

Ewa Puszczalowska-Lizis¹, Andrzej Markowski², Magdalena Markowska³, Ewelina Szymańska-Smoleń⁴

¹ Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Medyczny, Instytut Fizjoterapii

² Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie, Wydział Rehabilitacji Ruchowej, Katedra Fizjoterapii, Zakład Medycyny Fizykalnej i Odnowy Biologicznej

³ Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie, Wydział Rehabilitacji Ruchowej, studia doktoranckie

⁴ Ośrodek Wczesnej Interwencji w Mielcu

Możliwości zastosowania choreoterapii w rewalidacji dzieci z niepełnosprawnością intelektualną

Prospects of using choreotherapy in the rehabilitation of children with intellectual disabilities

Słowa kluczowe: oligofrenia, rewalidacja, taniec.

Key words: oligophrenia, revalidation, dance.

Dane do korespondencji: dr Ewa Puszczalowska-Lizis, Uniwersytet Rzeszowski, Instytut Fizjoterapii, 35-205 Rzeszów, ul. Warszawska 26 A, e-mail: ewalizis@poczta.onet.pl

Streszczenie

Choreoterapia jest jedną z technik arteterapii, wykorzystującą taniec jako główny element terapeutyczny. Pełni funkcję profilaktyczną, diagnostyczną i terapeutyczną oraz stwarza warunki polisensorycznej aktywizacji. W przypadku dzieci z upośledzeniem umysłowym, całokształt działań rewalidacyjnych powinien zmierzać w kierunku usunięcia przeszkód i tworzenia optymalnych warunków i sytuacji sprzyjających zaspokajaniu ich potrzeb. W pracy dokonano charakterystyki choreoterapii w odniesieniu do możliwości jej zastosowania w terapii dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Badania wielu autorów wskazują, że choreoterapia stanowi atrakcyjną i lubianą formę aktywności ruchowej. Taniec zapewnia dzieciom możliwość spełnienia ich naturalnej potrzeby ruchu, stwarza pole do eksperymentowania, improwizowania, próbowania rozmaitych wzorców ruchowych. Pod wpływem terapii tańcem ustępują bariery w komunikacji werbalnej, następuje poprawa w zakresie zdolności działania zespołowego. Taniec i muzyka pomagają otworzyć wnętrze dziecka, pozwalają mu przeżywać i odkrywać własne uczucia. Powodują rozładowanie zablokowanych emocji, uwalniają od napięć, stwarzają możliwość osiągnięcia harmonii ciała i umysłu. Analiza piśmiennictwa oraz własne doświadczenia zawodowe związane z rehabilitacją dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną pozwalają wnioskować, że terapia tańcem, z uwagi na wszechstronne oddziaływanie i bogaty wachlarz propozycji, powinna być realizowana w placówkach opiekuńczo-rehabilitacyjno-wychowawczych.

Abstract

Choreotherapy is one of the techniques of art therapy, using dance as the main therapeutic element. It serves prophylactic, diagnostic and therapeutic function and creates conditions for polysensory activation. In the case of children with mental impairment, the whole of revalidation activity should aim at removing obstacles and creating optimal conditions and situations conducive to satisfying their needs. The paper characterizes choreotherapy with regard to the possibility of its application in the therapy of children with intellectual disabilities. Studies of many authors suggest that choreotherapy is an attractive and popular form of physical activity. Dance provides for children the opportunity to fulfill their natural need of movement, creating a field for experimenting, improvising, and trying various movement patterns. Under the influence of dance therapy, the barriers of verbal communication give way, there is also improvement in the scope of teamwork. Dance and music help to open the inside of the child, allow him to experience and discover his own feelings. They cause the unload of locked emotions, release from tensions, create the possibility of achieving harmony of body and mind. Literature review and the authors' professional experience in rehabilitation of children and youth with intellectual disabilities allow to conclude that dance therapy, due to its versatile impact and a wide range of options, should be implemented in care facilities and rehabilitation-educational centers.

Wprowadzenie

Taniec towarzyszy człowiekowi od zarania dziejów. W okresie rodzenia się wierzeń, mitów i religii, stanowił formę wyrażania przeżyć i emocji. Taniec ludzi pierwotnych był odzwierciedleniem czynności utylitarnych, zachowań zwierząt i zjawisk przyrody. Powtarzane rytmiczne ruchy wpływały na harmonijny rozwój człowieka, pomagały kształtować precyzję, koordynację oraz sprawność fizyczną (Martin, 1993). Z czasem taniec zaczęto wykorzystywać jako jedną z form oddziaływań terapeutycznych. Wartości terapeutyczne tańca, które przesądziły o stosowaniu choreoterapii w lecznictwie to głównie: społeczny charakter, ruchowa różnorodność i atrakcyjność elementów tanecznych, możliwość korzystnego oddziaływania na psychikę poprzez muzykę, ruch oraz bezpośredni kontakt z ludźmi, oddziaływanie polisensoryczne, możliwość ekspresji i spontanicznej zabawy (Aleszko, 1989).

