Wpływ choreoterapii na rozwój dzieci z opóźnieniem psychoruchowym

Influence of choretherapy on the development of children with psychomotor retardation

Ewa Puszczalowska-Lizis¹, Teresa Pop¹, Ewelina Szymańska-Smołeń²

¹ Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Medyczny, Instytut Fizjoterapii

² Ośrodek Wczesnej Interwencji w Mielcu

Streszczenie

Wstęp: Dzieci z opóźnieniem psychoruchowym odznaczają się poziomem rozwoju niższym od przeciętnego, charakterystycznego dla większości populacji w danym okresie życia. Wymagają przez to specjalistycznych, skoordynowanych, interdyscyplinarnych oddziaływań rewalidacyjno-terapeutycznych. Cel pracy stanowiła ocena wpływu choreoterapii na wybrane aspekty rozwoju dzieci z opóźnieniem psychoruchowym.

Materiał i metody: Dwukrotnym badaniem w odstępie 6-miesięcznym objęto dzieci w wieku 4-6 lat, ze zdiagnozowanym opóźnieniem psychoruchowym, uczęszczające na zajęcia terapeutyczne do Ośrodka Wczesnej Interwencji w Mielcu. Narzędzie badawcze stanowiła Skala Obserwacji Zachowania Dzieci (SOZ-D) wg Bogdanowicz. Obliczono podstawowe miary statystyki opisowej. Dla wykazania, czy istnieją statystycznie istotne różnice w zakresie ocenianych sfer rozwoju psychomotorycznego pomiędzy grupą badaną (uczęszczającą w programie terapeutycznym wzbogaconym o choreoterapię) a grupą kontrolną, zastosowano test U Manna-Whitney'a. Wielkość poprawy oszacowano testem ANOVA Kruskala-Wallis.

Wyniki: Po terapii odnotowano statystycznie istotne różnice między grupą badaną a kontrolną, odnoszące się do wszystkich podskal skali SOZ-D. U dzieci objętych programem eksperymentalnym największą poprawę zaobserwowano w sferze rozwoju społecznego, emocjonalnego i ruchowego.

Wnioski: Zastosowany program terapii wpływa na stymulowanie rozwoju w sferze emocjonalnej, społecznej i ruchowej dzieci z opóźnieniem psychomotorycznym, co wskazuje na potrzebę jego upowszechniania w placówkach rewalidacyjno-wychowawczych.

Słowa kluczowe:

dziecko, rozwój psychoruchowy, wczesna interwencja, rewalidacja

e-mail: ewalizis@poczta.onet.pl

Abstract

Introduction: Children with psychomotor retardation demonstrate lower than average level of development, that is characteristic for the majority of population in a certain period of life. These children require specialised, coordinated and interdisciplinary therapeutic efforts. The aim of the present thesis was to assess the influence of choreotherapy on the development of children with psychomotor retardation.

Material and methods: The study consisted of two measurement sessions of 4-6 years old children attending for therapeutic activities to the Early Intervention Centre in Mielec. The research tool was the Bogdanowicz Behaviour Observation Scale (SOZ-D). Basic descriptive statistics were calculated in the analysis. The Mann-Whitney U test was used to assess differences in psychomotor development between the examined group (participating in the therapeutic program which included choreotherapy) and the control group. The rate of improvement was tested by means of the ANOVA Kruskal-Wallis test.

Results: There were statistically significant differences between both the examined and the control group in all subscales of the SOZ-D scale. At children participating in the experimental program the greatest improvement was noticed in emotional, social and physical spheres of development.

Conclusions: The applied therapeutic program had a beneficial effect on stimulating the development of emotional, social and physical spheres of children with psychomotor retardation. The present thesis demonstrates the usefulness of this program, and consequently implies the need of propagating the therapy in other educational and care centres for children.

Key words: child, psychomotor retardation, early intervention, revalidation

Wstęp

Pojęcie rozwoju psychoruchowego wywodzi się z języka greckiego (psyche – z gr. podmuch, dusza, motorike – z gr. sprawność ruchowa). Jego naturalny i prawidłowy przebieg u małego dziecka ma wpływ na kolejne etapy dojrzewania, a także funkcjonowanie w dorosłym życiu [1]. Płynie, bezkonfliktowo rozwijające się dzieci, wychowywane we współmiernych warunkach społeczno-kulturowych, odznaczają się osiągnięciami rozwojowymi charakterystycznymi dla danego okresu ontogenezy. Na podstawie obserwacji ich reakcji, sposobu zabawy, wykonywania pewnych czynności wypowiedzania się, można w przybliżeniu oszacować wiek. Jednak nie wszystkie dzieci rozwijają się tak samo harmonijnie i w równym tempie. U niektórych w dojrzewaniu psychoruchowym można dostrzec pewne opóźnienia, mające różną etiologię. Opóźnienia te mogą powstawać w wyniku nieprawidłowego procesu wychowawczego, w tym na skutek braku czynników stymulujących rozwój. Mogą być również skutkiem uszkodzeń organicznych lub czynnościowych, zakłóceń pracy układu nerwowego [1]. Objawy zaburzeń rozwoju psychoruchowego obejmują wiele płaszczyzn. W sferze poznawczej występują trudności w uczeniu się nowych zadań, słabsze rozumienie i zainteresowanie komunikacją, ograniczona świadomość własnego ciała i przestrzeni. W sferze emocjonalno-motywacyjnej stwierdza się chwiejność nastroju, słabszą ekspresję emocji,

