

19802 *inle2*

46

# PROPOZYCJE i MATERIAŁY

**Irena Borecka**

## **BIBLIOTERAPIA** **Teoria i praktyka** **P O R A D N I K**

WYDAWNICTWO  
SBP



**46**

**BIBLIOTERAPIA**  
**Teoria i praktyka**

POLISH LIBRARIANS ASSOCIATION

# CONTRIBUTIONS AND MATERIALS

Irena Borecka

## **BIBLIOTHERAPY**

Theory and practice

A GUIDE

WYDAWNICTWO

SBP



WARSAW 2001

STOWARZYSZENIE BIBLIOTEKARZY POLSKICH

# PROPOZYCJE I MATERIAŁY

Irena Borecka

## BIBLIOTERAPIA

Teoria i praktyka

PORADNIK

WYDAWNICTWO

SBP



WARSZAWA 2001

Komitet Redakcyjny serii wydawniczej  
«PROPOZYCJE I MATERIAŁY»

Stanisław CZAJKA (przewodniczący), Lucjan BILIŃSKI, Jan BURAKOWSKI,  
Marcin DRZEWIECKI, Janina JAGIELSKA, Janusz NOWICKI (sekretarz),  
Ewa STACHOWSKA-MUSIAŁ, Maria WASIK-ŚWIDERSKA, Elżbieta Barbara ZYBERT

Recenzent  
Elżbieta Barbara ZYBERT

Projekt graficzny okładki i strony tytułowej  
Wydawnictwo SBP

Redaktor tomu  
Janusz NOWICKI



Redakcja techniczna i korekta  
Anna LIS

19802 str. 2

© Copyright by Stowarzyszenie Bibliotekarzy Polskich

ISBN 83-87629-61-8

CIP – Biblioteka Narodowa

Borecka, Irena

Biblioterapia : teoria i praktyka : poradnik /

Irena Borecka. - Warszawa : Wydaw. SBP, 2001. - (Propozycje i Materiały / Stowarzyszenie  
Bibliotekarzy Polskich ; 46)

Wydawnictwo SBP. Warszawa 2001. Wyd. I. Ark. wyd. 7,3. Ark. druk. 9

Łamanie: Joanna DUCHNOWSKA

Druk i oprawa: Zakład Poligraficzny PRIMUM, Kozerki 17a

05-825 Grodzisk Mazowiecki, tel. 724-18-76

## SPIS TREŚCI

|  |    |
|--|----|
| WSTĘP . . . . .  | 7  |
| 1. TEORETYCZNE PODSTAWY BIBLIOTERAPII . . . . .  | 9  |
| 1.1. Z DZIEJÓW BIBLIOTERAPII . . . . .   | 9  |
| 1.2. CELE I ZADANIA BIBLIOTERAPII . . . . .  | 15 |
| 1.3. ZASTOSOWANIE BIBLIOTERAPII . . . . .  | 19 |
| 1.4. METODYKA BIBLIOTERAPII . . . . .  | 20 |
| 1.5. UCZESTNICY BIBLIOTERAPII . . . . .  | 22 |
| 1.5.1. Chorzy i ich postawy wobec choroby . . . . .  | 23 |
| 1.5.2. Niepełnosprawność i jej konsekwencje . . . . .  | 26 |
| 1.5.3. Nieprzystosowanie społeczne . . . . .   | 32 |
| 1.5.4. Uczniowie szkół publicznych i i ich problemy . . . . .  | 33 |
| 1.5.5. Rodzice i nauczyciele jako uczestnicy biblioterapii . . . . .                                 | 34 |
| 1.5.6. Psychologiczne aspekty starzenia się . . . . .  | 37 |
| 1.6. BIBLIOTERAPEUTA . . . . .   | 38 |
| 1.7. ORGANIZACJA I PRZEBIEG PROCESU BIBLIOTERAPEUTYCZNEGO . . . . .                                  | 41 |
| 1.7.1. Diagnoza . . . . .  | 41 |
| 1.7.2. Modele postępowania biblioterapeutycznego . . . . .   | 42 |
| 1.7.3. Programy biblioterapeutyczne . . . . .  | 43 |
| 1.7.4. Atmosfera terapeutyczna w procesie biblioterapii . . . . .                                    | 48 |
| 1.7.5. Dobór środków biblioterapeutycznych . . . . .   | 50 |
| 1.7.5.1. Książki i alternatywne materiały czytelnicze . . . . .                                      | 50 |
| 1.7.5.2. Teksty biblioterapeutyczne . . . . .  | 52 |
| 1.7.5.3. Podręczny księgozbiór biblioterapeuty . . . . .   | 57 |
| 1.8. DRAMA W BIBLIOTERAPII . . . . .   | 60 |
| 1.9. METODY PSYCHOAKTYWNE I RELAKSUJĄCE W BIBLIOTERAPII . . . . .                                    | 62 |
| 2. BIBLIOTERAPIA W PRAKTYCE . . . . .  | 63 |
| 2.1. POSTĘPOWANIE BIBLIOTERAPEUTYCZNE . . . . .  | 63 |
| 2.1.1. Model postępowania biblioterapeutycznego wzmacniający<br>poczucie własnej wartości . . . . .  | 63 |
| 2.1.2. Model postępowania biblioterapeutycznego wspierający<br>adapptację dziecka w grupie . . . . . | 66 |