Termin choreoterapia wywodzi się z języka greckiego, od słów *choreia* – taniec i *therapeia* – leczenie, terapia. Choreoterapia jest jedną z technik arteterapii, wykorzystującą taniec jako główny element terapeutyczny. Polega na aktywnej pracy z ciałem wyrażanej ruchem przy muzyce. Ma wielowymiarowy charakter, gdyż oddziałuje na sferę emocjonalną, motoryczną, poznawczą i społeczną. Potencjał choreoterapii tkwi w społecznym charakterze tańca i jego wartościach motorycznych oraz w możliwości oddziaływania muzyki na psychikę (Sobol, 1999; Kozłowska, 2002; Kuźmińska, 2002). Podwaliny do terapii ruchem tanecznym położyli: Wilhelm Reich (1897-1957), psychiatra, psychoanalityk i seksuolog austriacki oraz Alexander Lowen (1910-2008), będący amerykańskim psychiatrą i psychoterapeutą. Reich, na podstawie obserwacji ciała pacjentów w czasie sesji terapeutycznych spostrzegł, że jedni potrafią wyrażać ruchem własne myśli i uczucia, z kolei u innych występuje wzmożone napięcie mięśniowe, które nazwał „zbroją mięśniową” uznając, że pod „zbroją” ukrywane są emocje i potrzeby. W związku z tym opracował ćwiczenia ruchowe pomagające rozluźnić zablo-

kowane części ciała, uwolnić napięcie fizyczne, skryte emocje i przeżycia. Z kolei Lowen opracował metodę pracy nad ciałem i energią człowieka przy założeniu, że to co dzieje się w umyśle odzwierciedla procesy zachodzące w ciele i odwrotnie. Pogląd o ścisłej relacji ciała i umysłu stał się podstawą leczniczego zastosowania tańca (Aleszko i Janke-Klimaszewska, 2001). Prekursorem choreoterapii był Rudolf Laban (1879-1958), tancerz pochodzenia węgierskiego, uznawany za „ojca choreoterapii”. Analizował sposób poruszania się ludzi, zmiany w kształcie ich ciała, dynamice ruchów, w odniesieniu do aktualnego samopoczucia. Na tej podstawie uznał, że taniec niesie w sobie niewerbalny przekaz. Pomaga w uzyskaniu harmonii, wewnętrznej równowagi oraz ma istotne znaczenie z punktu widzenia rozwoju człowieka. Pierwszą na świecie organizację choreoterapeutów stanowiło Amerykańskie Stowarzyszenie Terapii Tańcem i Ruchem ADTA (ang. *American Dance Therapy Association*), które powstało z inicjatywy Marian Chase, Liljan Espanek, Mary Whitehouse, Almy Hawkins i Trudi Shoop. Jego członkowie wzajemnie wymieniali się doświadczeniami, jak również zajmowali się kształceniem kadr. Stowarzyszenie funkcjonuje po dzień dzisiejszy strzegąc standardów zawodu choreoterapeuty. W Polsce początki choreoterapii sięgają lat 50. XX wieku. Do zwolenników tej formy terapii należeli: Julian Aleksandrowicz, Józef Bogusz, Antoni Kępiński, Anna Jędrzyzek-Hamera, Danuta Rogowska. Dostrzegając korzystny wpływ choreoterapii na rozwój psychomotoryczny włączyli ją do procesu leczniczego (Tomala 2011, Pędzich 2014). Zbigniew Hora uznał choreoterapię za szczególną odmianę kinezyterapii. Zofia Aleszko od roku 1975 prowadziła terapię tańcem osób neurotycznych w Klinice Nerwic Instytutu Neurologii i Psychiatrii w Warszawie, a aktualnie przekazuje swoją wiedzę i doświadczenia w formie warsztatów i studiów podyplomowych w Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. Polskie Stowarzyszenie Choreoterapii z siedzibą w Poznaniu oraz Instytut DMT (ang. *Dance Movement Therapy*) zajmuje się kształceniem choreoterapeutów oraz ustanawianiem standardów dla tego zawodu na wzór Stanów Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii (Aleszko, 2003).

