

**POMOC DZIECKU ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI  
EDUKACYJNYMI WE WCZESNEJ EDUKACJI.  
ZASTOSOWANIE TYFLOMUZYKOTERAPII**

**HELPING A CHILD WITH SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS  
IN EARLY CHILDHOOD EDUCATION. THE USE OF  
TYPHLO MUSIC THERAPY**

---

TOMASZ DOBROWOLSKI

**ABSTRAKT**

Współczesne potrzeby dzieci są bardzo zróżnicowane. Dotyczy to różnic rozwojowych w wielu sferach, między innymi edukacyjnej i fizycznej. Jednym z rozwiązań, które wychodzą na przeciw dzieciom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (SPE), są placówki, które w swojej strukturze posiadają oddziały integracyjne i terapeutyczne (najczęściej organizowane w przedszkolach i szkołach ogólnodostępnych) oraz specjalne i integracyjne (organizowane w placówkach specjalistycznych). Jedną z form pracy z dziećmi słabowidzącymi w tych placówkach oświatowych są zajęcia z muzykoterapii.

**Słowa kluczowe:** muzykoterapia, specjalne potrzeby edukacyjne, wczesna edukacja

**ABSTRACT**

*The needs of today's children are very diverse. This applies to the differences in many areas, including educational and physical. One of the solutions for children with special educational needs (SEN) are facilities with integration and therapeutic departments (most often organized in kindergartens and public schools) or special and integration facilities per se (organized in specialist facilities). Music therapy classes are one of the forms of work with visually impaired children in these educational institutions.*

*Key words: music therapy, special educational needs, early education*

DOI: 10.5604/01.3001.0016.0840

## WSTĘP

Wraz z rozwojem edukacji na naszej drodze napotykamy coraz więcej problemów związanych z wadami rozwojowymi dzieci. Tematami najbardziej aktualnymi w edukacji wczesnej są te dotyczące dzieci z szeroko pojętymi problemami w uczeniu się, które można zaliczyć do grupy specjalnych potrzeb edukacyjnych. Aby skutecznie wdrożyć model pracy z uczniem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (SPE), musimy w pierwszej kolejności określić, a jest to pojęcie bardzo szeroko rozumiane (Dobrowolski, 2020, s. 219).

Pod pojęciem ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi trzeba rozumieć zarówno dzieci, które posiadają orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, jak i te, które mają trudności w realizacji standardów wymagań programowych, wynikające ze specyfiki ich funkcjonowania poznawczo-percepcyjnego (niższe niż przeciętne możliwości intelektualne, a także dysleksja, dysgrafia, dysortografia, dyskalkulia), zdrowotnego (dzieci przewlekłe chore) oraz ograniczeń środowiskowych (dzieci emigrantów, dzieci z rodzin niewydolnych wychowawczo). Takie rozumienie specjalnych potrzeb edukacyjnych ma na celu wdrożenie i urzeczywistnienie idei wyrównywania szans edukacyjnych wszystkich uczniów (Ministerstwo Edukacji Narodowej, 2010).

Edukacja przedszkolna powinna być skoncentrowana na wspieraniu harmonijnego rozwoju wrodzonych predyspozycji wszystkich sfer osobowości dziecka: fizycznej, psychicznej, intelektualnej, moralnej i duchowej. Dziecko powinno nabywać wiedzę o sobie i o otoczeniu w toku własnej aktywności, z udziałem rówieśników i dorosłych. Nauczycielowi przedszkola przypada rola organizatora środowiska do działania dzieci. Realizacja tych celów zapewni dzieciom opanowanie narzędzi myślenia, komunikowania się, rozumienia i działania (Luboiwiecka, 2012, s. 350).

