą dla nich przeznaczoną, a także od przestrzegania przez nie zasad zachowania się w trakcie czytania i analizowania tekstu.

Oto podstawowe reguły dotyczące zajęć terapii pedagogicznej z zastosowaniem literatury dziecięcej:

1. Udział dzieci w zajęciach musi mieć charakter swobodny.
2. Prowadzący zajęcia musi uwzględniać problemy, które są atrakcyjne i ciekawe dla członków grupy.
3. Literaturę należy dobrać do możliwości percepcyjnych dzieci, a poziom i tempo zajęć dostosować do ich możliwości fizycznych i psychicznych (Borecka I., 2001, s. 145-149).

Doskonałą formą zajęć terapeutycznych z dziećmi, są zabawy czytelnicze. Polegające m.in. na: – malowaniu i rysowaniu ilustracji do wybranych fragmentów utworu; – tworzeniu symbolicznego katalogu „ruchomych obrazków” (dzieci inscenizują sceny wymieniane przez nauczyciela); – lepieniu z plasteliny, elementów brakujących w przeczytanim przez nauczyciela i znanym dzieciom wcześniej opisie rzeczy, sytuacji, lub zdarzenia; – wykonywaniu wydzieranek i układaniu podpisów adekwatnych do treści utworu; – projektowaniu strojów dla ulubionych bohaterów literackich; – rozwiązywaniu krzyżówek związanych z treścią utworu; – układaniu i rozwiązywaniu rebusów i zgadywanek; – organizowaniu quizów i konkursów; – zabawach logopedycznych.

Oprócz książek sensu stricto, w terapii pedagogicznej dzieci można także wykorzystać inne materiały alternatywne, np.: – pozajęzykowe środki przekazu (grafikę, fotografię); – teksty nagrane na kasetach magnetofonowych i płytach kompaktowych; – płyty CD z różnymi efektami akustycznymi i odgłosami przyrody (szum lasu, śpiew ptaków itp.); – rysunki do kolorowania; – przygotowane mandale; – zabawki edukacyjne; – gry dydaktyczne; – filmy edukacyjne i terapeutyczne; – programy komputerowe; – płyty CD z muzyką uspokajającą lub aktywizującą, oraz z różnego rodzaju montażami słowno – muzycznymi, lub pieśniami i piosenkami; – książki, będące zarazem zabawkami, czyli takie, które przypominają swym kształtem maskotki, klocki, różnego rodzaju figury do układania, ale są zarazem wyposażone w prosty tekst, lub taśmę magnetofonową z nagrany tekstem terapeutycznym.

Ciekawą formą zajęć terapeutycznych są zabawy parateatralne, polegające na tworzeniu kompozycji ruchowo-gestowych o charakterze inscenizacji. Udział dziecka w takich zabawach dostarcza mu nowych wrażeń, powoduje przełamanie nieśmiałości i oporów psychicznych, a także wyzbycia się kompleksów i braku pewności siebie, zwłaszcza wtedy, kiedy trzeba „coś” opowiedzieć i „być w roli”. Ruch i gest rozwijają u dziecka koordynację i orientację przestrzenną, jego inicjatywę, indywidualność i samodzielność.

Swobodny ruch w przestrzeni jest dla dziecka źródłem przyjemności, a opanowywanie nowych umiejętności daje mu satysfakcję (Drejer F. 2017, s. 54 – 55). Przykładem zabawy parateatralnej jest inscenizacja ruchowo-gestowa bajki pt. *Złotowłosa i trzy niedźwiedzie*, wg. książki Rity Storey „Goldilocks and the three bears”. Scenariusz przygotowała Julia Bąbiak – studentka kierunku Filologia Angielska, Karkonoskiej Państwowej Szkoły Wyższej w Jeleniej Górze.

„Złotowłosa i trzy niedźwiedzie”

Narrator: Dawno, dawno temu, w małym, pełnym drzew lesie, mieszkały trzy niedźwiadki. Mieszkały one w bardzo ładnej, niedużej

chatce. Na czele rodziny stał wielki i ogromny Tata Miś, gospodynią była Mama Miś, a na końcu było sobie małe i puchate Dzieciątko Miś. Pewnego słonecznego dnia, Mama Miś zrobiła na śniadanie owsiankę. Podeszła do stołu i po kolei rozlała je do misek. Najpierw nalala owsianki do dużej miski, z której jadł Tata Miś, następnie nalala owsiankę do średniej miski dla Mamy Miś, a na końcu nalala do małej miseczki dla Dzieciątka. Niestety, jedzenie było za gorące, więc wszystkie misie zostawiły swoje miseczki i poszły na spacer. (Dzieci „grają” wyznaczone im role).

Narrator: Nieopodal chatki niedźwiadków mieszkała również dziewczynka o imieniu Złotowłosa. Nazywała się tak, ponieważ miała złote włosy. Gdy zobaczyła chatkę rodziny niedźwiedzi, podeszła do niej i zapukała do drzwi. (Dziewczynka puka do drzwi wymagowanej chatki).

Narrator: Złotowłosa dziewczynka nie była grzecznym dzieckiem. Kiedy nikt jej drzwi nie otwierał, postanowiła wejść do chatki. Najpierw drzwi lekko odchyliła, a później energicznym krokiem weszła do środka (Złotowłosa wchodzi do domku rodziny niedźwiadków – rozgląda się, a następnie wchodzi do kuchni Mamy Miś).

Narrator: Dziewczynka spostrzegła, że na stole w kuchni stoją trzy miski. Zatarła rączki z zadowolenia i podeszła do stołu (Złotowłosa podchodzi do stołu i ogląda miski).

Narrator: Najpierw dziewczynka ogląda dużą miskę Misia Taty. Owsianka, którą spróbowała, była zbyt gorąca i Złotowłosa poparzyła sobie język (Dziewczynka markuje poparzenie języka, machając rękoma).

Narrator: Kolejną miską, do której podeszła dziewczynka, należała do Mamy Miś. Jedzenie, tam się znajdujące, również było zimne i jej nie smakowało (Złotowłosa energicznie odsuwa od siebie miskę Mamy Miś).

Narrator: Ostatnia miska należała do Dzieciątka Miś. Złotowłosa wzięła do ręki łyżkę, która leżała obok miski i zaczęła jeść owsiankę.

Bardzo jej smakowała, więc zjadła wszystko (Dziewczynka zjada owsiankę małego misia i wstaje od stołu).

Narrator: Po zjedzeniu owsianki, dziewczynka weszła do salonu rodziny misiów i zaczęła się rozglądać. W salonie zobaczyła trzy fotele różnej wielkości. Jeden był bardzo duży, drugi był średniej wielkości, a trzeci fotel był mały. Podeszła najpierw do fotela największego i usiadła na nim, ale był bardzo niewygodny, a w dodatku twardy (Dziewczynka podchodzi do fotela, i siada na nim, ale szybko wstaje, ze złą miną).

Narrator: Złotowłosa siada z kolei na drugim fotelu. Okazało się, że jest on za bardzo puszysty, co spowodowało, że dziewczynka zapadła się w nim i musiała długo się z niego wydostawać (Dziewczynka siada w drugim fotelu, po chwili próbuje z trudem wstać).

Narrator: Ostatni fotelik, na którym usiadła Złotowłosa należał do najmłodszego misia. Fotelik był bardzo wygodny i dziewczynka zaczęła po nim skakać. W pewnym momencie rozpadł się on na drobne kawałki, a dziewczynka upadła na podłogę (Złotowłosa podchodzi do fotelika, siada i zaczyna się wygłupiać, co sprawia, że fotel się łamie, a ona upada).

Narrator: Dziewczynka dalej zwiedza dom misiów. Kolejnym pomieszczeniem, do którego się udała, była sypialnia z trzema łózkami o różnych wymiarach (Dziewczynka otwiera drzwi do sypialni i staje przed łózkami, zastanawiając się, które z nich jest najwygodniejsze).

Narrator: Pierwsze łóżko należało do Misia Taty. Było ono bardzo duże i niewygodne (Złotowłosa rezygnuje z wejścia na to łóżko).

Narrator: Kolejne łóżko należało do Mamy Miś. Było ono mniejsze od poprzedniego, ale niewygodne, ponieważ było za miękkie. Dziewczynce bardzo chciało się spać, po zjedzeniu miski owsianki, dlatego postanowiła wejść na łóżko najmniejsze. Okazało się ono bardzo wygodne i dziewczynka zasnęła w nim (Dziewczynka wchodzi na łóżko, nakrywa się kołdrą i zasypia).

Narrator: *Do domu, ze spaceru wraca rodzina misiów. Wszyscy są bardzo głodni po długiej wycieczce po lesie* (Misie wracają do domu i wchodzi od razu do kuchni, gdzie widzą bałagan i puste miski po owsiance. Łapia się za głowy z rozpaczy, że ktoś zjadł ich owsiankę).

Narrator: *Rodzina misiów była bardzo zaskoczona, kiedy zobaczyła popsute fotele* (Misie zaczęły naprawiać swoje fotele).

Narrator: *Kiedy Misie weszły do sypialni, zobaczyły tam śpiącą dziewczynkę. Zaczęły ją budzić* (Dziewczynka przerażona wybiegła z chatki Misiów).

Narrator: *Złotowłosa, po opuszczeniu chatki Misiów, pobiegła do swojego domu, gdzie miała własny fotel i łóżko, a także miseczkę z owsianką. Po tej przygodzie, Złotowłosa postanowiła nigdy więcej nie wchodzić do czyjejś chatki.*

(Scenografia, oraz układy kompozycyjne ruchu, gestu i mimiki, zależą od inwencji twórczej nauczyciela przygotowującego z dziećmi inscenizację).

Udział dziecka w zabawach ruchowych o charakterze kompozycyjnym umożliwia mu nabycie doświadczeń związanych z dziele niem się swoją aktywnością z pozostałymi dziećmi. Aktywność ta ma zawsze zabarwienie emocjonalne, ponieważ każdy układ ruchowo-gestowy jest formą bliską dzieciom, odpowiadającą im potrzebom. Jest on uzależniony od anatomicznego i psychicznego nastawienia dziecka do wykonywania określonego działania, a także od jego fizycznej i psychicznej mobilizacji do działania twórczego.

Każde działanie twórcze dziecka jest zabarwione wielką radością, zadowoleniem i satysfakcją z udziału w „tworzeniu”. Powoduje odprężenie i odpoczynek, wywołuje swobodę i radość życia, wyzwala u dziecka jego indywidualne cechy” (Czaplicka Z. 1994, s. 539).

Zakończenie

Literatura dziecięca odreagowuje napięcia emocjonalne i negatywne emocje, kumulowane w świadomości dziecka. Pozytywnie je ukierunkowuje, wyzwalać zarazem jego aktywność intelektualną i motoryczną. Poprzez obcowanie z bohaterami książek, dziecko „(...) osiąga rozszerzenie świata swych przeżyć i świata, jako integralnej części swej osobowości” (Tyszkowa M. 1979, s. 7). Jest to bardzo ważne przesłanie dla nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej. Umiejętne dobranie przez nich książek dla dzieci, skutkuje odreagowaniem napięć emocjonalnych i „otwarcie się” dziecka zamkniętego w sobie.

Sytuacje i zdarzenia, przedstawione w bajkach, baśniach i opowiadaniach, mają wpływ na rozwój myślenia przyczynowego u dzieci młodszych. Podstawą owego myślenia jest dociekanie, czyli „(...) własna aktywność działaniowa i umysłowa dziecka, w której przejawia się potrzeba zaspokajania ciekawości intelektualnej...” (Kunowski S. 1993, s. 207). Dociekanie sprowadza się do analizowania przez dziecko sytuacji, zjawisk i zdarzeń, jakie zostały przedstawione w książce. W wyniku dociekania, u dziecka następuje wywołanie odpowiednich wrażeń, rozwija się pamięć, uwaga i mowa.

Bibliografia

1. Borecka I., *Biblioterapia. Teoria i praktyka. Poradnik*. Wyd. WSiP, Warszawa 2001.
2. Czaplicka Z., *Kształcząca i wychowawcza funkcja zabaw i gier ruchowych*, „Wychowanie w Przedszkolu”, Nr 9. Warszawa 1994.
3. Drejer F., *Arteterapia w pracy z dziećmi*, Wyd. Kuratorium Oświaty i Wychowania w Wałbrzychu, Wałbrzych 1999.

4. Drejer F., *Podstawy edukacji artystycznej w nauczaniu wczesnoszkolnym*, Wyd. Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa, Jelenia Góra 2017.
5. Konieczna E. J., *Arteterapia w teorii i praktyce*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2007.
6. Kunowski S., *Podstawy współczesnej pedagogiki*, Wydawnictwo Salezjańskie, Warszawa 1993.
7. Molicka M., *Bajkoterapia. O lękach dzieci i nowej metodzie terapii*, Wyd. Media Rodzina, Poznań 2002.
8. Molicka M., *Biblioterapia i bajkoterapia. Rola literatury w procesie zmiany rozumienia świata społecznego i siebie*, Wyd. Media Rodzina, Poznań 2011.
9. Molicka M., *Bajki terapeutyczne. Cz. 1, (poprawione i uzupełnione)* Wyd. Media Rodzina, Poznań 2010.
10. Montanari L., *Poznajemy język ciała*, Wyd. „Jedność”, Kielce 2003
11. Szczuka W., *Gest sceniczny*, Wyd. CPARA, Warszawa 1970.
12. Tyszkowa M., (red.) *Sztuka dla dzieci szkolnych. Teoria-Recepcja-Oddziaływanie*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1990.
13. Zarzecki L., *Teoretyczne podstawy wychowania. Teoria i praktyka w zarysie*. Wyd. Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa, Jelenia Góra 2012.

Zmiany w sprawie udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach

1. Wprowadzenie

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana uczniowi w przedszkolu, szkole i placówce polega na rozpoznawaniu i zaspokajaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych ucznia oraz rozpoznawaniu indywidualnych możliwości psychofizycznych ucznia i czynników środowiskowych wpływających na jego funkcjonowanie w przedszkolu, szkole i placówce, w celu wspierania potencjału rozwojowego ucznia i stwarzania warunków do jego aktywnego i pełnego uczestnictwa w życiu przedszkola, szkoły i placówki ucznia. (Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach z 9 sierpnia 2017 roku Dz.U.2017. poz.1591) Rozporządzenie, które weszło w życie 1 września 2017 r. zachowuje wszystkie dotychczasowe rozwiązania dotyczące organizowania i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Celem nowej regulacji jest dostosowanie przepisów do zmienionej ustawą Prawa oświatowego systemu szkół oraz uszczegółowienie zadań nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych i specjalistów zakresie pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Rozporządzenie wprowadza szeroki katalog działań

wspierających uczniów, rodziców i nauczycieli. Ustawodawca zapewnia, że nauczyciele są przygotowani do rozpoznawania specjalnych potrzeb uczniów ze względu na standardy kształcenia w tej grupie zawodowej. W rozporządzeniu przewiduje się nową formę pomocy psychologiczno-pedagogicznej: zindywidualizowaną ścieżkę realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego oraz zindywidualizowaną ścieżkę kształcenia. W ramach tej formy uczeń realizuje wszystkie zajęcia określone w programie nauczania z oddziałem przedszkolnym lub indywidualnie z nauczycielem czy wychowawcą. Ministerstwo podkreśla, że najważniejsze w działaniu każdej placówki powinno być dążenie do pełnego, rzeczywistego włączenia i integracji z rówieśnikami ucznia, również ucznia niepełnosprawnego. Rozporządzenie stosuje się do uczniów uczęszczających do publicznych przedszkoli, szkół i placówek, którzy potrzebują udzielenia pomocy psychologiczno-pedagogicznej, a także do ich rodziców oraz nauczycieli.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczną w przedszkolu, szkole i placówce organizuje dyrektor. Pomocy psychologiczno-pedagogicznej uczniom na zasadach określonych w rozporządzeniu mają obowiązek udzielać: nauczyciele, wychowawcy grup wychowawczych, specjaliści wykonujący w przedszkolu, szkole i placówce zadania z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej, w szczególności: psychologowie, pedagodzy, logopedzi, doradcy zawodowi i terapeuci pedagogiczni.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna jest organizowana i udzielana we współpracy z:

- 1) rodzicami uczniów;
- 2) poradniami psychologiczno-pedagogicznymi;
- 3) placówkami doskonalenia zawodowego;
- 4) innymi przedszkolami, szkołami i placówkami;
- 5) organizacjami pozarządowymi, i innymi instytucjami lub podmiotami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży.

Korzystanie z pomocy psychologiczno-pedagogicznej w przedszkolu, szkole i placówce jest dobrowolne i nieodpłatne.

Nową formą opisywanej pomocy będą zajęcia rozwijające umiejętności uczenia się. Rozporządzenie określa również czas trwania zajęć prowadzonych w szkołach w ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz limity liczebności grup. Zajęcia rozwijające uzdolnienia organizuje się dla uczniów szczególnie uzdolnionych. Liczba uczestników zajęć nie może przekraczać 8. Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne organizuje się dla uczniów z zaburzeniami i odchyleniami rozwojowymi, w tym specyficznymi trudnościami w uczeniu się. Liczba uczestników zajęć nie może przekraczać 5. Zajęcia logopedyczne organizuje się dla uczniów z deficytami kompetencji i zaburzeniami sprawności językowych. Liczba uczestników zajęć nie może przekraczać 4.

Zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno-społeczne organizuje się dla uczniów przejawiających trudności w funkcjonowaniu społecznym. Liczba uczestników zajęć nie może przekraczać 10, chyba że zwiększenie liczby uczestników jest uzasadnione potrzebami uczniów. Inne zajęcia o charakterze terapeutycznym organizuje się dla uczniów z zaburzeniami i odchyleniami rozwojowymi mających problemy w funkcjonowaniu w przedszkolu, szkole lub placówce oraz z aktywnym i pełnym uczestnictwem w życiu przedszkola, szkoły lub placówki. Liczba uczestników zajęć nie może przekraczać 10. Nowość to przede wszystkim zindywidualizowana ścieżka realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego oraz zindywidualizowana ścieżka kształcenia, zwane dalej „zindywidualizowaną ścieżką”, są organizowane dla uczniów, którzy mogą uczęszczać do przedszkola lub szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające w szczególności ze stanu zdrowia, nie mogą realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem

przedszkolnym lub szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.

Zindywidualizowanej ścieżki nie organizuje się dla uczniów objętych kształceniem specjalnym, ani uczniów objętych indywidualnym rocznym obowiązkowym przygotowaniem przedszkolnym lub indywidualnym nauczaniem.

Klasy terapeutyczne organizuje się dla uczniów wymagających dostosowania organizacji i procesu nauczania oraz długotrwałej pomocy specjalistycznej z uwagi na trudności w funkcjonowaniu w szkole lub oddziale wynikające z zaburzeń rozwojowych lub ze stanu zdrowia, posiadających opinię poradni, z której wynika potrzeba objęcia ucznia pomocą w tej formie. Liczba uczniów w klasie terapeutycznej nie może przekraczać 15. Nauka ucznia w klasie terapeutycznej trwa do czasu złagodzenia albo wyeliminowania trudności w funkcjonowaniu ucznia w szkole lub oddziale, stanowiących powód objęcia ucznia pomocą w tej formie. Zajęcia rozwijające umiejętności uczenia się organizuje się dla uczniów w celu podnoszenia efektywności uczenia się.

Zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze organizuje się dla uczniów mających trudności w nauce, w szczególności w spełnianiu wymagań edukacyjnych wynikających z podstawy programowej kształcenia ogólnego dla danego etapu edukacyjnego. Liczba uczestników zajęć nie może przekraczać 8.

Wszystkie wyżej wskazane rodzaje zajęć prowadzą nauczyciele, wychowawcy grup wychowawczych i specjaliści posiadający kwalifikacje odpowiednie do rodzaju zajęć. Metody nauczania zajęcia takie prowadzone powinny być z użyciem aktywizujących metod pracy.

Zmodyfikowano także zadania nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych oraz specjalistów, z zaakcentowaniem, że prowadzenie rozpoznania indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych uczniów, w tym prowadzenie obserwacji pedagogicznych ma na celu rozpoznawanie:

mocnych stron; predyspozycji; zainteresowań i uzdolnień uczniów; przyczyn niepowodzeń edukacyjnych lub trudności w funkcjonowaniu uczniów, w tym barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie ucznia i jego uczestnictwo w środowisku szkolnym.

Zrezygnowano z obligatoryjnego tworzenia zespołu dla każdego ucznia wymagającego pomocy. Brak poprawy funkcjonowania ucznia w przypadku, że mimo udzielanej uczniowi pomocy psychologiczno-pedagogicznej w przedszkolu, szkole lub placówce nie następuje poprawa funkcjonowania ucznia w przedszkolu, szkole lub placówce, dyrektor przedszkola, szkoły lub placówki, za zgodą rodziców ucznia albo pełnoletniego ucznia, występuje do publicznej poradni z wnioskiem o przeprowadzenie diagnozy i wskazanie sposobu rozwiązania problemu ucznia.

Rozporządzenie ma zastosowanie do pomocy psychologiczno-pedagogicznej udzielanej uczniom w publicznych przedszkolach, szkołach podstawowych, szkołach ponadpodstawowych i placówkach systemu oświaty.

Potrzeba objęcia ucznia pomocą psychologiczno-pedagogiczną wynika w szczególności:

- 1) z niepełnosprawności;
- 2) z niedostosowania społecznego
- 3) z zagrożenia niedostosowaniem społecznym;
- 4) z zaburzeń zachowania lub emocji;
- 5) ze szczególnych uzdolnień;
- 6) ze specyficznych trudności w uczeniu się;
- 7) z deficytów kompetencji i zaburzeń sprawności językowych
- 8) z choroby przewlekłej;
- 9) z sytuacji kryzysowych lub traumatycznych;
- 10) z niepowodzeń edukacyjnych;
- 11) z zaniedbań środowiskowych związanych z sytuacją bytową ucznia i jego rodziny, sposobem spędzania czasu wolnego i kontaktami środowiskowymi;

- 12) z trudności adaptacyjnych związanych z różnicami kulturowymi lub ze zmianą
- 13) środowiska edukacyjnego, w tym związanych z wcześniejszym kształceniem za granicą.

2. Uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi i ich ocenianie w świetle prawa

Aktem prawnym nadrzędnym, który reguluje ocenianie uczniów w szkołach jest w Polsce Ustawa o Systemie Oświaty z dnia 7 września 1991r. która w art. 44b ust. 3. mówi: „Ocenianie osiągnięć edukacyjnych ucznia polega na rozpoznawaniu przez nauczycieli poziomu i postępów w opanowaniu przez ucznia wiadomości i umiejętności w stosunku do:

- 1) wymagań określonych w podstawie programowej kształcenia ogólnego lub efektów kształcenia określonych w podstawie programowej kształcenia w zawodach oraz wymagań edukacyjnych wynikających z realizowanych w szkole programów nauczania;
- 2) wymagań edukacyjnych wynikających z realizowanych w szkole programów nauczania – w przypadku dodatkowych zajęć edukacyjnych”

Dalej w tym samym artykule ust. 5:

„Ocenianie osiągnięć edukacyjnych i zachowania ucznia odbywa się w ramach oceniania wewnątrzszkolnego, które ma na celu:

- 1) informowanie ucznia o poziomie jego osiągnięć edukacyjnych i jego zachowaniu oraz o postępach w tym zakresie;
- 2) udzielanie uczniowi pomocy w nauce poprzez przekazanie uczniowi informacji o tym, co zrobił dobrze i jak powinien się dalej uczyć;

- 3) udzielanie wskazówek do samodzielnego planowania własnego rozwoju;
- 4) motywowanie ucznia do dalszych postępów w nauce i zachowaniu;
- 5) dostarczanie rodzicom i nauczycielom informacji o postępach i trudnościach w nauce i zachowaniu ucznia oraz o szczególnych uzdolnieniach ucznia;
- 6) umożliwienie nauczycielom doskonalenia organizacji i metod pracy dydaktyczno-wychowawczej.”

W ust.8 czytamy: „Nauczyciele na początku każdego roku szkolnego informują uczniów oraz ich rodziców, a w szkole policealnej – uczniów, o:

- 1) wymaganiach edukacyjnych niezbędnych do otrzymania przez ucznia poszczególnych śródrocznych i rocznych, a w szkole policealnej – semestralnych, ocen klasyfikacyjnych z zajęć edukacyjnych, wynikających z realizowanego przez siebie programu nauczania;
- 2) sposobach sprawdzania osiągnięć edukacyjnych uczniów;
- 3) warunkach i trybie otrzymania wyższej niż przewidywana rocznej, a w szkole policealnej – semestralnej, oceny klasyfikacyjnej z zajęć edukacyjnych.”

Jeśli chodzi o ocenianie uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, najważniejszy jest jednak Art. 44c., który mówi:

1. Nauczyciel jest obowiązany indywidualizować pracę z uczniem na zajęciach edukacyjnych odpowiednio do potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia.
2. Nauczyciel jest obowiązany dostosować wymagania edukacyjne, o których mowa w art. 44b ust. 8 pkt 1, do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia, w przypadkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 44zb.”

Z tych przepisów wynika jednoznacznie, że każdy uczeń podlega ocenie, skala ocen jest taka sama dla wszystkich i odbywa się to zgodnie z istniejącym w każdej szkole systemem oceniania.