Funkcje choreoterapii

Choreoterapia pełni funkcję profilaktyczną, diagnostyczną i terapeutyczną. Funkcja profilaktyczna związana jest z aktywnym wypoczynkiem. Taniec jest traktowany jako relaks, sposób na odreagowanie stresu, zapobieganie nieprawidłowościom w obrębie narządu ruchu. Funkcja diagnostyczna wywodzi się z założenia, że ruchy taneczne stanowią odzwierciedlenie osobowości człowieka i w związku z tym taniec, stanowiąc cenne źródło informacji o pacjencie może być przydatny w uściśleniu diagnozy (Konieczna, 2003). Z kolei funkcję terapeutyczną można rozpatrywać z uwagi na oczekiwane efekty, do których zalicza się:

1. Pobudzenie i ekspresję emocji – poprzez choreoterapię można na nowo odkryć uczucia oraz pomóc w uzewnętrznieniu stanu emocjonalnego i potrzeb (Garbacik i Węgrzyn, 2008);
2. Zmniejszenie niepokoju i poprawę samopoczucia – przy stworzeniu bezpiecznej atmosfery, możliwe jest przyspieszenie adaptacji uczestników do zmieniających się warunków zewnętrznych oraz wywołanie u nich uczucia wspólnoty. Dlatego choreoterapeuta nie powinien ćwiczącym niczego narzucać, a jedynie sugerować i pozwalać im poczuć się swobodnie, otworzyć się. Zabawny, łagodny klimat zajęć skłania do poczucia radości działania, pozwala przełamać nieśmiałość, strach przed wykonaniem ruchu, i w związku z tym daje poczucie pewności siebie. Warto podkreślić, że aktywność ruchowa stymuluje wydzielanie endorfin (Wojtuń-Sikora, 2006);

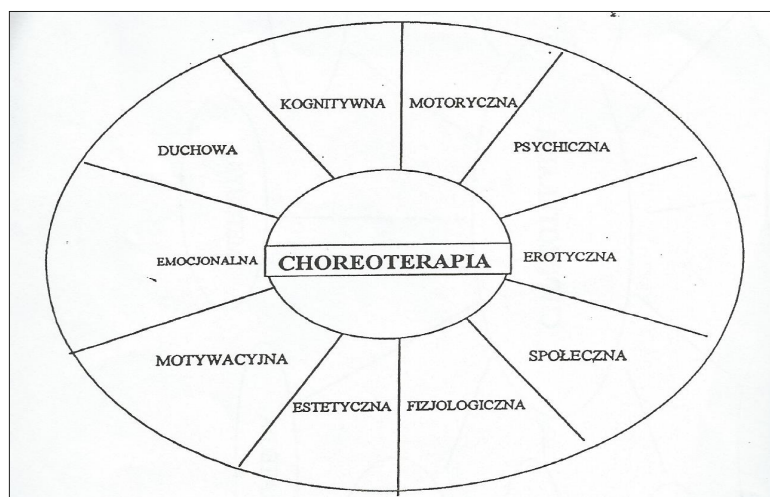
3. Poprawę umiejętności nawiązywania kontaktów z otoczeniem – taniec stanowi najprzystępniejszą formę kontaktów towarzyskich. Pozwala przełamywać izolację społeczną, daje możliwość przeżycia przyjemnych chwil w gronie przyjaciół. Jako forma aktywności ruchowej jest rodzajem komunikacji niewerbalnej. Człowiek może wyrazić swoje myśli i emocje (Gajowy, 2008). Taniec w parach, w grupie, wzajemnie motywuje do działania, uczy współdziałania, współodpowiedzialności oraz nawiązywania kontaktów interpersonalnych, a systematyczny udział w zajęciach pozwala przełamać strach i obawy przed kontaktem z innymi osobami. Ćwiczący stają się empatyczni, uświadamiają sobie, że problemy zdrowotne mogą dotyczyć również innych osób. Nabywają umiejętności rozwiązywania własnych sytuacji życiowych, zwłaszcza tych, z których niegdyś nie widzieli wyjścia (Wojtuń-Sikora, 2006);
4. Przekształcenie psychomotoryczne - zakładając związek psychiki i motoryki, należy podkreślić, że jak zaznaczył Reich, przebyte doświadczenia życiowe, wewnętrzne konflikty powodują blokady w organizmie człowieka. W związku z tym zahamowaniu ulega atynność układu nerwowo-mięśniowego. Zastosowanie choreoterapii wpływa na poprawę sprawności motorycznej, normalizację napięć, co z kolei harmonizuje psychikę ćwiczącego z jego motoryką (Gajowy 2008). Muzyka motywuje do wysiłku fizycznego. W trakcie tańca angażowane są wszystkie mięśnie i stawy, co wpływa na poprawę struktury mięśniowej i zwiększenie ruchomości w stawach. Pod wpływem choreoterapii można uzyskać poprawę gibkości, szybkości, zwinności, skoczności, wytrzymałości. Warto podkreślić korzystny wpływ choreoterapii na postawę ciała, koordynację wzrokowo-ruchową, równowagę oraz świadomość własnego ciała i przestrzeni. Choreoterapia stwarza warunki do polisensorycznego pobudzenia, angażując słuch, wzrok, dotyk (Stadnicka, 1990).