Rozpatrując potrzeby rozwojowe dzieci, musimy mieć na uwadze ich wielostronne potrzeby:

Tempo, rytm i dynamika rozwoju wyznaczone są przede wszystkim czynnikami biologicznymi, ale treść zadań rozwojowych, formy ich realizacji i końcowy poziom osiągnięć rozwojowych w sposób istotny zależą od wpływu otoczenia społecznego i fizycznego, w którym przebiega rozwój (...). Kluczową rolę w procesie radzenia sobie z wymaganiami otoczenia w kolejnych etapach rozwoju odgrywają inni ludzie; w okresie dzieciństwa i dorastania są to przede wszystkim rodzice i nauczyciele. To od nich zależą organizacja i dostępność przestrzeni do rozwoju, poczucie bezpieczeństwa, odwaga i ciekawość eksplorujących to otoczenie dzieci i nastolatków, wreszcie sposób ich radzenia sobie z nieuniknionymi niepowodzeniami i porażkami. (Brzezińska, 2020)

## DYSFUNKCJA WZROKU

Zarówno w Polsce, jak i na świecie, używa się co najmniej kilku różnych definicji opisujących problemy wzrokowe w zależności od zastosowanego kryterium. Aby temat pracy był jednoznaczny i w pełni zrozumiały, należy wyjaśnić kilka pojęć, które w literaturze naukowej często pojmowane są wieloznacznie. Są to takie terminy, jak: osoba „niewidoma”, „słabowidząca”, „ociemniała”. Biorąc pod uwagę czas i stopień utraty lub osłabienia widzenia i wynikające z tego potrzeby rehabilitacyjne, wyróżniamy:

- osoby niewidome, czyli te, które urodziły się niewidome lub straciły wzrok przed ukończeniem 5. roku życia;
- osoby ociemniałe, czyli te, które utraciły wzrok w wyniku wypadków i schorzeń po 5. roku życia;
- osoby słabowidzące, czyli te, które tracą wzrok w przebiegu różnych schorzeń.

WHO podaje, iż 80% problemów wzrokowych dałoby się uniknąć, wdrażając program leczenia odpowiednio wcześniej lub przeprowadzając proste zabiegi ratujące wzrok.

Warto o tym pamiętać (Skiba, 2015).

## ZASADY PRACY Z DZIECKIEM Z DYSFUNKCJĄ WZROKU

Kształcenie dzieci niewidomych rozpoczęło się od tzw. systemu segregacyjnego, czyli dzieci były nauczane i wychowywane w placówkach specjalnych o charakterze rezydencjalnym – szkoła z internatem. Pierwszą szkołę specjalną dla dzieci niewidomych utworzył Walenty Haüy w 1784 roku w Paryżu. W kolejnych latach powstawały tego typu szkoły także w innych krajach. Przez niespełna 200 lat uczniowie z uszkodzonym wzrokiem nie mieli innych możliwości pobierania nauki, tylko w szkołach specjalnych dla dzieci niewidomych i słabowidzących. Tylko nieliczne dzieci z niewielkim ubytkiem wzroku uczęszczały do szkół ogólnodostępnych (Jakubowski, 2001, s. 51).

W placówkach specjalnych dla dzieci niewidomych i słabowidzących realizowana jest podstawa programowa przeznaczona dla placówek masowych:

Szkoły specjalne starają się zaspokajać potrzeby każdego ucznia, zgodnie z jego możliwościami wzrokowymi, zdrowotnymi i intelektualnymi. Spory nacisk kładzie się na nauczanie korzystania ze wzroku i innych zmysłów, usprawnianie widzenia, społecznienie oraz radzenie sobie w nowych sytuacjach. Tworzy się warunki do odnoszenia przez dziecko sukcesów, aby mogło uwierzyć w swoje możliwości i mogło dostrzec cel pracy nad sobą oraz znalazło swoje miejsce w życiu. (Utnik, Lisowska, Sękowska, 1996, s. 66)

Za szkołą specjalną przemawiają również takie czynniki, jak uczenie się w jednym miejscu dzieci ze zbliżonymi potrzebami i dysfunkcjami, dopasowane pomoce dydaktyczne, wykwalifikowana i doświadczona kadra – głównie tyflopedagodzy (Majewski, 2002, s. 51).

System segregacyjny oprócz zalet posiada także wady. Szkoły specjalne dla dzieci niewidomych i słabowidzących nie są tak dostępne jak placówki masowe. W związku z powyższym są to szkoły z internatem. Sprzyja to izolacji dziecka od jego naturalnego środowiska społecznego i nie stwarza koniecznych warunków do przystosowania się do życia wśród osób widzących (Majewski, 2002, s. 51).