zdolność relaksowania się. W sferze społecznej obserwuje się problemy z funkcjonowaniem w grupie, nawiązywaniem kontaktu z rówieśnikami. Dziecko nie jest w stanie podporządkować się wymaganiom, brak mu pewności siebie. Występują problemy z koncentracją uwagi, trudności w wyrażaniu emocji, lęk przed dotykiem i kontaktem z innymi osobami. W sferze motorycznej obserwuje się obniżenie sprawności ogólnej, zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej i równowagi, słabszą kontrolę ruchów, mniejszą samodzielność w wykonywaniu zadań ruchowych i w następstwie obniżenie poziomu aktywności fizycznej. W takich przypadkach należy mieć na uwadze terapię obejmującą dziecko kompleksowo, a nie tylko w wybranej sferze motoryki czy psychiki. Bowiem ruch jest ściśle powiązany z całokształtem funkcji poznawczych i emocjonalnych [1]. Uzupełnieniem kompleksowej terapii dzieci z opóźnieniem psychoruchowym jest choreoterapia. Termin choreoterapia wywodzi się z języka greckiego od słów *choreia* – taniec i *therapeia* – leczenie, terapia. Jest jedną z technik arteterapii, wykorzystującą taniec jako główny element terapeutyczny. Zbigniew Hora, jedna z pierwszych osób w Polsce zajmujących się tą dziedziną definiuje choreoterapię, jako szczególną odmianę kinezyterapii, traktując taniec jako główny element terapeutyczny [2,3].

Celem pracy była ocena wpływu choreoterapii na wybrane aspekty rozwoju dzieci z opóźnieniem psychoruchowym.

Pytania badawcze:

1. Czy 6-miesięczna terapia tańcem ma wpływ na rozwój poznawczy, emocjonalny, społeczny i motoryczny dzieci z opóźnieniem psychoruchowym?
2. Czy choreoterapia może stanowić uzupełnienie kompleksowej rehabilitacji dzieci z opóźnionym rozwojem psychoruchowym?

Material i metody

Badaniami wykonanymi w Ośrodku Wczesnej Interwencji w Mielcu objęto 37 dzieci z opóźnieniem psychoruchowym na skutek mikrodeficytów rozwojowych. W sposób losowy wyodrębniono grupę badaną i kontrolną. Grupę badaną stanowiło 20 dzieci (3 dziewczęta i 17 chłopców) w wieku 4-6 lat, które uczestniczyły w 6-miesięcznym programie eksperymentalnym, obejmującym: choreoterapię, terapię psychologiczną, terapię logopedyczną, terapię pedagogiczną, fizjoterapię i terapię zajęciową. Grupę kontrolną tworzyło 17 dzieci (6 dziewcząt i 11 chłopców) w wieku 4-6 lat, które były objęte programem zawierającym te same rodzaje terapii, za wyjątkiem zajęć choreoterapeutycznych.

Zajęcia choreoterapii odbywały się w sali gimnastycznej, raz w tygodniu, w wymiarze 45 minut. Obejmowały: wspólne powitanie w pozycji siedzącej na obwodzie koła, ćwiczenia oddechowe dostrajające oddech do metrum słuchanego utworu, np. „Poranek” Edwarda Griega, rozgrzewkę w rytm utworu „Rozruszajmy ręce”, a następnie powitanie w tańcu. Dla uatrakcyjnienia zajęć stosowano bibułowe opaski, chusty, szarfy, gazety, balony, woreczki, itp. W toku zajęć wykorzystywano improwizacje taneczno-ruchowe w rytm muzyki klasycznej, bez słów, np. la Basque, a następnie ćwiczenia muzyczno-ruchowe z wykorzystaniem instrumentów perkusyjnych - w celu zrytmizowania oraz zintegrowania grupy podczas wspólnego zadania.

Pozostałe składowe programu terapeutycznego były realizowane raz w tygodniu a czas trwania poszczególnych zajęć wynosił 30 minut. Zajęcia były prowadzone przez specjalistów posiadających odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie w pracy z dziećmi o zaburzonym rozwoju.

Badania przeprowadzono dwukrotnie: w pierwszym dniu (badanie I) i w ostatnim dniu (badanie II) realizacji programu terapeutycznego. Dyrekcja Ośrodka Wczesnej Interwencji, jak również rodzice dzieci wyrazili pisemną zgodę na badania.

Narzędziem badawczym była Skala Obserwacji Zachowań Dzieci (SOZ-D) według Bogdanowicz [4], na podstawie której oceniano rozwój poznawczy, emocjonalny, społeczny i ruchowy dzieci.

W celu charakterystyki zebranego materiału obliczono podstawowe miary statystyki opisowej: średnie statystyczne ($\bar{X}$), odchylenia standardowe (s), mediany (Me), podano wartości maksymalne (Max) i minimalne (Min). Ocenę

zgodności rozkładów badanych zmiennych z rozkładem normalnym dokonano za pomocą testu Shapiro-Wilka, do oceny jednorodności wariancji użyto testu Levene’a. Dla wykazania, czy istnieją statystycznie istotne różnice w zakresie ocenianych sfer rozwoju psychomotorycznego pomiędzy grupą badaną a grupą kontrolną, zastosowano nieparametryczny test U Manna-Whitney’a. Wielkość poprawy dotyczącej poszczególnych aspektów rozwoju psychomotorycznego oceniono testem ANOVA Kruskala-Wallisa. Po stwierdzeniu statystycznie istotnych różnic wykonano test porównań wielokrotnych post-hoc. Analizę statystyczną przeprowadzono w programie Statistica 10.0.

