

Секція IV

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ТА ПРАКТИКИ ВИКЛАДАННЯ МИСТЕЦЬКИХ ДИСЦИПЛІН

УДК 159.922.76-056.34:616.896

IRYNA DEMCHENKO, pomoc nauczyciela w klasie autystycznej, Szkoła Podstawowa nr 38 im. Wojska Polskiego w Chorzowie.

WYBRANE METODY NIEDYREKTYWNEJ TERAPII OSÓB DO- TKNIĘTYCH AUTYZMEM

Celem artykułu jest przedstawienie wybranych metod niedyrektywnej terapii, jakie stosowane są w pracy z osobami autystycznymi. Pomimo wielu lat badań i poszukiwań nie udało się odnaleźć jednej skutecznej metody terapii. Obecnie istnieje ich bardzo wiele i choć trudno jest jednoznacznie ocenić efekty każdej z nich, nie ulega wątpliwości, iż każda posiada swoją specyficzną wartość. Przedstawione poniżej metody terapii zostały wybrane z uwagi na ich popularność oraz stosunkowo bogatą i szczegółową dokumentację.

Słowa kluczowe: *autyzm, metody niedyrektywne, metody dyrektywne, muzykoterapia, Metoda Dobrego Startu (MDS), Metoda Weroniki Sherborne.*

Autyzm dziecięcy, autyzm wczesnodziecięcy (*autismu-sinfantum*), zespół Kanner'a – należące do spektrum zaburzeń autystycznych, złożone zaburzenie rozwoju i funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego charakteryzujące się zakłóceniami zdolności komunikowania uczuć i budowania relacji interpersonalnych, zaburzeniem i stereotypowością zachowań oraz trudnościami z integracją wrażeń zmysłowych [1].

Autyzm to całościowe, rozległe zaburzenie rozwoju, występuje częściej u chłopców niż u dziewczynek (w relacji 3:1) i ujawnia się u 15 na 10 000 dzieci.





Obecnie programy terapeutyczne dla poszczególnych dzieci mają charakter globalny – obejmują różne obszary rozwoju [2, str. 13].

Autyzm poddaje się różnym formom terapii (zwłaszcza oddziaływaniom behawioralnym, edukacyjnym), które mogą istotnie poprawić funkcjonowanie chorych, ale nie jest uleczalny – zaburzenie to utrzymuje się do końca życia. Rozpoczęcie terapii w bardzo wczesnym okresie życia dziecka stanowi bazę dla późniejszych efektów. Im wcześniej dziecku uda się wiele osiągnąć, tym szybciej w przyszłości będzie mogło zacząć opanowywać złożone umiejętności.

Metody terapeutyczne reprezentują dwa kierunki.

- Pierwszy kierunek to metody niedyrektywne, w których terapeuta powstrzymuje się od wpływania na poczynania pacjenta, od dawania mu rad i jakichkolwiek wskazówek.

- Drugi kierunek to metody dyrektywne, w których terapeuta kieruje pacjentem w celu wywołania w nim zgodnych z założeniami zmian.

Do grupy terapii niedyrektywnych metod można zaliczyć muzykoterapię. Przed rozpoczęciem pracy z dzieckiem należy dokonać wstępnej diagnozy określającej wskazania i przeciwwskazania do stosowania muzykoterapii, jej cele i zadania, rodzaj (indywidualna lub grupowa), środki oddziaływania, okres stosowania oraz szczegółowy program do realizacji.

W swym działaniu terapeuta stara się u pacjenta znaleźć nie tylko zaburzenia, opóźnienia, trudności, ale także mocne strony: umiejętności, zdolności, zainteresowania, na bazie których będzie mógł prowadzić działania usprawniająco-korekcyjne [3, str. 15-25].

Każdy utwór muzyczny, oprócz zawartej w nim treści emocjonalnej, jest dziełem niezwykle dokładnie uporządkowanym według pewnych reguł kompozytorskich. Być może właśnie to „królestwo porządku», gdzie każdy dźwięk, każdy wyraz muzyczny i zdanie ma swoje miejsce, tak fascynuje i przyciąga uwagę dziecka autystycznego [4, str. 40].