Kolejnym ze sposobów kształcenia ucznia z dysfunkcją wzroku jest nauczanie integracyjne. Idea ta zaczęła się rozwijać w sposób planowy w latach pięćdziesiątych. Jej istotą jest włączenie dzieci z niepełnosprawnościami do powszechnego systemu placówek oświatowych na wszystkich poziomach edukacji, łącznie z zapewnieniem im właściwych warunków oraz specjalnych potrzeb edukacyjnych (Jakubowski 2001, s. 31).

Szkoły mogą udzielać pomocy psychologiczno-pedagogicznej w różnych formach. Zgodnie z rozporządzeniem MEN z 17 listopada 2010 roku w sprawie udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010...) – ma to polegać na rozpoznawaniu oraz zaspokajaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych ucznia, a także zidentyfikowaniu indywidualnych możliwości psychofizycznych ucznia.

Pracując z uczniami o specjalnych potrzebach edukacyjnych, należy pamiętać o kilku zasadach, które mogą uwieńczyć sukces szkolny:

Nauczyciel pracujący z takimi dziećmi powinien być z jednej strony wymagający, zdecydowany i konsekwentny, ale zarazem także troskliwy i cierpliwy. Podczas prowadzonych zajęć z takimi dziećmi:

- należy określić ich mocne i słabe strony;
- wzmacniać pozytywnie;
- stosować wielopoziomowość w dobieraniu materiału nauczania;
- stosować pomoce dydaktyczne pobudzające wiele zmysłów jednocześnie;
- doceniać ich włożony wysiłek w pracę;
- nawiązywać częsty kontakt wzrokowy;
- dobierać materiał tak, aby był ukierunkowany na zainteresowania ucznia, co ma zachęcić go do nauki;
- gromadzić materiały o tej samej tematyce w różnej skali trudności tekstów;
- udzielać wskazówek, w jaki sposób prawidłowo się uczyć, i pomagać im w uczeniu się;
- pozwalać im poprawiać prace wykonane niestarannie;
- należy chwalić uczniów, którzy udzielają dobrych odpowiedzi na zadawane pytania lub wypowiadających się poprawnie na dany temat;
- rozumieć problemy uczniów, ale jednocześnie wymagać od nich realizacji założonych celów (Dobrowolski, 2013, s. 88).

## CELE I FUNKCJE MUZYKOTERAPII DZIECI SŁABOWIDZĄCYCH

Odpowiednio dostosowane do danej grupy, zajęcia muzykoterapeutyczne należy rozpocząć od próby sposobu rekrutacji dzieci. Prawidłowo przeprowadzony proces muzykoterapeutyczny musi być poprzedzony wstępną diagnozą określającą wskazania i przeciwwskazania do stosowania muzykoterapii, jej cele i zadania, rodzaj, środki oddziaływania, okres stosowania oraz szczegółowy program do realizacji (Cylulko, 2003, s. 21). Po konsultacjach z innymi specjalistami (psychologiem, pedagogiem) muzykoterapeuta stawia własną diagnozę. Oparta jest ona na:

(...) obserwacji zachowań muzycznych i niemuzycznych pacjenta, analizie jego wytworów (dźwięku, słowa, melodii, rytmu, ruchu itp.), rozmowie (jeśli jest to możliwe), wywiadzie z rodziną lub opiekunami, analizie osobistej dokumentacji pacjenta (historię życia, choroby, kalectwa, wywiad środowiskowy, arkusze ocen szkolnych itp.) Na tej podstawie określamy możliwości pacjenta. Sprawność słuchową, głosową i psychoruchową, zdolności oraz umiejętności muzyczne. (Cylulko, 2003, s. 21)

Tyflomuzykoterapia jest jedną z form fizjoterapii i psychoterapii, ukierunkowaną na człowieka z defektem wzroku, w celu usprawnienia i kompensowania zaburzonych funkcji jego organizmu (poznawczych, orientacyjnych, lokomocyjnych, komunikacyjnych itp.) oraz przysposobienie go do życia bez wzroku lub przy jego znacznym osłabieniu (Cylulko, 1998, s. 57).