W ustawie Prawo oświatowe z dnia 14 grudnia 2016 r. art. 127 ust.1 zapisano: „Kształceniem specjalnym obejmuje się dzieci i młodzież niepełnosprawne, niedostosowane społecznie i zagrożone niedostosowaniem społecznym, wymagające stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy. Kształcenie to może być prowadzone w formie nauki odpowiednio w przedszkolach i szkołach ogólnodostępnych, przedszkolach, oddziałach przedszkolnych w szkołach podstawowych i szkołach lub oddziałach integracyjnych, przedszkolach i szkołach lub oddziałach specjalnych, innych formach wychowania przedszkolnego i ośrodkach, o których mowa w art. 2 pkt 7” i dalej ust. 3: „Uczniowi objętemu kształceniem specjalnym dostosowuje się odpowiednio program wychowania przedszkolnego i program nauczania do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia. Dostosowanie następuje na podstawie opracowanego dla ucznia indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego uwzględniającego zalecenia zawarte w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego, o którym mowa w ust. 10.”

W rozporządzeniu z 9 sierpnia 2017 r., w § 6 ust. 1 mówi się o indywidualnych programach edukacyjno-terapeutycznych i szczegółowo je opisuje. Program taki powinien określać dostosowanie wymagań edukacyjnych do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia, w szczególności przez zastosowanie odpowiednich metod i form pracy z uczniem. Najważniejszą pomocą we właściwym dostosowaniu wymagań jest narzędzie zwane wielospecjalistyczną oceną poziomu funkcjonowania ucznia, o której mowa w § 6 ust. 9 i 10 powyższego rozporządzenia. Oceny takiej dokonuje co najmniej dwa razy w roku zespół, który tworzą nauczyciele i specjaliści, prowadzący zajęcia

z uczniem. Ocena służy ewentualnym modyfikacjom indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego.

Kluczowym pojęciem są tu „wymagania edukacyjne”. Jak wynika z rozporządzenia, są one formułowane przez nauczycieli w oparciu o realizowany program nauczania. Oznacza to, że nauczyciel formułuje oczekiwane osiągnięcia ucznia, czyli szczegółowo określa wymagania na poszczególne stopnie (oceny) szkolne. Oczywiście, ustalając je musi kierować się zaleceniami zawartymi w opinii lub orzeczeniu z poradni pedagogicznej. Wymagania edukacyjne muszą zapewniać realizację celów edukacyjnych wynikających z podstawy programowej w takim stopniu, w jakim jest to możliwe z uwagi na występujące u ucznia trudności w uczeniu się. Nauczyciel nie może zejść poniżej podstawy programowej. Co więcej, zakres wiedzy i umiejętności powinien dać uczniowi szansę na sprostanie wymaganiom kolejnego etapu edukacyjnego. Jednocześnie ten poziom wymagań ma być adekwatny do możliwości dziecka – dziecko ma mu sprostać. Jest to bardzo ważne gdyż uczeń będzie miał większą motywację do pracy jeśli wymagania będą w granicach jego możliwości.

Nauczyciel dostosowuje metody, formy pracy i środki dydaktyczne do potrzeb i możliwości dziecka. Powinien też odpowiednio zorganizować nauczanie, na przykład sadzając dziecko niedosłyszące w pierwszej ławce.

Kolejnym krokiem jest ustalenie przez nauczyciela form i metod sprawdzania wiedzy oraz kryteria oceniania.

Bardzo ważne jest to, by poinformować zarówno ucznia, jak i jego rodziców o tych wymaganiach na początku roku szkolnego. Informacja o dostosowaniu sposobu sprawdzania wiadomości i oceniania musi być ujęta w Indywidualnym Programie Edukacyjno-Terapeutycznym (IPET). Uczeń ma mieć jasno postawione cele. Ponadto, cele te nie powinny sprawiać trudności, a ich realizacja zajmować zbyt wiele czasu. Pozwoli mu to uzyskać poczucie kontroli i wiary w swoje możliwości oraz zaakceptować własne ograni-

czenia. Zgodnie z wytycznymi MEN „Ogniwa procesu edukacji, jakim są kontrola i samokontrola osiągniętych przez uczniów kompetencji, są równocześnie elementami diagnozy, rozpoznania wyników uczenia się. W kształceniu uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi nauczyciel i uczeń sprawdzają, w jakim stopniu udało się zrealizować cele edukacyjne i terapeutyczne. Nauczyciel ocenia przede wszystkim wkład pracy ucznia, a nie efekt. Uczeń zaś powinien sam zorientować się co zrobił dobrze, a co źle. Jeśli znał cel pracy i tok postępowania, będzie mógł skonfrontować wynik z założonym celem.” (MEN, Podniesienie efektywności kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Materiały dla nauczycieli s. 61-62.) Bardzo istotne jest, w przypadku wszystkich dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnym właśnie nagradzanie, ocenianie wysiłku, jaki wkładają w pracę. Najczęściej jest tak, że żeby osiągnąć pewien cel, muszą pracować o wiele ciężiej niż ich sprawni rówieśnicy.

Istotne jest także, żeby i dziecko i jego rodzice na bieżąco byli informowani o postępach i trudnościach w nauce. Nie chodzi tylko o zwykłe ocenianie według skali obowiązującej w szkole. Wśród wytycznych sformułowanych w Salamance („Deklaracja z Salamanki oraz wytyczne dla działań w zakresie specjalnych potrzeb edukacyjnych przyjęte przez Światową Konferencję dotyczącą specjalnych potrzeb edukacyjnych”) jest także punkt 31, który brzmi: „W celu obserwowania postępów każdego dziecka należy analizować procedury oceny. Do zwykłego procesu nauki należy włączyć ocenę opisową po to, by uczniowie i nauczyciele byli poinformowani o zakresie opanowania przedmiotu oraz po to, by określić trudności i pomóc uczniom w ich przewyciężaniu.” Z całą pewnością taka ocena będzie niezmiernie przydatna rodzicom, jak i samemu uczniowi. Wymaga ona od ucznia refleksji i rozwija zdolność krytycznej analizy swoich postępów w nauce. Dotyczy to oczywiście wszystkich uczniów, ale jest szczególnie ważne przy ocenianiu

uczniów ze specjalnymi potrzebami. Będzie to swego rodzaju instrukcja dla nich, jak mają dalej postępować. To bardzo ważne, żeby jasno i wyraźnie formułować im cele. Jest to tak zwane ocenianie wspierające, kluczowe, jak mówi Klemens Stróżyński w swym artykule, „Nauczyciel powinien nie tylko wyjaśnić, dlaczego uczeń uzyskał taki, a nie inny stopień (nie to jest najważniejsze), ale powinien wskazać uczniowi sposób uzyskania lepszej oceny lub doskonalszego wykonania zadania. Uwaga ta dotyczy nie tylko ocen najniższych, ale także wysokich.” (Stróżyński, Ocenianie Wspierające, Dostęp 21.01. 2015 http://www.eid.edu.pl/archiwum/1999,97/listopad,153/ocenianie_wspierajace,916.html) Co więcej, bardzo ważne jest także to, żeby nawet niepowodzenia ucznia formułować w sposób pozytywny. To znaczy, nie mówić, że uczeń nie nauczył się na przykład czasowników nieregularnych w języku angielskim, ale powiedzieć, że w dalszym ciągu musi pracować nad ich opanowaniem. Należy także pamiętać, że najpierw podkreślamy zalety, osiągnięcia ucznia, a dopiero później jego niedostatki. Łatwiej jest każdemu przyjąć krytykę, jeżeli wcześniej wskazaliśmy jego mocne strony. Taki sposób oceniania powoduje, że ta osoba się nie zniechęci, że będzie wiedziała, że skoro potrafi coś zrobić dobrze, poradzi sobie też z trudniejszymi zadaniami jeśli włoży w nie trochę więcej wysiłku. Ocenianie wspierające, o którym tu mowa zwane jest również ocenianiem kształtującym. Zgadza się to dokładnie z § 12 Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 sierpnia 2017 w sprawie oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych, który mówi: „Ocenianie bieżące z zajęć edukacyjnych ma na celu monitorowanie pracy ucznia oraz przekazywanie uczniowi informacji o jego osiągnięciach edukacyjnych pomagających w uczeniu się, poprzez wskazanie, co uczeń robi dobrze, co i jak wymaga poprawy oraz jak powinien dalej się uczyć.” Uczniowie powinni aktywnie uczestniczyć w ocenianiu oraz w monitorowaniu swojego postępu, dzięki temu podniesie się ich samoocena, staną się bardziej pewni siebie.

Najważniejsze jednak jest to, żeby oceniając, nie tylko uczniów ze specjalnymi potrzebami, przede wszystkim pamiętać, że sposób oceniania ma motywować. Zasady udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach regulowane są kolejnymi rozporządzeniami Ministra Edukacji Narodowej w tej sprawie. Rozporządzenie z 1993 roku stanowiło, że pomoc psychologiczną i pedagogiczną organizuje pedagog szkolny. Rozporządzenie z 2001 roku jako jej organizatora wskazało dyrektora placówki. Ustalenie to obowiązuje do dzisiaj.

Do zadań dyrektora należy między innymi organizowanie wspomagania szkoły polegające na zaplanowaniu i przeprowadzeniu działań mających na celu ewentualną poprawę udzielanej pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Uczeń z niepełnosprawnością to uczeń z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego, który z uwagi na zaburzenia i odchylenia rozwojowe o zróżnicowanej etiologii, wymaga zastosowania specjalnej organizacji procesu edukacyjnego w zakresie: organizacji warunków technicznych, metod i środków stosowanych w procesie dydaktycznym, kształtowania relacji społecznych, współpracy ze środowiskiem rodzinnym.

Niedostosowanie społeczne, zagrożenie niedostosowaniem społecznym

Dzieci i młodzież niedostosowane społecznie pozostają w wyraźnej opozycji do wartości społecznych oraz norm obyczajowych, moralnych i prawnych, a skutkiem ich zachowań jest szeroko rozumiana destrukcja istniejącego ładu społecznego. Dla dzieci i młodzieży zagrożonych niedostosowaniem charakterystyczne są powtarzające się i utrwalone wzorce zachowań dysocjacyjnych, agresywnych lub buntowniczych, które mogą doprowadzić do przekroczeń norm społecznych i oczekiwań dla danego wieku.

Zaburzenia zachowania i emocji

Grupa rozpoznań diagnostycznych, które wiążą się agresją, auto-agresją, zachowaniami buntowniczymi, impulsywnością, negatywizmem, tendencją do przekraczania norm społecznych, trudnościami w relacjach społecznych, niestabilnością emocjonalną, nierzadko podwyższonym poziomem lęku lub/i objawami depresyjnymi.

Szczególne uzdolnienia

Przejawianie możliwości zaawansowanych dokonań w dziedzinie umysłowej, twórczej, artystycznej, w zakresie zdolności przywódczych czy poszczególnych przedmiotów nauczania.

Specyficzne trudności w uczeniu się

Zgodnie z zapisem zawartym w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych, przez specyficzne trudności w uczeniu się, należy rozumieć: *trudności w uczeniu się odnoszące się do uczniów w normie intelektualnej, którzy mają trudności w przyswajaniu treści nauczania, wynikające ze specyfiki ich funkcjonowania percepcyjno-motorycznego i poznawczego, nieuwarunkowane schorzeniami neurologicznymi*. W szczególności chodzi tu o dysleksję, dysgrafię, dysortografię i dyskalkulię.

Nieprowadzenia edukacyjne

Wyraźne rozbieżności między celami edukacji a osiągnięciami szkolnymi uczniów oraz kształtowanie się negatywnego stosunku wobec wymagań szkoły. Inaczej (Konopnicki J. 1966), to stan, w jakim znalazło się dziecko na skutek niemożności sprostania wymaganiom szkoły. Przejawy najbardziej ewidentne: drugoroczność, wieloroczność, wypadnięcie z systemu.

Deficyty kompetencji językowych i zaburzenia sprawności językowych

a) Grupa ekspresji językowej – dzieci, którzy słyszą i rozumieją mowę, jednak nie mogą jej używać i do alternatywnych form języka. Do tej grupy należeć mogą osoby z normą intelektualną, ale i z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, umiarkowanym lub znacznym, z mózgowym porażeniem dziecięcym, z autyzmem, z całkowitą afazją ruchową wrodzoną lub nabytą np. w konsekwencji wypadku.

b) Grupa języka alternatywnego – dzieci mają problem zarówno z rozumieniem mowy jak też z językową ekspresją werbalną. W celu porozumiewania się z nimi językowo, trzeba ustanowić język alternatywny: formę komunikacji, dzięki której nauczą się rozumieć przekaz innych i na bazie tej umiejętności same zaczną jej używać. Szczególnymi przedstawicielami tej grupy są niesłyszący, jednak dla nich opracowano odrębne metody. Tu mówimy raczej o osobach, u których sam zmysł słuchu działa prawidłowo, a zaburzenia rozumienia spowodowane są innymi czynnikami. Dotyczy to osób z autyzmem, z zaburzeniami przetwarzania słuchowego, jak np. w afazji sensorycznej, w głębszym upośledzeniu umysłowym. W tej grupie są też uczniowie niesłyszący z niepełnosprawnością ruchową, którzy nie mogą korzystać z tradycyjnych metod surdopedagogiki.

c) Grupa wsparcia językowego – są w niej dzieci i młodzież, które rozumieją mowę i podejmują próby mówienia, jednak przekaz werbalny nie jest zrozumiały i adekwatny do potrzeb oraz możliwości poznawczych i społecznych. Dla nich język alternatywny ma stanowić uzupełnienie lub wsparcie języka mówionego. Dla tych, którzy wciąż uczą się mowy i języka (mają zajęcia logopedyczne polegające na wywoływaniu i korygowaniu głosek, sylab, słów, zdań), ma stać się ruszaniem dla tej umiejętności, ułatwić i udroźnić naukę.

Inny podział zaburzeń komunikacji językowej:

– zaburzenia języka: zaburzenia składni, trudności w opanowaniu form gramatycznych, trudności z organizacją tekstu, kłopoty z na-

bywaniem nowego słownictwa, trudności w używaniu zwrotów adekwatnych do sytuacji, nieumiejętność spójnego wypowiedzania się;

– zaburzenia mowy dotyczące: artykulacji (np. nieprawidłowe wymawianie głosek), fonacji (np. mówienie z dużym wysiłkiem, mówienie bardzo głośne), płynności mowy (np. jąkanie).

Choroba przewlekła

Za chorobę przewlekłą uznaje się takie zaburzenia i odchylenia od normy, które posiadają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych: są trwałe, spowodowane są przez nieodwracalne zmiany patologiczne, wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego, wymagają długotrwałego leczenia, długiego nadzoru, obserwacji czy opieki.

Zdiagnozowanie przez lekarza przewlekłej choroby nie oznacza automatycznie potrzeby stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy wobec tego dziecka, ale wskazuje głównie na jego specjalne potrzeby medyczne. Choroby przewlekłe, to między innymi: astma, hemofilia, padaczka, depresja, schizofrenia, zaburzenia psychotyczne, zaburzenia tikowe, zaburzenia odżywiania (bulimia, anoreksja), cukrzyca.

Sytuacja traumatyczna Stan psychiczny lub fizyczny wywołany działaniem realnie zagrażających zdrowiu i życiu czynników zewnętrznych (przyroda, ludzie), prowadzący często do głębokich i długo utrzymujących się zmian w funkcjonowaniu człowieka. Zmiany te wyrażają się w zaburzeniach somatycznych i psychicznych.

Sytuacja kryzysowa Zbieg zdarzeń, okoliczności i zachowań, które zakłócają normalny tryb funkcjonowania człowieka. Sytuacja kryzysowa może być spowodowana jednym zdarzeniem traumatycznym bądź ujawnić się jako konsekwencje długotrwałych mini kryzysów (zaniedbań, konfliktów) w sferze wychowawczej, edukacyjnej, psychologicznej, ekonomicznej, organizacyjnej.

Trudności adaptacyjne Rodzaj subiektywnego dyskomfortu psychicznego (distresu) i zaburzeń emocjonalnych, które przeszkadza-

dzają w codziennym funkcjonowaniu. Zaburzenia adaptacyjne pojawiają się wskutek znaczących zmian życiowych.

Zindywidualizowana ścieżka kształcenia obejmuje wszystkie zajęcia edukacyjne, które są realizowane:

- wspólnie z oddziałem szkolnym oraz
- indywidualnie z uczniem.

Dla kogo organizowane: uczniowie, którzy mogą uczęszczać do szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające w szczególności ze stanu zdrowia, nie mogą realizować wszystkich zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.

Na jakiej podstawie: opinia publicznej poradni, z której wynika potrzeba objęcia ucznia pomocą w tej formie. Do wniosku o wydanie opinii należy dołączyć uzasadniającą go dokumentację, określającą w szczególności:

- trudności w funkcjonowaniu ucznia w szkole;
- wpływ przebiegu choroby – o ile uczeń ma być objęty zindywidualizowaną ścieżką ze względu na stan zdrowia – na funkcjonowanie ucznia w szkole oraz ograniczenia w zakresie jego udziału w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym;
- opinię nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem, o funkcjonowaniu ucznia w szkole.

Przed wydaniem opinii, obowiązkiem poradni jest przeprowadzenie analizy funkcjonowania ucznia z uwzględnieniem efektów udzielanej mu dotychczas przez szkołę pomocy psychologiczno – pedagogicznej. Analiza ta dokonywana jest we współpracy ze szkołą i rodzicami ucznia (lub uczniem, o ile jest pełnoletni). Opinia uzyskana z poradni powinna zawierać w szczególności:

- zakres, w jakim uczeń nie może brać udziału w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym;

- okres objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką (nie dłuższy niż rok szkolny);
- działania jakie powinny być podjęte w celu usunięcia barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie ucznia i jego uczestnictwo w życiu szkoły.

Podczas realizacji zindywidualizowanej ścieżki, należy dostosować metody i formy realizacji programu nauczania do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych ucznia i do jego możliwości psychofizycznych. Szczególnie należy uwzględnić potrzeby ucznia wynikające z jego stanu zdrowia.

Nauczyciele i specjaliści udzielający pomocy psychologiczno-pedagogicznej uczniowi w formach:

- klas terapeutycznych;
- zajęć rozwijających uzdolnienia;
- zajęć rozwijających umiejętności uczenia się;
- zajęć dydaktyczno-wyrównawczych;
- zajęć specjalistycznych: korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych, rozwijających kompetencje emocjonalno-społeczne oraz innych zajęć o charakterze terapeutycznym;
- zajęć związanych z wyborem kierunku kształcenia i zawodu – w przypadku uczniów szkół podstawowych oraz uczniów szkół ponadpodstawowych;
- zindywidualizowanej ścieżki kształcenia;

oceniają efektywność udzielonej pomocy i formułują wnioski dotyczące dalszych działań mających na celu poprawę funkcjonowania ucznia. W przypadku gdy uczeń był już objęty pomocą psychologiczno-pedagogiczną wychowawca klasy planując udzielanie mu pomocy psychologiczno-pedagogicznej, uwzględnia wnioski dotyczące dalszych działań mających na celu poprawę funkcjonowania ucznia. Przy planowaniu pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla uczniów posiadających orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania lub opinię poradni należy uwzględnić zalecenia zawarte

w tych dokumentach; planowanie i koordynowanie udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej uczniowi **posiadającemu orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego**, w tym ustalanie: form udzielania pomocy, okresu ich udzielania, wymiaru godzin, w którym poszczególne formy będą realizowane, jest zadaniem zespołu nauczycieli i specjalistów pracujących z uczniem. Ustalenia te są uwzględniane w opracowanym dla niego indywidualnym programie edukacyjno-terapeutycznym. W przypadku posiadania przez ucznia orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego wydanego przez publiczną poradnię psychologiczno-pedagogiczną, w tym poradnię specjalistyczną, Zespół w gronie którego znajdują się nauczyciele i specjaliści powołany przez dyrektora placówki opracowuje Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny (IPET). IPET realizowany jest na zajęciach obowiązkowych, dodatkowych i nadobowiązkowych zgodnie z prawem oświatowym. Proponowany model pracy z dzieckiem np. w przedszkolu jest trzypoziomowy:

- Pierwszy poziom to poziom diagnostyczny,
- drugi – programowy,
- trzeci – praktyczny.

Na poziomie diagnostycznym Zespół rozpoznaje specjalne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz warunki koniecznego dostosowania środowiska przedszkolnego dla dziecka. W tym celu analizuje dane zawarte w treści orzeczenia, jak również ustala obszar i procedury koniecznego rozpoznania, a następnie przeprowadza rozpoznanie. Rozpoznanie wstępne przeprowadzane w przedszkolu, ma na celu zdobycie możliwie kompletnej wiedzy o możliwościach psychofizycznych i indywidualnych potrzebach rozwojowych i edukacyjnych dziecka. Rozpoznanie monitorujące, przeprowadzane po określonym czasie, ma na celu pozyskanie informacji pozwalających na dokonanie oceny efektywności podejmowanych działań. Służy planowaniu dalszego wsparcia. Obydwie formy postępowania diagnostycznego obejmują ustalenie mocnych stron dziecka, w tym

jego zainteresowań, czyli cech, co do których można zakładać, że świadczą o prawidłowym rozwoju. Otrzymane dane stanowią podstawę konstruowania Indywidualnych Programów Edukacyjno-Terapeutycznych. Następnym celem wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania jest identyfikacja trudności rozwojowych i edukacyjnych dziecka oraz dodatkowo wymagań w zakresie dostosowania otoczenia do potrzeb dziecka. W realizacji tych celów członkowie Zespołu wykorzystują wyniki analizy dokumentacji: wyniki badań specjalistycznych, karta zdrowia, informacje od rodziców, oraz wyniki wnikliwej obserwacji dziecka i jego prac. W wyniku tego postępowania rozpoznawany jest kompleks powiązanych ze sobą potrzeb dziecka, z których większość jest bezpośrednio związana z jego niepełnosprawnością. Realizacja tych potrzeb wymaga często dostosowania środowiska przedszkolnego, spójności logistycznej działań z podmiotami poza przedszkolnymi i potencjale rozwojowym dziecka. W zaleceniach wskazane są warunki realizacji potrzeb edukacyjnych, formy stymulacji, rewalidacji, terapii, usprawniania, rozwijania potencjalnych możliwości i mocnych stron dziecka oraz inne formy wsparcia psychologiczno-pedagogicznego, a także najkorzystniejsze dla niego formy kształcenia specjalnego. W uzasadnieniu przedstawione są między innymi spodziewane efekty działań (diagnoza prognostyczna).

Poziom programowy – planowanie wsparcia

IPET jest formą realizacji określonych wcześniej specjalnych potrzeb edukacyjnych dziecka niepełnosprawnego. Charakter każdego zaplanowanego działania powinien odpowiadać przyczynie trudności rozwojowej lub edukacyjnej, której dotyczy. Planując IPET, a w nim wszechstronne wspieranie rozwoju dziecka, Zespół zobowiązany jest uwzględniać zadania wynikające z podstawy programowej wychowania przedszkolnego. Aby uzyskać ogólniejszy obraz planowanych działań Zespół powinien mieć na względzie stan

aktywności dziecka w trzech obszarach: rozbudzanie zainteresowań (własną osobą, światem zewnętrznym, konstruowaniem modelu swojego funkcjonowania w świecie); kształtowanie umiejętności poznawania przez dziecko (własnej osoby, świata zewnętrznego, zasad postępowania, rozumowania i działania); doskonalenie mechanizmu podejmowania decyzji (na temat wyboru wartościowych cech osobistych, istotnych elementów świata zewnętrznego, ważnych elementów własnego systemu wartości).

3. Skonstruowanie Indywidualnego Programu Edukacyjno-Terapeutycznego (IPET)

Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny nie jest jedynie programem nauczania. Istotą IPET jest łączenie funkcji nauczania i wychowania z funkcją terapeutyczną, która stanowi ważny element interwencyjnego oddziaływania na odchylenia rozwojowe dzieci z niepełnosprawnością. Te funkcje nie mogą być realizowane niezależnie od siebie, a to powoduje konieczność wskazania w IPET swoistej części wspólnej dla wychowania, edukacji i terapii.

Zgodnie z prawem oświatowym IPET powinien zawierać:

- zakres zintegrowanych działań nauczycieli i specjalistów;
- formy i metody pracy;
- rodzaj zajęć: specjalistyczne lub rewalidacyjne;

W części wychowawczo-edukacyjnej indywidualny program może być adaptacją programu wychowania przedszkolnego do indywidualnych potrzeb i możliwości psychofizycznych dziecka z niepełnosprawnością. Należy wskazać szczegółowo zakres adaptacji, która może polegać na: wydłużeniu czasu na realizację określonych treści (na osiągnięcie określonego celu); stosowaniu metod nauczania innych niż standardowo określone; zmianie form nauczania; stosowaniu indywidualnie zróżnicowanych środków dydaktycz-

nych. Należy pamiętać o bezwzględnym wymogu realizacji podstawy programowej. Indywidualne programy w części wychowawczo - edukacyjnej mogą mieć również charakter autorski. W tym przypadku autor (autorzy) powinien podać nazwę programu oraz określić cele wychowawczo-edukacyjne (główne i szczegółowe), treści nauczania, procedury osiągania celów (formy realizacyjne, metody, środki dydaktyczne, przewidywane osiągnięcia) oraz sposoby oceniania osiągnięć dziecka. Część terapeutyczna IPET ma za zadanie wspieranie dziecka w osiąganiu sukcesu i powinna zawierać elementy wspomagania, korygowania i kompensowania zaburzonych funkcji oraz rozwijania indywidualnych uzdolnień i predyspozycji dziecka.

