

Wydział Pedagogiki i Psychologii UMCS
Zakład Psychopedagogiki Specjalnej

MAŁGORZATA BRODACKA

m.brodacka.lbn@gmail.com

*Zabawy plastyczne jako forma autorehabilitacji dziecka
– na przykładzie terapii ręki*

Kids art games as a sort of self-directed rehabilitation – in instant hand therapy

STRESZCZENIE

Od czasu, gdy pedagodzy specjaliści coraz większą wagę przywiązują do właściwie pojętej integracji i normalizacji, akcentuje się również konieczność aktywnego udziału osób z niepełnosprawnością w procesie rehabilitacji. Zarówno teoretycy, jak i praktycy podkreślają, że realizacja głównych celów rehabilitacji może mieć miejsce jedynie przy czynnym zaangażowaniu osoby z niepełnosprawnością. Dzięki jej podmiotowemu traktowaniu możliwe jest rozwijanie zdolności do autorehabilitacji i do ponoszenia części odpowiedzialności za skutki prowadzonych terapii. Wczesne angażowanie dziecka, zachęcanie go do podejmowania samodzielnych aktywności o cechach rehabilitacji umożliwia pełen rozwój jego samodzielności i odpowiedzialności. Najlepszą formę autorehabilitacji dziecka stanowi zabawa. W artykule przedstawiono zalety zabaw plastycznych w kontekście autorehabilitacji i na podstawie doświadczeń z pracy specjalistów terapii ręki.

Słowa kluczowe: zabawa, twórczość dziecka, autorehabilitacja, terapia ręki

Zabawa w życiu każdego dziecka, bez względu na poziom osiągniętego przez nie rozwoju intelektualnego i fizycznego, odgrywa rolę, której nie sposób przecenić. Będąc podstawową formą aktywności dziecka, pełni jednocześnie szeroko pojęte funkcje rozwojowe. Pozytywnie wpływa na rozwój procesów poznawczych, emocjonalnych i społecznych, kształtuje osobowość dziecka oraz przyczynia się do prawidłowego rozwoju postawy i sprawności fizycznej. Podczas zabawy dziecko w bezpieczny sposób może testować właściwości otaczającego

go świata przedmiotów i ludzi. Zabawa daje również niezliczone możliwości do wyrażania własnej emocjonalności, rozładowania frustracji i napięć, gromadzenia doświadczeń w kontaktach z innymi osobami oraz rozwijania kreatywności. Na szczególną uwagę zasługuje zabawa dziecka z niepełnosprawnością. Często niedoceniana przez rodziców i terapeutów, traktowana jako strata cennego czasu, który można by przeznaczyć na terapię, lub przekształcana w sytuacje treningu, swobodna aktywność zabawowa dziecka z niepełnosprawnością ma ogromne znaczenie w rozwijaniu jego samodzielności, samoświadomości i zdolności do samodecydowania. Zabawa jako aktywność niewymuszona, swobodna, podejmowana dla przyjemności w przypadku dziecka z niepełnosprawnością pełni równocześnie funkcje autorehabilitacyjne.

Pisząc o zabawach plastycznych, warto doprecyzować związki pomiędzy tymi dwiema aktywnościami dziecka, a więc zabawą i twórczością plastyczną. Czy rzeczywiście takie działania, jak rysowanie, malowanie, modelowanie z mas plastycznych, wycinanki, wyklejanki i inne formy sztuki plastycznej dziecka, można określić mianem zabawy? Zabawę charakteryzują liczne momenty twórczości i fantazjowania.

Nie ma zabawy bez samodzielności. Nie znosi ona skrępowania, rozwija się od wewnątrz i polega na pomysłowości i autonomii, mimo że obiera sobie utarte formy zabaw i zasadniczy przebieg podług pewnych reguł i w ramach pewnego tematu (Szuman 1990, s. 86).

Zabawa motywowana jest wewnętrznie, a więc nie wiąże się z przymusem, podejmowana jest zgodnie z potrzebami i pragnieniami dziecka. Przeważają w niej procesy asymilacji nad procesami akomodacji, a zatem bawiący się przedkłada środki i sposoby działania nad efekt końcowy, co często wyraża się w tym, że dziecko niekoniecznie dąży do początkowo obranego celu. Zabawa, zgodnie z podejściem funkcjonalnym, wiąże się również z aktywnością twórczą dziecka i stanowi jego główną działalność aż do czasu podjęcia nauki szkolnej (Przetacznik-Gierowska, Tyszkowa 2003, s. 163–166). Twórczość plastyczną dziecka można więc określić mianem swoistej zabawy, pod warunkiem że nie jest ona związana z systematyczną nauką rysunku czy innej formy plastycznej. Swobodne, samorzutne rysunki, malowanki, wyklejanki dziecka, zgodnie z koncepcją zabawy, powstają spontanicznie, twórczo. Dziecko wykonuje je zgodnie z własnymi potrzebami i popędami. Tworząc swoją sztukę, nie ma ściśle określonego celu. Maluje, rysuje, modeluje, bo to sprawia mu przyjemność. O wiele większe znaczenie mają dla dziecka wykorzystywane środki plastyczne (farby, kredki, masy plastyczne) i kontakt z nimi niż efekt końcowy, co przemawia za zabawową naturą spontanicznej twórczości plastycznej dziecka. Zabawa dziecka nie kończy się z chwilą wykonania „dzieła”. Z jednej strony przeżywa ono jako twórca silne emocje związane z powstawaniem rysunku, obrazu, zaś z drugiej, patrząc na po-