Sfery oddziaływania choreoterapii

Aleszko i Janke-Klimaszewska (2001) na bazie długoletnich doświadczeń w prowadzeniu zajęć wyróżniły 10 sfer oddziaływania terapii tańcem (Ryc. 1):

1. Kognitywna (poznawcza) – choreoterapia wpływa na poprawę świadomości własnego ciała i przestrzeni. Zwiększa zdolność koncentracji uwagi oraz uczenia się nowych zadań, sprzyja komunikacji i poprawie kreatywności.
2. Emocjonalna – choreoterapia umożliwia ekspresję emocji, wpływa na poprawę zdolności relaksowania się.
3. Psychiczna – terapia tańcem oddziałuje na świadomość własnego ciała oraz samoocenę, samoakceptację i nastrój.
4. Społeczna – zadania ruchowe wykonywane wspólnie z partnerem tanecznym, w grupie wpływają na poprawę kontaktów międzyludzkich, relacji interpersonalnych.
5. Motywacyjna – dotyczy mechanizmów odpowiedzialnych za rozpoczęcie, ukierunkowanie, podtrzymywanie i zakończenie zadania.
6. Erotyczna – terapia tańcem sprzyja kontaktom z płcią przeciwną.
7. Estetyczna – choreoterapia stanowi źródło przeżyć artystycznych, zarówno dla tańczących, jak i widzów. W tym kontekście wiąże się z rozbudzaniem poczucia wrażliwości na piękno.
8. Duchowa – dotyczy wierzeń, metafizyki, a także różnych form duchowości. Związana jest ze sposobami obchodzenia obrzędów religijnych, wyrażaniu ich i przeżywaniu.

9. Fizjologiczna – taniec wywiera wpływ na stymulację neuroprzekaźników, reguluje pracę układu hormonalnego, pobudza wydzielanie endorfin.
10. Motoryczna – daje możliwość poprawy koordynacji wzrokowo-ruchowej, orientacji przestrzennej, cech motorycznych, jak gibkość, zwinność, szybkość, wytrzymałość, moc. Wpływa na poprawę pracy mięśni i tonizuje ich napięcie.



Ryc. 1. Sfery oddziaływania choreoterapii według Aleszko i Janke-Klimaszewskiej (2001)

Z uwagi na powiązania pracy ciała ludzkiego z umysłem, omówione wyżej sfery oddziaływań choreoterapeutycznych często się na siebie nakładają i wykazują wzajemne zależności (Aleszko, 1989).

Choreoterapia w rewalidacji dzieci z niepełnosprawnością intelektualną

Niepełnosprawność intelektualna (upośledzenie umysłowe, obniżenie sprawności umysłowej, oligofrenia) ujawnia się w okresie rozwojowym i charakteryzuje się wyraźnie niższą od przeciętnej dla danego wieku sprawnością intelektualną, z czym wiąże się upośledzenie zdolności funkcjonowania społecznego, a często także zaburzenie procesów uczenia się i dojrzewania (Namysłowska, 1998). Niepełnosprawność intelektualna charakteryzuje się zatem utrudnieniami w sferze percepcyjnej i poznawczej, powodując wolniejsze tempo uczenia się i opanowywania różnorodnych sprawności kognitywnych i społecznych. Zaburzeniu najczęściej ulegają takie zdolności, jak: samoobsługa, radzenie sobie w obowiązkach domowych, komunikacja interpersonalna, korzystanie ze środków zabezpieczenia społecznego, zdolności szkolne, praca, troska o własne zdrowie, sposoby spędzania wolnego czasu (Sękowska, 2001). Stopień upośledzenia umysłowego, a więc upośledzenia poziomu zdolności poznawczych wyrażany jest w pewnym sensie ilościowo, za pomocą współczynnika inteligencji IQ (ang. *Intelligence Quotient*) i wieku umysłowego. Przyjmując ustalone zakresy tych parametrów, wyróżnia się następujące stopnie upośledzenia umysłowego: lekki (łagodny), umiarkowany, znaczny i głęboki (Puszczalowska-Lizis i Biała, 2013), przy czym lekki stopień upośledzenia umysłowego dotyczy około 80% przypadków (Luft, 2002). Upośledzenie umysłowe można rozpatrywać w aspekcie kliniczno-medycznym lub psychologiczno-społecznym. W pierwszym przypadku oznacza wrodzone lub istniejące od dzieciństwa obniżenie poziomu rozwoju intelektualnego, a w drugim – konsekwencje w postaci zaburzenia umiejętności interpersonalnych i samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie. Zdaniem Kijaka (2013), w ostatnim dziesięcioleciu sytuacja osób