Tyflomuzykoterapia ze względu na terapeutyczne, wychowawcze, edukacyjne oddziaływanie pełni różnorodne funkcje:

- funkcja adaptacyjna (przygotowanie do życia w sytuacji ograniczonej sprawności psychofizycznej, w warunkach placówki leczniczej, wychowawczej, rehabilitacyjnej i szkolnej, a także pomoc w znalezieniu się w roli wychowanka, pacjenta, kuracjusza itp.);
- funkcja fizjoterapeutyczna (usprawnianie oraz kompensowanie utraconych sprawności psychoruchowych i ubytków somatycznych);

- funkcja psychoterapeutyczna (budzenie pozytywnego obrazu samego siebie, łagodzenie lęku i niepokoju, uczenie rozwiązywania sytuacji trudnych, autoakceptacji itp.);
- funkcja rozwojowa (wspomaganie indywidualnego rozwoju pacjenta);
- funkcja poznawczo-stymulacyjna (dostarczanie różnorodnych informacji o sobie i otaczającym świecie oraz mobilizowanie do aktywności poznawczej);
- funkcja wychowawcza (stwarzanie sytuacji wychowawczych bogatych w pozytywne wzory osobowościowe godne naśladowania);
- funkcja kreatywna (rozwijanie posiadanych potencjałów twórczych i inspirowanie do samopoznania);
- funkcja ekspresyjna (zapewnianie naturalnej potrzeby ruchu i działania);
- funkcja emocjonalna (dostarczanie przeżyć emocjonalnych o zabarwieniu dodatnim);
- funkcja estetyczna (pobudzanie oraz rozwijanie zainteresowań i zamiłowań, głównie muzycznych);
- funkcja rekreacyjno-ludyczna (w przypadku dziecka – zaspokajanie naturalnej potrzeby, jaką jest zabawa, a w sensie ogólnym – dostarczanie atrakcyjnej formy spędzania wolnego czasu i właściwej rozrywki);
- funkcja integracyjna, inaczej wspólnotowa (ułatwianie nawiązywania nowych kontaktów interpersonalnych i podtrzymywania już istniejących, integracja grupy, uczenie współdziałania w zespole rówieśników);
- funkcja readaptacyjna (przygotowanie do opuszczenia placówki szkolno-wychowawczej, rehabilitacyjnej, leczniczej, rekreacyjnej i powrotu do życia w otoczeniu rodzinnym, szkolnym itp.);
- funkcja diagnostyczna (badanie różnych aspektów rozwoju pacjenta (Cylulko, 2003, s. 16–17).

## ZASTOSOWANIE TYFLOMUZYKOTERAPII

Muzykoterapia, jako metoda wykorzystująca wieloraki wpływ muzyki na ustrój psychosomatyczny człowieka (Natanson, 1979, s. 25), stanowi niezwykle cenną metodę w pracy z dziećmi w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Jak zauważa Stachyra (2012, s. 47): „Edukacja muzyczna i muzykoterapia wykazują pewne podobieństwa, gdyż ich wspólnym źródłem jest muzyka”. Pracując jako muzykoterapeuta, należy jednak pamiętać, że mimo podobieństw te dwa ogniwa różnią się między sobą. Wyjaśniając różnicę, można za wytyczne wziąć:

(...) cel, do jakiego dąży nauczyciel muzyki i muzykoterapeuta. W edukacji muzycznej jest nim przekazanie określonego zasobu wiedzy, kształcenie słuchu wysokościowego i poczucia rytmu, nauka gry na instrumentach, tańca, etc. Muzykoterapia zaś jest wskazaniem przez wykwalifikowaną osobę użyciem muzyki w celu wywołania pozytywnych zmian w psychicznym, fizycznym, poznawczym albo społecznym funkcjonowaniu jednostki z problemami zdrowotnymi lub edukacyjnymi. (Stachyra, 2012, s. 47)

Jak zauważa Metera (2002, s. 9), muzyka „może wywoływać najgłębiej ukryte wspomnienia i skojarzenia, stymulować pracę mózgu, przyspieszać proces uczenia, może stworzyć możliwości do uzewnętrznienia siebie lub zapomnienia o doraźnych problemach oraz wspomagając metody leczenia i rehabilitacji”.