wstałą sztukę, rozpoczyna zabawę na nowo. Dziecko staje się widzem, na którego oddziaływają barwy i formy (Szuman 1990, s. 86–89).

Zarówno badacze zajmujący się problematyką zabawy (Elkonin 1984, Minczakiewicz 1994, Tyborowska 1966), jak również ci, których działalność badawcza koncentruje się wokół terapeutycznych właściwości sztuk plastycznych (Cybulska-Piskorek 1976, Karolak 1998, Krauze-Sikorska 2006), podkreślają rozwojowy i rehabilitacyjny charakter jednej i drugiej formy aktywności. Zabawom plastycznym można w dużej mierze przypisać te same funkcje, które utożsamiane są odrębnie z zabawą lub twórczością plastyczną. Spełniają więc one: funkcję kształcącą (edukacyjną) – dziecko rozwija swoje zmysły, sprawność motoryczną, poszerza wiedzę o świecie i o sobie samym; funkcję projekcyjną – dają dziecku szansę realizowania tego, co poza zabawą twórczą niemożliwe; funkcję diagnostyczną – dziecko w zabawach plastycznych nieświadomie informuje o przeżywanych przez siebie emocjach, ale też poziom zabawy plastycznej pośrednio wskazuje na rozwój motoryczny i intelektualny (Minczakiewicz 1994, s. 131–138, Konieczna 2007, s. 23–30). Z punktu widzenia problematyki autorehabilitacji najważniejszą funkcją, jaką pełnią zabawy plastyczne, wydaje się funkcja terapeutyczna (korekcyjna). Dzięki zabawom plastycznym dziecko z niepełnosprawnością pobudza rozwój własnych talentów i umiejętności, staje się bardziej otwarte na kontakty z rówieśnikami i jest zainteresowane „odnalezieniem własnego miejsca w społeczeństwie” (Szwed 2008, s. 192–195). Efekty zabaw plastycznych wpisują się więc w polską koncepcję autorewalidacji (autorehabilitacji). Pojęcie autorewalidacji wiąże się ściśle z terminem podmiotowości osób z niepełnosprawnością. Podmiotowe traktowanie osób z niepełnosprawnością, szacunek wobec nich samych oraz podejmowanych przez nie decyzji, akceptowanie prawa do samodzielności, samodecydowania oraz uczestnictwa w życiu społecznym stanowią warunek niezbędny do tego, by w procesie rehabilitacji koncentrować się nie tylko wokół oddziaływań zewnętrznych, ale również dynamizowania sił i możliwości tkwiących w człowieku. Poprzez autorewalidację i w autorewalidacji realizuje się podmiotowość osoby z niepełnosprawnością (Kosakowski 2003, s. 42–47).

Autorewalidacja jest [...] drogą wiodącą ku autonomii osoby z niepełnosprawnością, traktowanej jako cel oddziaływań opiekuńczych, terapeutycznych, kształcących i wychowawczych. Jednocześnie jest ona efektem owej autonomii, bowiem własna, świadoma i celowa aktywność rewalidacyjna osoby z niepełnosprawnością wynika właśnie z coraz częściej przyznawanej jej przez społeczeństwo możliwości samostanowienia, rozumianego najogólniej jako samodzielne podejmowanie decyzji dotyczących własnego życia (Mikrut 2009, s. 29).

Drogą prowadzącą do autorewalidacji jest stopniowe porzucanie oddziaływań związanych z zewnętrznym sterowaniem osobą obciążoną niepełnosprawnością na rzecz samodzielnie podejmowanych przez nią działań zmierzających ku wy-

pracowaniu własnej strategii adaptacyjnej. Działania te są skutkiem aktywizowania własnej psychiki przez autorefleksję, autodialog, konfrontację z własnymi przeżyciami oraz ze swoimi mocnymi i słabymi stronami (Obuchowska 1993, s. 23–24). Wszystkich tych stanów, a więc autorefleksji, autodialogu, przeżywania siebie, odczuwania mocnych i słabych stron dziecko z niepełnosprawnością może doświadczyć w trakcie swobodnych zabaw plastycznych. Można zatem tę formę aktywności dziecka uznać za element autorewalidacji.