IPET zazwyczaj zawiera takie elementy jak:

1. Metryczka z danymi dotyczącymi wychowanka: imię, nazwisko, rok urodzenia, podstawa objęcia dziecka kształceniem specjalnym (orzeczenie PPP numer, z dnia), nazwa placówki, oznaczenie etapu edukacyjnego, oraz realizowanego programu.
2. Rozpoznanie wynikające z orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego.
3. Opracowane wyniki rozpoznania z wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania dziecka, w tym:
 - cechy dziecka sprzyjające rozwojowi – mocne strony, na których można oprzeć działania edukacyjne i terapeutyczne, np.: umiejętności, zasób wiadomości, pozytywne elementy systemu wartości, utrwalone, pozytywne cechy dziecka;
 - informacje o trudnościach dziecka (pierwotne i wtórne skutki niepełnosprawności);
 - informacje o nie wymienionych w orzeczeniu przyczynach trudności;
 - informacje o funkcjonowaniu dziecka w grupie przedszkolnej.
4. Zakres zintegrowanych działań nauczycieli i specjalistów, w tym:

- cele wychowawczo-edukacyjne (do określenia w przypadku programu autorskiego lub tożsame z celami wybranego programu nauczania) i terapeutyczne;
 - zestaw wskazań nakierowanych na niwelowanie trudności rozwojowych i edukacyjnych (pierwotnych i wtórnych skutków niepełnosprawności, ważnych dla realizacji celów edukacyjnych i terapeutycznych);
 - warunki zapobiegania wtórnym skutkom niepełnosprawności.
5. Procedury osiągnięcia celów:
 - a) określenie metod, form i środków dydaktycznych (ewentualnych specjalistycznych pomocy dydaktycznych) wykorzystujących mocne strony dziecka do realizacji celów wychowawczo – edukacyjnych i terapeutycznych, mających znaleźć zastosowanie do:
 - przekazywania trudnych dla dziecka treści edukacyjnych,
 - realizacji wskazań terapeutycznych,
 - wypełniania założeń programu profilaktyki;
 - b) określenie rodzaju pomocy i wsparcia w trakcie zabaw i zajęć dydaktycznych (nauczyciela, specjalistów, dostosowanie otoczenia).
 6. Zakres dostosowania programu wychowania i nauczania na podstawie analizy przewidywanych osiągnięć zawartych w programie.
 7. Programy zajęć specjalistycznych, rewalidacyjnych i innych.
 8. Uwagi dodatkowe (np. informacje o wprowadzanych korektach programu).
 9. Sposób ewaluacji programu (ocena skuteczności podejmowanych priorytetowych działań) i informacje na temat modyfikacji IPET dokonywanych na podstawie wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia (data, dział, rodzaj modyfikacji, podpis osoby wprowadzającej modyfikację, adnotacja o poinformowaniu rodziców/opiekunów prawnych).

10. Informacja o zatwierdzeniu IPET przez Zespół, data i podpis osoby przygotowującej program, zatwierdzenie przez dyrektora, podpis rodzica/opiekuna prawnego, ewentualnie adnotacja o poinformowaniu rodziców/opiekunów prawnych.

Zalecenia do realizacji IPET.

- IPET powinien być skuteczną odpowiedzią na specjalne potrzeby wychowawczo-edukacyjne dziecka.
- Specjalne potrzeby edukacyjne są określane na podstawie rozpoznanych możliwości i ograniczeń psychofizycznych wychowanka.
- Rozpoznanie potrzeb i możliwości dziecka wymaga współpracy nauczycieli, specjalistów i rodziców.
- IPET powinien mieć charakter edukacyjno-terapeutyczny, zatem w IPET-cie określa się indywidualnie zróżnicowane cele wychowawcze, edukacyjne i terapeutyczne. Prawidłowo sformułowane i indywidualnie zróżnicowane cele stanowią jeden z kluczowych warunków osiągnięcia przez dziecko sukcesu. Określając cele IPET należy uwzględnić nie tylko specjalne potrzeby dziecka, ale także wymagania zewnętrzne sformułowane w podstawie programowej wychowania przedszkolnego.
- W IPET określa się indywidualnie zróżnicowane procedury osiągania celów.
- Określając procedury osiągania celów IPET należy uwzględnić specjalne potrzeby wychowanka, uwzględniając przyczyny trudności oraz wymagania zewnętrzne sformułowane w podstawie programowej.
- W części edukacyjnej IPET może być adaptacją programu wychowania przedszkolnego lub programem autorskim.
- Część terapeutyczna IPET ma na celu wspieranie dziecka w osiąganiu sukcesu i powinna zawierać elementy wspomaganie, korygowania i kompensowania zaburzonych funkcji oraz

rozwijania indywidualnych uzdolnień i predyspozycji dziecka, dlatego każdy z nich powinien określać indywidualnie zróżnicowaną procedurę.

- IPET powinien być opracowany wspólnie przez nauczycieli przedszkola i specjalistów, przy akceptacji rodziców.
- Osobą koordynującą indywidualne programy edukacyjno-terapeutyczne zarówno na poziomie ich konstruowania, jak i realizacji powinien być wychowawca grupy.
- Należy przyjąć tezę, że IPET jest skuteczny i gwarantuje sukces dziecka z niepełnosprawnością.
- Brak skuteczności IPET najczęściej jest konsekwencją: – nieprawidłowo przeprowadzonego rozpoznania możliwości i ograniczeń – nieprawidłowo określonych celów; – nietrafnie zaprojektowanych procedur osiągania celów; – braku „przenikania” części terapeutycznej programu do części edukacyjnej; – braku współpracy nauczycieli, specjalistów i rodziców na poziomie rozpoznawania specjalnych potrzeb wychowawczo – edukacyjnych; – braku współpracy nauczycieli, specjalistów i rodziców na poziomie formułowania i realizacji programu.

Poziom praktyczny – wspieranie

Opis realizacji Indywidualnego Programu Edukacyjno-Terapeutycznego (IPET)

IPET jest realizowany przez Zespół nauczycieli, specjalistów prowadzących zajęcia z dzieckiem w przedszkolu. Wsparcie merytoryczne dla członków Zespołu zapewniają poradnie psychologiczno-pedagogiczne oraz placówki doskonalenia nauczycieli. Zespół może także współpracować z innymi przedszkolami, placówkami oraz podmiotami działającymi na rzecz dzieci i młodzieży oraz ich rodzin. Najważniejszym jednak partnerem Zespołu są rodzice dziecka. Ich zaangażowanie w proces wychowawczo-edukacyjno-terapeutyczny może przyczynić się do poprawienia osiągnięć dziecka. Wspieranie rodziców w działaniach wyrównujących szanse edu-

cyjne dziecka, udzielanie im porad, konsultacji, realizowanie dla nich warsztatów i szkoleń, jest częścią organizowanej w przedszkolu, pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Rodzice mogą uczestniczyć w tych pracach Zespołu, które są związane z ich dzieckiem. Obowiązek poinformowania o terminie posiedzenia Zespołu spoczywa na dyrektorze przedszkola (A. I. Brzezińska, 2009.). Pracą Zespołu koordynuje osoba wyznaczona przez dyrektora przedszkola, np. jeden z wychowawców, który oprócz formułowania uwag na podstawie obserwacji dziecka gromadzi dokumenty z informacjami, zaleceniami i wskazówkami innych nauczycieli oraz wyniki prac diagnostycznych specjalistów przeprowadzających ocenę poziomu funkcjonowania danego dziecka. Odnotowuje obszary wyznaczone do prowadzenia zintegrowanych oddziaływań Zespołu, a następnie kieruje przygotowaniem Indywidualnego Programu Edukacyjno-Terapeutycznego. Zespół powinien w miarę możliwości funkcjonować w sposób charakteryzujący się tym, że: członkowie Zespołu (nauczyciele, wychowawcy grup i specjaliści) dokonują jednej, wspólnej diagnozy ucznia a rodzice są traktowani jako pełnoprawni członkowie Zespołu. Zespół spotyka się regularnie w celu wymiany informacji, wiedzy. W opracowaniu IPET biorą udział wszyscy członkowie Zespołu, wszyscy członkowie wdrażają IPET, każdy członek Zespołu odpowiada za realizację całego IPET

Rozpoznanie przeprowadzane jest także każdorazowo w sytuacjach wymagających interwencji. Opracowanie wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania dziecka zależy od rodzaju i głębokości rozpoznawanych zaburzeń oraz zastosowanych narzędzi diagnostycznych. Powinno uwzględniać podział informacji wynikający z badań poszczególnych członków Zespołu: specjalistów: logopedy, psychologa, wychowawców grupy. Wybór formy dokumentowania może być zróżnicowany, np. arkusz, karta, zeszyt w zależności od potrzeb czy rozległości rozpoznania, jak też wypracowanego w przedszkolu, wzoru. W procesie rozpoznawania diagnostycznego

nauczyciel może wykorzystać autorski arkusz obserwacji lub skorzystać z gotowych narzędzi diagnostycznych, upowszechnionych w różnych publikacjach.

Na poziomie diagnostycznym Zespół rozpoznaje specjalne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz warunki koniecznego dostosowania środowiska przedszkolnego dla dziecka. W tym celu analizuje dane zawarte w treści orzeczenia, jak również ustala obszar i procedury koniecznego rozpoznania, a następnie przeprowadza rozpoznanie. Rozpoznanie wstępne przeprowadzane w przedszkolu, ma na celu zdobycie możliwie kompletnej wiedzy o możliwościach psychofizycznych i indywidualnych potrzebach rozwojowych i edukacyjnych dziecka. Rozpoznanie monitorujące, przeprowadzane po określonym czasie, ma na celu pozyskanie informacji pozwalających na dokonanie oceny efektywności podejmowanych działań. Służy planowaniu dalszego wsparcia. Obydwie formy postępowania diagnostycznego obejmują ustalenie mocnych stron dziecka, w tym jego zainteresowań, czyli cech, co do których można zakładać, że świadczą o prawidłowym rozwoju. Otrzymane dane stanowią podstawę konstruowania już wspomnianych Indywidualnych Programów Edukacyjno-Terapeutycznych. Następnym celem wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania jest identyfikacja trudności rozwojowych i edukacyjnych dziecka oraz dodatkowo wymagań w zakresie dostosowania otoczenia do potrzeb dziecka. W realizacji tych celów członkowie Zespołu wykorzystują wyniki analizy dokumentacji: wyniki badań specjalistycznych, karta zdrowia, informacje od rodziców, oraz wyniki wnikliwej obserwacji dziecka i jego prac. W wyniku tego postępowania rozpoznawany jest kompleks powiązanych ze sobą potrzeb dziecka, z których większość jest bezpośrednio związana z jego niepełnosprawnością. Realizacja tych potrzeb wymaga często dostosowania środowiska przedszkolnego, spójności logistycznej działań z podmiotami poza przedszkolnymi. Ważna umiejętność niezbędna w pracy z grupą zróżnicowaną,

a więc taką gdzie są uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, to stworzenie i stosowanie systemu oceniania wspierającego w rozwoju wszystkich uczniów.

Ów system często stanowi przedmiot kontrowersji zarówno wśród samych nauczycieli, jak uczniów, oraz rodziców zwłaszcza, że efekty dydaktyczne w grupie gdzie uczą się dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych mogą być i zapewne będą nieporównywalne. Reforma programowa za jeden z fundamentów nowej szkoły uznała zmianę sposobu oceniania. Za najważniejsze aspekty tej zmiany uważam doskonalenie formy oceny tak, aby: mogła ona spełnić swoje funkcje. Od wielu lat psychologia wskazuje na motywujące aspekty pozytywnych komunikatów kierowanych do uczniów. Taka również powinna być ocena:

- pozytywna, doceniająca najmniejsze nawet wysiłki czy umiejętności dziecka,
- rozstrzygana zawsze na korzyść ucznia w przypadku wahania nauczyciela jaką ocenę wystawić – wyższą czy niższą,
- jasna i jawna – regularne rozmowy z uczniami na temat zasad oceniania i wystawionych już ocen, wnikliwa i analityczna dyskusja o uzyskiwanych stopniach, komentarz ustny lub pisemny do oceny,
- wspierania rozwoju każdego ucznia,
- motywowania uczniów do pracy,
- informowania ucznia i jego rodziców o postępach, jakie czyni,
- informowania nauczyciela o efektach jego pracy.

Ocenianie wspierające rozwój uczniów -jak rozumieć funkcję wspierania rozwoju? Z pewnością ważne są następujące czynniki:

- indywidualne podejście do każdego ucznia zamiast porównywania go z innymi,
- przyglądanie się postępom, a nie wyłącznie efektom,
- branie pod uwagę niepowtarzalnych możliwości ucznia, ale i ograniczeń, zainteresowań, właściwego dla niego tempa pracy,

- patrzeć na konkretnego ucznia bez presji wymogów programowych pamiętając, że obowiązująca jest podstawa programowa, a nie często nader ambitne, wybrane przez nauczycieli programy. W przypadku ucznia posiadającego orzeczenie lub opinię nauczyciel jest zobowiązany dostosować treści programowe do jego możliwości i udzielić mu właściwego wsparcia także poprzez ocenę.

Realizowanie funkcji motywacyjnej

- licząca się z oczekiwaniami i potrzebami uczniów – poznanie ich aspiracji sprzyja motywowaniu, stanowi też przyczynek do realizacji zasady podmiotowości ucznia.

Przykładowo: planując sprawdzian możemy zapytać uczniów:

- jak się czują w obrębie tematyki będącej przedmiotem sprawdzianu?
- jak im się wydaje, że wypadną?
- jakie oceny chcieliby uzyskać, co byłoby dla nich satysfakcjonujące?

(sprawdzian powinien zostać przygotowany na wielu różnych poziomach tak by uczniowie mogli wybierać te zadania, które są dla nich wykonalne).

Po sprawdzianie ważne jest:

- odwołanie się nauczyciela do tych aspiracji,
- porównanie oczekiwań uczniów z oceną proponowaną przez nauczyciela,
- analiza różnic i ich przyczyn.

Przy różnicach między oczekiwaniami uczniów, a wystawioną przez nauczyciela oceną warto, aby nauczyciel określił dlaczego się nie powiodło i co mógłby zrobić uczeń aby ocenę poprawić – jaką partię materiału pogłębić, co dopracować, przemyśleć? Jestem zwoleńniczką stworzenia uczniom możliwości poprawienia każdej oceny, jeżeli są tym zainteresowani. Nauczyciel powinien do tego

zachęcać, ponieważ w ten sposób ocenianie faktycznie sprzyja uczeniu się. Pamiętajmy, że ocena ma motywować do uczenia rozumianego przede wszystkim jako podążanie własną drogą rozwoju.

Ocenianie powinno również dotyczyć szerszego wachlarza aktywności dzieci, może to być oprócz tradycyjnych już sprawdzianów, odpowiedzi, czy prac domowych dodatkowo praca w grupach, aktywność na lekcji, przygotowanie się do nowej lekcji, umiejętność podsumowania lekcji i wyciągnięcia wniosków, łączenie nowej wiedzy z już posiadaną. Podstawa programowa kształcenia ogólnego na każdym etapie zakłada uczenie umiejętności rozumowania i ocena powinna dzieci do tego inspirować. Ponadto przy poszerzeniu pola oceniania każde dziecko będzie miało szansę znaleźć sferę, w której będzie mogło się wykazać. Niestety w ocenianiu ciągle jeszcze zbyt wiele schematów, a nasze myślenie paradoksalnie idzie w kierunku prób obiektywizacji, co z założenia jest ograniczające, bo tak jak dzieci różnią się między sobą, tak różne będą ich osiągnięcia. Problemy z ocenianiem były jednym z powodów, dla których przez lata uważano, że dzieci niepełnosprawne nie mogą uczyć się w zwykłej szkole.

Bardzo dobrą praktyką jest umożliwienie uczniom zdobywania punktów dodatkowych za ustalone przez nauczyciela działania. Zdobycie określonej ilości punktów oznacza ocenę bardzo dobrą, co umożliwi realizację zasady małych kroków tak bardzo pomocną przy kształceniu ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. System punktowy pozwala na zdobywanie przez uczniów wiedzy i umiejętności w bardziej dostosowanym do ich możliwości tempie, wpływa też pozytywnie na motywację uczniów, daje szansę na stałe poprawianie swoich ocen. Także dawanie dzieciom możliwości wyboru sprzyja zwiększaniu motywacji i braniu przez uczniów odpowiedzialności za własne oceny. Wybór pomiędzy łatwiejszym i trudniejszym zadaniem na lekcji, w czasie sprawdzianu, czy pracy domowej wiążący się z możliwością uzyskania lepszej lub gorszej oceny sytuuje ucznia w roli aktywnego podmiotu nauczania i oce-

niania, dając mu możliwość projektowania własnych ocen. Możliwość dokonywania samooceny i oceny przez rówieśników poprzez wzajemne sprawdzanie i poprawianie swoich prac dodatkowo wzmacnia w dziecku poczucie odpowiedzialności za oceny.

4. Informacyjna funkcja oceny

Często nauczyciel dążąc do obiektywizacji ocen koncentruje się jedynie na tym elemencie. W przypadku uczniów ze specjalnymi potrzebami, niejednokrotnie oznacza to zamknięcie możliwości uzyskiwania lepszych ocen i pomija fakt starań, wysiłków i postępów jakie czynią ci uczniowie.

Informacja o osiągnięciach również powinna uwzględniać te wszystkie aspekty, a więc koncentrować się na możliwościach, mocnych stronach i przyroście kompetencji zawsze jednak w indywidualnym wymiarze.

Uczeń dzięki tej funkcji oceny uzyskuje wiedzę na temat tego jak w sposób kompleksowy nauczyciel ocenia poziom jego wiedzy i umiejętności, a także wskazuje mu dalsze kierunki pracy nad tymi aspektami, które wymagają poprawy.

Informacja, którą nauczyciel kieruje do ucznia jest także informacją zwrotną dla niego samego o tym jak skutecznie udało mu się pomóc uczniowi w nauce, czy wykorzystywane przez niego formy przekazu były dla konkretnego ucznia efektywne i tym samym zachęcić go do refleksji nad własną pracą.

W opiece, wychowaniu i edukacji dziecka z dysfunkcją ważne jest zapewnienie mu warunków skutecznego włączenia w środowisko rówieśnicze oraz w życie środowiska lokalnego. Ponieważ włączanie nie jest stanem, ale złożonym procesem społecznym, psychologicznym i pedagogicznym, wymaga aktywnego udziału zarówno dziecka z dysfunkcją, jego sprawnych rówieśników, placówki edukacyjnej oraz domu rodzinnego i środowiska lokalnego.

Bibliografia

1. *Dydaktyka specjalna w przygotowaniu do kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi: podręcznik akademicki* / pod red. Joanny Głodkowskiej. – Wyd. 1, dodr. 1. – Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, 2012.
2. *Podniesienie efektywności kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi: materiały szkoleniowe. Cz. 1* / [aut. Emilia Wojdyła et al.] – Warszawa: [Ministerstwo Edukacji Narodowej], 2010.
3. *Podniesienie efektywności kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi: materiały szkoleniowe. Cz. 2* / [Barbara Trochimiak et al.] – Warszawa: [Ministerstwo Edukacji Narodowej], 2010.
4. *ABC pedagoga specjalnego: poradnik dla nauczycieli ze specjalnym przygotowaniem pedagogicznym pracujących z dziećmi niepełnosprawnymi, dla studentów kierunków pedagogicznych oraz dla osób zainteresowanych kształceniem integracyjnym* / Aleksandra Tomkiewicz-Bętkowska, Alicja Krztoń. – Wyd. 5. – Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, 2014.
5. Konopnicki J. (1966). *Powodzenia i niepowodzenia szkolne*. Warszawa. PZWS.

Strony internetowe:

1. K. Stróżyński, Ocenianie Wspierające, Dostęp 21.01. 2015 http://www.eid.edu.pl/archiwum/1999,97/listopad,153/ocnianie_wspierajace,916.html.

Inne:

1. (MEN, Podniesienie efektywności kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Materiały dla nauczycieli s. 61-62.
2. Deklaracja z Salamanki oraz wytyczne dla działań w zakresie specjalnych potrzeb edukacyjnych przyjęte przez Światową Konferencję dotyczącą specjalnych potrzeb edukacyjnych”).
3. Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach z 9 sierpnia 2017 roku Dz.U.2017. Poz.1591.

4. Ustawa o Systemie Oświaty z dnia 7 września 1991r. która w art. 44b ust. 3.
5. Praca Podyplomowa w zakresie Terapii pedagogicznej z arteterapią E. Duziak; Model pracy z dzieckiem w wieku przedszkolnym z niepełnosprawnością ruchową. KPSW Jelenia Góra 2018 r.
6. Praca Podyplomowa w zakresie Rewalidacji uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi M. Himiniłowicz; Warunki i sposoby oceniania osiągnięć edukacyjnych uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi ze szczególnym uwzględnieniem języków obcych KPSW Jelenia Góra 2018 r.

Dogoterapia w przedszkolu

1. Historia dogoterapii w Polsce i na świecie

Tuż przed zakończeniem II wojny światowej po raz pierwszy wykorzystano zwierzęta do terapii na terenie Stanów Zjednoczonych. W *Army Air Corps Convalescent Center* w Pauling zastosowano terapię z udziałem zwierząt wśród lotników mających zaburzenia psychiczne będące wynikiem stresu pourazowego. Termin „terapia z udziałem zwierząt” został po raz pierwszy użyty w 1964 roku, gdy B. Levison podczas terapii zaobserwował pozytywną zmianę w zachowaniu u jednej z osób, której powodem był właśnie kontakt człowieka z psem. B. Levison nazwał terapię z udziałem zwierząt *pet therapy*. Psychiatra ten twierdził, że zwierzęta są ważnym elementem w terapii i leczeniu pacjenta. W 1968 roku, we Francji, Ange Condoret (weterynarz i twórca SEMPARE) rozpoczął specjalną terapię z udziałem zwierząt. W 1977, w Ameryce powstała fundacja *Delta Society* (międzynarodowa organizacja zajmująca się badaniem więzi między ludźmi, a zwierzętami) *Delta Society* jest organizacją, która zajmuje się rozpowszechnianiem idei wykorzystywania odpowiednio przeszkolonych zwierząt w terapii. Prowadzone przez tę organizację badania potwierdziły wpływ zwierząt na stan psychiczny i fizyczny zdrowia człowieka. *Delta Society* zajmuje się również przygotowaniem zwierząt do pracy z ludźmi potrzebującymi pomocy. (Bartkiewicz W., 2006, s. 43) Z upływem

czasu na świecie zaczęło się pojawiać coraz więcej stowarzyszeń i organizacji zajmujących się wykorzystywaniem zwierząt w terapii z osobami z różnymi zaburzeniami, problemami i niepełnosprawnością. W 1984, w Wielkiej Brytanii powstała organizacja *Pets as Therapy* (PAT), która działała jako organizacja charytatywna, skupiająca wolontariuszy z psami odwiedzającymi szpitale, domy spokojnej starości i hospicja. W 1984 roku powstał we Francji ANECAH (Narodowy Związek Edukacji Psów dla Osób Niepełnosprawnych)”. Od roku 2000 w Stanach Zjednoczonych prowadzony jest program *Pet Partners*, który wykorzystuje zwierzęta i udziela pomocy ponad 35 tysiącom osób. Istnieje również program IMPACT dla więźniów, którzy zajmowali się szkoleniem psów dla osób niewidomych i niepełnosprawnych.

Historia dogoterapii w Polsce sięga późnych lat osiemdziesiątych XX wieku. Pierwszą osobą, która rozpowszechniła wykorzystywanie psów w rehabilitacji osób niepełnosprawnych, była M. Czerwińska (założycielka i prezes Fundacji CZE-NE-KA). Jest ona również twórcą terminu „dogoterapia”, który rozpowszechnił się i przyjął w naszym kraju. (Machoś-Nikodem M., 2007, s. 8) W 2004 powołany został Polski Związek Dogoterapii, a dopiero od 2007 w dniu 15 czerwca obchodzony jest Ogólnopolski Dzień Dogoterapii. Obecnie w Polsce istnieje kilkanaście fundacji, które zajmują się prowadzeniem zajęć dogoterapii, zrzeszają ludzi prowadzących zajęcia z udziałem psów i promują dogoterapię. Pierwszą organizacją była Fundacja Przyjaźni i Zwierząt CZE-NE-KA, która oficjalnie zarejestrowana została w 1998 roku. Inne, równie dobrze znane fundacje to między innymi: Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym PRZYJACIEL, Fundacja DOGTOR, Fundacja Razem w Świecie, Fundacja Dogolandia. Prowadzenie zajęć z udziałem psów w Polsce nie jest regulowane żadnymi przepisami prawnymi. To powoduje, że każda organizacja sama tworzy na własny użytek „kodeks pracy dogoterapeuty” i swoje własne standardy. To jest

powodem dużej różnorodności poszczególnych organizacji. Różnorodność ta dotyczy między innymi sposobu i stopnia szkolenia psów, wyboru ras do zajęć dogoterapii, przygotowania i stopnia wykształcenia prowadzących, a także sposobu prowadzenia zajęć.