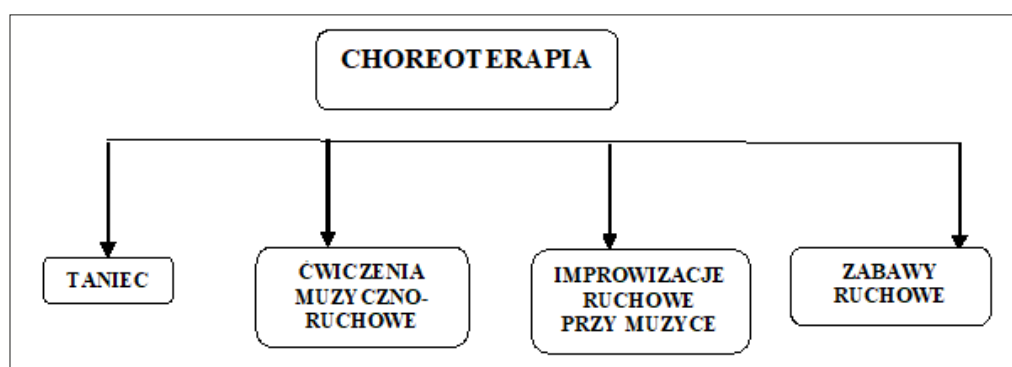
z niepełnosprawnością intelektualną, zarówno na świecie, jak i w Polsce, uległa znacznej poprawie. Osoby te coraz częściej są postrzegane jako podmiot wolności i praw, a przestają być oceniane przez pryzmat niepełnosprawności, ograniczeń czy deficytów. Ponadto mogą rozwijać się w placówkach dziennych, umożliwiających im kontakty społeczne i aktywność. Obecnie obserwuje się wzrost liczby wykwalifikowanej kadry, zajmującej się opieką i wsparciem osób niepełnosprawnych. Warto w tym miejscu podkreślić, że terapia i edukacja dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym, jest procesem bardzo trudnym i długotrwałym. Wymaga połączenia w jedną całość różnych metod usprawniania motorycznego, psychopedagogicznego oraz różnych form adaptacji społecznej (Puszczalowska-Lizis i wsp., 2010; Puszczalowska-Lizis, 2012). Zdaniem Markowskiego i wsp. (2018) w planowaniu programu terapeutycznego należy ująć aktywności, które z jednej strony umożliwią wspólną zabawę z dzieckiem, a z drugiej stworzą możliwości wspomagania jego rozwoju.

Celem edukacji/rewalidacji uczniów z upośledzeniem umysłowym jest rozwijanie ich autonomii, wdrażanie do funkcjonowania społecznego, rozumienia i uznawania norm społecznych, a w szczególności wyposażenie – stosownie do ich możliwości – w takie umiejętności i wiadomości, które pozwolą im na postrzeganie siebie jako niezależnej osoby, umożliwią porozumiewanie się z otoczeniem w najpełniejszy sposób: werbalnie lub pozawerbalnie, pozwolą zdobyć maksymalną samodzielność w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, nauczą zaradności w życiu codziennym, adekwatnie do indywidualnego poziomu sprawności i umiejętności oraz dadzą poczucie decydowania o sobie, by mogli uczestniczyć w różnych formach życia społecznego na równi z innymi członkami danej zbiorowości, znając i przestrzegając ogólnie przyjęte normy współżycia oraz zachowując prawo do swojej inności (Dz. U. 2009, nr 4, poz.19). Choreoterapia stanowi atrakcyjną i z reguły lubianą formę aktywności ruchowej osób w różnym wieku. W przypadku dzieci, taniec zapewnia spełnienie ich naturalnej potrzeby ruchu (Puszczalowska-Lizis i wsp., 2015). Ponadto daje ogromne pole do eksperymentowania, improwizowania, wypróbowywania rozmaitych wzorców ruchowych. Jest to szczególnie ważne z uwagi na fakt, iż dzieci, które są nieustannie upominane przez dorosłych (np. „Nie wierć się”, „Usiądź spokojnie”), w trakcie terapii tańcem nie odczuwają ograniczeń, a wręcz przeciwnie – są zachęcane do naturalnej ekspresji ruchowej (Tomala, 2011). Analiza piśmiennictwa pozwala twierdzić, że choreoterapia dla dzieci z niepełnosprawnością intelektualną może stanowić uzupełnienie kompleksowej rewalidacji. Ze spostrzeżeń Rayskiej (2013) wynika, że pod wpływem terapii tańcem u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną ustępują bariery w komunikacji werbalnej. Autorka podkreśliła, że doświadczane w życiu codziennym intensywne przeżycia tej grupy osób, sprawiają trudności w wyrażeniu ich w sposób słowny a w trakcie choreoterapii mają szansę je uzewnętrznić. Znaczenie omawianej formy terapii potwierdzają również badania Erfer i Ziv (2006), w których obserwowano nabywanie coraz większych zdolności działania zespołowego i mniejszą impulsywność u dzieci wieku 5-8 lat z upośledzeniem umysłowym, systematycznie uczestniczących w zajęciach. Największa poprawa dotyczyła rozwoju emocjonalnego, gdyż dzieci stawały się coraz bardziej odporne na frustrację. Sienkiewicz-Wilowska (2014) podkreśliła, że dzieci często mają trudności z nazywaniem własnych przeżyć, stanu emocji, lub nie chcą się do nich przyznać zarówno przed samym sobą, jak i przed innymi. Dlatego włączenie dzieci w proces terapeutyczny pozwala na wyrażanie siebie. Zamknięte w sobie, o niskim poczuciu własnej wartości łatwiej otwierają się i pokonują nieśmiałość. Taniec i muzyka pomagają otworzyć wnętrze dziecka, pozwalają mu przeżywać i odkrywać własne uczucia. Powodują rozładowanie zablokowanych emocji, uwalniają od napięć, pozwalają osiągnąć harmonię ciała i umysłu.