Szczególnie wyraźnym przykładem wykorzystania zabaw plastycznych w rozwoju autonomii i zdolności do autorewalidacji dziecka z niepełnosprawnością są oddziaływania w obszarze terapii ręki. Terapia ręki w ostatnich kilku latach staje się coraz bardziej popularną formą współpracy rehabilitacyjnej z dzieckiem z trudnościami rozwojowymi, dotyczącymi funkcjonowania manualnego. Popularność terapii wiąże się w dużej mierze ze zmianą poglądów na temat rozwoju motoryki małej u dziecka. Nieprawidłowości funkcjonowania manualnego dziecka traktuje się współcześnie jako wynik trudności w obszarze całego funkcjonowania psychomotorycznego. Niegdyś doskonalenie funkcji kończyn górnych opierało się głównie na żmudnym powtarzaniu rutynowych ćwiczeń, wielogodzinnym i nużącym kreśleniu w zeszytach wzorów i szlaczków. Współcześnie terapeuci dostrzegają przede wszystkim możliwości rehabilitacyjne tkwiące w zabawie. Terapia ręki kojarzy się dzieciom raczej z przyjemnym i aktywnym spędzaniem czasu, nie zaś z pracą wymagającą ogromnego wysiłku, niejednokrotnie przekraczającego możliwości dziecka.

Celem terapii ręki jest usprawnianie motoryki małej, stymulowanie rozwoju precyzyjnych ruchów dłoni i palców, a także dostarczanie zróżnicowanych wrażeń dotykowych, które przyczyniają się do rozwoju stereognozji. Terapia ręki przeznaczona jest dla osób, które mają trudności w uczeniu się nowych czynności manualnych i manipulacyjnych, a także w planowaniu i wykonaniu ruchów rękoma. Wskazaniem do terapii są także: problemy z nauką czynności samoobsługowych; obniżone lub podwyższone napięcie mięśniowe w centrum ciała, w obszarze obręczy barkowej i rąk; trudności w koordynacji pracy obu rąk; nadwrażliwość i podwrażliwość dotykowa w obrębie kończyn górnych; brak umiejętności dostosowania siły i tempa pracy rąk do charakteru wykonywanej czynności oraz zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej. Wymienione trudności mogą występować samodzielnie bądź w różnych konfiguracjach. Mogą one towarzyszyć innym zaburzeniom funkcjonowania psychomotorycznego lub wiązać się z konkretną jednostką nozologiczną. Prawidłowo prowadzona terapia ręki ma tym większe znaczenie, im głębiej wyrażone są trudności w obrębie funkcjonowania motoryki małej. Ręka, jako wyspecjalizowany narząd, spełnia wiele istotnych dla organizmu funkcji. Dzięki niej człowiek jest w stanie wykonać wiele skomplikowanych, precyzyjnych ruchów; ma możliwość chwytania przedmiotów i manipulowania nimi; może badać i poznawać otaczającą go rzeczywistość oraz komunikować

się z otoczeniem. Ręka stanowi w ludzkim organizmie narzędzie, dzięki któremu człowiek może realizować idee, zamierzenia i koncepcje powstałe w mózgu bez względu na to, czy wymagają one dużej siły fizycznej, czy subtelnych ruchów i precyzji.