2. Przegląd definicji dogoterapii

Dogoterapia zostaje określana jako **terapia kontaktowa**. Termin ten pojawia się często w literaturze dotyczącej dogoterapii. B. Pawlik-Popielarska stwierdza, że oprócz słowa „dogoterapia” do określenia tej formy pracy z dzieckiem używa się również pojęcia: „terapia z udziałem psów lub „**terapia kontaktowa**”. Określenie „terapia kontaktowa” wprowadzili jako pierwsi Sławomir i Elwira Ziobro – założyciele Stowarzyszenia Terapii Kontaktowej w Koszalinie. (Pawlik-Popielarska B., 2005, s. 4)

Podobne stanowisko zajmuje A. Popławska. „Dogoterapia opiera się na wykorzystywaniu w terapii osób niepełnosprawnych **bezpośredniego kontaktu ze zwierzęciem** – psem terapeutą. Ten bezpośredni kontakt pozwala wytworzyć specyficzną relację między pacjentem a psem terapeutą.” Szerzej pojęcie terapii kontaktowej opisuje Fundacja Centaurus. „Prawie zawsze terapia kontaktowa jest również terapią ruchową i może stanowić bazę dla rehabilitacji ruchowej. (...) W przypadku terapii z pomocą zwierząt dochodzi ogromna atrakcyjność terapii, spotkanie z nowym doświadczeniem i dostarczenie nowych bodźców i wrażeń, co pobudza nie tylko umysł, ale całe ciało, i wywołuje dodatkowo bardzo silne emocje. Zwierzę staje się terapeutą, który nie ocenia, tylko po prostu jest. Uczy samodzielnego radzenia sobie w nowych sytuacjach, pobudza do samodzielnego myślenia i poznawania świata. Jak wskazują badania, nawet krótkie spotkanie ze zwierzęciem ma pozytywny wpływ na człowieka. (Popławska A., 2003, s. 19-20)

Warto wspomnieć, że termin dogoterapia autorstwa M. Czerwińskiej po raz pierwszy w Polsce został użyty w 1996 roku. M. Czerwińska – założycielka i prezes Fundacji Przyjaźni Ludzi i Zwierząt Cze-Ne-Ka zaproponowała i upowszechniła nazwę dogoterapia. Fundacja Cze-Ne-Ka opisuje dogoterapię jako jedną z **metod rehabilitacji**, w której **odpowiednio przeszkolony PIES Przyjaciół wspomaga terapeutę** (często wolontariusza) w wieloprofilowym usprawnianiu dzieci i dorosłych a także pomaga osobom starszym czy zagubionym w zachowaniu lub wręcz nawiązaniu kontaktów ze światem zewnętrznym. Kolejna definicja pochodzi ze strony Fundacji Ama Canem, która określa **dogoterapię** jako, **formę terapii kontaktowej z udziałem odpowiednio wyszkolonych psów, wspomagająca** inne rodzaje terapii (ruchu, mowy, psychoterapię). Może być stosowana u osób z różnymi schorzeniami przynosząc doskonałe efekty. Jest adresowana zarówno do dzieci, osób dorosłych jak i starszych.” <http://www.fundacjadogtor.org/art.php?dz=18>).

Podobną definicję odnajdujemy na stronie Fundacji Dogolandia. Polskie Towarzystwo Kynoterapeutyczne: „Kynoterapia jest to **metoda wzmacniająca efektywność rehabilitacji**, w której motywatorem jest **odpowiednio wyselekcjonowany i wyszkolony pies**, prowadzona przez **wykwalfikowanego terapeutę**.”

3. Rodzaje terapii w dogoterapii

W dogoterapii można wyróżnić **dwa najbardziej popularne programy**, które wykorzystują do działań terapeutycznych zwierzęta: *Animal Assisted Activities (AAA)*, *Animal Assisted Therapy (AAT)*. Powyższy podział jest znany na całym świecie, dlatego warto zapoznać się z krótką charakterystyką poszczególnych rodzajów terapii, korzyściami jakie niosą za sobą, wskazać znaczące różnice

między nimi, a także przedstawić, w jakich sytuacjach te formy terapii mogą być niekorzystne dla pacjenta.

A. Piotrowicz dokonuje tłumaczenia oficjalnych definicji AAA i AAT ze strony organizacji *Delta Society*. **AAA (Zajęcia z udziałem zwierząt)** dostarcza możliwości motywacyjnych, edukacyjnych, rekreacyjnych i/lub terapeutycznych korzyści, podnoszących jakość życia. AAA są przeprowadzane w różnych środowiskach przez wyszkolonych profesjonalistów i/lub wolontariuszy, z udziałem zwierząt spełniających określone kryteria.

Autorka przedstawia charakterystyczne cechy AAA:

- **cele** terapeutyczne **nie są planowane** z wizyty na wizytę,
- prowadzący **nie mają obowiązku** do prowadzenia dokładnych **notatek**,
- **przebieg** wizyty jest **spontaniczny** i może trwać tak długo lub krótko jak jest to konieczne.

Z kolei AAT (**Terapia z udziałem zwierząt**) to działanie terapeutyczne mające określony cel, w którym zwierzę, spełniające określone kryteria, jest integralną częścią procesu leczenia. AAT jest kierowane i/lub prowadzone przez wyspecjalizowanego profesjonalistę z dziedziny zdrowia ludzkiego, w obrębie jej specjalizacji. AAT jest planowane. AAT może być przeprowadzana w różnym otoczeniu i może być grupowa lub indywidualna. Proces ten jest dokumentowany i rozwijany. Cechy charakterystyczne AAT to: **cele** i zadania są **określone dla każdego** uczestnika, **postęp jest mierzony**.

Europejskie stowarzyszenie ADEu przedstawiło formy AAA i AAT nieco odmiennie oraz wprowadziło trzeci rodzaj animaloterapii - AAE. Organizacja *Delta Society* zajęcia edukacyjne (AAE) zawarła w formie zajęć AAA. Mimo takich samych nazw (AAA oraz AAT) założenia podstawowych rodzajów dogoterapii są różne. Ten problem dotyczy organizacji międzynarodowych.

Definicję AAE odnajdujemy na stronie Fundacji Dogolandia, gdzie **AAE (Edukacja z udziałem zwierząt)** „stanowią wszelkie

programy edukacji humanitarnej. Zajęcia prowadzone są przez pedagoga, najczęściej w grupie dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym”. Edukacja przy udziale psa dotyczy następujących kwestii: przeciwdziałanie przemocy wobec zwierząt, prawidłowa opieka nad zwierzętami, odpowiednie zachowanie wobec obcych lub agresywnych psów, poszerzanie wiedzy na temat zoologii. Główne założenia AAE przedstawia również A. Kurzeja i J. Godowa: „Zwierzęca terapia spełnia także ważną rolę edukacyjną, gdzie dzieci podczas zajęć zdobywają wiedzę praktyczną i teoretyczną dotyczącą np. psa. Dzieci w obecności zwierzęcia poszerzają zakres swojego słownictwa, aktywnie biorą udział w zajęciach i odgrywają różnorodne role. Zwierzę zachęca dziecko do wyrażania potrzeb, emocji, a także pomaga mu stać się bardziej odpowiedzialnym i odkrywać własne możliwości.” (Kurzeja A., Godowa J., 2009, s. 91)

Po zapoznaniu się z wyżej przedstawionymi definicjami można zauważyć charakterystyczne różnice pomiędzy AAT i AAA dotyczące między innymi celów zajęć, czasu trwania zajęć, obowiązku prowadzenia dokumentacji oraz planowania zajęć. Bardzo znaczącą różnią jest to, że AAT może prowadzić tylko wykwalifikowana osoba, natomiast AAA oprócz wykwalifikowanego specjalisty także odpowiednio przeszkolony wolontariusz. A. Piotrowicz przedstawia **trzy cechy** i zaznacza, że AAA może charakteryzować się tylko jedną z niżej wymienionych cech, natomiast **AAT musi mieć wszystkie trzy**:

- **AAT jest prowadzone przez profesjonalistów.** (może to być lekarz, zawodowy terapeuta, fizykoterapeuta, dyplomowany terapeuta ds. rekreacji, nauczyciel, pielęgniarka, pracownik społeczny, logopeda, psycholog). Zwierzę musi być wykorzystywane w obrębie specjalizacji prowadzącego spotkanie. (Jeżeli ten sam pracownik odwiedza grupę dzieci nieoficjalnie, wówczas mamy do czynienia z AAA),

- **AAT jest ukierunkowane na cel** (między innymi usprawnienie umiejętności społecznych, zasięgu ruchu, umiejętności werbalnych, skupienia uwagi). Każde spotkanie może prowadzić do jakiegoś osiągnięcia w zakresie tych celów. (Jeżeli cele nie są ustalane przed zajęciami, nie jest to AAT),
- **AAT jest dokumentowane**. Terapeuta notuje postępy i każdą aktywność pacjenta. Opisane powyżej rodzaje dogoterapii zostały sformułowane przez organizacje międzynarodowe. Dlatego też, chciałabym przedstawić polską terminologię form dogoterapii zaproponowaną przez Polskie Towarzystwo Kynoterapeutyczne.
- **Spotkanie z psem (SP)** – celem zajęć jest **stworzenie pozytywnego kontaktu między czworonogiem, a uczestnikami zajęć**. Podczas ukierunkowanej przez terapeutę zabawy uczestnicy przyzwyczajają się do obecności psa i bliższego kontaktu z nim. Głównym zadaniem spotkania z psem jest **dostarczenie pozytywnych emocji, satysfakcji z bliższego kontaktu z psem, przełamanie lęku w kontaktach z otoczeniem, stymulowanie rozwoju zmysłów i postrzegania**. Dodatkowo zajęcia tego typu pozwalają uczestnikom oderwać się od otaczającej ich rzeczywistości. „W zależności od potrzeb podopiecznych i możliwości placówki mają formę spotkań indywidualnych lub pracy grupowej. Mogą odbywać się w formie spotkań jednorazowych lub zajęć cyklicznych. Czas trwania zwykle nie jest jednoznacznie określony. Zajęcia SP **nie wymagają prowadzenia dokumentacji**.”
www.zwierzetawpolsce.pl/porada,p,2.html
- **Edukacja z psem (EP)** – głównym celem tego typu zajęć jest **usprawnienie sfery poznawczej oraz intelektualnej uczestników**. Edukacja z psem **wymaga odpowiednio przygotowanego scenariusza, a także szerszego zakresu wiedzy i umiejętności osoby prowadzącej**, wykraczający poza ramy spotkania z psem. Te dwie różnice spowodowały, że zajęcia „edukacja z psem” zostały wyodrębnione w oddzielnej formie. Zajęcia

tego typu odbywają się najczęściej w przedszkolach i szkołach. „Pies używany jako „pomoc naukowa”, **motywuje do nauki** i poprzez stworzenie przyjaźniejszych warunków **zwiększa możliwości przyswojenia wiedzy**. Dziecko chętniej zapamiętuje treści, których bohaterem jest jego nowy przyjaciel – pies. EP pomaga również dzieciom o obniżonej percepcji lub niechęci (z różnych powodów) do przyswajania wiedzy i przebywania w szkole. Zajęcia prowadzone są w grupach (klasach) lub indywidualnie. **Mają określony scenariusz realizujący program nauczania**. Wskazana jest ewaluacja i dokumentacja zajęć, szczególnie w przypadku zajęć indywidualnych.” J. Kubacka przedstawia swoje spostrzeżenia po tego typu zajęciach w grupie dzieci w wieku przedszkolnym: „Podczas zajęć dzieci uczyły się właściwych postaw w stosunku do zwierząt. Dowiedziały się o różnych sposobach wykorzystywania psów przez ludzi. Poznały inne rasy psów, dowiedziały się, jak należy dbać o swojego pupila, nauczyły się prawidłowo reagować w sytuacjach zagrożenia ze strony psa, (...)” (Kubacka J., 2006, s. 55-56).

– **Terapia z psem (TP)** – zajęcia tego typu ukierunkowane są na konkretny, zaplanowany wcześniej cel rehabilitacyjny. Metodyka zajęć układana jest za porozumieniem z rehabilitantem lub lekarzem. Cechą charakterystyczną terapii z psem jest indywidualne podejście do każdego podopiecznego. Terapeuta postępuje zgodnie z jego możliwościami oraz potrzebami. Terapia z psem wymaga pełnej dokumentacji. Każdy uczestnik posiada kartę informacyjną i kartę przebiegu zajęć, w której znajduje się rodzaj prowadzonych ćwiczeń oraz ich efekty. Pozwala to na okresowe sprawdzenie skuteczności i doboru metod. TP jest systemem rozwijalnym tzn. w miarę postępów w rehabilitacji stosujemy stopniowanie trudności. Najkorzystniejszą formą

TP są zajęcia indywidualne lub w bardzo małych grupach (zwykle nie więcej niż 3 osoby).

Bardzo ważne jest, że oprócz różnic pomiędzy różnymi formami terapii w dogoterapii pojawiają się również cechy wspólne. We wszystkich rodzajach zajęć z udziałem psa, to właśnie pies **stanowi integralną część procesu leczniczego bądź edukacyjnego.**

4. Odbiorcy i przebieg zajęć dogoterapeutycznych

Dogoterapia jest metodą wspomagającą rozwój dziecka, edukację oraz rehabilitację. Dlatego bardzo ważne staje się pytanie, dla kogo jest przeznaczona i czy każda osoba może brać udział w zajęciach z udziałem psa? Podstawowe założenia dotyczące prowadzenia zajęć dogoterapeutycznych dostarczą wiedzy o tym, jakie warunki muszą być spełnione, aby zajęcia z dogoterapii przebiegały sprawnie i bezpiecznie zarówno dla uczestników, terapeuty jak i psa.

Zdaniem B. Pawlik-Popielarskiej w zajęciach dogoterapii mogą brać udział następujące osoby: „z zaburzeniami w rozwoju, upośledzone umysłowo, po przebytych chorobach lub urazach pozostawiających trwale ślady w sprawności fizycznej lub/i psychicznej, z uszkodzeniem wzroku i słuchu, niedostosowane społecznie, osoby samotne przebywające w domach opieki lub w hospicjach.” Zajęcia z dogoterapii zaleca się także osobom, które nie mogą uczestniczyć w innych rodzajach zooterapii (np. osoby leżące). Często zajęcia z udziałem psa stają się dla tych osób jedyną formą kontaktu z żyjącym światem naturalnym. (Pawlik-Popielarska, 2005, s. 8) Z kolei A. Popławska stwierdza, że dogoterapię jako metodę wspomagającą rehabilitację, można z powodzeniem wykorzystać w pracy z osobami z różnymi rodzajami niepełnosprawności: osoby z niepełnosprawnością intelektualną, osoby z cechami autystycznymi, osoby z zespołem Downa, dzieci z wodogłowieciem, dzieci z zespołem nad-

pobudliwości psychoruchowej, dzieci z zaburzeniami zachowania, dzieci z padaczką, osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym, osoby cierpiące na schizofrenię, ludzie starsi, osoby z niepełnosprawnością ruchową. W zajęciach z udziałem psa może uczestniczyć **każda osoba niepełnosprawna**, a jednym wyraźnym **przeciwwskazaniem** jest stwierdzone **uczulenie na sierść** tych zwierząt.

A. Popławska, oprócz powyżej wymienionych rodzajów niepełnosprawności, przedstawia również grupy osób, które również mogą brać udział w zajęciach dogoterapii, z różnymi zaburzeniami rozwojowymi: **intelektualnego** (np. zaburzenia koncentracji uwagi, rozwoju myślenia, trudności w postrzeganiu otoczenia), **zmysłowego** (zaburzona umiejętność odbierania, przetwarzania bodźców (np. wzrokowych, słuchowych) i reagowania na nie, **motorycznego** (zaburzenia motoryki małej i dużej), **emocjonalnego** (np. trudności w wyrażaniu uczuć), **społecznego** (np. trudności w nawiązywaniu kontaktu z innymi, opanowaniu czynności samoobsługowych), **komunikacji** (zaburzone rozumienia mowy i samo mówienie). Ponadto zwraca uwagę na bardzo istotny czynnik dotyczący udziału w zajęciach dogoterapii – **lęku przed psami**. „Usprawnianie tych osób musi mieć charakter wieloprofilowym, czyli musi dotyczyć wielu zaburzonych funkcji. U podstaw tego usprawniania leży jednak przełamanie ewentualnego lęku przed psem, nawiązanie pozytywnego kontaktu emocjonalnego ze zwierzęciem, wytworzenie poczucia bezpieczeństwa i zaufania. (Popławska, 2003) Dopiero na takich podstawach można oprzeć usprawnianie poszczególnych funkcji. Polskie Towarzystwo Kynoterapeutyczne przedstawia zaburzenia, które obejmuje dogoterapia i podkreśla, że nie można określić pełnej listy dysfunkcji, gdyż lista ta wciąż się zmienia i wydłuża. Zaburzenia te dotyczą następujących sfer: psychicznej, fizycznej, intelektualnej i społecznej.

Na stronie Fundacji Dogolandia odnajdujemy szeroką listę osób, które mogą być odbiorcami zajęć dogoterapeutycznych: z niepełno-

sprawnością intelektualną (w tym z zespołem Downa), cierpiące na autyzm, zespół Aspergera, z zaburzeniami pragmatyczno-semantycznymi, z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytami uwagi, z zaburzeniami w zachowaniu, z niepełnosprawnością ruchową, w tym z mózgowym porażeniem dziecięcym, niewidome, niesłyszące, niedostosowane społecznie, cierpiące na padaczkę, chore somatycznie, w tym terminalnie, chore psychicznie, z problemami komunikacyjnymi, z trudnościami w uczeniu się, z problemami logopedycznymi, samotne, zagubione, zestresowane oraz ludzie starsi, a także inne osoby potrzebujące.

Przedstawione grupy odbiorców dogoterapii, uzupełniają się wzajemnie i razem tworzą szeroką listę osób z różnymi zaburzeniami, dysfunkcjami, dla których terapia kontaktowa z udziałem zwierząt może być skuteczną metodą wspomagającą rehabilitację oraz edukację. Warto podkreślić, że odbiorcą dogoterapii może być prawie każdy. Poza nielicznymi wyjątkami w zajęciach z psem mogą uczestniczyć wszyscy, niezależnie od wieku, płci, choroby fizycznej czy też intelektualnej, a obecność wiernego czworonoga sprawia, że każdemu łatwiejsze stają się smutki i problemy otaczającego świata.

Polskie Towarzystwo Kynoterapeutyczne przedstawia **standardy** przebiegu zajęć dogoterapeutycznych. Standardy dotyczące **przeciwwskazań do udziału** w terapii kontaktowej z udziałem zwierząt: alergia na psa, otwarte rany, choroby skóry, choroby infekcyjne, pasożyty, podwyższona temperatura. Standardy dotyczące **zespołu kynoterapeutycznego**: wykwalifikowany kynoterapeuta z wykształconym odpowiednio wyselekcjonowanym psem, wolontariusz (opcjonalnie), przewodnik psa (opcjonalnie), specjalista (opcjonalnie). Standardy dotyczące **warunków zajęć** z udziałem zwierząt:

- optymalny czas pracy (pozwalający na efektywną pracę) wynosi **nie więcej niż 7 godzin** (w tym nie więcej niż 5 godzin bezpośredniej pracy z dwoma uczestnikami), z dwiema co najmniej

30 minutowymi przerwami. Pojedyncze zajęcia nie powinny trwać dłużej niż 45 minut. Przerwa między zajęciami, nie powinna być krótsza niż 10 minut.

- kynoterapeuta powinien mieć do użytku zaplecze socjalne,
- kynoterapeuta ma obowiązek **odmowy prowadzenia zajęć**, gdy zostanie stwierdzony któregokolwiek z przeciwwskazań do zajęć,
- kynoterapeuta może odmówić prowadzenia zajęć w przypadku stwierdzenia wątpliwości, co do wskazań zawartych w skierowaniu oraz braków w dokumentacji rehabilitowanego,
- pies musi mieć **zapewniony teren** do wybiegania się i zaspokajania potrzeb fizjologicznych,
- pies powinien pracować w wygodnej obroży, zakazana jest koltczatka lub obroża zaciskowa.

Standardy dotyczące **czasu trwania zajęć i ćwiczeń:**

- średni czas trwania pojedynczych zajęć powinien wynosić 30 – 45 minut i być dostosowany do możliwości pracy psa terapeutycznego,
- w przypadku sygnalizowanego przez psa zmęczenia zajęcia powinny zostać przerwane (kontynuowanie zajęć może nastąpić dopiero po odstresowaniu psa na przykład na spacerze), – ćwiczenia powinny być dobierane do potrzeb terapeutycznych, możliwości uczestnika z uwzględnieniem specyfiki niesprawności (przykład wymagań specyficznych: u chorych na Zespół Angelmana, prowadzący musi być czujny, aby uczestnik nie zadławił się – chorzy na ten Zespół notorycznie wkładają wszystkie przedmioty w ich pobliżu do ust).

Z kolei B. Pawlik-Popielarska zwraca uwagę na zajęcia z udziałem psa, które odbywają się w **grupie lub indywidualnie**. Większość sesji odbywa się w grupie, jednak zdarzają się sytuacje, gdy pies i przewodnik pracują tylko z jednym uczestnikiem. Sytuacje te występują wówczas, gdy uczestnik jest niepełnosprawny ruchowo (leżący), gdy kontakt jest utrudniony z powodu znacznej lub głę-

bokiej niepełnosprawności intelektualnej, a także z powodu autyzmu oraz bardzo specyficznych zaburzeń (np. mowy). W tych przypadkach praca w grupie nie przyniosłaby pozytywnych efektów.

Zajęcia terapeutyczne z udziałem psów mogą odbywać się **w grupie lub indywidualnie**.

W zajęciach uczestniczą zarówno psy jak i dogoterapeuci. Rozpoczęcie ćwiczeń poprzedzone jest **diagnozą i rozpoznaniem potrzeb** osoby niepełnosprawnej. Przebieg poszczególnych ćwiczeń organizowany jest w taki sposób, by **udział** osoby niepełnosprawnej był w nich **najpełniejszy** i wiązał się z osiągnięciem jak **największych efektów** terapeutycznych.

Autorka podkreśla, że wszystkie ćwiczenia powinny być **dopasowane do indywidualnych potrzeb** każdego uczestnika, jego możliwości, samopoczucia i dyspozycji w danym dniu. Każde dziecko może wykonywać ćwiczenia z psem w taki sposób, na jaki pozwalają na to jego możliwości i aktualne potrzeby. Dziecko może wykonywać ćwiczenia całkowicie samodzielnie, bez pomocy osoby dorosłej, z niewielkim wsparciem terapeuty lub nauczyciela (np. instrukcją słowną) bądź z dużą pomocą osoby dorosłej.

Wszystkie przybliżone wskazania dotyczące przebiegu i prowadzenia zajęć z udziałem psa nieco różnią się od siebie. Różnice te mogą być związane z indywidualnymi doświadczeniami kynoterapeutów. Jednak wszystkie jednoznacznie zwracają uwagę na fakt, że wszelkie podejmowane działania powinny mieć na uwadze dobro dziecka i jego potrzeby, a wszelkie podejmowane działanie nie mogą zaszkodzić zarówno uczestnikom zajęć jak i psu oraz dogoterapeucie.

5. Cele, efekty i korzyści z dogoterapii

Praca terapeuty, każde spotkanie z psem jest ukierunkowane na osiągnięcie określonych korzyści, efektów i realizację wytyczonych celów.

B. Pawlik-Popielarska wyróżnia **dwie formy zajęć terapeutycznych z udziałem psów**, a jednocześnie wskazuje, jakie są cele tych zajęć oraz jakie czynności są wykonywane przez dziecko i psa:

- **terapeutyczna zabawa**, której celem jest nawiązanie kontaktu dotykowego i emocjonalnego uczestnika z psem poprzez np. dotykanie, głaskanie psa, przytulanie się do niego, leżenie z psem.
- **skuteczna współpraca**, która polega na realizacji przez uczestnika i psa programu ćwiczeń sprzyjającego poprawie lub odzyskaniu zdrowia. Do zadań psa należy wymuszanie ruchu u osoby chorej (prowadzenie psa na smyczy, schyłanie się w celu podawania smakołyków, podchodzenie do psa), stymulacja tzw. Małej motoryki (czesanie psa, przypinanie i odpinanie smyczy), poprawa w zakresie funkcjonowania werbalnego (wydawanie psu poleceń).