Wyniki

Dane zawarte w tab. 1 wskazują, że w badaniu I pod względem rozwoju grupy: badana i kontrolna były podobne do siebie. Statystycznie istotne różnice stwierdzono jedynie w przypadku niektórych aspektów, dotyczących rozwoju: poznawczego ($p=0,0431^*$) i emocjonalnego ($p=0,0086^{**}$).

W badaniu II stwierdzono statystycznie istotne międzygrupowe różnice, które dotyczyły wszystkich podskal analizowanych sfer rozwoju (tab. 2).

Dane zawarte w tab. 1-3 wskazują, że po 6-miesięcznej terapii w sferze poznawczej u dzieci z grupy badanej nastąpił wzrost wartości punktowych od $2,45 \pm 0,44$ punktu do $3,78 \pm 0,39$ punktu, a więc średnio o $1,33 \pm 0,22$ punktu, czyli o około 54,3% względem wartości początkowej. W grupie kontrolnej po terapii nastąpiła zmiana od $2,52 \pm 0,35$ punktu do $2,79 \pm 0,34$ punktu, a więc średnio o $0,27 \pm 0,06$ punktu, co oznaczało poprawę o około 10,7% względem wartości początkowej. Test U Manna-Whitney’a wykazał statystycznie istotne międzygrupowe różnice w wielkości poprawy ($p=0,0000^{***}$). W sferze emocjonalnej u dzieci z grupy badanej nastąpił wzrost średnich wartości punktowych od $2,23 \pm 0,46$ punktu do $3,69 \pm 0,41$ punktu, a więc średnio o $1,46 \pm 0,24$ punktu, czyli o około 65,5% względem wartości początkowej. W grupie kontrolnej poprawa była mniejsza (od $2,31 \pm 0,29$ punktu do $2,53 \pm 0,30$ punktu) i średnio wyniosła $0,22 \pm 0,08$ punktu, czyli około 9,5% względem wartości początkowej. Stwierdzono statystycznie istotne międzygrupowe różnice w wielkości poprawy ($p=0,0000^{***}$). Wartości punktowe określające rozwój społeczny w grupie badanej uległy zwiększeniu od $2,48 \pm 0,33$ punktu do $4,05 \pm 0,30$ punktu, a więc średnio o $1,57 \pm 0,20$ punktu, czyli o około 63,3% względem wartości początkowej. Poprawa w grupie kontrolnej była mniejsza (od $2,58 \pm 0,30$ punktu do $2,84 \pm 0,27$ punktu) i średnio wyniosła $0,26 \pm 0,10$ punktu, czyli około 10,1% względem wartości początkowej. Odnotowano statystycznie istotne międzygrupowe różnice w wielkości poprawy ($p=0,0000^{***}$). W sferze ruchowej, w przypadku dzieci z grupy badanej wartości punktowe uległy

zwiększeniu od $2,38 \pm 0,30$ punktu do $3,94 \pm 0,24$ punktu, a więc o około $1,56 \pm 0,19$ punktu, czyli o około 65,5% względem wartości początkowej. Poprawa w grupie kontrolnej była mniejsza (od $2,46 \pm 0,29$ punktu do $2,66 \pm 0,28$ punktu) i średnio wyniosła $0,20 \pm 0,04$ punktu, czyli około 8,1% względem wartości początkowej. Stwierdzono statystycznie istotne różnice między grupą badaną a kontrolną w wielkości poprawy: $p=0,0000^{***}$ (tab. 1-3).

W przypadku dzieci z grupy badanej największa poprawa dotyczyła rozwoju społecznego, następnie ruchowego i emocjonalnego. Najmniejszą poprawę odnotowano w przypadku rozwoju poznawczego. Stwierdzono statystycznie istotne różnice w wielkości poprawy dotyczącej poszczególnych sfer rozwoju psychoruchowego ($p=0,0032^{**}$). Test porów-

nań wielokrotnych post-hoc wykazał największe różnice w poprawie uzyskanej w sferze rozwoju poznawczego i społecznego ($p=0,0068^{**}$) oraz między poprawą w sferze poznawczej a ruchowej: $p=0,0100^{*}$ (tab. 4).

U dzieci z grupy kontrolnej największa poprawa pod wpływem terapii dotyczyła sfery poznawczej, nieco mniejsza rozwoju społecznego, a następnie rozwoju emocjonalnego i ruchowego. Stwierdzono statystycznie istotne różnice w wielkości poprawy odnoszącej się do poszczególnych sfer rozwoju psychoruchowego ($p=0,0020^{**}$). Test porównań wielokrotnych post-hoc wykazał największe różnice w poprawie uzyskanej w sferze rozwoju poznawczego i ruchowego ($p=0,0217^{*}$) oraz między poprawą w sferze ruchowej i społecznej: $p=0,0202^{*}$ (tab. 5).