Dźwięki w różnych swoich kombinacjach pozwalają dziecku autystycznemu nie tylko na przekazanie swoich uczuć, stanów wewnętrznych, pragnień, lecz jednocześnie dają mu wiele satysfakcji z wykonywanych manipulacji dźwiękowych, ponieważ dźwięk dość często jest przedmiotem wykorzystanym w stereotypiach sensorycznych. Również wiele osób pracujących z osobami autystycznymi uważa szczególne zainteresowanie tych osób rytmem [4, str. 41].

Bardzo ważnym elementem terapii jest dobrze dobrany repertuar muzyczny, ponieważ muzyka sama w sobie może stać się dla osoby autystycznej obsesją, mogącą wywołać lub wzmocnić proces cofnięcia się i samoizolacji.

W muzykoterapii autyzmu niezmiernie ważne jest przestrzeganie poniższych zasad:





- Indywidualizacji: każde dziecko powinno mieć opracowany oddzielny program terapeutyczny;
- Kontroli i strukturalizacji całego procesu terapii muzyką. Terapeuta na podstawie diagnozy winien wyszczególnić przebieg każdej konkretnej części terapii. Powinien być gotów na szybkie reagowanie i natychmiastowe zmiany w terapii dziecka;
- Uzgodnienia programu muzykoterapeutycznego z innymi programami terapeutycznymi, ponieważ do każdego dziecka podejście musi być indywidualne.

Każde dziecko, nawet w małej grupie, będzie się różnić czy to na poziomie zdolności wysepkowych preferencji, różnic kulturowych czy poziomu intelektualnego i emocjonalnego [4, str. 45].

Muzykoterapia pozwala na stworzenie dziecku autystycznemu warunków do samorealizacji, umożliwiających zmniejszenie napięć psychofizycznych, dających odprężenie, radość, wyzwolenie i rozładowanie zablokowanych energii. Zajęcia terapeutyczne uczą czerpania satysfakcji ze współdziałania w grupie: pomagają w rozwijaniu postaw niezależnych, kształtują świadomość.

Inną formą terapii jest Metoda Dobrego Startu (MDS). Jej pierwowzorem była metoda Le Bon Depart opracowana we Francji przez Theę Bugnet. Metoda Dobrego Startu to polska modyfikacja tejże metody, którą opracowała Marta Bogdanowicz. W porównaniu z oryginałem wprowadzono nowe elementy: formę i układ ćwiczeń, nowe zestawy wzorów z polskimi piosenkami ludowymi i dziecięcymi [5, str. 40].

Metoda Dobrego Startu ma dwojake zastosowanie: w rehabilitacji i profilaktyce. Może być stosowana w pracy zarówno z dziećmi o prawidłowym rozwoju psychomotorycznym i aktywizować ten rozwój, jak i z dziećmi, których rozwój jest zaburzony – usprawniając nieprawidłowo rozwijające się funkcje.

Program realizowany przy zastosowaniu tej metody obejmuje:

1. Zajęcia wprowadzające – celem tych zajęć, jak sama nazwa sugeruje, jest przygotowanie dzieci do ćwiczeń właściwych. Są to ćwiczenia dyscyplinujące i koncentrujące uwagę.

2. Zajęcia właściwe – w skład których wchodzić ćwiczenia ruchowe, będące pierwszym ich etapem, usprawniające analizator kinestetyczno-ruchowy. Ćwiczenia ruchowo-słuchowe kształcą agnozę palców, precyzję i elastyczność ruchów, koordynację ruchów obu rąk, angażują analizator kinestetyczno-ruchowy i słuchowy. Kolejne stosowane ćwiczenia – ruchowo-słuchowo-wzrokowe, kształcą analizator kinestetyczno-ruchowy, słuchowy i wzrokowy.

3. Zajęcia końcowe mają charakter ćwiczeń wokalnie-rytmicznych. Zabawowa forma usprawnia jednocześnie motorykę i percepcję słuchową [6, str. 42-43].





Podstawowym warunkiem podjęcia pracy tą metodą z dzieckiem autystycznym jest osiągnięcie przez nie takiego poziomu funkcjonowania emocjonalnospołecznego, który umożliwi mu nawiązanie kontaktu chociaż z jedną osobą. Następnie ważny jest właściwy wybór grupy. Grupa musi być mała, ponieważ konieczna jest obecność dorosłych podczas zajęć. Należy znacznie zindywidualizować program ćwiczeń pod kątem potrzeb, możliwości i ograniczeń danego dziecka, kładąc nacisk na budowanie świadomości własnego ciała, poczucie tożsamości i kontaktów z jednym partnerem, a następnie z grupą [7, str. 155-156].