Autorka wymienia szeroka listę podstawowych celów, do jakich może prowadzić prawidłowo opracowany i stosowany program dogoterapii: „obniżenie napięcia mięśniowego, zwiększenie możliwości lokomocyjnych, stymulowanie sprawności motorycznej, poprawa funkcjonowania emocjonalno-uczuciowego, stymulacja rozwoju umysłowego, poszerzenie zdolności werbalnych i korygowanie wad wymowy, rozwijanie umiejętności społecznych, kształtowanie charakteru poprzez podjęcie odpowiedzialności za innych uczestników zajęć oraz za psa, zwiększenie motywacji do wykonywania ćwiczeń rehabilitacyjnych, wzmocnienie poczucia własnej wartości, umożliwienie kontaktu ze zwierzęciem i innymi uczestnikami zajęć, integrowanie środowiska rodzinnego z osobą uczestniczącą w zajęciach, stwarzanie okazji do zabawy, nawiązywanie naturalnej więzi ze światem.” „Terapia z udziałem psa może być również „oknem terapeutycznym”, dzięki któremu można zaobserwować różne problemy uczestników zajęć.” (Pawlik-Popielarska B., 2005, s. 8)

Z kolei A. Popławska zakłada, że „głównym celem jest **przełamanie lęku** dziecka przed psami, **nawiązanie i pogłębianie jego**

kontakty ze zwierzętami i na tej podstawie **kształtowanie pozytywnych emocji** dziecka. Ten kontakt ze zwierzęciem stanowi fundament do dalszego usprawniania dziecka poprzez zajęcia z udziałem czworonogów” aby założone wcześniej cele były realizowane prawidłowo, muszą być spełnione następujące warunki:

- kontakt z dzieckiem oparty na zaufaniu i poczuciu bezpieczeństwa,
- terapeuta powinien wypracować skuteczny sposób komunikowania się dziecka z otoczeniem,
- pomieszczenie, w którym odbywają się zajęcia a, powinno mieć odpowiednią wielkość,
- dysponowanie takim wyposażeniem, które umożliwi przeprowadzenie ciekawych i atrakcyjnych dla dziecka ćwiczeń,
- osoby prowadzące zajęcia dogoterapii powinny mieć odpowiednie kwalifikacje i umiejętności pracy z dzieckiem,
- terapeuci muszą ściśle współpracować z rodziną dziecka oraz innymi specjalistami, którzy się nim zajmują. (Popławska A., 2004, s. 7)

Bardziej szczegółowe cele terapii z udziałem zwierząt przedstawia M. Machoś-Nikodem. Według autorki dogoterapia podnosi poziom pewności siebie, obniża lęk, zmniejsza poczucie samotności, dostarcza motywacji do ćwiczeń, a także wpływa na rozwój: funkcji motorycznych, umiejętności poruszania się na wózku, poczucia równowagi, werbalnego porozumiewania się członków grupy, umiejętności skupiania uwagi i wypoczynku/relaksacji,

Słownictwa, pamięci krótko- i długoterminowej, pojęć (takich jak wielkość, kolor, kształt, ilość), chęci brania udziału w zajęciach z grupą, interakcji z innymi uczestnikami zajęć oraz z personelem (nauczycielami, terapeutami)

A. Piotrowicz dokonuje tłumaczenia ze strony *organizacji Delta Society*, celów dogoterapii, podzielonych na cztery obszary:

- **fizyczne** (rozwijanie funkcji motorycznych, rozwijanie umiejętności poruszania się na wózku, rozwijanie równowagi,
- **zdrowie psychiczne** (rozwijanie werbalnego porozumiewania się członków grupy, rozwijanie umiejętności skupiania uwagi, rozwijanie umiejętności wypoczynku/rekreacji, podnoszenie pewności siebie, obniżanie lęku, obniżanie samotności,
- **edukacyjne** (rozwijanie słownictwa, polepszanie pamięci krótko- i długo-terminowej, rozwijanie pojęć takich jak wielkość, kolor),
- **motywacyjne** (rozwijanie chęci brania udziału w zajęciach z grupą, rozwijanie interakcji z innymi uczestnikami zajęć, rozwijanie interakcji z personelem, motywacja do ćwiczeń. (www.fundacijadogtor.org/art.php?dz=18))

Cele przedstawione przez M. Machoś-Nikodem są bardzo zbliżone do tych zaproponowanych przez *organizację Delta Society*.

Zajęcia z udziałem psa mają na celu: przełamanie bariery lęku przed kontaktem z psem, akceptowanie obecności psa w bliskim otoczeniu, nawiązanie i pogłębianie kontaktu z psem, kształtowanie pozytywnych emocji dziecka, pobudzanie zmysłów: wzroku, słuchu, dotyku i węchu, koncentrację uwagi, rozpoznawanie części ciała człowieka i psa, podejmowanie różnych form działań ruchowych w obecności psa i w kontakcie z nim, naukę relaksacji w obecności psa, umożliwienie dziecku wykonywanie wybranych czynności pielęgnacyjnych przy psie, jeżeli to możliwe – rozwijanie mowy, wzbogacanie słownictwa oraz nazywanie własnych emocji, wykonywanie czynności porządkowych w kontakcie z psem, uczenie zasad bezpiecznego postępowania z psem, itp. Podczas zajęć wykonuje się wiele rodzajów ćwiczeń i zabaw mających służyć podstawowemu celowi dogoterapii: **rozwojowi dziecka, pobudzeniu jego zmysłów i pozytywnych emocji.**

Dzięki zajęciom dogoterapeutycznych można osiągnąć wiele **efektów**, które dotyczą funkcjonowania osoby uczestniczącej

w spotkaniach. A. Popławska przedstawia listę widocznych efektów, które dotyczą poszczególnych obszarów: nawiązanie i pogłębienie kontaktu dzieci z psem, aktywność dzieci, kształtowanie i doskonalenie orientacji w układzie własnego ciała, poznanie budowy ciała psa, sfera ruchowa (doskonalenie sprawności ruchowej), sfera emocjonalna (kształtowanie i rozwijanie umiejętności identyfikowania i okazywania emocji), wyciszenie się, umiejętności naśladowcze, wykonywanie komend (w sposób samodzielny wydawanie prostych komend), samodzielność, umiejętność rozpoznawania i wyrażania swoich uczuć, poznawanie i stopniowe opanowanie czynności pielęgnacyjnych związanych z psem, poznanie zasad bezpiecznego przebywania z psami, kształtowanie nawyków higienicznych, wyzwalać spontanicznych reakcji głosowych i werbalnych, wzbogacanie zasobu słownictwa, doskonalenie sprawności aparatu artykulacyjnego. Na stronie www.edukacja.edux.pl można odnaleźć następujące **korzyści** płynące z udziału w zajęciach z udziałem psa: przynosi radość i wywołuje uśmiech, pozwala rozwijać kontakty społeczne, poprawia komunikację, pozwala myśleć o czymś innym niż własna osoba, wiek, choroba, stymuluje ruch i aktywność, samodzielność i odpowiedzialność, daje możliwość okazania uczuć, wytwarza swoistą więź: człowiek – zwierzę, podwyższa pewność siebie, nadaje życiu sens, pomaga zdobyć nowych przyjaciół, ułatwia przejść przez samotność, chorobę i depresję, rozwija funkcje poznawcze, koncentrację uwagi, orientację przestrzenną, uczy samoakceptacji. (www.edukacja.edux.pl/p-2502-program-zajec-z-elementow-dogoterapii.php)

A. Piotrowicz dokonuje tłumaczenia ze strony *organizacji Delta Society* korzyści z dogoterapii oraz sytuacji, kiedy dogoterapia ich nie przynosi. Kontakt ze zwierzęciem może dostarczać wiele korzyści, są to przede wszystkim:

- **empatia** (dzieci postrzegają zwierzęta jako równych sobie i jest im łatwiej być empatycznym w stosunku do zwierzęcia niż do dorosłego człowieka),

- **skupienie na świecie zewnętrznym**(zwierzęta pomagają odejść od swoich problemów),
- **wychowanie**(ułatwianie wzrostu i rozwoju innej żyjącej istoty),
- **bezpieczeństwo**(zwierzęta pomagają stworzyć klimat emocjonalnego bezpieczeństwa),
- **akceptacja**(zwierzęta potrafią akceptować człowieka bez wartościowania, takim, jakim jest, nie osądza, akceptuje bezwarunkowo),
- **stymulacja psychiczna,**
- **kontakt fizyczny, dotyk,**
- **korzyści fizjologiczne**(dodatnie efekty na podstawowe funkcje organizmu),
- **socjalizacja**(szukanie lub cieszenie się towarzystwem innych),
- **rozrywka**(odwiedziny zwierzęcia potrafią rozbawić, dają radość).

Zdarzają się również sytuacje, kiedy zajęciach z udziałem psa **nie przynoszą korzyści**. Dotyczy to między innymi następujących sytuacji:

- kiedy zwierzęta są źródłem rywalizacji i współzawodnictwa w grupie,
- kiedy ktoś zaczyna być zaborczy i próbuje zaadoptować zwierzę dla siebie,
- z powodu braku nadzoru, niewłaściwego prowadzenia psa istnieje ryzyko wypadku,
- osoby z uszkodzeniem mózgu, starsi, zaburzeniami rozwojowymi mogą prowokować zwierzę często bezwiednie,
- osoby z nieadekwatnymi wyobrażeniami mogą pomyśleć, że pies ich odrzuca, co może pogłębić ich niskie poczucie o sobie samym,
- alergie mogą doprowadzić do trudności w oddychaniu,
- bez wprowadzenia odpowiednich środków ostrożności niektóre choroby mogą się przenosić między ludźmi i zwierzętami,

- osoby z otwartymi ranami czy też obniżoną odpornością mogą brać udział w zajęciach pod nadzorem i w sposób ograniczony,
- ktoś może się bać zwierząt,
- niektóre osoby mogą różnie odbierać zwierzęta ze względu na pochodzenie kulturowe. (Popławska A., 2003, s. 24-26)

Na podstawie przedstawionych celów, korzyści i efektów jakie przynosi dogoterapia można stwierdzić, że zajęcia z udziałem psa, pod warunkiem przestrzegania standardów prowadzenia zajęć, mogą być kluczem do osiągnięcia wielu pozytywnych efektów we wspieraniu rozwoju, edukacji i rehabilitacji, zarówno dzieci zdrowych, jaki i z różnymi zaburzeniami i dysfunkcjami.

6. Pies i człowiek w roli terapeuty

Przygotowanie psa do roli terapeuty to długi i czasochłonny proces. Współdziałanie **wrodzonych cech bezwarunkowych** oraz **procesy wychowania i szkolenia** pozwalają ukształtować psa terapeutycznego spełniającego stawiane przed nim zadania. W opinii Polskiego Towarzystwa Kynoterapeutycznego, wpływ na charakter psa ma przede wszystkim: **wybór rasy, wybór hodowli, socjalizacja szceniąt, wybór odpowiedniego szczenięcia.**

Wybór szczeniaka – przyszłego terapeuty, nie powinien być przypadkowy, ale bardzo dobrze przemyślany. Zakupu najlepiej dokonać w hodowli psów rasowych (rodowodowych). W takiej hodowli mamy gwarancję zdrowia fizycznego i psychicznego rodziców psa, możemy sprawdzić, w jakich warunkach są hodowane szczeniaki oraz jaka jest ich kondycja zdrowotna. Przy wyborze szczeniaka można zwrócić się do specjalistów, których może polecić najbliższy Oddział Związku Kynologicznego. Najlepszy czas na wybór szczeniaka to ukończony siódmy tydzień życia. Wówczas szczenię powinno zostać poddane testom (np. W. E. Campbella,

B. Klicommons, S. Wilson, K. Ściesińskiego, W. i J. Volhardów) aby określić przydatność do przyszłej pracy jaką będzie wykonywał oraz jej charakter. Test Wendy i Jacka Volhardów „pozwała ocenić zrównoważenie psychiki szczenięcia, jego różne rodzaje inteligencji oraz chęć do pracy i współpracy z człowiekiem. Jest testem rozbudowanym, który doskonale sprawdza się w ocenie szceniąt” (www.kynoterapia.eu/psy.html). Szczeniak, który ma stać się terapeutą powinien: być odważny i ciekawy, żywo reagować na otoczenie, nie zdradzać cech przywódczych, pozwolić spokojnie wziąć się na ręce, być w dobrej kondycji fizycznej, silny i zdrowy.

Po wyborze szczeniaka bardzo ważne staje się jego **wychowanie**. Od pierwszego dnia pies powinien jasno wiedzieć, co wolno a co nie. Powinno się jak najwięcej czasu poświęcać szczeniakowi na zabawę, na jego rozwój psychiczny i fizyczny. Bardzo ważne jest zabieranie psa w różne miejsca publiczne. Zapoznanie z różnymi sytuacjami, zapachami, ludźmi, zwierzętami. Zapozdawanie psa z nowymi miejscami jest równie ważne jak nauka podstawowego posłuszeństwa. Pies terapeuta poza posłuszeństwem, które nabywa w toku wychowania, musi także posiadać wyższe kwalifikacje. Terapeutka B. Pawlik-Popielarska wymienia następujące zachowania wymagane od psa terapeuty: pozostawanie w pozycji „leż” przez przynajmniej 30 minut; całkowita akceptacja przez psa faktu, że przez dłuższy czas leży na nim dziecko; pełna akceptacja przez psa głaskania, czesania, dotykania różnych obszarów jego ciała (np. wąsów, ogona, pyska); spokojne chodzenie na smyczy z osobą, która porusza się samodzielnie bądź za pomocą kuli czy też wózka inwalidzkiego; aportowanie różnych przedmiotów osobom wydającym komendy; wykonywanie poleceń wydawanych uczestników zajęć; rozróżnianie imion uczestników; różnicowanie nazw przedmiotów wykorzystywanych w zajęciach; całkowita tolerancja wobec zachowań agresywnych i zachowań wynikających z bezmyślności lub ciekawości (np. klótnie, ciągnięcie za ogon); akceptacja zachowania

wań związanych z chorobą uczestników zajęć np. stereotypie, bełkotliwa mowa; umiejętność trafnego rozpoznawania i właściwego reagowania za komunikaty wyrażane niewerbalnie. Obok wychowania bardzo istotne staje się **specjalistyczne wykształcenie**, aby pies mógł pracować jako pies terapeuta z ludźmi. Ze względu na stopień wykształcenia można wyróżnić trzy klasy psów terapeutów:

- **klasa adept (K-A)** – umożliwia uczestnictwo psa w nieskomplikowanych zajęciach terapeutycznych, jako pies terapeutyczny o podstawowej przydatności. Powinny uczestniczyć w takich zajęciach, aby ich tylko podstawowe przygotowanie nie wpływało negatywnie na tok rehabilitacji,
- **klasa pierwsza (K-I)** – umiejętności psa spełniają wymagania dopuszczenia do regularnej pracy jako pies terapeutyczny. To **tzw. „pies pierwszego kontaktu”** – pies, który zdał podstawowy egzamin psa terapeuty. Jego umiejętności lub cechy sprawiają, że nadaje się do nawiązania pierwszego kontaktu z podopiecznym. Psy te odwiedzają podopiecznych w placówkach i używane są w zajęciach z udziałem zwierząt (AAA).
- **klasa druga (K-II)** – umiejętności psa umożliwiają Terapeucie pracę ze znacznie cięższymi przypadkami rehabilitacji. „Pies, którego stopień wykształcenia pozwala na szersze jego wykorzystanie w terapii osób niepełnosprawnych. Psy te wykorzystywane są w zajęciach z udziałem zwierząt (AAA) oraz w terapii z udziałem zwierząt (AAT).” (www.kynoterapia.eu/psy.html)¹

Polskie Towarzystwo Kynoterapeutyczne twierdzi, że pies terapeuta musi spełnić następujące warunki: zdać egzamin kwalifikacyjny, przejść szkolenie, ukończyć 12 miesięcy, zdać egzamin na psa terapeuta (dogoterapia.org.pl/joomla/index.php?option=com_content&task=view&id=49&Itemid=50) Każdy pies terapeuta powinien mieć prowadzoną kartę psa, która upewni zlecającego zajęcia o bezpieczeństwie w kontakcie z psem. **Karta psa** zawiera następujące **dokumenty psa**: aktualne zaświadczenie o szczepieniach, aktualne

zaświadczenie o odrobaczeniu psa (wskazane raz na 3 miesiące), zaświadczenie weterynaryjne o ogólnej dobrej kondycji zdrowotnej psa, ważne zaświadczenie o zdaniu egzaminu psa terapeutycznego. Pies pracujący z dziećmi niepełnosprawnymi i ludźmi dorosłymi musi być przede wszystkim zdrowy. Ważne są regularne wizyty u weterynarza(odrobaczenie, odpchlenie). Należy zadbać również o higienę psa. (częste kąpiele) a także o komfort psychiczny psa (maksymalny czas pracy psa to dwie godziny, przy czym wymaga się 20 minut przerwy na spacer). Podobne wytyczne znajdujemy na stronie <http://www.pzd.free.ngo.pl>, gdzie szczególną uwagę zwraca się na zadbanie o czystość i higienę swojego psa przez przewodnika. „Pies terapeutyczny musi być przez swego przewodnika – terapeutę odpowiednio przygotowany do pracy pod względem medycznym, higienicznym i psychicznym, to jest – poza posiadaniem zaświadczeń o aktualnych badaniach i szczepieniach – wyglądać czysto i estetycznie, być wypoczęty i odprężony. Należy pamiętać, że wybór szczeniaka to nie wszystko. „Ma on jedynie odpowiednie cechy, predyspozycje, które można rozwinąć i wykorzystać w przyszłej pracy lub zaprzepaścić. Aby z małego szczeniaka wyrósł doskonały pies terapeutyczny należy poświęcić mu wiele uwagi, troski i pracy nad jego wychowaniem oraz odpowiednim wyszkoleniem” (www.kynoterapia.eu/psy.html). Ważna jest nie tylko rasa psa, która wpływa już na pewien zestaw wrodzonych cech, ale również ciężka i wytężona praca przewodnika, który poprzez wychowanie, szkolenia wpływa na rozwój i kształtowanie się cech osobowości przyszłego psa terapeuty.

Rasa psa terapeutycznego, pracującego z dziećmi, często niepełnosprawnymi i osobami dorosłymi jest bardzo istotna. W Polsce do dogoterapii najczęściej wykorzystuje się następujące rasy psów: **golden retrievery, labrador retrievery, syberian huski, malamuty, samojedy, owczarki szkockie collie, owczarki niemieckie**. (www.pzd.free.ngo.pl/standardy.html). Na konsekwencje wynikają-

ce z braku wiedzy właściciela psa o jego podstawowych cechach zwraca uwagę G. Maciejewski: „Psy do pracy z dziećmi muszą mieć również większą tolerancję na dotyk, głaskanie i przytulanie. Na przykład obejmowanie, czyli jedno z ważniejszych dla człowieka gestów potwierdzających miłość, pies może odebrać jako chęć zdominowania go. Psy obejmują się tylko wtedy, gdy walczą lub kopulują. Brak wiedzy na ten temat prowadzi często do wypadków (...)” (Maciejewski G., Warto również zauważyć, że wiele zależy nie tylko od rasy, ale także od poświęcenia i pracy, jaką przewodnik włoży w odpowiednie wychowanie i przygotowanie psa).

Pies terapeuta musi posiadać pewien zestaw charakterystycznych cech, aby mógł uczestniczyć w zajęciach z ludźmi. Ważne są **cechy psychiczne**, ale również **fizyczne**.

Polskie Towarzystwo Kynoterapeutyczne wymienia tylko trzy cechy psa terapeuty, opisując je bardzo dokładnie. Poniżej chciałabym przedstawić te trzy cechy.

- **pies społeczny**: nie każdy pies rodzinny może zostać psem terapeutą, natomiast każdy pies terapeuta może zostać psem rodzinnym. Pies społeczny jest spolegliwy nie tylko wobec członków rodziny, ale również wobec reszty społeczeństwa
- **pies przewidywalny**: na przewidywalność ma wpływ przede wszystkim użytkowość danej rasy psa. Jego cechy to zbiór cech bezwarunkowych i warunkowych. Na cechy bezwarunkowe nie mamy żadnego wpływu. Pies rodzi się z ich zapisem genetycznym.

Na cechy warunkowe mamy wpływ. Tu bardzo ważny jest wybór hodowli, szczeniaka, odpowiednia jego socjalizacja i wychowanie i szkolenie:

- **pies reprezentujący rozumne posłuszeństwo**: każdy wyszkolony pies jest posłuszny. Jednak sposób, w jaki dany pies wykonuje polecenia może być różny.

„Wyobraźmy sobie salę rehabilitacyjną, gdzie rozłożone są materace z leżącymi dziećmi. Nasz pies jest w przeciwnym rogu Sali. Wołamy go do siebie i: przybiegnie do nas natychmiast najkrótszą drogą nie patrząc, że biegnie przez materace i leżących na nich pacjentach – przybiegnie do nas wybierając drogę pomiędzy materacami nie deptając pacjentów. W jednym i drugim przypadku mamy do czynienia z psem posłusznym. Jednak tylko w drugim przykładzie mamy do czynienia z rozumnym posłuszeństwem.” (www.kynoterapia.eu/psy.html)

Inne spojrzenie przedstawia M. Buszko pisząc, że pies terapeuta musi być: „łagodny i zrównoważony, musi lubić przebywać poza domem i wysiłek fizyczny, akceptować wszystkich spotykanych ludzi, nie tylko swojego właściciela, i tolerować, kiedy jest przez nich głaskany i przytulany, musi być odporny na stres, szybko aklimatyzować się w nowym otoczeniu, nigdy, w żadnej sytuacji nie jest dopuszczalne, aby pies terapeuta zareagował agresją, nawet jeśli zostanie uderzony przez pacjenta, pociągnięty za ogon itp.” (Buszko M., 2003, s. 12) Autorka zwraca uwagę nie tylko na cechy charakteru ale również na pewne predyspozycje jakie powinien posiadać pies terapeuta. Natomiast B. Pawlik-Popielarska przedstawia szeroką listę cech psychicznych oraz zwraca uwagę na cechy fizyczne psa: brak przejawów agresji, brak oznak dominacji, brak symptomów leku, brak przejawów nadpobudliwości, widoczna uległość, oznaki sympatii wobec człowieka, spokój i zrównoważenie, wykazywanie zainteresowania otoczeniem, inteligencja i łatwość uczenia się, posłuszeństwo, odpowiednie cechy fizyczne, do których można zaliczyć: ujmujący wygląd, wielkość, odpowiednia sierść Autorka przyznaje, że najważniejszą cechą psa jest **cierpliwość**. Podczas zajęć dzieci głaszczą psa, leżą na nim, pies jest narażony na próby wrywania sierści, wąsów, a nawet zagładania pod ogon. W takich sytuacjach pies powinien wykazywać się dużą cierpliwością i wyrozumiałością. Oprócz cech charakteru psa ważne jest również jego

zdrowie. Pies terapeuta musi być zdrowy, jego stan zdrowia powinien być bez zastrzeżeń. Powinien posiadać zaświadczenia od weterynarza o dobrym stanie zdrowia. **Rozmiar psa** w zajęciach dogoterapeutyczne nie odgrywa dużej roli. Należy jednak pamiętać, że niektórzy boją się dużych psów i wówczas praca z nimi odbywa się przy udziale psów mniejszych rozmiarów.

Podczas zajęć dogoterapii **rolę terapeuty** pełni nie tylko pies, ale również jego **przewodnik**. Razem powinni tworzyć współpracujący i całkowicie rozumiejący się **zespół**. Do osiągnięcia pozytywnych efektów zajęć nie wystarczają tylko umiejętności psa. Bardzo ważne są również kompetencje przewodnika psa. Przed przystąpieniem do zajęć z dogoterapii postanowiłam głębiej poznać rolę terapeuty podczas spotkania z psem. To on kieruje przebiegiem zajęć, dba o bezpieczeństwo dzieci, swoje i psa, a także dba o atrakcyjność zajęć. Jakie powinien posiadać kwalifikacje, umiejętności i cechy? Czym powinien się kierować podczas prowadzenia zajęć? Postaram się znaleźć odpowiedź na te pytania.

B. Pawlik-Popielarska wymienia trzy obszary, które wiążą się z kompetencjami terapeuty: **osobowość przewodnika psa, poziom rozwoju umiejętności interpersonalnych, wiedza związana z aktywnym uczestnictwem w procesie terapeutycznym.**

Terapeutka prezentuje także listę koniecznych właściwości psychicznych (cech osobowości) terapeuty-przewodnika psa: **aktywność, orientacja na ludzi, entuzjazm i pasja, odporność psychiczna, empatia i decentracja** (umiejętność przyjmowania cudzej perspektywy), **obiektywizm, silna osobowość, piękno wewnętrzne, otwartość, zaufanie, skuteczne komunikowanie się, wyrażanie uczuć, akceptacja, modelowanie zachowania** (przewodnik jako wzór do naśladowania). Polskie Towarzystwo Kynoterapeutyczne wymienia **dokumenty, jakie powinien posiadać kynoterapeuta:** zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu kynoterapeuty, dokument potwierdzający kwalifi-

kacje, obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej, zalecane ubezpieczenie na wypadek (NW). Przedstawia także **stopnie kwalifikacji kynoterapeuty**:

- **wolontariusz kynoterapii** (posiada, co najmniej podstawową wiedzę o kynoterapii i psie terapeutycznym, może asystować w zajęciach prowadzonych przez uprawnioną osobę, lecz **nie ma uprawnień do samodzielnego prowadzenia zajęć**).
- **kynoterapeuta** (posiada, co najmniej średnie wykształcenie, uprawnienia pedagogiczne oraz ukończony specjalistyczny Kurs Kynoterapii. Kynoterapeuta może samodzielnie prowadzić zajęcia, konstruować program i metodykę zajęć na podstawie zaleceń lekarza lub rehabilitanta, kierować pracą i prowadzić nadzór nad wolontariuszami. **Nie może natomiast stawiać diagnozy i dawać zaleceń - zastępować specjalisty**).
- **specjalista – kynoterapeuta** (posiada wiedzę oraz uprawnienia do prowadzenia danego rodzaju zajęć między innymi lekarz, fizjoterapeuta, psycholog, pedagog, uzupełnione specjalistycznym Kursem Kynoterapii. (Pawlik-Popielarska, 2005)

7. Propozycje metodyczne

Propozycje metodyczne zajęć dogoterapii przeznaczone są dla dwóch grup: młodszej (dzieci 3- i 4-letnie) oraz starszej (dzieci 6-letnie). Spotkania dotyczą dwóch tematów: „Zasady opieki nad psami” oraz „Poznajemy bliżej psa”.