Tab. 1. Porównanie rozwoju psychomotorycznego pomiędzy grupą badaną i grupą kontrolną w badaniu I

Tab. 1. Comparison of psychomotor development between examination group and control group in exam I

Oceniany aspekt rozwoju psychomotorycznego	Grupa badana			Grupa kontrolna			Test U-Manna Whitney'a	
	$\bar{X}$	s	Me	$\bar{X}$	s	Me	Z	p
Rozwój poznawczy								
Zdolność koncentrowania uwagi	2,60	0,50	3,00	2,88	0,49	3,00	-1,62	0,1042
Rozumienie komunikatów i zainteresowanie komunikacją	2,70	0,47	3,00	3,00	0,35	3,00	-2,02	0,0431*
Świadomość własnego ciała i przestrzeni	2,60	0,50	3,00	2,35	0,49	2,00	1,46	0,1442
Uczenie się wykonywania nowych zadań	2,55	0,51	3,00	2,59	0,51	3,00	-0,21	0,8313
Postawa twórcza (kreatywność)	1,80	0,62	2,00	1,76	0,56	2,00	0,12	0,9009
Rozwój poznawczy - ogółem	2,45	0,44	2,60	2,52	0,35	2,60	-0,11	0,9136
Rozwój emocjonalny								
Nastroj	2,15	0,88	2,00	2,53	0,62	3,00	-1,29	0,1984
Ekspresja emocji	2,05	0,51	2,00	2,24	0,56	2,00	-1,05	0,2959
Zdolność relaksowania się	2,30	0,66	2,00	1,76	0,44	2,00	2,63	0,0086**
Reakcja na kontakt fizyczny i pieszczoty	2,30	0,47	2,00	2,59	0,51	3,00	-1,72	0,0851
Reakcja na trudne ćwiczenia i niepowodzenia	2,35	0,49	2,00	3,63	0,32	3,50	-0,36	0,7169
Rozwój emocjonalny - ogółem	2,23	0,46	2,40	2,31	0,29	2,20	-0,32	0,7455
Rozwój społeczny								
Stosunek do zajęć	2,70	0,47	3,00	2,82	0,39	3,00	-0,84	0,4007
Stosunek do zadań	2,55	0,51	3,00	2,76	0,44	3,00	-1,33	0,1847
Stosunek do partnera w parze	2,10	0,31	2,00	2,29	0,47	2,00	-1,46	0,1444
Stosunek do innego dziecka	2,35	0,49	2,00	2,35	0,49	2,00	0,00	1,0000
Stosunek do grupy i zadań grupowych	2,70	0,47	3,00	2,71	0,47	3,00	-0,02	0,9846
Rozwój społeczny - ogółem	2,48	0,33	2,60	2,58	0,30	2,60	-0,63	0,5312
Rozwój ruchowy								
Poziom aktywności fizycznej	2,35	0,49	2,00	2,41	0,51	2,00	-0,36	0,7169
Sprawność motoryczna	2,15	0,37	2,00	2,24	0,44	2,00	-0,63	0,5295
Samodzielność w wykonywaniu zadań ruchowych	2,75	0,44	3,00	2,88	0,33	3,00	-0,99	0,3232
Kontrola ruchów i dostosowanie ich do zadania	2,10	0,55	2,00	2,41	0,51	2,00	-1,66	0,0977
Dostosowanie ruchów we współpracy z partnerem	2,55	0,51	3,00	2,35	0,61	2,00	0,95	0,3396
Rozwój ruchowy - ogółem	2,38	0,30	2,40	2,46	0,29	2,40	-0,72	0,4733

Tab. 2. Porównanie rozwoju psychomotorycznego pomiędzy grupą badaną i grupą kontrolną w badaniu II

Tab. 2. Comparison of psychomotor development between examination group and control group in exam II