Na funkcjonowanie ręki wpływa zarówno budowa kończyn górnych i struktur sąsiednich, jak i jej mózgowia reprezentacja. Ręka zbudowana jest z elementów biernych, półbiernych oraz czynnych (dynamicznych) biorących udział w wykonywanych ruchach. Do elementów biernych zalicza się rusztowanie kostne obręczy barkowej (łopatka, obojczyk) oraz kości kończyny górnej wolnej: kość ramieniową, kości przedramienia (promieniowa, łokciowa) oraz kości ręki (kości nadgarstka, kości śródrezcza i kości palców) (Jerzemowski i in. 2010, s. 63–74). Kości stanowią żywą tkankę, podlegającą przebudowom i zmianom, a ich rozwój trwa, w zależności od umiejscowienia i funkcji tkanki, do około 12–30 roku życia. Mechanizmem decydującym o prawidłowym rozwoju układu kostnego jest systematyczny, przerywany nacisk mechaniczny i pociąganie, pojawiające się w toku wykonywanych ruchów. Niezaburzony wzrost kości uwarunkowany jest także właściwym krążeniem krwi, prawidłowym unerwieniem, zapewnieniem organizmowi dziecka właściwych substancji odżywczych, w tym tych szczególnie ważnych dla tkanki kostnej: białek, soli mineralnych, wapnia i witamin (Jerzemowski i in. 2010, s. 10–12). Elementy półbierne ruchu to stawy i torebki stawowe, które zapewniają połączenie poszczególnych kości. Dzięki elementom półbiernym możliwe jest wykonywanie ruchów w różnych płaszczyznach bez odczuwania bólu. Zakres wykonywanego ruchu uzależniony jest od typu stawu. Stawy jednoosiowe pozwalają na wykonywanie ruchu w jednej płaszczyźnie (staw łokciowy), stawy dwuosiowe umożliwiają ruch w dwóch płaszczyznach (staw nadgarstka), natomiast stawy wieloosiowe pozwalają na ruch w wielu płaszczyznach (staw barkowy) (Jerzemowski i in. 2010, s.100). W prawidłowym funkcjonowaniu kończyn górnych nie mniejszą rolę odgrywają czynne elementy ruchu – mięśnie. Te, które biorą udział w utrzymaniu postawy oraz wykonywaniu ruchów, zbudowane są z włókien poprzecznie prążkowanych. Przytwierdzone są na ogół do kośćca za pomocą ścięgna, które umożliwia przeniesienie pracy mięśnia na kośćciec. Mięśnie nie działają w sposób izolowany, w każdym ruchu konieczne jest współdziałanie i przeciwdziałanie odpowiednich grup mięśniowych (Jerzemowski i in. 2010, s. 13–19). Kości, stawy i mięśnie stanowią biologiczną całość, wzajemnie oddziałując na siebie. Nieprawidłowości dotyczące jednej z wymienionych struktur wpływają na funkcjonowanie innych. Aby mięśnie mogły rozwijać się, konieczne jest prawidłowe funkcjonowanie kości i stawów, patologie dotyczące mięśni negatywnie wpływają na stawy, natomiast choroby stawów mogą w konsekwencji prowadzić do uszkodzenia tkanki kostnej. Prawidłowa budowa wymienionych elementów ruchu stanowi jeden z warunków właściwego funkcjonowania kończyn górnych, ale nie jest ona warunkiem jedynym. Ogromną rolę

w wykonywaniu ruchów odgrywa funkcjonowanie centralnego układu nerwowego. To dzięki korowym ośrodkom ruchu i czucia możliwe jest wykonywanie nawet tak złożonych i precyzyjnych ruchów jak prakseje. Za sprawą czynności motorycznych kory możliwe jest powstawanie idei o zamierzonej aktywności ruchowej, określenie sekwencji ruchów potrzebnych do wykonania zaplanowanych działań oraz kontrola skurczów mięśniowych umożliwiających realizację zadania. Nieprawidłowości w obrębie funkcjonowania struktur korowych odpowiedzialnych za ruch prowadzą do trudności motorycznych, w tym także obejmujących kończyny górne (Konturek 1998, s. 311–313). Dla właściwego działania kończyn górnych nie mniejsze znaczenie mają obszary czuciowe kory związane z funkcjonowaniem zmysłu dotyku. W kontekście funkcjonowania ręki najważniejszą rolę pełnią dwa rodzaje czucia – czucie powierzchniowe (eksteroceptywne) oraz czucie głębokie (proprioceptywne). Czucie powierzchniowe odpowiada za odbiór takich wrażeń, jak ciepło, zimno, nacisk itd. Czucie proprioceptywne natomiast pozwala na odbiór bodźców związanych z ustawieniem i ruchem części ciała względem siebie, wibracjami, uciskiem i rozciąganiem. Receptory czucia głębokiego zlokalizowane są w mięśniach i stawach. Integracja wrażeń w obrębie układu czucia proprioceptywnego jest niezbędna w prawidłowym rozwoju umiejętności planowania i prowadzenia ruchu, regulacji napięcia mięśniowego i koordynacji pracy układu ruchu.

Ręka spełnia we właściwy sposób swoje funkcje dopiero wtedy, gdy poszczególne struktury biorące udział w jej pracy są niezaburzone i zachowana jest między nimi wielokierunkowa współpraca. W usprawnianiu kończyn górnych należy więc postrzegać je całościowo, pracując równocześnie nad rozwijaniem funkcji, a nie pojedynczych ruchów. W terapii ręki, oprócz podejścia holistycznego, niezwykle ważnym elementem jest dostosowanie oddziaływań do wieku chronologicznego dziecka, jego zainteresowań oraz poziomu funkcjonowania manualnego. Wiek chronologiczny i zainteresowania wpływają na rodzaj ćwiczeń, ich tematykę oraz formę. Dzięki dostosowaniu dominującego motywu zajęć terapeutycznych do potrzeb dziecka możliwe jest jego aktywizowanie i wzbudzenie zainteresowania. Znaczenie terapii ręki nie ogranicza się jedynie do rozwijania umiejętności manualnych. Korzyści płynące z tej formy rehabilitacji są o wiele szersze i obejmują takie aspekty, jak: stymulowanie rozwoju koncentracji uwagi, wspomaganie utrzymywania prawidłowej postawy ciała oraz wzmacnianie efektów terapii logopedycznej. Prawidłowo prowadzona terapia ręki umożliwia dziecku poznawanie nowych, wcześniej nieinteresujących dlań obszarów aktywności związanych z motoryką małą. Co prawda, główny cel terapii sformułowano jako usprawnianie funkcjonowania kończyn górnych, lecz celu tego osiągnąć się nie da bez uprzedniego zmotywowania dziecka do działań o charakterze autorewalidacyjnym. Praca nawet z najlepszym specjalistą, ograniczona do jednego