Program choreoterapii

Program choreoterapii obejmuje:

1. Taniec – w wersjach uproszczonych pod względem kroków, układu, figur przestrzennych oraz czasu trwania. W choreoterapii miejsce znajdują elementy polskich tańców narodowych i regionalnych (m.in. polonez, kujawiak, oberek, krakowiak), tańców towarzyskich (walc angielski, walc wiedeński, cha-cha, jive, samba, rumba, tango), tańców pochodzących z innych kultur (salsa, flamenco, sirtaki), jak również tańce użytkowe na różne okazje. Z uwagi na swoją specyfikę, każdy rodzaj tańca wnosi inną wartość terapeutyczną.
2. Tańce w kręgu i tańce integracyjne, które scalają grupę, dają uczestnikom poczucie bezpieczeństwa.
3. Ćwiczenia muzyczno-ruchowe, które ułatwiają percepcję bardziej złożonych sekwencji tanecznych.
4. Improwizacje ruchowe przy muzyce, dające ćwiczącym dowolność w ilustrowaniu muzyki, możliwość zaspokojenia potrzeby ruchu, a także stanowią obraz odczuwanych emocji oraz potrzeb ruchowych. Dzięki temu stanowią źródło lepszego poznania osobowości ćwiczących, ich przeszłości i w związku z tym mają walor diagnostyczny.
5. Zabawy ruchowe – zawierają naturalne formy ruchu. Towarzysząca im atmosfera sprzyja integracji i ożywieniu grupy. Ponadto pozwalają, zwłaszcza w przypadku dzieci, wyładować w sposób swobodny nadmiar energii. Zabawy ruchowe pozwalają zapomnieć o cierpieniu i chorobie. Osobom odznaczającym się nadmierną pobudliwością zalecane są zabawy o charakterze orientacyjno-porządkowym z dokładnie sprecyzowaną instrukcją postępowania, jak również zabawy rzutne i z elementami czworakowania. Z kolei osoby agresywne powinny wykonywać zadania ruchowe zawarte w zabawach o charakterze dynamicznym. Pacjenci zahamowani pod względem psychicznym stosować mogą różne zabawy ruchowe posiadające mało skomplikowane przepisy, jak również zabawy ze śpiewem (Cyculko, 1999; Aleszko i Janke-Klimaszewska, 2001; Bahrynowska-Fic, 2004).



Ryc. 2. Program choreoterapii według Aleszko (1989)

Zasady prowadzenia choreoterapii

Choreoterapia stanowi długotrwały proces leczniczy, w związku z tym wymaga systematyczności. Uczestnicy zajęć powinni być traktowani w sposób holistyczny, z uwzględnieniem ich wieku, sprawności umysłowej, osobowości, aktualnego samopoczucia i zainteresowań. W terapii tańcem istotne znaczenie ma przestrzeganie zasady stopniowania trudności. Ćwiczący zaczynają wykonywać ruchy

łatwe, bezpieczne, a następnie próbują łączyć wyuczone figury w złożone układy. W celu adaptacji organizmu do wysiłku, dynamiczne elementy powinny być przeplatane wolnymi.

Terapeuta musi posiadać odpowiednie cechy osobowości, jak empatia, zdecydowanie, cierpliwość, podzielność uwagi, wyrozumiałość. Powinien stwarzać ćwiczącym warunki do przejmowania inicjatywy, okazywać im akceptację, motywować do współpracy. Choreoterapia jest formą terapii twórczej, dlatego szczególnie istotne znaczenie ma otwarta i elastyczna postawa terapeuty, którego zadaniem jest dostosowanie zajęć do bieżąco zaistniałych potrzeb. Przed przystąpieniem do pracy powinien zasięgnąć informacji na temat ewentualnych schorzeń współtowarzyszących, przeciwwskazań, jak również przejściowych niedyspozycji podopiecznych. Powinien zdawać sobie sprawę, że dostosowując program zajęć do możliwości uczestników decyduje o efektywności terapii. Choreoterapeuta może być obserwatorem, współuczestnikiem, bądź występować zamiennie na tych dwóch pozycjach. W postawie obserwatora daje ćwiczącym możliwość swobodnej ekspresji ruchowej, nie odrywając ich od wewnętrznych przeżyć. Z kolei w roli współuczestnika, poruszając się wspólnie z ćwiczącymi, zyskuje ich zaufanie, nawiązuje kontakt niewerbalny. W choreoterapii znana jest zasada aktywacji wyobraźni pacjenta, która polega na tym, że zapoczątkowany przez terapeutę temat ruchowy, jest w dalszej części rozwijany i kontynuowany przez ćwiczących, z zachowaniem pełnej swobody poruszania się. Dzięki temu uzewnętrzniają swoje skojarzenia, mogą zapomnieć o problemach i niemiłych doznaniach (Aleszko i Janke-Klimaszewska, 2001).