Temat zajęć nr 1: Zasady opieki nad psami		
Grupa - dzieci młodsze		
Czynności terapeuty:	Czynności psa:	Czynności dzieci:
<p>Powitanie- terapeuta poleca usiąść w kole, wita się z dziećmi i przedstawia psa. Informuje, że pies przywita się z każdym po kolei, a zadaniem każdego dziecka jest powiedzieć swoje imię gdy pies do niego podejdzie.</p>	<p>Pies wykonuje wszystkie polecenia, wita się z każdym dzieckiem. Ukazując swoją sympatię merda ogonem, liże dzieci w policzek bądź ucho.</p>	<p>Dzieci siadają w kole, po kolei wypowiadają swoje imię, są bardzo zadowolone i śmieją się, że pies daje im „buziaka”. Kilkoro dzieci nie wyraziło chęci na bliższy kontakt z psem co zostało uszanowane przez terapeutę i psa.</p>
<p>Terapeuta, informuje dzieci, że pies czuje się dobrze wśród nich i odpoczywa. Pokazuje, jaka postawa ciała i mimika o tym świadczą. Tłumaczy podstawowe zachowania psa takie jak merdanie ogonem, zjeżona sierść itd. Zwraca uwagę, jak ważna jest komunikacja międzogatunkowa, rozumienie psa, jego samopoczucie.</p> <p>Terapeuta informuje, że pies chciałby napić się wody. Daje miskę psu i mówi, że pies wręczy miskę osobie, która ostatnio najwięcej „rozrabia”. Poleca wybrać chłopcu dwóch pomocników do nalania i przyniesienia wody.</p> <p>Jako kolejną osobę do przyniesienia wody tera-</p>	<p>Pies leży i odpoczywa.</p> <p>Pies niosąc miskę w pysku wybiera spośród dzieci jednego chłopca i stawia przed nim miskę. Następnie kładzie się i spokojnie czeka na wodę. Pies wypija całą wodę i okazuje swoje zadowolenie.</p>	<p>Dzieci słuchają uważnie terapeuty i obserwują psa. Jedna z dziewczynek zgłasza się i z wielkim przejęciem opowiada, że ona też rozumie psy.</p> <p>Wszystkie dzieci obserwują psa i śmieją się. Wybrany przez psa chłopiec razem z kolegami nalewa wody i przynosi miskę dla psa.</p> <p>Wybrana dziewczynka zgodziła się i razem</p>

<p>peuta wybiera dziewczynkę, która od początku nie uczestniczy w zajęciach</p> <p>Rozpoczęcie rozmowy. Terapeuta zadaje pytania dzieciom na temat zwierząt jakie mają w domu</p> <p>Rozmowa na temat karminienia psa. Terapeuta zadaje pytania i wyjaśnia co pies może, a czego nie może dostawać do jedzenia.</p> <p>W ramach podsumowania terapeuta zadaje pytania na które dzieci wspólnie odpowiadają „tak” lub „nie”, np. Czy pies może jeść kości?, Czy pies może jeść słodczyce?.</p> <p>Zabawa w pociąg. Terapeuta przypina psa do długiej smyczy, wyjaśnia jak prawidłowo należy chodzić z psem, poleca wszystkim dzieciom złapać się smyczy i śpiewać piosenkę „Jedzie pociąg z daleka”. Razem z psem i dziećmi terapeuta przemieszcza się po sali.</p> <p>Terapeuta poleca dzieciom usiąść w kole i rozpoczyna rozmowę na temat opieki</p>	<p>Pies swobodnie leży i słucha odpowiedzi dzieci. Co jakiś czas zmienia swoje ułożenie</p> <p>Pies wstaje i wykonując polecenia terapeuty przemieszcza się po sali razem z dziećmi.</p> <p>Pies odpoczywa i uważnie słucha odpowiedzi dzieci.</p>	<p>z koleżanką naląła wody i przyniosła psu miskę.</p> <p>Dzieci zgłaszają się i chętnie opowiadają jakie mają zwierzęta w swoich domach.</p> <p>Dzieci odpowiadają, najczęściej pojawiały się odpowiedzi: karma, mięso, marchew. Wystąpiły również nieliczne odpowiedzi kości lub resztki z obiadu.</p> <p>Dzieci zgodnie odpowiadają „tak” lub „nie”.</p> <p>Dzieci chętnie uczestniczą w zabawie. Łapia smycz, podążają radośnie za psem i głośno śpiewają piosenkę.</p> <p>Dzieci zgłaszają się i udzielają odpowiedzi na zadawane pytania. Zgodnie</p>
--	--	---

<p>nad psem i jego potrzebach. Zadaje pytania i wyjaśnia jak należy dbać o psa, czego pies potrzebuje, gdzie pies jest szczęśliwy, dlaczego nie można trzymać psa na łańcuchu i dlaczego warto pomagać psom w schronisku.</p> <p>W ramach podsumowania terapeuta zadaje pytania na które dzieci wspólnie odpowiadają „tak” lub „nie”. Np. czy pies potrzebuje rodziny?, Czy pies powinien mieszkać w budzie i być na łańcuchu?</p> <p>Na zakończenie zajęć terapeuta zadaje pytanie psu, czy dzieci dobrze odpowiadały na pytania. Po uzyskaniu odpowiedzi docenia dzieci i chwali je za ich wiedzę.</p> <p>Pożegnanie i podziękowanie pieskowi. Terapeuta żegna się z dziećmi i poleca wszystkim aby dotknęły jedną ręką psa i podziękowały mu za zajęcia.</p>	<p>Pies „odpowiada” do ucha terapeuty.</p> <p>Pies leży i słucha dzieci.</p>	<p>odpowiadają, że pies jest najbardziej szczęśliwy w rodzinie.</p> <p>Dzieci zgodnie odpowiadają „tak” lub „nie”. Już wiedzą jak należy dbać o psa, czego pies potrzebuje i dlaczego warto pomagać pieskom w schroniskach.</p> <p>Dzieci są bardzo zadowolone i dumne, że to właśnie pies słuchał ich odpowiedzi i docenił ich umiejętności. Widać, że stanowiło to dla nich dużą wartość.</p> <p>Dzieci wykonują polecenie terapeuty i żegnają się z psem. Kilkoro dzieci zadaje pytanie „Czy Dolly nas jeszcze odwiedzi?”</p>
--	--	--

Temat zajęć nr 2: Poznajemy bliżej psa- zajęcia ruchowe Grupa –dzieci młodsze		
Czynności terapeuty:	Czynności psa:	Czynności dzieci:
<p>Powitanie- terapeuta poleca usiąść w kole, wita się z dziećmi.</p> <p>Terapeuta zapoznaje dzieci z budową ciała psa. Pokazuje po kolei części ciała i poleca dzieciom aby odpowiadały co w danym momencie wskazuje.</p> <p>Prezentacja psa. Terapeuta poleca wykonać psu kilka sztuczek, takich jak ukłon, głos, fikołek, siad, waruj.</p> <p>Zabawa w naśladowanie psa. Terapeuta poleca psu wykonywanie sztuczek, a dzieciom naśladowanie i wykonywanie razem z nim wszystkich czynności.</p> <p>Terapeuta poleca dzieciom usiąść w kole i rozpoczyna rozmowę na temat zawodów jakie wykonują psy. Zadaje pytania i wyjaśnia jakie zadania wykonuje pies w każdym z wymienionych zawodów.</p>	<p>Pies wita się z dziećmi. Ukazując swoją sympatię merda ogonem. Pies swobodnie stoi i obserwuje dzieci.</p> <p>Pies wykonuje polecenia terapeuty.</p> <p>Pies wykonuje polecenia terapeuty: stój, siad, waruj, leżymy na boku, na plecach, merdanie ogonem, patrzenie w lewo, w prawo, fikołek.</p> <p>Pies odpoczywa i uważnie słucha odpowiedzi dzieci.</p>	<p>Dzieci siadają w kole, witają się z terapeutą i psem.</p> <p>Dzieci zgodnie odpowiadają i z uwagą słuchają terapeuty.</p> <p>Dzieci ze zdumieniem obserwują czynności wykonywane przez psa.</p> <p>Dzieci po kolei wykonyują wszystkie czynności razem z psem. Wszystkie dzieci uczestniczą w zabawie.</p> <p>Dzieci wiedzą jakie zawody wykonują psy. Wymieniają psa przewodnika, terapeutę, ratownika, psa tropiącego. Po rozmowie dzieci poszerzają swoją wiedzę na temat czynności jakie wykonuje pies w danym zawodzie.</p>

<p>Rozpoczęcie rozmowy na temat prawidłowego zachowywania się przy spotkaniu z groźnym psem. Terapeuta tłumaczy, że nie wszystkie psy są wytresowane i spokojne jak Dolly, a czasami możemy spotkać obcego, groźnego psa. Tłumaczy, jak należy się zachować, aby nie prowokować takiego zwierzęcia. Zadaje pytanie dzieciom, czy wiedzą jak się zachować w takiej sytuacji. Czy znają jakieś techniki samoobrony.</p>	<p>Pies leży spokojnie i słucha dzieci.</p>	<p>Dzieci od razu udzielają prawidłowej odpowiedzi i demonstrują pozycje jakie należy przyjąć w razie spotkania z groźnym psem- żółwik oraz drzewo.</p>
<p>Zabawa w „żółwika”. Terapeuta tłumaczy zasady zabawy. Rozpoczęcie zabawy - dzieci chodzą po sali, na słowa „zły pies” wszyscy przyjmują pozycję bezpieczną-żółwika. Tłumaczy, że jeżeli ktoś dobrze ją wykonana to Dolly podejdzie i dotknie go noskiem. Gdy tak zrobi to dziecko może spokojnie wstać.</p>	<p>Pies słucha poleceń terapeuty, przemieszcza się po sali i dotyka noskiem dzieci wskazanym przez terapeutę.</p>	<p>Dzieci bardzo chętnie biorą udział w zabawie. Przyjmują pozycję żółwika i wstają spokojnie gdy pies już je dotknął noskiem.</p>
<p>Terapeuta prosi dzieci o wykonanie rysunku Dolly, bądź jakiegoś daru dla niej.</p>	<p>Pies siedzi i obserwuje czynności dzieci.</p>	<p>Dzieci zgadzają się i od razu przystępują do wykonywania obrazka.</p>
<p>Po zakończeniu pracy terapeuta prosi dzieci o</p>	<p>Pies ogląda każdy rysunek wykonany</p>	<p>Dzieci po kolei podchodzą, pokazują swoje prace psu,</p>

<p>przyniesienie rysunku dla psa. Za wykonany rysunek terapeuta wręcza każdemu dziecku medal, który wybiera pies.</p> <p>Pożegnanie i podziękowanie za zajęcia. Terapeuta żegna się z dziećmi i poleca aby podziękowały psu za zajęcia.</p>	<p>przez dzieci i losuje z pudełka medal dla wszystkich po kolei.</p> <p>Pies leży spokojnie i słucha dzieci.</p>	<p>przyjmują medal i wracają na swoje miejsce.</p> <p>Dzieci dziękują za zajęcia. Okazują Dolly wiele ciepła. Głaszczą go, przytulają się do niego.</p>
---	---	---

<p>Temat zajęć nr 1: Zasady opieki nad psami Grupa – dzieci starsze</p>		
<p>Czynności terapeuty: Powitanie - terapeuta poleca usiąść w kole, wita się z dziećmi i przedstawia psa. Informuje, że najpierw Dolly przywita się z każdym dzieckiem po kolei, a następnie zadaniem każdego jest powiedzieć swoje imię, gdy pies do niego podejdzie.</p> <p>Rozpoczęcie rozmowy. Terapeuta zadaje pytania dzieciom na temat zwierząt jakie mają w domu.</p> <p>Rozmowa na temat karmienia psa. Terapeuta zadaje pytania dotyczące prawidłowych wzorców karmienia zwierzęcia, np. „Co pies je?”, „Czy pies może pić mleko?” Gdy dzieci udzielają nieprawi-</p>	<p>Czynności psa: Pies wykonuje wszystkie polecenia, witają się z każdym dzieckiem. Ukazując swoją sympatię merda ogonem oraz liże dzieci w policzek bądź ucho.</p> <p>Pies swobodnie leży i słucha odpowiedzi dzieci. Co jakiś czas zmienia swoje ułożenie.</p>	<p>Czynności dzieci: Dzieci siadają w kole, po kolei wypowiadają swoje imię, są bardzo zadowolone i śmieją się. Na powitanie głaskały psy. Większość dzieci nie wyraziło chęci na „buziaka” od psa, co zostało uszanowane przez terapeutę i psa.</p> <p>Dzieci zgłaszają się i chętnie opowiadają jakie mają zwierzęta w swoich domach.</p> <p>Dzieci odpowiadają, najczęściej pojawiały się odpowiedzi: karma, mięso. Wystąpiły również nieliczne odpowiedzi „kości” lub „resztki z obiadu”. Wszystkie dzieci na pytanie „Czy pies może pić mleko?”</p>

<p>dłowej odpowiedzi, terapeuta wyjaśnia dlaczego pies nie może jeść lub pić niektórych produktów.</p> <p>W ramach podsumowania terapeuta zadaje pytania na które dzieci wspólnie odpowiadają „tak” lub „nie”, np. Czy pies może jeść kości?, Czy pies może pić mleko?</p> <p>Terapeuta informuje, że Dolly chce napić się wody. Zadaje pytanie: „Kto najlepiej odpowiadał i chciałby przynieść wodę dla piesków?”.</p> <p>Spośród zgłaszających się dzieci wybiera dwóch chłopców i poleca im nalać i przynieść wodę. Terapeuta prosi dzieci, aby spróbowały naśladować pieski, które piją wodę.</p> <p>Terapeuta, informuje dzieci, że pies czuje się dobrze wśród nich. Pokazuje, jaka postawa ciała i mimika o tym świadczą.</p> <p>Tłumaczy podstawowe zachowania psa takie jak merdanie ogonem, zjeżona sierść itd. Zwraca uwagę, jak ważna jest komunikacja międzygatunkowa, rozumienie psa, jego samopoczucia.</p>	<p>Pies spokojnie czeka na wodę. Wypija całą wodę i okazuje swoje zadowolenie.</p> <p>Pies leży i odpoczywa.</p>	<p>zgodnie odpowiedziały „tak”.</p> <p>Dzieci zgodnie udzielają prawidłowych odpowiedzi „tak” lub „nie”.</p> <p>Wybrani przez terapeutę chłopcy razem nalewają wodę i przynoszą miskę dla psa. Wszystkie dzieci obserwują psa i śmieją się.</p> <p>Dzieci chętnie naśladowują psy.</p> <p>Dzieci słuchają uważnie terapeuty i obserwują psa.</p>
--	--	--

Zabawa w przechodzenie pod psem. Terapeuta przypina psa do smyczy, wyjaśnia na czym polega zabawa. Tłumaczy, że każde dziecko po kolei „prześlizgnie” się pod psem. Musi jednak przestrzegać kilku zasad, np. zachowywać się bardzo cicho i starać się, aby przejść bardzo ostrożnie, nie dotykając psa.

Terapeuta poleca dzieciom usiąść w kole i rozpoczyna rozmowę na temat **opieki nad psem i jego potrzebach**. Zadaje pytania np:

-,**Gdzie mieszka piesek?**”,

-,**Czy pies który mieszka w budzie jest szczęśliwy?**”,

-,**Dlaczego nie jest szczęśliwy?**”

-,**Gdzie pies wolałby mieszkać?**”

Terapeuta uzupełnia odpowiedzi dzieci i wyjaśnia jak należy dbać o psa, czego pies potrzebuje, gdzie pies jest szczęśliwy, dlaczego nie można trzymać psa na łańcuchu.

Dolly wstaje i wykonując polecenia terapeuty stoi i obserwuje czynności wykonywane przez dzieci. Ukazując swoje zadowolenie merda ogonem.

Pies odpoczywa i uważnie słucha odpowiedzi dzieci.

Dzieci **chętnie** uczestniczą w zabawie. Są bardzo **podniekcytowane** i chcą wykonać zadanie jak najlepiej. Dodatkowo **dopingują się nawzajem, pomagają sobie**, na pytanie terapeuty „Kto jeszcze nie brał udziału w zabawie?” **dzieci wskazywały osoby które jeszcze nie przechodziły pod psem.**

Dzieci zgłaszają się i udzielają odpowiedzi na zadawane pytania.

Przykładowe odpowiedzi na konkretne pytania zadawane przez terapeutę:

-,**W budzie**”,

- „**NIE**”,

-,**Bo jest na łańcuchu**”,

-,**W domu**”.

Zdecydowana większość dzieci udzieliła odpowiedzi, że miejsce psa jest w budzie, na łańcuchu. Zgodnie natomiast odpowiadają, że pies potrzebuje wolności. Jeden chłopiec powiedział, że widział jak jednemu pieskowi obroża raniła szyję i „miał ją całą czerwoną”.

<p>W ramach podsumowania terapeuta zadaje pytania na które dzieci wspólnie odpowiadają „tak” lub „nie”. Np. Czy miejsce psa jest w domu przy właścicielu?, Czy pies powinien mieszkać w budzie i być na łańcuchu?</p> <p>Na zakończenie zajęć terapeuta zadaje pytanie psu, czy dzieci dobrze odpowiadały na pytania. Po uzyskaniu odpowiedzi docenia dzieci i chwali je za ich wiedzę.</p> <p>Pożegnanie i podziękowanie psu. Terapeuta żegna się z dziećmi i poleca wszystkim aby dotknęły jedną ręką psa i powtarzały słowa wypowiedane przez terapeutę np. „Dziękujemy ci za zajęcia, bądź dokończyły zdanie „Życzymy Ci ...”</p>	<p>Dolly „odpowiada” do ucha terapeuty.</p> <p>Pies leży i słucha dzieci.</p>	<p>Dzieci zgodnie odpowiadają „tak” lub „nie”. Już wiedzą jak należy dbać o psa i czego pies potrzebuje. Na zakończenie rozmowy wszystkie dzieci zgodnie odpowiedziały, że miejsce psa jest w domu, a jeżeli mieszka w budzie to nie może być na łańcuchu tylko w kojcu i mieć stały dostęp do wody i musi często wychodzić na spacer.</p> <p>Dzieci są bardzo zadowolone i dumne, że to właśnie pies słuchał ich odpowiedzi i docenił ich umiejętności. Widać, że stanowiło to dla nich dużą wartość.</p> <p>Dzieci wykonują polecenie terapeuty i żegnają się z psem. Dzieci życzyły pieskom zdrowia, smakołyków, długich spacerów, miłości. Dotykały psy bardzo delikatnie, przytulały się do nich.</p>
---	---	--

Temat zajęć nr 2: Poznajemy bliżej psa- zajęcia ruchowe		
Grupa – dzieci młodsze		
Czynności terapeuty:	Czynności psa:	Czynności dzieci:
<p>Powitanie- terapeuta poleca usiąść w kole, wita się z dziećmi.</p> <p>Terapeuta zapoznaje dzieci z budową ciała psa. Pokazuje po kolei części ciała i poleca dzieciom aby odpowiadały co w danym momencie wskazuje.</p> <p>Prezentacja psa. Terapeuta poleca wykonać psu kilka sztuczek, takich jak ukłon, głos, fikołek, siad, waruj.</p> <p>Zabawa w naśladowanie. Terapeuta poleca psu wykonywanie sztuczek, a dzieciom naśladowanie i wykonywanie razem z psem wszystkich czynności.</p> <p>Terapeuta poleca dzieciom usiąść w kole i rozpoczyna rozmowę na temat zawodów jakie wykonują psy. Zadaje pytania i wyjaśnia jakie zadania wykonuje pies w każdym z wymienionych</p>	<p>Pies wita się z dziećmi. Ukazując swoją sympatię merda ogonem, podchodzi do dzieci, czuje się swobodnie. Dolly wykonuje polecenia terapeuty.</p> <p>Pies wykonuje polecenia terapeuty: stój, siad, waruj, leżymy na boczku, na plecach, merdanie ogonem, patrzenie w lewo, w prawo, fikołek.</p> <p>Pies odpoczywa i uważnie słucha odpowiedzi dzieci.</p>	<p>Dzieci siadają w kole, witają się z terapeutą i psami.</p> <p>Dzieci zgodnie odpowiadają i z uwagą słuchają terapeuty. Obserwują z zacięciem czynności wykonywane przez psa.</p> <p>Dzieci ze zdumieniem obserwują czynności wykonywane przez psa.</p> <p>Dzieci po kolei wykonyują wszystkie czynności razem z psem. Wszystkie dzieci uczestniczą w zabawie.</p> <p>Dzieci posiadają niewielką wiedzę na temat zawodów wykonywanych przez psy. Znały jedynie psa policyjnego. Można było zauważyć również ubogi zasób słownictwa dzieci uczestniczących w rozmowie.</p>

<p>zawodów. Po zorientowaniu się, że dzieci nie wiedzą jakie zawody wykonują psy, terapeuta zadawał pytania np. „Czy znacie psa który, wydobywa ludzi z zasp?” próbując nakłonić dzieci do odgadywania psich zawodów.</p> <p>Rozpoczęcie rozmowy na temat prawidłowego zachowywania się przy spotkaniu z groźnym psem. Terapeuta tłumaczy, że nie wszystkie psy są wytresowane i spokojne jak Dolly, a czasami możemy spotkać obcego, groźnego psa. Zadaje pytanie dzieciom, czy wiedzą jak się zachować w takiej sytuacji. Czy znają jakieś techniki samoobrony. Tłumaczy, jak należy się zachowywać, aby nie prowokować takiego zwierzęcia. Przy pomocy jednej dziewczynki demonstruje krok po kroku jak prawidłowo należy wykonać pozycję „żółwika”. Poleca dzieciom aby również wykonywały pozycję żółwika razem z dziewczynką.</p>	<p>Pies leży spokojnie i słuchają dzieci.</p>	<p>Dopiero wskazówki i wypowiedzi terapeuty sprawiły, że dzieci wymieniały więcej zawodów wykonywanych przez psy.</p> <p>Jedynie jedno dziecko od razu zademonstrowało pozycję jaką należy przyjąć w razie spotkania z groźnym psem - drzewo. Reszta dzieci nie znała żadnej pozycji.</p> <p>Dzieci wykonują polecenia terapeuty, obserwują i słuchają terapeuty z wielką uwagą. Po kolei wykonują wszystkie czynności.</p>
---	---	--

<p>Zabawa w „żółwika”. Terapeuta tłumaczy zasady zabawy. Rozpoczęcie zabawy- dzieci chodzą po sali, na słowa „zły pies” wszyscy przyjmują pozycję bezpieczną-żółwika. Tłumaczy, że jeżeli ktoś dobrze ją wykonana to Dolly podejdzie i dotknie go noskiem. Gdy tak zrobi to dziecko może spokojnie wstać. W trakcie zabawy nauczyciel poprawia dzieci, które wykonały „żółwika” nieprawidłowo, włączając w tą pomoc inne przedszkolaki, które opanowały już pozycję bezpieczną prawidłowo</p> <p>Terapeuta prosi dzieci o wykonanie rysunku psa, bądź jakiegoś daru dla niego.</p> <p>Po zakończeniu pracy terapeuta prosi dzieci o przyniesienie rysunku dla psa. Za wykonany rysunek terapeuta wręcza każdemu dziecku medal.</p> <p>Pożegnanie i podziękowanie za zajęcia. Terapeuta żegna się z dziećmi i poleca aby podziękowały psu za zajęcia.</p>	<p>Dolly słucha poleceń terapeuty, przemieszcza się po sali i dotyka noskiem dzieci wskazane przez terapeutę.</p> <p>Pies leży i obserwuje czynności dzieci.</p> <p>Pies ogląda każdy rysunek wykonany przez dzieci.</p> <p>Pies leży i słucha dzieci.</p>	<p>Dzieci bardzo chętnie biorą udział w zabawie. Przyjmują pozycję żółwika i wstają, gdy pies już je dotknął noskiem. Są bardzo przejęte, starają się wykonać pozycję żółwika jak najdokładniej. W trakcie zabawy dzieci pomagają sobie wykonywać pozycję bezpieczną prawidłowo.</p> <p>Dzieci zgadzają się i z wielką radością przystępują do wykonywania obrazka. Dzieci po kolei podchodzą, pokazują swoje prace psu, przyjmują medal i wracają na swoje miejsce.</p> <p>Dzieci dziękują za zajęcia. Głaskają psa bardzo delikatnie, przytulają się. Są bardzo radosne.</p>
---	--	---

Zakończenie

Udział dzieci w zajęciach dogoterapii niesie za sobą wiele korzyści. Do najważniejszych można zaliczyć przełamywanie lęku przed psem oraz bliższym kontaktem z nim. Kolejną korzyścią jest poszerzanie wiedzy dzieci na temat psów oraz kształtowanie przyjaznych postaw wobec nich. W celu kształtowania pozytywnych postaw wobec zwierząt można omówić komunikację międzygatunkową, niesienia pomocy zwierzętom w schroniskach oraz potrzeby i opiekę nad psem. Czynniki, które można zaliczyć do korzyści płynących z udziału dzieci w wielu przedszkolnym w zajęciach z dogoterapii: rozwijanie słownictwa (dziecko poprzez czynny udział w dyskusji poszerza zakres słownictwa związanego ze światem zwierząt np. poznanie zawodów wykonywanych przez psy, bądź nazywanie czynności, które prezentuje pies), rozwijanie motoryki dużej i małej (poprzez udział dziecka w różnego rodzaju zabawach np. w naśladowywanie czynności wykonywanych przez psa, a także poprzez tworzenie prac plastycznych), rozwijanie koncentracji uwagi, podnoszenie wiary we własne możliwości, rozwijanie empatii (zajęcia z dogoterapii wyzwalają wśród dzieci wiele uczuć, pozwalają je okazywać, kształtują pozytywne więzi między człowiekiem, a zwierzęciem), stymulowanie rozwoju mowy i myślenia. Dzieci poprzez czynny udział w dyskusji uczą się prawidłowo formułować swoje wypowiedzi, a zadawane pytania przez dogoterapeutę motywują dzieci do myślenia. Ważne jest uczenie odpowiedzialności i zaufania (przykładem może być zabawa w przechodzenie pod psem, gdzie dziecko staje się odpowiedzialne za siebie i za psa, dodatkowo wymaga od przedszkolaków stuprocentowego zaufania do psa i dogoterapeuty), dostarczanie rozrywki. Dzieci podczas zajęć z dogoterapii nie tylko zdobywają istotną wiedzę dotyczącą zwierząt, ale jednocześnie uczestniczą w zabawach zaproponowanych przez terapeutę. Pies obecny na zajęciach musi być odpowiednio wyszkolony i cał-

kowicie posłuszny swojemu przewodnikowi. Pies dogoterapeuta: wie kiedy może się bawić, a kiedy ma być spokojny, aby nie rozpraszać uwagi uczestników spotkania, potrafi wykonywać ciekawe „sztuczki”, aby zainteresować dzieci i wzbudzić w nich podziw oraz akceptację, wykonuje wszystkie polecenia dogoterapeuty aby nie stwarzać zagrożenia dla dzieci i wszystkich uczestników zajęć.