байд kilku spotkań w tygodniu, nie może przynieść oczekiwanych rezultatów bez zaangażowania samego dziecka. To co dla dzieci bez trudności manualnych stanowi przyjemne formy aktywności i powody do samozadowolenia: samodzielne ubieranie się, spożywanie posiłków, wykonywanie czynności higienicznych, zabawy manipulacyjne, konstrukcyjne i plastyczne, u wielu dzieci z zaburzeniami funkcjonowania kończyn górnych budzi niechęć, lęk i opór. W jaki sposób możliwe jest więc zachęcenie dziecka do czynności, które sprawiają mu tak wiele trudności i wymagają tak wiele wysiłku? Podstawowym warunkiem skutecznych oddziaływań rewalidacyjnych w terapii ręki, podobnie jak w przypadku innych terapii, jest rzetelna diagnoza wstępna, która pozwala ocenić możliwości i ograniczenia dziecka. Diagnoza obejmować powinna wszystkie najważniejsze obszary związane z umiejętnościami manualnymi, ale także tymi, które pośrednio bądź bezpośrednio mają znaczenie dla sprawności rąk. Do najczęściej diagnozowanych aspektów należą: napięcie mięśniowe, poziom samoobsługi, funkcje kończyn górnych, sprawność dłoni i umiejętności grafomotoryczne oraz sposoby komunikowania się. Określenie poziomu funkcjonowania dziecka we wszystkich wskazanych obszarach umożliwia dobranie takich oddziaływań, które są adekwatne do jego potrzeb i możliwości oraz pozwolą mu uwierzyć we własne siły. Diagnoza niezbędna jest także wtedy, gdy w terapii wykorzystywana jest zabawa, zwłaszcza o charakterze plastycznym. Właściwa ocena pozwala na dobór takich zabaw, które nie są zbyt infantylne oraz są dla dziecka faktycznie aktywnością przyjemną i chętnie kontynuowaną. Na adekwatność wybranych oddziaływań, poza diagnozą, wpływa także znajomość etapów rozwoju rysunkowego dziecka, etapów kolorowania i modelowania.

Pierwsze zabawy rysunkowe, pierwsze próby aktywności plastycznej dziecka określane są w literaturze jako okres bazgrania (Szuman 1990, s. 9). Dziecko w tym okresie najpierw kreśli widzialne dla oka ślady za pomocą ołówka, kredki, patyka, ale ślady te powstają mechanicznie, dzięki rytmicznym ruchom ręki i bez kontroli wzrokowej. Z czasem, pod koniec drugiego roku życia, dziecko zaczyna nadawać sens swoim rysunkom, zaczyna nazywać je i szuka podobieństw między własnymi dziełami a realnie istniejącymi przedmiotami. Dzieciom znajdującym się na tym etapie rozwoju rysunkowego warto więc zaproponować zabawy plastyczne, które będą zachęcały je do spontanicznej aktywności. Ze względu na ograniczone możliwości chwytu zabawa z wykorzystaniem tradycyjnych kredek i ołówków może być dla dziecka męcząca, toteż warto wykorzystać grube narzędzia pisarskie, zostawiające wyraźne ślady (kredki do dłoni, kredki do rysowania podczas kąpieli). Dziecko chętniej będzie wracać do zabaw plastycznych, jeśli rodzic/opiekun aktywnie się w nie włączy. Zabawa może przybrać formę zagadek rysunkowych, gdzie uczestnicy zamieniają się rolami i raz są twórcami, innym razem zgadującymi. Gdy dziecko zaczyna już budować swoje rysunki według

wzorów przedmiotów rzeczywistych, można włączyć do terapii element rysunkowego podsumowania zajęć. Dziecko tworzy wtedy spontanicznie, wyrażając jednocześnie własne emocje i przeżycia związane z uczestnictwem w zajęciach terapeutycznych. Na tym etapie rozwoju rysunkowego, gdy dziecko zaczyna rysować koła i wieloboki, można wprowadzić zadania związane z uzupełnianiem przygotowanych wcześniej rysunków. Możliwość dokończenia, poprawienia czy jegoś dzieła jest dla dziecka wyzwaniem i zachętą do próby własnych sił. Dziecku funkcjonującemu na etapie bazgrot wiele radości sprawia również możliwość spontanicznego, nieukierunkowanego przez polecenia rysowania, pod warunkiem że będą mu dostarczone odpowiednie środki do szybkiego osiągnięcia celu – malowanie za pomocą całych dłoni i palców, wykorzystanie miękkich i grubych narzędzi pisarskich. Dzieci z zaburzeniami czucia głębokiego często wymagają dodatkowej stymulacji, by rysowanie i malowanie stało się dla nich przyjemne. Ułatwieniem i zachęceniem do zabaw plastycznych jest w tej sytuacji dodatkowe obciążanie narzędzi pisarskich i malarskich, wzbogacanie struktury farby do malowania palcami (wymieszanie z ryżem, kaszą, piaskiem) oraz zapewnienie dużych powierzchni, po których dziecko mogłoby rysować lub malować. Wszystkie te działania zachęcają dziecko będące w okresie bazgrot do samoradnego podejmowania działań plastycznych. Brak nakazów i zakazów związanych z twórczością sprawia, że aktywność plastyczna zaczyna być dla dziecka przyjemna. Równocześnie zaczyna ono odczuwać moc sprawczą, czuje się autorem dzieła i coraz chętniej przejawia aktywność tego rodzaju, tym samym stymulując własny rozwój motoryczny.