Profilaktyka i terapia muzyczna powinny zmierzać do usunięcia napięć psychicznych, zaburzeń, korelacji funkcji psychofizycznych i dostarczać korzystnych doświadczeń społecznych. Prowadzący może wybrać z szerokiego wachlarza form i technik mu-

zykoterapeutycznych: zabaw, gier, ćwiczeń relaksacyjnych, ćwiczeń usprawniających np. aparat mowy, technikę ruchu, technikę relaksacji, wizualizacji itp. Zajęcia powinny rozpoczynać się od ćwiczeń skupiających się na słuchaniu, oddychaniu, interakcjach w rodzinie i kształtowaniu wspólnego zaufania. Muzykoterapeuta proponuje odpowiedni materiał muzyczny. Właściwie dobrana muzyka dodaje energii, uczy, bawi, rozprasza stany niepokoju czy lęku i stwarza odpowiednią atmosferę odprężenia. (Kataryńczuk-Mania, 2022a, s. 83–84)

Muzyczne działania dziecka polegają na:

wyrażaniu własnych emocji, odkrywaniu zjawisk muzycznych, odgłosów, bliskiego kontaktu z instrumentami muzycznymi i eksperymentowaniu, podejmowaniu samodzielnych działań np. zabaw muzyczno-ruchowych inspirowanych muzyką, wyboru określonej aktywności muzycznej – śpiewania, zabaw głosowych, muzykowania, uważnego słuchania muzyki czy ruchowej ekspresji. Dzięki ćwiczeniom i zabawom muzyczno-ruchowym ujawniają się upodobania, nastroje dziecięce. Zadaniem nauczyciela, opiekuna jest wspieranie samodzielnych działań dziecka, budzenie zaciekawienia światem muzyki, pomaganie dziecku w dostrzeganiu problemów muzycznych, planowaniu i realizowaniu zadań artystycznych, tworzeniu okazji do wymiany informacji, współpracy w grupie, rozwijanie postawy samorealizacji, tolerancji, stymulowania i kształcenia percepcji wzrokowej, myślenia, skupienia uwagi, rozwijanie postawy twórczej. Musi on posiadać odpowiednie, specjalistyczne przygotowanie muzyczne ze względu na odpowiedzialność, jaka spoczywa na nim w dziedzinie rozwoju dzieci. (Kataryńczuk-Mania, 2022b)

[Musimy także pamiętać], że dzieci z zaburzeniem zmysłu wzroku mają utrudniony rozwój i zaspokajanie potrzeb, pomimo że w innych sferach często wykazują te same dyspozycje psychiczne i fizyczne, co zdrowe dzieci. Ograniczenie ruchu uwarunkowane deficytem wzroku powoduje brak poczucia bezpieczeństwa. Małe dzieci uczą się przez naśladowanie kinestetyczne innych osób, zaś dzieci niewidome są pozbawione tej możliwości. Wywołuje to nieporadność ruchową i tiki. Często też powoduje unikanie wysiłku fizycznego i kontaktów z widzającymi. To wszystko ogranicza nabywanie nowych doświadczeń koniecznych w prawidłowym rozwoju każdego dziecka. (Jarkowska, 2004, s. 100)

Muzykoterapia może być prowadzona w formie aktywnej (zwanej ekspresyjną) bądź receptywnej (czyli odbiorczej). Aktywna wykorzystuje przede wszystkim mowę, śpiew, ruch, grę na instrumentach, rysowanie i malowanie. Polega na wszelkiego rodzaju improwizacjach na instrumentach perkusyjnych, a także improwizacjach ruchowych i wokalnych. Pozwala na odreagowanie emocji, wyzwala ich nieskrępowany przepływ, umożliwia spontaniczne reakcje i ekspresję uczuć, których wyrażanie w sposób werbalny nierzadko może być trudne. Często głównym celem muzykoterapii aktywnej jest poprawa komunikacji w grupie. Forma aktywna, szeroko stosowana w muzykoterapii dzieci, za główny cel przyjmuje ogólną aktywizację małego człowieka. Przebiegać może w dwóch zakresach, produkcji muzycznej, czyli twórczości, oraz reprodukcji muzycznej, czyli wykonawstwa. Wykorzystuje głównie instrumenty, głos i ruch. Ważnym elementem jest tutaj improwizacja, zarówno w grze na instrumentach, jak też w ćwiczeniach głosowych i ruchowych. Zadania do wykonania na instrumencie, ruchem, głosem bądź też rysowanie lub malowanie do muzyki mają charakter spontanicznego, improwizowanego działania twórczego (Dobrowolski, 2020, s. 234).