Bibliografia

1. Bartkiewicz W. (2009) *Lessie lecz!* [w:] *Charaktery*, nr 3, (red.) B. Białek, Charaktery sp. z o.o., Kielce.
2. Bekasiewicz N. (red.), (2003), *Dogoterapia. Terapia kontaktowa z udziałem psów: założenia i wykorzystanie w pracy z osobami niepełnosprawnymi*, PRZYJACIEL Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym, Warszawa.
3. Bekasiewicz N. (red.), (2005), *Heca na cztery łapy. Gry i zabawy z udziałem psa terapeuty*, PRZYJACIEL Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym, Warszawa.
4. Bekasiewicz N. (red.), (2006), *Czy zwierzęta potrafią leczyć? Terapie z udziałem zwierząt wspomagające rehabilitację osób niepełnosprawnych*, Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym PRZYJACIEL, Warszawa.
5. M. Buszko, *Pies terapeuta* [w:] *Dogoterapia. Terapia kontaktowa z udziałem psów: założenia i wykorzystanie w pracy z osobami niepełnosprawnymi*, red. N. Bekasiewicz, Warszawa 2003, Przyjaciel, s. 15.
6. Franczyk A., Krajewska K., Skorupa J. (2008), *Animaloterapia. Program przedszkolnego Klubu Animals „Cztery łapy”*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
7. Godowa J., Kurzeja A., (2009) *Wykorzystanie zooterapii w terapii pedagogicznej na przykładzie terapii z udziałem psa* [w:] *Chowania. Terapia Pedagogiczna*, tom 1, red. A Stankowski, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
8. Kulisiewicz B. (2007), *Witaj piesku! Dogoterapia we wspomaganiu rozwoju dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.

9. Kubacka J. (2006) *Dogoterapia* [w:] *Wychowanie w przedszkolu*, nr 2, (red.) M. Narożnik, Dr Josef Rabbe Spółka wydawnicza sp. z o.o., Warszawa.
10. Machoś-Nikodem M. (2006) *Nauka z pomocą psa* [w:] *Edukacja i dialog*, nr 181/2006, (red.) W. Kołodziejczyk, STO, Warszawa.
11. Machoś-Nikodem M. (2007), *Dogoterapeutyczny program polisensorycznej stymulacji porozumiewania się*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa.
12. Maciejewski G. (2006) *Chore dzieci mówią „hau”* [w:] *Charaktery*, nr 10, (red.) B. Białek, Charaktery sp. z o.o., Kielce.
13. Pawlik-Popielarska B. (2005), *Terapia z udziałem psa*, Via Medica-Wydawnictwo Medyczne, Gdańsk.
14. Popławska A. (2004), *Pies przyjaciel i terapeuta. Program dogoterapii przeznaczony do pracy z dzieckiem niepełnosprawnym*, PRZYJACIEL Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym, Warszawa.
15. Szostak A. (2010), *Dogoterapia* [w:] *Niepełnosprawność i rehabilitacja*, nr 2, red. J. Starega-Piasek, Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa.
16. Więcek J. (2007) *Zwierzyniec terapeutyczny* [w:] *Eko świat*, nr 2/2007, red. B. Templin, Wrocław.
17. Włodarczyk-Dudka M. (red.), (2006), *Terapia psychopedagogiczna z udziałem psa*, Wydawnictwo Drwęca, Ostróda.
18. Włodarczyk-Dudka M. (red.), (2007), *Warsztaty na cztery łapy. Pies w terapii dziecka niepełnosprawnego*, Wydawnictwo „Grafex”, Ostróda.

Strony internetowe

1. http://www.centaurus.org.pl/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=2&Itemid=2, otwarty 16 lutego 2018
2. <http://www.czeneka.org/index.php?dzial=dogoterapia>, otwarty 16 lutego 2018
3. <http://www.czeneka.org/index.php?dzial=dogoterapia&strona=5>, otwarty 16 lutego 2018
4. http://dogoterapia.org.pl/joomla/index.php?option=com_content&task=view&id=42&Itemid=33, otwarty 16 lutego 2018
5. http://dogoterapia.org.pl/joomla/index.php?option=com_content&task=view&id=49&Itemid=50, otwarty 16 lutego 2018

6. <http://www.fundacja-dogolandia.pl/terapia>, otwarty 15 lutego 2018
7. <http://www.kynoterapia.eu/standardy.html>, otwarty 15 lutego 2018
8. <http://www.kynoterapia.eu/psy.html>, otwarty 15 lutego 2018
9. <http://www.fundacjadogtor.org/art.php?dz=19>, otwarty 4 lutego 2018
10. <http://www.fundacjadogtor.org/art.php?dz=18>, otwarty 4 lutego 2018
11. <http://www.fundacjadogtor.org/art.php?dz=21>, otwarty 4 lutego 2018
12. <http://www.edukacja.edux.pl/p-2502-program-zajec-z-elementow-dogoterapii.php>, otwarty 15 lutego 2018
13. <http://www.dogoterapia.com/Dogoterapia/Dogoterapia.html>, otwarty 18 lutego 2018
14. <http://www.zwierzetawpolsce.pl/porada,p,2.html>, otwarty 15 lutego 2018

Wspomaganie dziecka z autyzmem metodą terapii taktylnej

1. Autyzm – definiowanie, diagnoza i przyczyny zaburzenia

Autyzm nie jest zjawiskiem nowym. Sam termin pojawił się przeszło 100 lat temu, ale z biegiem czasu zmieniała się definicja tego zaburzenia oraz następował znaczący przyrost wiedzy i badań na jego temat.

Termin autyzm pochodzi od greckiego słowa *autos* (sam). W 1911 roku użył go szwajcarski psychiatra Eugen Bleuler w stosunku do pacjentów ze schizofrenią, ekstremalnie wycofanych z życia społecznego.

W 1943 roku Leo Kanner, psychiatra austriackiego pochodzenia, opublikował artykuł o jedenaściorgu dzieciach ze szpitala w Baltimore, który zatytułował: „Autystyczne zaburzenia kontaktu efektywnego”. To właśnie Kanner rozpowszechnił pojęcie autyzmu, pisząc w artykule, że badane przez niego dzieci przejawiają „ekstremalną autystyczną samotność”. Niezależnie od badań Kanner podobne przypadki opisał rok później austriacki pediatra Hans Asperger w artykule zatytułowanym „Autystyczna psychopatia dziecięca”. Jak zauważa Osnat Teitelbaum (2012) mimo, że L. Kanner ani H. Asperger nie mieli do dyspozycji dostępnych nam współcześnie technologii medycznych, ich wnioski są do dziś fundamentem wiedzy na temat autyzmu. Opisują oni cechy zachowania autystycznego, takie jak:

- **Autystyczna samotność** oznaczająca skłonność do skupiania się na jednym stereotypowym (powtarzającym się) zachowaniu przy jednoczesnym całkowitym odcięciu się od świata zewnętrznego, czyli osób i sytuacji z otoczenia. Takie odseparowanie się od reszty świata jest podstawową cechą zaburzenia, które nazywamy autyzmem. W czasach Kannera i Aspergera właśnie z powodu całkowitej obojętności na dźwięki z zewnątrz wiele autystycznych dzieci początkowo podejrzewano o głuchotę.
- **Skupianie uwagi raczej na przedmiotach niż ludziach.** Dzieci autystyczne ignorują i unikają towarzystwa innych osób, w tym także swoich rodziców. Wygląda na to, jakby traktowały ludzi jak przedmioty, które można albo zignorować, albo zająć się nimi bez jakiegokolwiek emocjonalnego zaangażowania.
- **Problemy językowe**, które mogą przybrać wiele różnych form. Niektóre dzieci autystyczne nabywają umiejętności językowe o wiele później niż prawidłowo rozwijające się maluchy. Są takie, które nie mówią do trzeciego roku życia, a zdarzają się i takie, za pomocą języka zaczynają komunikować się, mając dopiero kilkanaście lat. Inne zaczynają mówić we właściwym czasie, ale potem cofają się w rozwoju do mowy zwanej echolalią, która polega na powtarzaniu całości lub części tego, co dziecko przed chwilą usłyszało. Sporo dzieci autystycznych nigdy nie używa zaimka „ja”, a mówiąc o sobie stosuje formę „ty”. Zamiast powiedzieć „Chcę cukierka”, mówi „Chcesz cukierka”. Trudności w komunikacji werbalnej to na ogół pierwszy sygnał budzący podejrzenie autyzmu.
- **Zachowania rytualne i obsesyjne**, które mogą przybierać różne formy. Dziecko autystyczne często wymusza, aby pewne czynności odbywały się zawsze w ten sam sposób, czyli żeby wszystko działo się tak samo. Na przykład przemieszczając się z punktu A do punktu B, dziecko nalega, aby zawsze iść tą drogą, którą szło tędy po raz pierwszy. Nawet niewielkie zmiany

codziennej rutyny mogą wywoływać u malucha nagłe wybuchy złości. Niektóre dzieci dotknięte tym zaburzeniem mają też zwyczaj układania swoich ulubionych przedmiotów w ten sam określony sposób.

- **Nadzwyczajna pamięć i inne niezwykle umiejętności umysłowe.** Choć nie dotyczy to wszystkich dzieci z autyzmem, to niektóre z nich charakteryzują się zdumiewającą pamięcią – zdolnością zapamiętywania określonych rzeczy, na przykład wierszy czy informacji sportowych; posiadają graniczącą z geniuszem umiejętność wykonywania w pamięci obliczeń matematycznych, przejawiają niespotykane zdolności muzyczne lub inne zadziwiające talenty.
- **Brak umiejętności uśmiechania się** (w dzieciństwie i czasem także w późniejszym życiu) oraz brak mimiki twarzy w czasie rozmowy. Kanner pierwszy zauważył, że dzieci autystyczne nie uśmiechają się do innych i nie operują mimiką twarzy i gestami, gdy mówią. Z naszych obserwacji wynika, że niektóre dzieci później zdiagnozowane jako autystyczne w ogóle nie uśmiechały się w okresie niemowlęctwa. Czasami wynika to z paraliżu mięśni twarzy, zwanego zespołem Moebiusa (za: Teitelbaum O. 2012, s. 31).

Obecnie autyzm jest wymieniany jako jedno z kilku zaburzeń określanych wspólną nazwą autystycznego spektrum zaburzeń *Autism Spectrum Disorders* (ASD). Różne są opinie na temat tego, które dokładnie zaburzenia objęte są tym określeniem. Autyzm zwykle definiuje się jako zaburzenie rozwojowe charakteryzujące się problemami w takich obszarach, jak zachowania społeczne, mowa i inne sposoby komunikacji oraz uczenie się. Mogą mu towarzyszyć zachowania powtarzalne, przywiązanie do zwyczajów i rytuałów oraz nadzwyczajne zdolności umysłowe (Teitelbaum 2012).

Natomiast Hanna Olechnowicz (2012, s. 23) odwołując się do Antoniego Kępińskiego, istotę autyzmu opisuje jako: „ukierunko-

wanie dążeń dziecka *od* ludzi i świata. Przejawem prawidłowego rozwoju jest natomiast skierowanie dążeń *do* otoczenia, przede wszystkim do osób w nim się znajdujących. Gatunek *Homo sapiens* jest wyposażony w bogaty zestaw szczegółowych programów zachowań. Są nimi komplementarne, wrodzone wzorce zachowań więzotwórczych, dzięki którym owe dążenia ku ludziom się realizują¹. Dziecko autystyczne jest wyposażone, jak inni ludzie, w owe wrodzone programy zachowań więzotwórczych. Są one jedynie zablokowane. Możliwości ich uwolnienia dostarcza dopiero specyficzna interwencja terapeutyczna.

Diagnozowanie autyzmu opiera się na kryteriach diagnostycznych opisanych w dwóch źródłach: ICD-10 – *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych* opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i DSM-V – klasyfikację zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego¹.

W obecnym kształcie kryteria diagnostyczne autyzmu w DSM V wyglądają w ten sposób:

A. Trwałe deficyty w komunikacji społecznej i relacjach społecznych w wielu środowiskach, manifestujące się:

1. Deficytami w społeczno-emocjonalnej wzajemności, począwszy od niepowodzenia w normalnej konwersacji i wymianie zdań; zmniejszonej potrzebie dzielenia się zainteresowaniami, emocjami lub afektem lub niepowodzeniu w inicjowaniu lub odpowiadaniu na interakcje społeczne.
2. Deficytami w niewerbalnych zachowaniach komunikacyjnych, wykorzystywanych do regulowania interakcji społecznych. (od niezintegrowanych komunikatów werbalnych i niewerbalnych

¹ W maju 2013 w Stanach Zjednoczonych pojawiła się nowa wersja DSM (DSM V), czyli zbioru kryteriów diagnostycznych zaburzeń psychicznych (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), obowiązujących na całym świecie. Nowa wersja przyniosła wiele rewolucyjnych zmian, również w kryteriach diagnozy autyzmu.

przez niedostateczny kontakt wzrokowy i język ciała lub deficyty w rozumieniu i używaniu gestów aż do całkowitego braku ekspresji mimicznej i niewerbalnej komunikacji.

3. Deficyty w nawiązywaniu, utrzymywaniu i rozumieniu relacji społecznych (od np. trudności w dostosowaniu swojego zachowania do różnych kontekstów społecznych, poprzez trudności we wspólnej zabawie z użyciem wyobraźni lub zdobywaniu przyjaciół, aż po brak zainteresowania relacjami rówieśniczymi).

B. Ograniczone, powtarzające się wzorce zachowań, zainteresowań lub aktywności, manifestujące się minimum dwoma spośród poniższych objawów:

1. Stereotypowe lub powtarzające się ruchy ciała, z użyciem przedmiotów lub mowy (np. proste stereotypie ruchowe, układanie zabawek w rzędach, echolalia, mowa idiosynkratyczna).
2. Nacisk na niezmiennalność, powtarzalność, nieelastyczne przywiązanie do rutyn, lub zrytualizowane wzory zachowania werbalnego lub niewerbalnego (np. ekstremalny niepokój w sytuacjach niewielkich zmian w środowisku, trudności w momentach tranzykcji – przejścia z jednej aktywności do drugiej, sztywne wzorce myślenia, rytuały podczas witania się, potrzeba wyboru codziennie tej samej drogi czy tego samego jedzenia).
3. Bardzo ograniczone fiksacje- zainteresowania, które są nadmiarowe pod względem intensywności lub poziomu koncentracji uwagi (np. silne przywiązanie do niezwykłych przedmiotów, nadmiarowo ograniczone perseweracyjne zainteresowania).
4. Hiper lub hipo reaktywność na bodźce sensoryczne lub niezwykle zainteresowanie sensorycznymi aspektami środowiska (np. widoczna niewrażliwość na ból/temperaturę, wroga reakcja na specyficzne dźwięki/teksturę, nadmierne wacanie lub dotykanie przedmiotów, wzrokowa fascynacja światłami lub ruchem).

C. Objawy muszą być obecne we wczesnym okresie rozwojowym (ale nie muszą być w pełni widoczne aż do momentu kiedy

społeczne wymagania przewyższają ograniczone możliwości lub mogą być maskowane przez wyuczone w trakcie życia strategie).

W diagnostyce autyzmu pojawił się też nowy parametr – poziom funkcjonowania osoby autystycznej. Wyznacza i określa on stopień wsparcia koniecznego dla osoby z autyzmem w życiu, uwzględniając obydwie osiowe objawy autyzmu (a więc: deficyty komunikacji społecznej i powtarzające się, ograniczone wzorce zachowań).

Rozpoznanie i diagnoza autyzmu to złożony proces. Jest efektem obserwacji i spostrzeżeń zespołu specjalistów. Poza lekarzem pierwszego kontaktu – pediatrą – niezbędna jest konsultacja neurologa, psychologa, psychiatry oraz innych specjalistów, którzy mogą wykluczyć inne zaburzenia.

Badania nad ustaleniem przyczyn występowania autyzmu wciąż trwają. Jedni badacze upatrują ich w wieku rodziców, przebiegu ciąży, zakażeniu wirusami lub niedotlenieniu okołoporodowym. W hipotezach dotyczących źródeł uszkodzenia centralnego układu nerwowego, którego skutkiem są zaburzenia rozwoju, podaje się przyczyny genetyczne i środowiskowe.

R. Mellilo (2017) podaje listę najważniejszych punktów, które według współczesnej nauki zwiększają ryzyko wystąpienia u dziecka zaburzeń neurorozwojowych. Są to:

- starsze matki i ojcowie,
- stan nierównowagi w mózgu u jednego lub obojga rodziców,
- dieta obojga przyszłych rodziców,
- zestresowani rodzice,
- rodzice z nadwagą,
- deficyt witaminy D u rodziców,
- rodzinna historia chorób psychicznych,
- przewlekły stan zapalny i niska odporność matek,
- narażenie płodu na działanie leków,
- traumatyczny poród (przedwczesny poród, cesarskie cięcie, poród pośladowy, stan zagrożenia płodu, wydłużony czas porodu, problemy z pępowiną, niedotlenienie płodu i noworodka),

- bierne palenie,
- zanieczyszczenie środowiska (występowanie chemikaliów w jedzeniu, powietrzu, środkach higienicznych, przedmiotach codziennego użytku).

2. Odmienne doświadczanie świata przez osoby z autyzmem

Wielu badaczy (m.in. Delacato C., 1995, Olechnowicz H., 2012, Grandin T., 2017) zauważa, że osoby z autyzmem zupełnie inaczej odbierają świat – bodźce docierające do mózgu są analizowane wybiórczo. Niektóre kanały zmysłowe (słuch, wzrok) mogą dominować i uniemożliwiać „dostrojenie się” w ważnych momentach (np. dziecko „nie słyszy” wołania rodzica, polecenia nauczyciela).

Inne przejawy zakłóceń w zakresie odbioru wrażeń zmysłowych, które mogą (lecz nie muszą) wystąpić u osób z autyzmem, to:

- niewrażliwość na ból, chłód, nieodczuwanie głodu – stąd możliwe liczne urazy, wychłodzenie, niedożywienie;
- nadwrażliwość w obrębie twarzy i jamy ustnej – może powodować niechęć do przyjmowania pokarmów, nieakceptowanie pewnych smaków potraw, konsystencji, np. zup, jogurtów, keczupu, a także niechęć do zabiegów higienicznych w tej okolicy;
- odmienna wrażliwość na dotyk – delikatny gest, jak głaskanie, przytulenie, może być odbierany jako nieprzyjemny, zetknięcie z tkaniną o pewnej fakturze może drażnić;
- wybiórcza nadwrażliwość, np. na dźwięki – koncert, film w kinie, hałas na szkolnym korytarzu podczas przerwy, szelest, darcie kartki – mogą wydawać się groźne, uniemożliwiają skupienie się, czasem powodują atak hysterii, paniki, zasłanianie rękoma uszu, trzepotanie rękami, kołysanie;
- nadwrażliwość na światło – stresująco może działać np. światło lamp jarzeniowych.

Zaburzenia w obrębie funkcjonowania wszystkich zmysłów mogą dotyczyć zarówno ich nadwrażliwości, jak i podwrażliwości; może także występować nadwrażliwość jednego zmysłu przy jednoczesnej podwrażliwości innego.

Delacato C. (1995, s. 11) określa częstość występowania różnych typów zaburzeń sensorycznych, występujących u dzieci autystycznych:

1. Problemy związane z dotykiem i czuciem: 96 – 100%
2. Problemy związane ze słuchem: 86 – 90%
3. Problemy związane ze wzrokiem: 65 – 70%
4. Problemy związane ze smakiem i węchem: 24 – 28%.

Niektórzy terapeuci uważają, że dyskomfort związany z dotykiem jest najczęściej spotykanym problemem sensorycznym u dzieci z autyzmem (Notbohm E. 2005). Dziecko z autyzmem jest w sensie dosłownym uwięzione we własnej skórze. Nie potrafi kontrolować niepożądanych bodźców dotykowych. Mogą to być wrażenia wywołane przez niewygodne ubrania, niepożądany dotyk innych osób (np. przytulenie) czy też niemiłe wrażenie przy dotykaniu używanych przez dziecko przedmiotów, a nawet jedzenia.

3. Wspomaganie rozwoju dziecka z autyzmem

Rozwój u dzieci typowo rozwijających się przebiega względnie harmonijnie. Z biegiem czasu osiągają one kolejne etapy rozwoju psychicznego fizycznego i społecznego. Mózg dziecka z autyzmem nie funkcjonuje prawidłowo, a więc rozwój dziecka bywa opóźniony w stosunku do rówieśników i nieharmonijny.

Szybka diagnoza i terapia dają większe szanse na poprawę funkcjonowania psychospołecznego dziecka i osiągnięcie przez dziecko pewnej samodzielności. Sprzyja temu plastyczność mózgu (mózg małych dzieci nieustannie kształtuje się, tworzą się nowe połączenia

nerwowe) i krótka historia uczenia się (im dłużej dziecko nie otrzymuje właściwego wsparcia w uczeniu się i zachowaniu, tym bardziej utrwala się jego własne, nie zawsze prawidłowe schematy działania, np. stymulacje, autoagresja).

Jeżeli u dziecka podejrzewa się jakiegokolwiek nieprawidłowości rozwojowe lub takie zdiagnozowano, może ono uzyskać pomoc w formie wczesnego wspomaganie rozwoju. To wielokierunkowe działania podejmowane od chwili wykrycia niepełnosprawności do czasu podjęcia nauki w szkole, polegające na pobudzaniu psychoruchowego i społecznego rozwoju dziecka. Regulacja prawna tej formy pomocy jest zawarta w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 3 lutego 2009 roku. Do zakwalifikowania na zajęcia niezbędna jest opinia lekarza oraz poradni psychologiczno-pedagogicznej. Pomoc może być udzielana w przedszkolu, szkole podstawowej lub poradni.

Trzeba zatem rozważyć, jakie działania terapeutyczne będą najlepiej zaradzać deficytom rozwojowym dziecka i umożliwią u wszechstronny rozwój.

Istnieje wiele form terapii dla dzieci z autyzmem. Oto krótki przegląd niektórych z nich:

- *Terapia Behawioralna*. Jej głównym celem jest rozwijanie funkcjonalnej i spontanicznej komunikacji, redukcja zachowań niepożądanych na rzecz kształtowania prawidłowych zachowań społecznych, rozwijanie umiejętności zabawy oraz wspieranie funkcji poznawczych.
- *Terapia Integracji Sensorycznej*. Polega na dostarczaniu i uczeniu właściwej interpretacji bodźców sensorycznych odbieranych przez zmysły oraz odpowiednich sposobów reagowania.
- *Trening słuchowy Tomatisa*. Terapia służąca zmniejszeniu nadwrażliwości słuchowej u dzieci i doskonaleniu umiejętności językowych i społecznych.