Kolejnym okresem w rysunkowym rozwoju dziecka jest rysowanie schematyczne (ideoplastyka). Na tym etapie dziecko w prymitywny sposób odtwarza wizerunki przedmiotów i osób. Schematy te nie powstają na podstawie modelu rzeczywistego, dziecko rysuje „z głowy”, z pamięci (Szuman 1990, s. 22–24). W tym czasie wiele radości sprawia dziecku zabawa w rysunkowe kalambury, które można tworzyć zarówno za pomocą odpowiednich narzędzi, jak i rysować palcem po tacy wysypanej mąką, kaszą, ziarnami itd. Formą zabawy plastycznej dla dziecka funkcjonującego na etapie schematów jest także tworzenie komiksów i historyjek obrazkowych, wspólne tworzenie ilustracji do opowiadań, ilustrowanie książek. Dla uatrakcyjnienia zajęć terapeutycznych warto wprowadzać w tym czasie rozmaite środki, których samo poznawanie będzie stanowiło dla dziecka zabawę: farby do malowania po oknach, farby w pisakach, flamastry zmieniające kolory, kredki i pędzle nakładane na palce itd. Zróżnicowane środki zachęcają dziecko do podejmowania tych aktywności, które początkowo wydają mu się trudne i przewyższające jego możliwości. Częste sięganie po narzędzia rysunkowe i malarskie prowadzi w efekcie do rozwoju ruchów precyzyjnych ręki, mających istotne znaczenie nie tylko dla umiejętności typowo szkolnych, lecz także umiejętności komunikacyjnych i samoobsługowych.

Ostatnim okresem rysunkowego rozwoju dziecka jest okres poschematyczny (Szuman 1990, s. 58), lecz ze względu na fakt nieuczestniczenia w terapii ręki dzieci będących na tym etapie nie zostanie on tu opisany.

Zabawy plastyczne mogą być wykorzystywane w terapii ręki także w stymulowaniu rozwoju innych niż rysowanie umiejętności dziecka. Jedną z nich jest kolorowanie, a więc wypełnianie kolorem kształtu, który dziecko wyodrębnia z tła. Początkowo kolorowanie ma charakter ukierunkowany, a więc dziecko skupia się na mechanicznych ruchach ręki – pionowych, poziomych lub ukośnych. Z czasem pojawia się etap kolorowania figur. Dziecko często przekracza linie, nie potrafi jeszcze wykonywać precyzyjnych ruchów, które umożliwiają mu trzymanie się w granicach szablonu. Zachęcając dziecko do podejmowania prób kolorowania, można w pierwszym etapie wykorzystać wycięte figury i kształty. Dużym ułatwieniem i jednocześnie zachętą jest również zaznaczenie konturów dodatkowo poprzez formy wypukłe (sznurek, linia wykonana klejem na gorąco) lub znaczne pogrubienie konturów. Ponadto dziecko powinno mieć możliwość kolorowania takich powierzchni, które nie zawierają zbędnych detali, nie wymagają długiego koncentrowania uwagi, a więc efekt osiąga się stosunkowo szybko i łatwo. Kolejnym etapem jest kolorowanie wewnątrz konturu – dziecko potrafi trzymać się granic wyznaczonych przez kontur, niekoniecznie podkreślony grubą linią. Ostatnim etapem jest umiejętność kolorowania ilustracji związana ze znacznym stopniem precyzji oraz zdolnością do wypełnienia kolorem także drobnych detali. Kształtowanie umiejętności kolorowania w terapii ręki warto wzbogacać o bardziej urozmaicone formy plastyczne – wydzieranki, kolorowanie przez rozmazywanie miękkich mas plastycznych, przyklejanie kawałków tkanin, bibuły. Bez względu na preferencje terapeuty należy pamiętać, że to dziecko decyduje o ostatecznym wyborze środków. Podejmowana działalność powinna dawać dziecku radość, dostarczać przyjemności związanej z samym tworzeniem, a nie końcowym efektem działalności.