Oceniany aspekt rozwoju psycho- motorycznego	Grupa badana			Grupa kontrolna			Test U-Manna Whitney'a	
	$\bar{X}$	s	Me	$\bar{X}$	s	Me	Z	p
Rozwój poznawczy								
Zdolność koncentrowania uwagi	3,95	0,56	4,00	3,35	0,52	3,50	2,98	0,0044**
Rozumienie komunikatów i zainteresowanie komunikacją	3,92	0,41	4,00	3,47	0,41	3,50	3,31	0,0009***
Świadomość własnego ciała i przestrzeni	3,88	0,48	4,00	2,35	0,49	2,00	5,05	0,0000***
Uczenie się wykonywania nowych zadań	3,77	0,41	4,00	2,088	0,52	3,00	4,31	0,0000***
Postawa twórcza (kreatywność)	3,35	0,52	3,50	1,82	0,53	2,00	5,16	0,0000***
Rozwój poznawczy - ogółem	3,78	0,39	3,90	2,79	0,34	2,80	4,81	0,0000***
Rozwój emocjonalny								
Nastroj	3,88	0,72	4,00	3,06	0,53	3,50	3,00	0,0027**
Ekspresja emocji	3,77	0,30	4,00	2,38	0,55	2,00	5,11	0,0000***
Zdolność relaksowania się	3,63	0,60	4,00	1,76	0,44	2,00	5,17	0,0000***
Reakcja na kontakt fizyczny i pieszczoty	3,65	0,43	4,00	2,59	0,51	3,00	4,64	0,0000***
Reakcja na trudne ćwiczenia i niepowodzenia	3,63	0,32	3,50	2,79	0,53	2,50	4,17	0,0000***
Rozwój emocjonalny - ogółem	3,69	0,41	3,80	2,53	0,30	2,40	5,00	0,0000***
Rozwój społeczny								
Stosunek do zajęć	4,47	0,53	4,50	3,29	0,40	3,50	4,98	0,0000***
Stosunek do zadań	3,98	0,41	4,00	3,21	0,44	3,50	4,27	0,0000***
Stosunek do partnera w parze	3,73	0,34	4,00	2,32	0,47	2,00	5,19	0,0000***
Stosunek do innego dziecka	3,95	0,32	4,00	2,35	0,49	2,00	5,35	0,0000***
Stosunek do grupy i zadań grupowych	4,10	0,31	4,00	3,03	0,48	3,00	5,10	0,0000***
Rozwój społeczny - ogółem	4,05	0,30	4,10	2,84	0,27	2,90	5,18	0,0000***
Rozwój ruchowy								
Poziom aktywności fizycznej	4,13	0,32	4,00	2,94	0,50	2,50	5,27	0,0000***
Sprawność motoryczna	4,00	0,28	4,00	2,26	0,44	2,00	5,42	0,0000***
Samodzielność w wykonywaniu zadań ruchowych	3,85	0,33	4,00	3,24	0,36	3,50	4,27	0,0000***
Kontrola ruchów i dostosowanie ich do zadania	3,58	0,34	3,50	2,50	0,53	2,50	4,78	0,0000***
Dostosowanie ruchów we współpracy z partnerem	4,10	0,38	4,00	2,35	0,61	2,00	5,28	0,0000***
Rozwój ruchowy - ogółem	3,94	0,24	3,95	2,66	0,28	2,60	5,18	0,0000***

Tab. 3. Porównanie wielkości poprawy w poszczególnych sferach rozwoju u dzieci z grupy badanej i kontrolnej

Tab. 3. Comparison of the improvement in individual areas of development in children from the test group and control group

Sfera rozwoju	Grupa badana					Grupa kontrolna					Test U Manna-Whitney'a	
	$\bar{X}$	s	Max	Min	Me	$\bar{X}$	s	Max	Min	Me	Z	p
Rozwój poznawczy	1,33	0,22	1,80	1,10	1,20	0,27	0,06	0,40	0,20	0,30	5,18	0,0000***
Rozwój emocjonalny	1,46	0,24	1,80	1,00	1,50	0,22	0,08	0,50	0,10	0,20	5,19	0,0000***
Rozwój społeczny	1,57	0,20	1,90	1,30	1,50	0,26	0,10	0,50	0,00	0,30	5,19	0,0000***
Rozwój ruchowy	1,56	0,19	1,90	1,20	1,60	2,66	0,28	3,20	2,30	2,60	5,21	0,0000***

*** p<0,001

Tab. 4. Porównanie średnich wartości poprawy w odniesieniu do poszczególnych sfer rozwoju psychomotorycznego u dzieci z grupy badanej

Tab. 4. Comparison of mean values of improvement in relation to individual areas of psychomotor development in children in the test group

Sfera rozwoju	$\bar{X}$	s	Test ANOVA Kruskala-Wallisa	
Rozwój poznawczy	1,33	0,22	H= 13,80 p=0,0032**	
Rozwój emocjonalny	1,46	0,24		
Rozwój społeczny	1,57	0,20		
Rozwój ruchowy	1,56	0,19		
post-hoc				
Sfera rozwoju	Rozwój poznawczy	Rozwój emocjonalny	Rozwój społeczny	Rozwój ruchowy
Rozwój poznawczy	-	0,3224	0,0068**	0,0100*
Rozwój emocjonalny	0,3224	-	1,0000	1,0000
Rozwój społeczny	0,0068**	1,0000	-	1,0000
Rozwój ruchowy	0,0100*	1,0000	1,0000	-

* p<0,05, ** p<0,01

Tab. 5. Porównanie średnich wartości poprawy w odniesieniu do poszczególnych sfer rozwoju psychomotorycznego u dzieci z grupy kontrolnej

Tab. 5. Comparison of mean values of improvement in relation to individual areas of psychomotor development in children in the control group

Sfera rozwoju	$\bar{X}$	s	Test ANOVA Kruskala-Wallis	
Rozwój poznawczy	0,27	0,06	H= 14,84 p=0,0020**	
Rozwój emocjonalny	0,22	0,08		
Rozwój społeczny	0,26	0,10		
Rozwój ruchowy	0,20	0,04		
post-hoc				
Sfera rozwoju	Rozwój poznawczy	Rozwój emocjonalny	Rozwój społeczny	Rozwój ruchowy
Rozwój poznawczy	-	0,1292	1,0000	0,0217*
Rozwój emocjonalny	0,1292	-	0,1220	1,0000
Rozwój społeczny	1,0000	0,1220	-	0,0202*
Rozwój ruchowy	0,0217*	1,0000	0,0202*	-