W realizacji programu choreoterapeutycznego istotną rolę pełni taktyka terapeutyczna, a w szczególności: stworzenie bezpiecznej atmosfery zajęć, odpowiedni dobór muzyki, tańca i form ruchu, dostosowanie działań do obecnych potrzeb i stanu pacjentów. Oznacza to, że w sytuacji, gdy program okazuje się zbyt trudny, należy go uprościć lub zrezygnować z niektórych elementów. Terapeuta powinien pamiętać o najsłabszych uczestnikach, aby w pogodny sposób zmotywować ich do udziału w zajęciach, unikając natarczywości. Bowiem zbyt długie zachęcanie lub zbyt szybkie zaprzestanie zachęty mogą spowodować rezygnację ze współpracy, a tym samym zahamowanie terapii (Aleszko, 2004).

Zajęcia mogą być prowadzone w formie indywidualnej i grupowej. Zbiorowe uznaje się za zasobniejsze treściowo i bardziej efektywne, gdyż dają możliwość nawiązywania więzi społecznych (Olszewska, 2010). Pożądane jest prowadzenie zajęć grupowych w różnych ustawieniach przestrzennych, ponieważ każdemu przypisany jest odmienny cel terapeutyczny. Taniec solowy stwarza możliwość autoekspresji, sprzyja pokonywaniu nieśmiałości. Koło, poprzez zajęcie przez ćwiczących równorzędnych pozycji, stwarza poczucie bezpieczeństwa. Z kolei taniec w parach, trójkach lub czwórkach kształtuje umiejętności współdziałania. Kreuje możliwość prowadzenia i podążania za kimś, odrywania uwagi od siebie i przekierowanie jej na partnera. Warto podkreślić, że sukces terapeutyczny tkwi w różnorodności. Dlatego w celu poprawy zaangażowania ćwiczących zaleca się przeplatanie tańców ludowych towarzyskimi i rozrywkowymi.

Sala do zajęć powinna być utrzymana w prawidłowym stanie higienicznym, a jej wielkość dostosowana do liczby uczestników. Niezbędne jest wyposażenie w aparaturę nagłaśniającą. Ćwiczący powinni uczestniczyć w zajęciach w wygodnym, niekrępującym ruchów stroju i obuwiu na miękkiej podszewie (Aleszko, 2004).

Wnioski

Całokształt działań rewalidacyjnych podejmowanych w stosunku do dzieci z niepełnosprawnością intelektualną powinien zmierzać do usunięcia przeszkód i tworzenia optymalnych warunków i sytuacji sprzyjających zaspokajaniu ich potrzeb. Analiza piśmiennictwa oraz własne doświadczenia zawodowe pozwalają twierdzić, że terapia tańcem stwarza warunki polisensorycznej aktywizacji i ma wielopłaszczyznowe oddziaływanie na rozwój dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Dlatego z pełnym przekonaniem należy podkreślić, że choreoterapia posiadając bogaty wachlarz oddziaływań, powinna być realizowana w placówkach opiekuńczo-rehabilitacyjno-wychowawczych ukierunkowanych na terapię dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną.