Zabawy plastyczne odgrywają także ogromną rolę w kształtowaniu umiejętności modelowania. Pierwsze kontakty dziecka z masami plastycznymi to etap swobodnej zabawy. Dziecko interesuje się konsystencją masy. Rozgniatanie, rozcieranie, ściskanie mas plastycznych dostarcza mu przyjemnych doznań dotykowych i zachęca je do dalszego eksperymentowania. Dzieci z nadwrażliwością dotykową mogą jednak odczuwać niechęć do tego rodzaju aktywności. Zabawy z użyciem mas plastycznych warto poprzedzić więc zabawami z wodą o różnych temperaturach (wyławianie atrakcyjnych dla dziecka zabawek, mieszanie kolorów), stopniowo przechodząc do substancji o bardziej gęstej konsystencji (rozwodniony kisiel) i wreszcie do mas plastycznych. Początkowo stosujemy te, które nie brudzą, nie lepia się do rąk, a z czasem także te brudzące. O tempie przechodzenia od zabaw początkowych do pierwszych prób modelowania zawsze decyduje dziecko. Nie może być ono zmuszane do przełamywania własnej niechęci,

terapeuta może jedynie życzliwie zachęcać, towarzysząc dziecku w zabawie. Gdy dziecko oswoi się już z masami plastycznymi, zwykle zaczynają się pojawiać pierwsze konstruktywne pomysły ich wykorzystania. Dziecko może próbować lepić płotki, ulice, zagrody, rozcierając masę po blacie stołu. Ważnym elementem jest tutaj świadomość zabawy, dziecko próbuje realizować swoje pomysły, ale chętnie włącza się także w aktywności zaproponowane przez terapeutę. Na etapie pierwszych konstruktywnych pomysłów można zaproponować dziecku zabawę w gotowanie. Odrywane kawałki mas plastycznych w zabawie stają się makaronem, pierogami, pokarmem dla zwierząt itd. Dziecko ćwiczy wtedy nie tylko motorykę małą, ale również wyobraźnię. Wraz z uzyskiwaniem większej sprawności motorycznej pojawiają się kolejne etapy modelowania – wałkowanie i tworzenie kompozycji płaskich. Dziecko już nie tylko rozciera masy, ale uczy się tworzyć z nich wałeczki i wężyki. To z nich powstają pierwsze kompozycje. Zanim dziecko nauczy się realizowania kompozycji przestrzennych, osiąga – ważną w rozwoju motorycznym – umiejętność modelowania kuli. Odkrywa dysocjacyjne ruchy dłoni niezbędne do utworzenia tej formy. Zdolność do modelowania wałeczków i kul umożliwia dziecku tworzenie pierwszych kompozycji przestrzennych. Na tym etapie można już dziecku zaproponować zabawę w lepienie postaci z bajek, zwierząt, które mogą być wykorzystane w innych zabawach podczas zajęć terapeutycznych. Możliwe jest też udoskonalenie zabawy w kucharza – dziecko może lepić pierogi z mas plastycznych, babeczki, ciastka. Kolejne etapy rozwoju umiejętności modelowania związane są z udoskonalaniem szczegółów oraz możliwością w miarę realistycznego odtwarzania przedmiotów z otoczenia dziecka.

Zapewnienie dziecku w toku zajęć terapeutycznych zabaw plastycznych, będących w zasięgu jego możliwości rozwojowych, sprawia, że dziecko początkowo niechętnie odnoszące się do aktywności manualnej zaczyna interesować się wskazanym obszarem działalności. Dzięki przyjemności odczuwanej w procesie tworzenia, możliwości wyrażania własnych emocji, osobowości, kreowania zabawowej rzeczywistości dziecko ma okazję poczuć się sprawcą. Jednocześnie niedyrektywne postępowanie terapeuty umożliwia dziecku samodzielne podejmowanie decyzji o przebiegu poszczególnych elementów zajęć. Taka forma zachęca uczestników terapii do odtwarzania podobnych zabaw w domu w czasie wolnym. Rodzice dzieci uczestniczących w terapii ręki z wykorzystaniem zabaw plastycznych podkreślają często, że zaczynają one samorzutnie włączać w swoją aktywność dotąd niespotykane zabawy – kredki i farby wcześniej niewykorzystywane stają się dla dziecka atrakcyjnym środkiem używanym w zabawie, dziecko spontanicznie sięga po formy sztuk plastycznych, by „opowiedzieć” o tym, co działo się w przedszkolu, szkole, zaprasza rodzica do wspólnego modelowania domaga się możliwości współpracy w czasie przygotowywania posiłków. Zabawy plastyczne wyzwalały więc w dziecku z niepełnosprawnością aktywność na-