* p<0,05, ** p<0,01

Dyskusja

W literaturze znane są opracowania, których autorzy dokonywali analizy wpływu choreoterapii na rozwój dzieci i młodzieży oraz poprawę funkcjonowania osób dotkniętych różnymi zaburzeniami. Tomala [5] uważa, że muzyka i taniec korzystnie wpływają na rozwój dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. W okresie dzieciństwa następuje formowanie się osobowości, postaw życiowych, relacji międzyludzkich, nawiązanie współpracy grupowej, a tym samym kompetencji społecznych niezbędnych w dalszym życiu. Jakubik-Hajdukiewicz [6] podkreśla, że ruch jest narzędziem bezpośredniej komunikacji z pacjentem, sprzyja zaspokajaniu ludzkich potrzeb. Odpowiednio dobrana muzyka i jej rytm nadają strukturę, wzmacniają percepcję przestrzeni, stwarzając poczucie bezpieczeństwa. Dlatego tę formę należy stosować zwłaszcza na początkowym etapie terapii. Ćwi-

czący ma możliwość zwrócenia uwagi na ciało i indywidualny wzorzec ruchu a z czasem zaczyna koncentrować się na rytmie oddechu, rozpoznaje własne preferencje motoryczne, potrafi oczekiwać na impuls do ruchu [7]. Koziello [8] twierdzi, że muzyka wpływa na taniec, a taniec na osobę tańczącą, która nie tylko porusza swym ciałem, ale uruchamia procesy wewnętrzne utożsamiane z psychiką, osobowością. Zdaniem Sienkiewicz-Wilowskiej [9] taniec jest formą komunikacji niewerbalnej. Dzięki sytuacjom społecznym zachodzącym podczas zajęć dzieci nabywają nowych zdolności porozumiewania się, stosownego zachowania w grupie. Autorka podkreśla, że dzieci często mają trudności z nazywaniem swojego stanu bądź nie chcą się do niego przyznać przed samym sobą i innymi. Włączenie zajęć przy muzyce w proces terapeutyczny pozwala wyrazić własne emocje poprzez ruch. Osoby zamknięte w sobie, o niskim poczuciu własnej wartości łatwiej otwierają się i pokonują nieśmiałość. Taniec

i muzyka pomagają im otworzyć wnętrze, pozwalają przeżywać i odkrywać własne uczucia i emocje, powodują rozładowanie zablokowanych emocji, uwalniają od napięć, pozwalają osiągnąć harmonię ciała i umysłu. Rayska [10] uważa, że terapia tańcem pomaga pominąć bariery w komunikacji werbalnej z dziećmi i młodzieżą z niepełnosprawnością intelektualną. Badania Erfer i Ziv [11] wykazały, że dzieci wieku 5-8 lat z upośledzeniem umysłowym poprzez uczestnictwo w choreoterapii nabywają zdolności działania zespołowego. Autorki obserwowały znaczną poprawę w sferze rozwoju emocjonalnego: dzieci stawały się mniej impulsywne i bardziej odporne na frustrację. Również Orchel [12] twierdzi, że choreoterapia daje możliwość docierania do problemów emocjonalnych dziecka. Taniec pozwala zniwelować zaniedbania wychowawcze. April [13] podkreśla skuteczność terapii tańcem dzieci maltretowanych. Zdaniem autorki choreoterapia pełni w tym przypadku funkcję regulacji emocjonalnej. Umożliwia poprawę, jak również zwiększa szansę na wyrównanie rozwoju psychoruchowego. Pozwala odzyskać pewność siebie, chęć kontaktów z otoczeniem. Welhan [14] obserwował, że poprzez terapię tańcem dziecko wyzbywa się kompleksów i zahamowań. W sferze psychicznej choreoterapia pozwala wypracować cechy niezbędne w życiu dorosłego człowieka, jak: równowaga emocjonalna, odporność na stres, umiejętność psychicznej adaptacji do zmieniających się warunków. Duberg [15] akcentuje pozytywne znaczenie 8-miesięcznej terapii tańcem w niwelowaniu objawów depresji, stałego niepokoju, dolegliwości bólowych głowy, karku, pleców i ramion u dziewcząt w wieku 13-18 lat. Terapia wpłynęła na wzrost poczucia własnej wartości, pomogła pokonać trudności i bariery psychiczne, dała możliwość odreagowania napięć, a tym samym wyzbycia się przykrych objawów somatycznych. Kontakt z muzyką wywołuje doznania emocjonalne, którym towarzyszą przemiany fizjologiczne [16]. Taniec synchronizuje aktywność motoryczną z wewnętrznym rytmem, wyrównuje akcję serca, oddech, prowadząc do stanu fizjologicznej harmonii organizmu [17]. Badania Browna i Parsons'a [18] wykazały korzystny wpływ tańca na pracę mózgu. Taniec stymuluje zmusza do operacji mózgowych w obrębie układu czuciowo-ruchowego, związanego z orientacją przestrzenną, planowaniem motorycznym, równowagą. W czasie tańca przy muzyce przednia część mózgu oraz odpowiedzialne za koordynację ruchów ośrodki podkorowe mózgu są bardziej aktywne. Hackney i Earhart [19] odkryli, że tango usprawnia motorycznie pacjentów z chorobą Parkinsona. Cykl 20 zajęć polegających na tańczeniu tanga wpłynął na spadek częstości tzw. „zastygnięć”, będących charakterystycznym objawem choroby Parkinsona. Porównanie z grupą kontrolną osób poddanych ćwiczeniom gimnastycznym wykazało lepszą równowagę i lepsze wyniki w teście „Wstań i idź”. Autorzy podkreślają, że mózg osób tańczących sprawniej uczy się odświeżania wiadomości przechodzących z mięśni i stawów.