Zajęcia, które przybierają formę muzykoterapii receptywnej, polegają na wysłuchaniu utworów muzycznych w sposób swobodny, bez sugerowania treści, bądź zadaniowy,

z ukierunkowaniem na konkretne treści skojarzeń, a następnie wypowiedzanie się na temat powstałych wyobrażeń i odczuć.

Zajęcia te pozwalają również na prowadzenie obserwacji poszczególnych członków grupy i ułatwiają diagnozowanie ich potrzeb. Muzykoterapia receptywna u dzieci polega na:

- słuchaniu piosenek śpiewanych przez terapeutę bądź dzieci,
- słuchaniu gry na instrumentach (terapeuty lub innych osób),
- słuchaniu muzyki artystycznej o charakterze ilustracyjno-programowym dostosowanej do wieku i możliwości percepcyjnych dzieci (Lewandowska, 1996, s. 53).

Jak zauważa Cylulko (2004), muzykoterapia prowadzona metodą grupową polega na pracy z kilkoma pacjentami. W zajęciach takich uczestniczą dzieci z lżejszym stopniem niepełnosprawności, sprawniejsze, zdrowsze, lepiej poruszające się w przestrzeni, bardziej samodzielne i uspołecznione. Pracujący grupowo muzykoterapeuta zobowiązany jest brać pod uwagę z jednej strony indywidualne możliwości każdego dziecka, a z drugiej realizować cele grupowe. Środkiem do ich osiągnięcia są relacje i interakcje zachodzące pomiędzy uczestnikami oraz terapeutą a grupą. Rodzące się związki emocjonalno-społeczne przyczyniają się do lepszej integracji uczestników spotkań. Terapia grupowa pozwala dziecku na przebywanie wśród rówieśników, daje możliwość aktywnego udziału w ćwiczeniach zbiorowych, dostarcza poczucia współpartnerstwa, współzawodnictwa i równouprawnienia w działaniu.

W zajęciach indywidualnych uczestniczą głównie dzieci z bardziej zaawansowaną niepełnosprawnością. Działania prowadzone w obrębie tych zajęć bazują na więzi emocjonalnej pomiędzy terapeutą a dzieckiem. Muzykoterapia indywidualna dla niektórych dzieci jest jedyną dostępną formą usprawniania, ponieważ ze względu na ciężkie schorzenia bądź deficyty rozwojowe nie mogą one uczęszczać do placówek masowych, integracyjnych lub specjalnych. Terapia indywidualna pozwala na aktywne włączenie rodziny w proces muzykoterapeutyczny. Może być prowadzona na kilka sposobów: w domu rodzinnym, w placówce (specjalnej, masowej lub integracyjnej).

Opierając się na wynikach badań prowadzonych przez Kilian i Cichocką, można powiedzieć, że:

Muzyka może również wpływać na wyrabianie u dzieci pewności koordynacji ruchów oraz udoskonalanie orientacji przestrzennej. Ruch przy muzyce może być pomocny do poprawy integracji sensorycznej poprzez aktywizację wszystkich obszarów mózgu. Jak podkreślają tyflomuzykoterapeuci, muzyka pozytywnie wpływa na ogólną aktywność ruchową, aktywność rąk, nóg i mimikę, poprzez zastosowanie następujących środków: rytmu, melodii, ruchu oraz wyobraźni. Uczestnictwo w zajęciach muzykoterapeutycznych daje okazję do korekty nieprawidłowej postawy tudzież przeciwdziałania blindyzmom. Każdy ruch, a zwłaszcza taniec, ma dobroczynny wpływ na pracę całego organizmu. Pozbycie się na poziomie psychicznym napięć i lęków prowadzi do zmniejszenia intensywności blindyzmów. Na zajęciach ze śpiewu oraz z instrumentu nauczyciele zwracają uwagę na zachowanie przez dzieci prawidłowej postawy ciała, zwłaszcza postawy wyprostowanej. Na zajęciach z emisji głosu bądź próbach zespołu wokalnego stosuje się ćwiczenia logopedyczne, co prowadzi do usprawnienia aparatu artykulacyjnego. (Kilian, Cichocka, 2012, s. 184–185)