kierowaną na autorewalidację. Małe dziecko włącza się w możliwość decydowania o przebiegu własnej rewalidacji w sposób nieuświadomiony, głównie w celu osiągnięcia przyjemności, którą zapewnia zabawa. Starsze dzieci często zaczynają interesować się i dopytywać, jakie efekty terapeutyczne przyniosą poszczególne formy działań plastycznych i tym chętniej powtarzają je w czasie wolnym, im większą wartość rehabilitacyjną ma dana zabawa. Dziecko, które od początku procesu rewalidacji jest traktowane podmiotowo, zyskuje świadomość możliwości decydowania o własnym rozwoju. Cele terapii nie są dla niego jedynie wyimaginowanymi pragnieniami rodziców i terapeutów, lecz mają szansę stać się jego własnymi celami rozwojowymi. Do celów tych dąży, co prawda, z pomocą rodziców i terapeutów, ale z uwzględnieniem własnych preferencji.

Podsumowując rozważania na temat roli zabaw plastycznych w autorewalidacji dziecka z niepełnosprawnością, warto podkreślić, że „zabawa dziecka to lekarstwo praktycznie na wszystko: na rozwój mięśni i kośćca dziecka, uodpornienie jego organizmu na choroby i stres, na dobre samopoczucie, beztrioskę, humor, nastroj” (Materson 1989, za: Minczakiewicz 2006, s. 98, Ellis 1973, Garvey 1991). Ponadto myślą przyświecającą każdemu terapeutce pracującemu z dzieckiem obciążonym niepełnosprawnością powinno być stwierdzenie wybitnego polskiego pedagoga, psychologa i lekarza S. Szumana:

Szkodą niepowetowaną dla człowieka dorosłego jest każda chwila samorozwoju stracona w czasie dzieciństwa (Szuman 1990, s. 89).

BIBLIOGRAFIA

- Cybulska-Piskorek J. (1976), *Twórczość plastyczna dziecka w wieku przedszkolnym*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Elkonin D. B. (1984), *Psychologia zabawy*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Jerzemoski J., Duda B., Orkwiszewska A., Wójtowicz E. (2010), *Anatomia człowieka. Narząd ruchu*, Gdańsk: Wydawnictwo Uczelniane AWFIS im. J. Śniadeckiego.
- Karolak W. (1998), *Sztuka jako zabawa, zabawa jako sztuka*, Łódź: Wydawnictwa CODN.
- Konieczna E. J. (2007), *Arteterapia w teorii i praktyce*, Kraków: Wydawnictwo Impuls.
- Konturek S. (1998), *Fizjologia człowieka*, t. IV, Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Kosakowski C. (2003), *Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej*, Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.
- Krauze-Sikorska H. (2006), *Edukacja przez sztukę. O edukacyjnych wartościach artystycznej twórczości dziecka*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Mikrut A. (2009), *O autorewalidacji jako efekcie i drodze ku podmiotowości oraz autonomii osoby z niepełnosprawnością*, [w:] J. Rottermund (red.), *Problemy edukacji, rehabilitacji i socjalizacji osób niepełnosprawnych*, Kraków: Wydawnictwo Impuls.
- Minczakiewicz E. M. (1994), *Zabawa manipulacyjna dziecka głębiej upośledzonego umysłowo i jej wartość diagnostyczna*, „Szkola Specjalna”, 3.
- Minczakiewicz E. M. (2006), *Zabawa w rozwoju poznawczym i emocjonalno-społecznym dzieci o zróżnicowanych potrzebach i możliwościach*, Kraków: Wydawnictwo Impuls.

- Obuchowska I. (1993), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa: WSiP.
- Przetacznik-Gierowska M., Tyszkowa M. (2003), *Psychologia rozwoju człowieka. Zagadnienia ogólne*, Warszawa: PWN.
- Szuman S. (1990), *Sztuka dziecka. Psychologia twórczości rysunkowej dziecka*, Warszawa: WSiP.
- Szwed M. (2008), *Arteterapia – motywacja do autorehabilitacji*, [w:] M. Siemież. T. Siemież (red.), *Arteterapia w edukacji i rozwoju człowieka*, Wrocław: Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej.
- Tyborowska K. (1966), *Wiek przedszkolny*, [w:] M. Żebrowska (red.), *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*, Warszawa: PWN.

SUMMARY

From the time when the special needs educationists are more interested in social inclusion and an idea of normalization, a need of active participating of people with disability in rehabilitation process is emphasized. Scientists as well as special needs teachers and therapists stress that an implementation of the main rehabilitation aims is possible only if the disability person is engaged in this process. Thanks to being active the disabled people can develop their capability to self-directed rehabilitation and to taking the responsibility for the effects of therapy. The child who is engaged in the process of therapy and who is encouraged to being independent has a chance to become self-reliant and responsible. Children games are the best of form of self-directed rehabilitation. In this article the author tries to show the benefits of kids art games used in hand therapy.

Key words: children games, children creativity, self-directed rehabilitation, hand therapy