Zdaniem Orchela [12] dziecko doświadczając natury przez ciało, bez stresu usprawnia swoją motorykę, a zara-

zem uczy się tego, co harmonijne i piękne, odczuwa wewnętrzną motywację bez potrzeby zewnętrznej nagrody. Wpływa to na poprawę samooceny, jak również oceny otaczającej rzeczywistości. Dziecko uczy się pozytywnego postrzegania i nieagresywnego działania. Kronenberger [20] podkreśla, że w odniesieniu do tańca istnieje korelacja między elementami sprawności fizycznej, koordynacji wzrokowo-ruchowej, a także niektórymi właściwościami stanu psychicznego. Welhan [14] dowodzi, że podczas zajęć choreoterapeutycznych ruchy dzieci stają się bardziej płynne i harmonijne. Ćwiczący lepiej zapamiętują nowe zadania ruchowe, kombinacje ruchów, co ułatwia rozwój i doskonalenie inwencji twórczej. Pelc i Dubaj [21] wnioskują, że 4-tygodniowa terapia tańcem ma korzystny wpływ na równowagę statyczną i dynamiczną dzieci niedosłyszących i niesłyszących w wieku 13-15 lat. Badania Nowaka [22] wykazały, że ćwiczenia muzyczno-ruchowe wykorzystywane w rehabilitacji dzieci niewidomych doskonały ich umiejętności samoobsługowe, autoorientację i orientację w przestrzeni, a także kształtują wyobraźnię przestrzennie-ruchową, poprawiają koordynację wzrokowo-ruchową, działają relaksująco, umożliwiają nawiązywanie kontaktów interpersonalnych. Zdaniem Janiszewskiego [23] choreoterapia stanowi dobrą formę ćwiczeń dynamicznych, koordynacyjnych oraz szybkościowych rąk. Ułatwia wyćwiczenie wybranych cech motorycznych u dzieci niewidomych. Z kolei poprzez oddziaływanie na sferę emocjonalną znosi lęk pacjentów oraz opory przed wykonywaniem ćwiczeń.

Podsumowując badania własne należy stwierdzić, 6-miesięczny program eksperymentalny, uwzględniający terapię tańcem ma korzystny wpływ na stymulowanie rozwoju dzieci z opóźnieniem psychoruchowym. Najbardziej pozytywne efekty terapeutyczne zarejestrowano w sferze społecznej, emocjonalnej i ruchowej badanych. Dzieci, które początkowo były obojętne, lub wręcz odporne na udział w choreoterapii, z czasem zaczęły aktywnie uczestniczyć, a niektóre wręcz dopominały się o uczestnictwo w tej formie zajęć. Taniec pozwolił nie tylko na nawiązanie kontaktu pomiędzy dzieckiem, a terapeutą, ale także nawiązanie i stopniowe wzmacnianie więzi w grupie. Wśród dzieci uczestniczących w choreoterapii wytworzyła się szczególna więź społeczna. Zaobserwowano pozytywne relacje dzieci z innymi uczestnikami, w tym między partnerami w parze, co wskazuje na integracyjny charakter terapii tańcem. Dawało się zauważyć coraz większe zainteresowanie tańcem, które tak naprawdę wynika z głęboko zakorzenionych potrzeb młodego organizmu: ruchu i zabawy. Wykorzystując tę naturalną formę ruchu w sposób znacznie ciekawszy w stosunku do tradycyjnych form terapii można stymulować rozwój psychomotoryczny. Taniec okazał się dobrym środkiem na poprawę samopoczucia dzieci. W efekcie uczęszczania na choreoterapię obserwowano poprawę w sferze emocjonalnej: u dzieci zaczął przeważać pogodny nastrój, odpowiedni do danej sytuacji. Terapia ta przyczyniła się do uwolnienia stłumio-

nych emocji u dzieci wstydlivych, zamkniętych w sobie oraz tych z różnego rodzaju zahamowaniami. Nawet u najbardziej nieśmiałych można było dostrzec delikatny uśmiech. Natomiast wśród dzieci, u których przeważała nadmierna pobudliwość, euforia, skłonność do agresji, terapia tańcem pozwoliła rozładować nadmiar energii. Systematyczne uczestnictwo w zajęciach choreoterapeutycznych powodowało coraz większą swobodę ruchów, dzieci nabierały poczucia bezpieczeństwa, pewności siebie, własnej wartości, stawały się mniej lękliwe. Stopniowo przezwyciężały bariery związane z wyrażaniem emocji i komunikacją werbalną. Obserwowano również coraz większą zdolność relaksowania się. Pod koniec programu terapeutycznego nie były to już tylko krótkotrwałe stany odprężenia. Maluchy potrafiły łatwo rozluźnić się i utrzymać ten stan przez dłuższy czas. Dawała się także zauważyć przyjemność czerpana z metod relaksacyjnych. Ewolucje taneczne związane z różnorodnością kombinacji korzystnie oddziaływały na ogólną sprawność motoryczną dzieci z opóźnionym rozwojem psychoruchowym. Terapia tańcem przyczyniła się do poprawy takich cech jak: gibkość, szybkość, zwinność. Korzystne zmiany dotyczyły koordynacji wzrokowo-ruchowej i praktyki. Maluchy skutecznie zaczęły kontrolować swoje ruchy i potrafiły je dostosować do zadania oraz do ruchów partnera w parze. Obserwacje własne pozwalają twierdzić, że choreoterapia stwarzając warunki polisensorycznej aktywizacji, ma wielopłaszczyznowe oddziaływanie. Może być wykorzystywana w pracy z osobami z zaburzeniami psychoruchowymi zarówno w aspekcie klinicznym, jak i rekreacyjnym. Ten rodzaj terapii powinien być włączany w kompleksowy program usprawniania realizowany przez placówki o charakterze rewalidacyjno-wychowawczym.