W pracy z dzieckiem autystycznym wykorzystuje się również Developmental Movement (Ruch Rozwijający). Jako metoda został on opracowany przez Weronikę Sherborne [8, str. 7- 8].

W Polsce metoda znana również pod nazwą: Metoda Weroniki Sherborne. Do podstawowych zadań tej metody zaliczyć należy: kształtowanie poczucia tożsamości, rozwój obrazu siebie, rozwój umiejętności nawiązywania kontaktu, kształtowanie autoorientacji i orientacji przestrzennej, usprawnianie ruchowew zakresie możliwym do osiągnięcia przez dziecko, kształtowanie koordynacji wzrokowo-ruchowej, dostarczanie radosnych przeżyć związanych z aktywnością ruchową dziecka, rozwijanie pewności siebie i odwagi [9, str. 29].

Autorka tej metody wyróżnia następujące grupy ćwiczeń, wspomagające rozwój dziecka:

I – ćwiczenia prowadzące do poznania własnego ciała (np. czołganie, wykonywanie różnorodnych ruchów podczas leżenia, siedzenia);

II – ćwiczenia pomagające zdobyć pewność siebie i poczucie bezpieczeństwa w kontakcie (np. „tunel» – dziecko przechodzi pod tunelem, który tworzą inne osoby);

III – ćwiczenia ułatwiające nawiązywanie kontaktu i współpracy z partnerem i grupą:

– ćwiczenia „z» w parach (przeciąganie, kołysanie się z partnerem w różnorodny sposób);

– ćwiczenia „przeciwko» (np. „paczka» – dziecko zwija się w kłębek, a współćwiczący stara się rozwiązać paczkę);

– ćwiczenia „razem» (obaj partnerzy są aktywni);

IV – ćwiczenia twórcze – rozwijanie aspektów ruchu proponowanych przez członków grupy [10, str. 11-12].

Zajęcia terapeutyczne tą metodą powodują obniżenie lęku u dzieci, wpływają na rozwój społeczny, intensyfikują pozytywne reakcje na bliski kontakt z partnerem. Ponadto polepsza się koncentracja uwagi oraz znajomość orientacji i własnego ciała. Wzrasta aktywność ruchowa dzieci. Niestety, nie istnieje aktualnie żadna





metoda, która byłaby skuteczna we wszystkich przypadkach autyzmu, wiąże się to prawdopodobnie z ogromnym zróżnicowaniem tego zaburzenia. Mimo to należy wciąż próbować ją odnaleźć. Cierpliwość i miłość są sprzymierzeńcami w drodze do celu.

Bibliografia

1. Autyzm dziecięcy https://pl.wikipedia.org/wiki/Autyzm_dziecięcy.
2. D. Danielewicz, E. Pisula, Terapia i edukacja osób z autyzmem, Warszawa 2003, s.13.
3. P. Cylulko, Rola muzykoterapii w procesie usprawniania niepełnosprawnych pacjentów, Muzykoterapia Polska 2003, nr 1 (5), s. 15-25.
4. E. Jutrzyzna, Dziecko autystyczne w kręgu muzyki, w: J. Błęszyński (red.), Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem, Kraków 2004, s. 40.
5. A. Frączek, Metoda Dobrego Startu jako jedna z form terapii dzieci z autyzmem, Dziecko Autystyczne 2001, t. IX, nr 2, s. 40.
6. Zdolność do rozpoznawania na przykład: kształtów, wielkości, temperatury danych przedmiotów. U osób niewidomych tzw. „widzenie ręczne».s.42-43.
7. M. Bogdanowicz, Dostosowanie metody dobrego startu do potrzeb dzieciautystycznych – efektywność tej metody, w: Autyzm kontrowersje i wyzwania, red. W. Dykcik, Poznań 1994, s. 155-156.
8. M. Bogdanowicz, B. Kisiel, M. Przasnyska, Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganie rozwoju dziecka, Warszawa 1992, s. 7-8.
9. Z. Szot, Aktywność ruchowa w terapii dzieci autystycznych, Gdańsk 1997, s.29.
10. E. Jaworska, T. Gałkowski, D. Kocyłowska, Rozwój ruchowy i dojrzałość społeczna dziecka z autyzmem, Dziecko Autystyczne 2001, t. IX, nr 2, st.11-12.