Piśmiennictwo

1. Aleszko, Z. (1989). Choreoterapia w psychiatrii. Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej we Wrocławiu, 10.
2. Aleszko, Z., Janke-Klimaszewska, B. (2001). Choreoterapia w psychiatrii. *Psychoterapia*, 117(2), 61-68.
3. Aleszko, Z. (2003). Merytoryczne i organizacyjne problemy choreoterapii (w oparciu o doświadczenie kliniczne). Biuletyn Informacyjny Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Dysleksji, PTD, Warszawa, 40.
4. Aleszko, Z. (2004). Główne aspekty choreoterapii klinicznej stosowanej w psychiatrii (refleksje własne na podstawie studiów literatury przedmiotu) W: Sztuka w edukacji i terapii. Red. M. Knapik, WA. Sacher. Impuls, Kraków, 225-230.
5. Bahrynowska-Fic, J. (1987). Właściwości ćwiczeń fizycznych ich systematyka i metodyka. PZWL, Warszawa, 161-162.
6. Czulko, P. (1999). Wybrane elementy rytmiki w muzykoterapii niepełnosprawnych wzrokowo dzieci. W: Rytmika w kształceniu muzyków, aktorów, tancerzy i w rehabilitacji. Red. B. Ostrowska. AM, Łódź, 131-140.
7. Dziennik Ustaw 2009, nr 4; poz.19. Podstawa programowa kształcenia ogólnego dla uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym w szkołach podstawowych i gimnazjach.
8. Erfer, T., & Ziv, A. (2006). Moving toward cohesion: Group dance/movement therapy with children in psychiatry. *The Arts in Psychotherapy*, 33(3), 238-246.
9. Gajowy M. (2008). Podstawy DMT. Materiały szkoleniowe do warsztatu autorskiego. PIPTR, Warszawa, 31.
10. Garbacik, J. & Węgrzyn E. (2008). Choreoterapia jako jedna z metod leczenia ruchem. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, 131-138.
11. Kijak, R.J. (2013). Niepełnosprawność intelektualna. Między diagnozą a działaniem. CRZL, Warszawa, s. 5-6.
12. Konieczna, E.J. (2003). Choreoterapia - taniec leczący duszę. *Edukacja i Dialog*, 8, 60-64.
13. Kozłowska, J. (2002). Choreoterapia w rehabilitacji niepełnosprawnych dzieci, młodzieży i dorosłych. *Rehabilitacja Medyczna*, 6(2), 91-94.
14. Kuźmińska O. (2002). Taniec w teorii i praktyce. AWF, Poznań, 62.
15. Luft, S. (2002). Medycyna pastoralna. WAW, Warszawa, 56.
16. Markowski, A., Markowska, M. & Gajoch, A. (2018). SPICE: holistyczne podejście w terapii dzieci ze specjalnymi potrzebami. W: Biomedyczne aspekty zdrowia. Red. E. Puszczalska-Lizis, M. Macko. KWSPZ, Kraków.
17. Martin, S. (1993). Ciało i umysł. Znane i mniej znane formy terapii. Medium, Warszawa, 71-81.
18. Namysłowska, J. (1998). Psychiatria dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia. W: Psychiatria dla studentów medycyny. Red. A. Bilikiewicz. PZWL, Warszawa, 35.
19. Olszewska, B. (2010). Terapia tańcem w psychiatrii: ciało-psychika-ruch. *Wspólne Tematy*, 10(1), 31-40.
20. Pędzich, Z. (2014). Psychoterapia tańcem i ruchem. Terapia indywidualna i grupowa. GWP, Sopot, 10.
21. Puszczalska-Lizis, E., Śmigiel, F., & Zajkiewicz, K. (2010). Ocena postępów terapii psychoruchowej dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym i zaburzeniami narządu ruchu. *Fizjoterapia Polska*, 10(1), 60-68.
22. Puszczalska-Lizis, E. (2012). Kształcenie ruchowe - uczniów z niepełnosprawnością intelektualną. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, 1, 26-30.

23. Puszczalowska-Lizis, E. & Biała, E.A. (2013). Terapia osób o specjalnych potrzebach. Fraszka Edukacyjna, Warszawa, 8-12.
24. Puszczalowska-Lizis, E., Pop T. & Szymańska-Smołeń E. (2015). Wpływ choreoterapii na rozwój dzieci z opóźnieniem psychoruchowym. *Postępy Rehabilitacji* 29(3), 21-28.
25. Rayska, A. (2013). „Poruszenie”. Praca metodą psychoterapii tańcem i ruchem z młodzieżą w szkole integracyjnej. W: Psychoterapia tańcem i ruchem. Red. Z. Pędzich. GWP, Sopot, 47-55.
26. Sękowska, Z. (2001). Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej. WSPS, Warszawa, 64.
27. Sienkiewicz-Wilowska, J.A. (2014). Taniec i choreoterapia we wspieraniu rozwoju dziecka. *Wychowanie w Przedszkolu*, 9, 36-40.
28. Stadnicka, J. (1990). Rewalidacja dzieci niewidomych przez rytmikę. *Szkoła Specjalna*, 2(3), 74-83.
29. Sobol, E. (1999). Słownik wyrazów obcych. PWN, Warszawa, 176.
30. Tomala, W. (2011). Choreoterapia i muzykoterapia, czyli zastosowanie leczniczych właściwości muzyki i tańca, jako metod oddziaływania terapeutycznego - wybrane aspekty. Praca magisterska. UŚ, Katowice, 22.
31. Wojtuń-Sikora, B. (2006). Znaczenie tańca i form muzyczno-ruchowych w psychofizycznym rozwoju dzieci i młodzieży. *Lider*, 4, 16-17.