Wnioski

1. Terapia tańcem ma wpływ na stymulowanie rozwoju społecznego, emocjonalnego i motorycznego dzieci z opóźnieniem psychoruchowym.
2. Z uwagi na korzystne, dotyczące kilku płaszczyzn rozwojowych zmiany pod wpływem zajęć, choreoterapia może stanowić cenne uzupełnienie kompleksowej rehabilitacji dzieci z opóźnieniem psychoruchowym, co wskazuje na potrzebę upowszechniania tego rodzaju terapii w placówkach rewalidacyjno-wychowawczych.

Piśmiennictwo

1. Bogdanowicz M. Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym. Warszawa: WSiP; 2003.
2. Kozłowska J. Choreoterapia w rehabilitacji niepełnosprawnych dzieci, młodzieży i dorosłych. Rehab Med 2002; 6(2):91-4.
3. Kuźmińska O. Taniec w teorii i praktyce. Poznań: AWF; 2002.
4. Bogdanowicz M. Skale Obserwacji Zachowania Dzieci i Rodziców uczestniczących w zajęciach Ruchu Rozwijającego. Gdańsk: Harmonia; 2006.
5. Tomala W. Choreoterapia i muzykoterapia, czyli zastosowanie leczniczych właściwości muzyki i tańca, jako metod oddziaływania terapeutycznego - wybrane aspekty. Praca magisterska. Katowice: UŚ; 2011.
6. Jakubik-Hajdukiewicz J. Twórcze działania dla dzieci z wykorzystaniem terapii tańcem, jogi i kreatywnego pisania. Poznań: Garmond; 2005.
7. Pędzich Z. Psychoterapia tańcem i ruchem. Terapia indywidualna i grupowa. Sopot: GWP; 2014.
8. Koziello D. Taniec i psychoterapia. Poznań: KMK Promotions; 2002.
9. Sienkiewicz-Wilowska JA. Taniec i choreoterapia we wspieraniu rozwoju dziecka. Wych Przedsz 2014;9:36-40.
10. Rayska A. Poruszenie. Praca metodą psychoterapii tańcem i ruchem z młodzieżą w szkole integracyjnej. W: Pędzich Z, red. Psychoterapia tańcem i ruchem. Terapia indywidualna i grupowa. Sopot: GWP, Sopot; 2013. s. 47-55.
11. Erfer T., Ziv A. Moving toward cohesion: Group dance/movement therapy with children in psychiatry. Art. Psychother 2006;33(3):238-46.
12. Orchel M. Odkrywanie siebie w tańcu: improwizacja i tańca i symbolika ciała - metoda Detlefa Kapperta: Wych Muz Szkol 2009;4:23-6.
13. April B. A Dance/Movement Therapy Approach to Supporting Emotion Regulation in Maltreated Children. Am J Dance Ther 2013; 35(1):39-59.
14. Welhan J. Walory zajęć muzyczno-ruchowych. Wych Przedsz 1999;2:100-104.
15. Duberg A. Influencing self-rated health among adolescent girls with dance intervention. Pediatr 2013; 167(1):27-31.
16. Hofman Z. Muzyka i ruch - ogrom możliwości W: Kędzior-Niczyporuk E, red. O metodzie Klanzy. Teoria i praktyka. Lublin: Klanza; 2010. s. 103.
17. Glińska-Lachowicz A. Choreoterapia i muzykoterapia jako techniki arteterapeutyczne skierowane do osób nieprzystosowanych społecznie W: Rejzner A, Szczepaniak P, red. Terapia w resocjalizacji. cz. II. Ujęcie praktyczne. Warszawa: Żak; 2009, s. 94-117.
18. Brown S, Parsons LM. The Neuroscience of Dance. Brain Biology. Sci Am 2008;8:78-83.
19. Hackney ME, Erhart GM. Effects of Dance on Movement Control in Parkinson's Disease. A comparison of Argentine Tango. J Rehabil Med 2007;41(6):475-481.
20. Kronenberger M. Muzykoterapia: podstawy teoretyczne do zastosowania muzykoterapii w profilaktyce stresu. Szczecin: Mediatour; 2004.
21. Pelc Z, Dubaj W. Wpływ choreoterapii na równowagę ciała dzieci niesłyszących i niedosłyszących. Ann Univ Mariae Curie Skłodowska 2005; 60 suppl. 16 (3): 96-99.
22. Nowak Z. Rytmika, jako metoda rehabilitacji w pracy z dziećmi niewidomymi z zaniedbaniami wychowawczymi. Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej w Łodzi 1989; 18: 226.
23. Janiszewski M. Muzykoterapia aktywna. Warszawa-Łódź: PWN; 1993.