- *Terapie wykorzystujące kontakt ze zwierzętami.* Wspomagają osoby z autyzmem w niwelowaniu zaburzeń związanych z nawiązywaniem relacji z drugą osobą. Terapia ta wykorzystuje zabawy i ćwiczenia ze zwierzętami, np. psami (dogoterapia), końmi (hipoterapia), w celu zbudowania i rozwijania relacji.
- *Arteterapia.* Terapia wspomagająca niwelowanie zaburzeń autystycznych poprzez twórczość. W jej zakres wchodzi takie metody, jak: muzykoterapia, biblioterapia, choreoterapia, dramatoterapia i zajęcia plastyczne.
- *Komunikacja alternatywna.* Wykorzystuje alternatywne sposoby komunikacji. Jej celem jest uczenie komunikowania się za pośrednictwem piktogramów, syntezy mowy lub klawiatury komputera.
- *Metoda opcji.* Terapia mająca formę niedyrektywną. Polega na podążaniu za dzieckiem podczas zajęć w atmosferze zaufania i pełnej akceptacji. Głównym celem jest włączenie się w świat przeżyć dziecka i nawiązanie z nim kontaktu.

4. Terapia taktylna – założenia i zasady metody

Twórczynią neurokinezyjologicznej terapii taktylnej jest dr Swiełana Masgutowa, która swoją koncepcję oparła na doświadczeniu i wynikach wieloletniej pracy z dziećmi i dorosłymi. Terapia taktylna proponuje techniki masażu i stymulacji skóry, które aktywizują rozwój funkcji mózgowych i układu nerwowego.

Głównym założeniem terapii taktylnej jest wzmocnienie lub wytworzenie świadomości ciała oraz stymulacja receptorów skóry, poprzez stymulację zmysłu dotyku. Celem treningu jest uruchomienie naturalnych mechanizmów rozwoju i samoregulacji organizmu oraz regulacja i normalizacja percepcji dotykowej, równoważenie napięcia mięśniowego, wspieranie procesu integracji sensorycznej,

aktywizowanie mechanizmów integracji sensoryczno-motorycznej, kształtowanie świadomości kinestetycznej.

Podczas terapii stosowane są następujące bodźce: powierzchowny dotyk (masaż) skóry w obrębie całego ciała (głaskanie, rozcieranie uciskanie, rozciąganie), głęboki dotyk (masaż proprioceptywny) w obrębie mięśni i stawów (ugniatanie, rozcieranie, wibracja), stymulacja punktów neuromotorycznych.

Terapia ta może być stosowana: a) samodzielnie, b) jako jedna z podstawowych technik w terapii np. podczas turnusów rehabilitacyjnych, c) jako technika wspomagająca przy realizacji indywidualnego programu terapeutycznego dziecka. Terapia taktylna wykorzystywana jest jako metoda komplementarna w usprawnianiu dzieci z ADHD, z mózgowym porażeniem dziecięcym, dzieci z autyzmem, z zespołem Downa, upośledzonych umysłowo, z zaburzeniami mowy.

Dotyk jest zmysłem najwcześniej rozwijającym się i dojrzewającym. Można go nazwać pierwotnym. Dziecko rozpoczyna poznawanie świata właśnie od dotykania. Zmysł ten jest ważny dla naszego przetrwania, ssania, przełykania, eksplorowania otoczenia i reagowania na nie. Naukowcy są zgodni: podstawy rozwoju emocjonalnego dziecka zależą od tego, jak często i w jaki sposób jest brane na ręce, przytulane, jak się z nim bawimy. (Goddard S., 2004).

Bodźce dotykowe karmią i odżywiają mózg. Chociaż jedynie niewielka część tych bodźców dociera dostatecznie wysoko, czyli do półkul mózgowych, by stać się świadomym wrażeniem, to jednak bodźce dotykowe płynące z ruchu, ubrania, powietrza, dotyku innych osób, „utrzymują nas przy życiu”. Mózg pozbawiony bodźców dotykowych bardzo szybko ulega dezorganizacji.

Cechą każdej istoty ludzkiej jest umiejętność wyszukiwania informacji w swoim otoczeniu, odnoszenia ich do własnego ciała i budowania na tej podstawie wyobrażeń (reprezentacji), które wpływają na inne działania. Zdolności te u człowieka są wyjątkowo zróżnicowane, chociaż w niektórych dziedzinach zdolności percepcyjne zwierząt są

wyższe. Niemniej jednak uważamy, że kompleksowość, kojarzenie i umiejętność różnicowania jakościowego są najbardziej rozwinięte u człowieka. Percepcja jest niemożliwa bez specyficznych organów percepcji, takich m.in., jak: oczy, uszy, skóra. Rejestrują one stymulujące informacje w specyficznych punktach kontaktu z otoczeniem, następnie kodują je i przekształcają, nadają im sens i znaczenie. Tworzenie takich sensownych i znaczących powiązań, łączenie ich ze wspomnieniami jest umiejętnością bardzo specyficzną; stanowi ona jądro percepcji. Tak więc percepcja nie jest zwykłym rejestrowaniem impulsów informacyjnych, ale raczej syntezą informacji. Tym bardziej więc percepcja nie oznacza biernego „odbierania wrażeń”, lecz jest aktywnym procesem wymiany pomiędzy wyszukiwaniem informacji, rejestrowaniem i syntezą.

Percepcja dotykowa ma ogromne znaczenie dla kształtowania się sfery ruchowej, a w szczególności dla rozwoju nawyków i umiejętności. Pierwotne czucie dotykowe jest wzajemnie powiązane z odruchami niemowlęcymi. Odruchy stanowią naturalne wzorce i programy reagowania na sensoryczne i proprioreceptywne bodźce. Nasze czucie dotykowe ma za zadanie zbieranie informacji od otoczenia. Układ nerwowy przenosi te informacje do mózgu w celu opracowania ich i zorganizowania odpowiedniej aktywności naszego organizmu, czyli reakcji mięśniowej lub ruchowej. Natura w specjalny sposób przygotowała naszą sferę dotykową do odbioru bodźców, które są niebezpieczne i zagrażają naszemu życiu i zdrowiu.

Wyróżnia się dwa rodzaje receptorów związanych z samym dotykiem: ochronne i rozróżniające. Receptory ochronne znajdują się w mieszkach włosowych, są bardzo wrażliwe, reagują nawet na dźwięk czy wibracje powietrza. Receptory rozróżniające mieszczą się w skórze właściwej i reagują, gdy wchodzimy z czymś w kontakt. Działanie obu tych receptorów wyklucza się wzajemnie. Kiedy jeden typ działa, drugi jest wyłączony. Receptory ochronne działają tylko do chwili, kiedy ktoś dotknie ciała dziecka. Wtedy włączają

się receptory rozróżniające. Praca receptorów ochronnych i rozróżniających ma ogromne znaczenie dla rozwoju, funkcjonowania dziecka oraz nabywania przez nie nowych doświadczeń. Obszar mózgu, który reaguje na dotyk, nazywamy korą somatosensoryczną. U niemowląt tuż po urodzeniu część kory, która odpowiedzialna jest za przetwarzaniem wrażeń dotykowych (tzw. kora somatosensoryczna), jest lepiej rozwinięta niż jakakolwiek inna jej część. Dotyk jest najbardziej rozwiniętym zmysłem. Za jego pośrednictwem dziecko odbiera 80% bodźców z otoczenia. Podczas dotykania, masowania lub przytulania wrażenia dotykowe docierają do mózgu i pobudzają wiele różnych poziomów i obszarów od pnia mózgu, wzgórza poprzez układ limbiczny do kory czuciowej. (Masgutowa S., 2005, s. 24)

Wolne zakończenia nerwowe szczególnie bogate są okolice pokryte włosami i włoskami. Włosy są najbardziej wrażliwymi receptorami bodźców czuciowych. Owłosione części ciała są znacznie bardziej czułe na delikatny dotyk czy muśnięcia niż gładkie, bezwłose. (Mass V., 1998, s. 56)

Każdy człowiek bez względu na wiek powinien być dotykany około 30 razy dziennie. Dotyk uspokaja niemowlęta, przyspiesza i poprawia u nich szereg procesów fizjologicznych, takich jak odporność, przyrost wagi, rozwój ruchowy. Dotyk ma właściwości terapeutyczne i stanowi podstawową formę komunikacji między ludźmi.

Próg wrażliwości na bodźce sensoryczne dochodzące z otoczenia jest u każdego człowieka inny. Zarówno nadmiar informacji, jak i niedostatek lub niemożność interpretacji ich siły, rozległości i kierunku działania daje w efekcie różne zaburzenia. Zaburzenia mogą dotyczyć: równowagi, układu czucia głębokiego, czucia powierzchniowego i mogą być spowodowane hypofunkcją lub hiperfunkcją. (Masgutowa S., 2005, s. 24)

Hypofunkcja to niewrażliwość na dotyk. Wiąże się z wysokim progiem odczuwania, czyli słabą reakcją na różnej jakości bodźce. Dzieci z obniżoną wrażliwością skórną (podwrażliwością) słabo reagują na ból, co często w konsekwencji powoduje nieadekwatne zachowanie w sytuacjach niebezpiecznych dla zdrowia i życia. Przyczyna takiego zachowania leży również w nadmiernej pracy procesów hamowania i braku aktywności procesów pobudzania układu nerwowego. Dzieci z hypofunkcją poszukują zazwyczaj dodatkowych bodźców dla stymulacji zmysłu dotykowego, ale jednocześnie nie potrafią ocenić i kontrolować siły nacisku podczas dotyku do innych lub podczas wykonywania różnych prac. Ich ruchy są przerywane, brak im płynności i skoordynowania. W związku z tym, że odbiór bodźców zewnętrznych jest zablokowany, procesy pamięci i myślenia przebiegają wolniej, a zachowanie jest rutynowe, monotonne i stereotypowe. Hypofunkcja ponadto objawia się brakiem informacji o własnym ciele i przestrzeni, dużą potrzebą uprawiania sportu, prowokowaniem bójek i awantur, nagminnym dotykiem innych, niezgrabnością ruchową.

Hiperfunkcja, czyli nadwrażliwość, to zwiększona wrażliwość układu zmysłów, charakteryzująca się: nadpobudliwością ruchową i emocjonalną, trudnościami z koncentracją, niechęcią do bycia dotykanym, reakcjami alergicznymi, niskim progiem odporności na ból, anoreksją, niechęcią do sportu. Procesy pobudzenia pracują nieadekwatnie do bodźca, a procesy hamowania są pasywne. Konsekwencją takiej sytuacji może być: niestabilność emocjonalna, rozdrażnienie, płaczliwość, skłonność do konfliktów oraz izolacja od społecznych kontaktów z otoczeniem.

Konsekwencją braku prawidłowego stymulującego dotyku u dziecka z określoną wrażliwością mogą być względnie trwałe upośledzenia w sposobie bycia i zachowania. Osłabia się aktywność poznawcza i twórcza. Ujawnia się niechętny stosunek do otoczenia, rodzą się postawy społeczne i brak równowagi emocjonalnej.

Zasady terapii taktylnej

Skóra jest najrozleglejszym organem naszego ciała. Wrażenia dotykowe docierają do mózgu ze wszystkich obszarów skóry i płyną do prawie wszystkich okolic mózgu i układu nerwowego, gdzie łączą się z wieloma innymi narządami zmysłów i mechanizmami mózgowymi.

W ramach terapii taktylnej proponowane są różne techniki stymulacji i masażu skóry. Wybór masażu zależy od potrzeb korekcji układu taktylnego (zmysłu dotykowego) i może być skierowany na aktywizację:

- różnych receptorów skóry odpowiedzialnych za odbiór powierzchniowego lub głębokiego dotyku, ucisku, temperatury,
- mechanizmu interakcji pomiędzy różnymi warstwami skóry: naskórka, skóry właściwej i tkanki podskórnej,
- mechanizmu interakcji między skórą, mięśniami i kośćmi,
- kierunku wzrostu skóry i pracy mięśni zapewniającej prawidłowe ich ruchy,
- dotykowej wrażliwości i jej wpływu na emocje i uczucia (Masgutowa S., 2005, s. 101).

Siła dotyku powinna być dostosowana do wieku i potrzeb dziecka. Ruchy powinny być spokojne, wolne i rytmiczne. Nacisk dłoni powinien być na tyle silny, by działał pobudzająco, ale jednocześnie na tyle delikatny, aby sprawiał przyjemność.

Najlepiej przeprowadzać masaż w miejscu przytulnym, cichym i ciepłym. Należy zadbać o wygodną pozycję dla pacjenta i terapeuty (wskazane jest łóżko do masażu). Masaż można wykonywać przy spokojnej, relaksującej muzyce, można także śpiewać dziecku lub recytować wierszyki.

Dziecko nigdy nie powinno odczuwać chłodu. Gdy jest mu ciepło jest spokojne i rozluźnione. Masaż wykonujemy, gdy dziecko jest w lekkim, niekrępującym ubraniu. Z czasem, gdy dziecko nabie-

rze zaufania do terapeuty, można zaproponować masaż z wykorzystaniem oliwki lub olejku zapachowego.

Masaż powinien być przeprowadzony zgodnie z kolejnością ćwiczeń (*stymulacja przedniej powierzchni ciała, stymulacja bocznej powierzchni ciała, stymulacja brzucha, stymulacja tylnej powierzchni ciała*) w neurokinezyjologicznej terapii taktylnej, jednak potrzeby i możliwości psychofizyczne dziecka mogą wpłynąć na kolejność i dobór ćwiczeń.

Diagnozowanie w terapii taktylnej ma na celu ustalenie:

- reakcji na dotyk naskórkowy (powierzchniowy) i skórny (głęboki),
- ruchomości stawów,
- znajomości schematu własnego ciała,
- orientacji w przestrzeni.

Badanie dotyku jest jednym ze sposobów oceny przetwarzania i integrowania przez mózg dopływających do niego bodźców.

5. Program wspomaganie dziecka metodą terapii taktylnej²

Ogólny cel **terapii taktylnej**:

*uruchomienie naturalnych mechanizmów rozwoju i samoregulacji organizmu poprzez **stymulację zmysłu dotykowego** i wykorzystanie neurologicznych zasobów aktywności ruchowej organizmu.*

Zadania:

I. Bezpieczne i satysfakcjonujące dla dziecka zajęcia:

1. Organizowanie zajęć terapeutycznych w taki sposób, aby zapewnić chłopcu bezpieczne i przyjazne otoczenie, dające możliwość doświadczania przestrzeni w wymiarze **dotykowym**, manipulacyjnym i ruchowym.

² Opracowanie własne z uwzględnieniem zaleceń z orzeczenia poradni oraz wg kroków neurokinezyjologicznej terapii taktylnej S. Masgutowej (2005).

2. Przygotowanie dziecka do terapii. Nawiązanie pozytywnej relacji emocjonalnej z dzieckiem:
 - zabawy relacyjno-relaksujące,
 - wykorzystanie elementów opowieści ruchowej według J. Thulina, bajki terapeutycznej,
 - ćwiczenie ciszy motorycznej.

II. Rozwijanie orientacji w schemacie ciała:

- wskazywanie na sobie części ciała, nazywanie ich,
- ćwiczenie rozróżniania strony lewej i prawej u siebie i u osoby stojącej naprzeciwko,
- ćwiczenia naśladowcze w obrębie własnego ciała.

III. Ćwiczenia wykonywane w leżeniu na plecach.

1. Stymulacja czucia dotykowego przedniej powierzchni ciała:
 - uświadomienia dziecku długości, rozmiaru i granic ciała,
 - aktywizacja kinestetycznej świadomości i granic własnego fizycznego ja,
 - uświadomienie połączeń środka ciała z kończynami i wzmocnienie orientacji w schemacie ciała.
2. Rozciąganie kończyn górnych.
3. Rozciąganie kończyn dolnych.
4. Stymulacja bocznych powierzchni ciała;
 - stymulacja kinestetycznej świadomości bocznej powierzchni ciała,
 - uświadomienie miejsca (strefy) w którym łączy się przód i tył ciała.
5. Stymulacja brzucha:
 - uświadomienie środka ciała,
 - aktywizacja mechanizmu balansowania i równowagi,
 - stymulacja funkcjonowania organów wewnętrznych.
6. Uświadomienie ciała kierunku wzrostu skóry:

- aktywizacja układu krążenia i limfatycznego,
 - stymulacja skóry i mięśni.
7. Uciskanie kończyn:
 - stymulacja układu proprioceptywnego,
 - aktywizacji interakcji między skórą a mięśniami, mięśniami i ścięgnami, ścięgnami i kośćmi.
 8. Rotacja stawów kończyn dolnych.
 9. Rotacja stawów kończyn górnych.
 10. Leniwa ósemka biodrami:
 - zwiększenie mobilności ciała i stymulacja rotacji,
 - rozluźnienie kinestetycznej pamięci stresowej.
 11. Stymulacja przepony oraz ruchowego schematu odruchu Gallanta³.
 12. Leniwa ósemka na klatce piersiowej.
 13. Rozciąganie przedniej powierzchni tułowia naprzemiennie:
 - wzmocnienie sensomotorycznego odczuwania schematu odruchu pełzania,
 - aktywizacja odruchu skracania i rozluźniania mięśni tułowia.
 14. Głaskanie – stymulacja skóry głowy:
 - aktywizacja oddychania skórniego,
 - aktywizacja kinestetycznej świadomości rozmiaru i granic głowy
 - stymulacja punktów neuromotorycznych głowy.
 15. Leniwa ósemka głową:
 - zwiększenie ruchomości odcinka szyjnego kręgosłupa,
 - aktywizacja schematu odruchu ustalenia głowy.

IV. Ćwiczenia wykonywane w leżeniu na brzuchu.

1. Stymulacja czucia dotykowego tylnej powierzchni ciała:
 - uświadomienie długości i rozmiaru kończyn oraz granic ciała,

³ Odruch Gallanta pojawia się ok. 20 tyg. życia płodowego. Integruje się między 3 – 9 m.ż. Wywołany jest dotykiem jednej strony pleców w okolicy lędźwiowej. Na skutek stymulacji następuje rotacja biodra po stronie drażnionej. Powinien wystąpić z równą siłą po obu stronach ciała. Przetrwwały odruch może wpływać na to, że dziecko ma problemy z koncentracją uwagi, trudność z usiedzeniem w jednym miejscu, wierci się (Goddard 2004).

- rozluźnienie odruch ochrony ścięgien.
- 2. Leniwe ósemki w obszarze krzyżowym:
 - usunięcie napięcia mięśniowego w okolicy bioder i krzyża,
 - stymulacja odruchu stabilności.
- 3. Stymulacja czucia głębokiego dotykowego tylnej powierzchni ciała:
 - aktywizacja odruchu prostowania tułowia,
 - aktywizacja mobilności kręgosłupa.
- 4. Rozciąganie tylnej powierzchni ciała naprzemiennie:
 - aktywizacja pierwszej strategii rozwoju ruchowego tzw. promieniowania od środka ciała.
- 5. Leniwa ósemka na łopatkach:
 - uświadomienie segmentarnej budowy ciała.
- 6. Rotacja kolan:
 - aktywizacja ruchomości w stawie kolanowym i biodrowym.

V. Rozwijanie motoryki małej i koordynacji wzrokowo-ruchowej.

1. Rozwijanie sprawności motorycznej rąk poprzez:
 - rysowanie, malowanie, kolorowanie w konturach, kalkowanie dużych wzorów,
 - obrysowywanie szablonów figur geometrycznych,
 - lepienie w masach plastycznych (plastelina, ciastolina, piasek kinetyczny),
 - dotykanie powierzchni o różnych fakturach (przewyciężanie nadwrażliwości dotykowej),
 - układanie puzzli sensorycznych (np. szlaczki szorstkie),
 - rozpoznawanie dotykowe przedmiotów o takich samych kształtach, fakturach (loteryjki, domino i memo dotykowe).
2. Układanie przedmiotów:
 - na wzorach, według instrukcji słownej,
 - odtworzenie ułożenia ciągów przedmiotów, nawlekanie wg wzoru koralików.

Proponowane zajęcia z dzieckiem autystycznym mogą przynieść pozytywne efekty.

Bibliografia

1. Cylulko P. (2004) *Zastosowanie sztuki muzycznej w terapii dziecka. Ćwiczenia dotyku*. W: Sadowska L. (red.) *Neurofizjologiczne metody usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwoju*. Wydawnictwo AWF, Wrocław.
2. Delacato C. (1995) *Dziwne, niepojęte. Autystyczne dziecko*. Fundacja Synapsis, Warszawa.
3. Goddard S. (2004) *Odruchy, uczenie i zachowanie. Klucz do umysłu dziecka*. Wyd. Międzynarodowy Instytut Kinezylogii, Warszawa.
4. Grandin T. (2017) *Autyzm i problemy natury sensorycznej*. Harmonia Universalis, Gdańsk.
5. Masgutow D. (2005) *Integracja odruchów twarzy metodą Swietłany Masgutowej*. Wyd. Międzynarodowy Instytut Neurokinezylogii, Warszawa.
6. Masgutowa S. (2005) *Neurokinezylogiczna Terapia Taktylna dr Swietłany Masgutowej*. Wyd. Międzynarodowy Instytut Neurokinezylogii, Warszawa.
7. Mass V. (1998), *Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej*. WSiP, Warszawa.
8. Melillo R. (2017A) *Autyzm. Zapobieganie zaburzeniom ze spektrum autyzmu, ich diagnozowanie i terapia oraz zalecenia dla rodziców*. Harmonia Universalis, Gdańsk.
9. Melillo R. (2017B) *Rozłączone dzieci. Program Brain Balance dla dzieci z autyzmem, ADHD, dysleksją i innymi zaburzeniami neurologicznymi*. Harmonia Universalis, Gdańsk.
10. *Neurokinezylogiczna diagnostyka i terapia dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego* (2001) Sadowska L. (red.) Wydawnictwo AWF Wrocław.
11. Notbohm E. (2005) *10 rzeczy, o których chciałoby Ci powiedzieć dziecko z autyzmem*. Świat Książki, Warszawa.
12. Olechnowicz H., Wiktorowicz R. (2013) *Dziecko z autyzmem. Wyzwalanie potencjału rozwojowego*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
13. Teitelbaum O., Teitelbaum P. (2012) *Czy moje dziecko ma autyzm? Jak rozpoznawać najwcześniejsze oznaki autyzmu*. Harmonia, Gdańsk.

INDEKS NAZWISK

- Albański Leszek 1,3,6,9,21-24,26
Asperger Hans 119-120
Apolinarska Małgorzata 24
Barańska Małgorzata 23
Bartkiewicz Wioletta 77,116
Bąbiak Julia 39
Blek Anna 24
Bleuler Eugen 119
Bogdanowicz Marta 10,12,15,16,
21,23,24,
Borecka Irena 22,24,38,43
Brzezińska Anna 25,69
Buszko Magdalena 100,116
Cylulko Joanna 138
Czabaj Renata 14,24
Czaplicka Zofia 25,42,43
Dennison Paul 19,20,25
Delacato Carl 125,126,138
Domań Robert 25
Drejer Fryderyk 1,3,8,23,26,27,39,
43,44
Drejer Julia 35
Dul Iwona 1,3,7,8,119
Dzikomska-Kaczan Anna 23,26
Frydrychowicz Anna 14,25
Fiutowska Teresa 25
Franczyk Anna 116
Głodkowska Joanna 75
Godowa Joanna 82,116
Goddard Sally 129,138,136
Gola Stanisław 21,23,24
Grandin Temple 125
Grasza Janusz 24
Gruszczyk-Kolczyńska Edyta 25
Hływa Renata 23
Jakacka Ewa 23
Jakubczyk Katarzyna 1,3,7,8,77
Jurkiewicz Katarzyna 25
Kanner Leo 119,120,121
Kępiński Antoni 121
Knill Cristopher i Marianne 25,26
Klim-Klimaszewska Anna 25
Konopnicki Jan 57,75
Krasowicz-Kupis Grażyna 25
Krztoń Alicja 75
Kubacka Joanna 84,117
Kujawa Ewa 22,26
Kunowski Stefan 43,44
Kurzeja Andrzej 82,116
Kurzyzna Maria 22,26
Kwieciński Zbigniew 26
Levison B. 77
Machoś-Nikodem Marzena 78,91,
92,117
Matuszewski Andrzej 14,25
Masgutowa Swietłana 128,131,133,
138
Melillo Robert 138
Molicka Maria 28-30,37,44
Morgan Pringle 10
Muchacka Bożena 26
Notbohm Ellen 126,138
Okresik Dariusz 21,24
Olechnowicz Hanna 121,125,138
Pawlik-Popielarska Beata 85,88,90,
96,100,101,112,117
Piszczek Maria 26
Popławska Agnieszka 79,85,86,90,
91,93,95,117
Różyńska Małgorzata 14,16,
23,24,26
Sadowska Ludwika 138

Sherborne Weronika 20,24
Stróżynski Klemens 55,75
Storey Rita 39
Szczuka Wanda 44
Szlągowska Danuta 17
Szostak Agata 117
Śliwerski Bogusław 26
Thulian Józef 135
Teitelbaum Osnat i Philip 119,121,
139
Tomkiewicz-Bętkowska Aleksandra
75
Trochimiak Barbara 75
Tryzyno Ewa 14
Tymichowa Hana 17,18,23,26
Tyszkowa Maria 43,44
Way Brian 22,26
Wiktorowicz Robert 139
Wilgocka-Okoń Barbara 26
Wosik-Kowala Danuta 6
Zakrzewska B. 23
Zarzecki Leon 2,38,44
Zieja Elżbieta 1,3,5,6,20,23,24,26,
45
Zieja Zenon 26
Ziobro Elżbieta i Sławomir 79



K P S W

**KARKONOSKA PAŃSTWOWA
SZKOŁA WYŻSZA
w Jeleniej Górze**

ISBN 978-83-61955-55-9