## ZAKOŃCZENIE

Prowadzone przez autora artykułu zajęcia muzykoterapeutyczne dla dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi zawsze spotykają się z pozytywnym odbiorem ze strony uczestników. Stopień ich zaangażowania w oddziaływania terapeutyczne jest zróżnicowany,

co podyktowane jest różnymi potrzebami danych grup lub jednostek uczestniczących w zajęciach. Każda z proponowanych aktywności ośmiela dzieci i przyczynia się do wzrostu poczucia własnej wartości. Zarówno muzykoterapia receptywna, jak i aktywna bardzo dobrze wpływa na budowanie relacji pomiędzy rówieśnikami podczas seansów grupowych. To niezwykle istotny element całego procesu, ponieważ uczy współdziałania i przyczynia się do większej efektywności oddziaływań edukacyjnych. Nie można jednoznacznie stwierdzić, że każde dziecko/pacjent/klient od samego początku chętnie podejmuje się wszystkich aktywności proponowanych przez terapeutę. Bardzo duża część dzieci z niepełnosprawnościami początkowo bywa nieufna i zakłopotana. Wynika to z obawy o próby oceniania ich działań przez kogoś obcego. Choć wiek przedszkolny i czas edukacji wczesnoszkolnej to okresy dużej swobody w działaniach u dzieci, to jednak nie każdy chętnie uczestniczy we wszystkich aktywnościach. Na szczęście zmienia się to wraz z następującymi cyklicznie spotkaniami. Dzięki wielorakiej aktywności w trakcie zajęć tyflomuzykoterapeutycznych możemy dotrzeć do każdego pacjenta, co może wyróżniać ten rodzaj terapii pośród wielu innych. Muzykoterapia z uwagi na swoją złożoność wpływu na sfery funkcjonowania jednostki często jest realizowana w placówkach oświatowych w ramach zajęć rewalidacji. Stanowi ona jednocześnie jeden z elementów oddziaływań terapeutycznych przy współpracy z innymi specjalistami (terapeuci, lekarze, pedagodzy).

Z pewnością istotnym elementem przy prowadzeniu muzykoterapii jest odpowiedni dobór kadry z właściwymi kwalifikacjami. Często muzykoterapia mylona jest przez pedagogów z edukacją muzyczną. Muzykoterapeuta powinien ukończyć kierunek na uczelniach muzycznych w formie studiów pierwszego i drugiego stopnia lub studiów podyplomowych.

## BIBLIOGRAFIA

- Brzezińska, A. I. (2020). *Rozwój w okresie dzieciństwa i dorastania: środowisko rozwoju, zadania rozwojowe, nabywane kompetencje*. W: I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska, A. R. Borkowska (red.), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*. Warszawa: PWN.
- Cybulko, P. (1998). List od Pana Profesora doktora Tadeusza Natanson o muzykoterapii dzieci niepełnosprawnych wzrokowo. *Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej we Wrocławiu*, 73.
- Cybulko, P. (2003). Rola muzykoterapii w procesie usprawniania niepełnosprawnych pacjentów. *Muzykoterapia Polska*. Tom 2, 1 (5).
- Dobrowolski, T. (2013). Uczeń z problemami w uczeniu się w środowisku szkolnym. W: E. Murawska (red.), *Szkoła w dyskursie teorii i praktyki. Wybrane konteksty*. Słupsk–Poznań: Contact.
- Dobrowolski, T. (2020). Muzykoterapia szansą dla dzieci z zaburzeniami przetwarzania słuchowego (CAPD) w edukacji wczesnej. W: M. Obrycka, G. Piekarski, M. A. Sałapata (red.), *Edukacja równościowa. Tworzenie przestrzeni i warunków dla innego*. Kraków: Impuls.
- Ministerstwo Edukacji Narodowej. (2010). *Edukacja skuteczna, przyjazna i nowoczesna. Jak organizować edukację uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi? Przewodnik*. Warszawa: MEN.
- Jakubowski, S. (red.). (2001). *Poradnik dydaktyczny dla nauczycieli realizujących podstawę programową w zakresie szkoły podstawowej i gimnazjum z uczniami niewidomymi i słabo widzącymi*. Warszawa: MEN.



- Jarkowska, A. E. (2004). *Muzyka jako element wychowania w rozwoju osobowym dziecka z niepełnosprawnością*. Tychy: Maternus Media.
- Kataryńczuk-Mania, L. (2022a). Muzyka w terapii rodzinnej. *Wychowanie w Rodzinie*, 26 (1), 79–90.
- Kataryńczuk-Mania, L. (2022b). *Edukacja muzyczna dzieci z perspektywy pedagogicznej i profilaktyczno-terapeutycznej*. Kraków: Impuls.
- Kilian, M., Cichocka, M. (2012). Muzykoterapia w rewalidacji dzieci z niepełnosprawnością wzrokową na podstawie zajęć prowadzonych w Ośrodku Szkolno-Wychowawczym w Laskach. *Szkola Specjalna*, 3, 184–196.
- Lewandowska, K. (1996). *Muzykoterapia dziecięca: zbiór rozpraw z psychologii muzycznej dziecka i muzykoterapii dziecięcej*. Gdańsk: nakład autora.
- Lubowiecka, J. (2012). Aktywność dzieci w sytuacjach edukacyjnych w przedszkolu. W: M. Kowalik-Olubińska (red.), *Dzieciństwo i wczesna edukacja w dynamicznie zmieniającym się świecie*. Toruń: Adam Marszałek.
- Metera, A. (2002). *Muzykoterapia. Muzyka w medycynie i edukacji*. Leszno: Centrum technik Nauki „Metronom”.
- Stachyra, K. (2012). *Muzykoterapia a edukacja muzyczna*. W: K. Stachyra (red.), *Podstawy muzykoterapii*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Majewski, T. (2002). *Tyflopsychologia rozwojowa (Psychologia dzieci niewidomych i słabo widzących)*. Warszawa: PZN.
- Natanson, T. (1979). *Wstęp do nauki o muzykoterapii*. Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk: Ossolineum.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 roku w sprawie udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. z 2010 r. Nr 228, poz. 1487).
- Skiba, P. (2015). *Niewidomy, ociemniały, słabo widzący, tracący wzrok*, Pobrane z: <http://pzn.org.pl/niewidomy-ociemniały-slabowidzacy-tracacy-wzrok-definicje-roznice>.
- Utnik, W., Lisowska, A., Sękowska, E. (red.). (1996). *Jak pomóc dzieciom słabo widzącym? Poradnik dla rodziców, nauczycieli i studentów*. Lublin: Poli ART. Studio.

---

**Tomasz Dobrowolski (ORCID: 0000-0002-8664-5277)** – pedagog przedszkolny i wczesnoszkolny, filolog, oligofrenopedagog, tyflopädagog, surdopedagog, terapeuta spektrum autyzmu, psychoprofilaktyk stresu i muzykoterapeuta; nauczyciel edukacji i przedszkolnej; dyrektor Przedszkola Miejskiego Integrycyjnego nr 8 „Zamek Skarbów” w Słupsku, placówki, która wdraża metodę opartą na filozofii Reggio Emilia. Asystent w Zakładzie Edukacji Wczesnej i Studiów Artystyczno-Kulturowych w Instytucie Pedagogiki Akademii Pomorskiej w Słupsku. Członek Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich oraz Słupskiej Rady Edukacji, współpomysłodawca i organizator cyklicznej konferencji naukowo-metodycznej „Współczesna pedagogika wczesnoszkolna i przedszkolna”. W swoich publikacjach porusza problemy, które dotyczą zagadnień związanych z szeroko rozumianą terapią pedagogiczną, stereotypami edukacyjnymi oraz pracą nauczycieli i nauczycieli na szczeblu edukacji wczesnej.