|  |     |
|--|-----|
| 2.1.3. Model postępowania biblioterapeutycznego przeciwdziałający agresywnym zachowaniom dziecka . . . . . | 67  |
| 2.1.4. Model postępowania biblioterapeutycznego rozwijający twórcze myślenie . . . . .                     | 69  |
| 2.2. PROGRAMY BIBLIOTERAPEUTYCZNE . . . . .  | 70  |
| 2.3. PRAKTYCZNE ZASTOSOWANIE WYBRANYCH MODELI POSTĘPOWANIA BIBLIOTERAPEUTYCZNEGO . . . . .                 | 72  |
| 2.3.1. Biblioterapia w szkołach masowych . . . . .   | 72  |
| 2.3.2. Biblioterapia dzieci niepełnosprawnych fizycznie . . . . .  | 74  |
| 2.3.3. Biblioterapia dzieci przewlekle chorych . . . . .   | 75  |
| 2.3.4. Biblioterapia dzieci z trudnościami edukacyjnymi . . . . .  | 76  |
| 2.3.5. Biblioterapia dzieci nieprzystosowanych społecznie . . . . .  | 77  |
| 2.4. BIBLIOTERAPIA W SZKOŁACH SPECJALNYCH . . . . .  | 78  |
| <br>ANEKSY   |     |
| 1. Przykładowy warsztat bibliograficzny biblioterapeuty . . . . .  | 84  |
| 2. Narzędzia diagnostyczne . . . . .   | 95  |
| 3. Programy biblioterapeutyczne . . . . .  | 98  |
| 4. Scenariusze zajęć biblioterapeutycznych. . . . .  | 101 |
| 5. Terapeutyczne zabawy słowem i pędzlem . . . . .   | 124 |
| 6. Tekst terapeutyczne. . . . .  | 126 |
| 7. Rysunek rodziny w diagnozie biblioterapeutycznej . . . . .  | 128 |
| 8. Techniki dramy – repetytorium. . . . .  | 136 |

## WSTĘP

W literaturze medycznej, psychologicznej i bibliotekoznawczej coraz więcej miejsca poświęca się biblioterapii. Biblioterapia jako forma psychicznego wsparcia już od wielu lat ma zastosowanie w psychoterapii. Coraz częściej stosuje się ją w leczeniu dzieci przewlekle chorych. Jej cele i zadania są zbliżone z założeniami terapii pedagogicznej. Niektóre techniki stosowane w obu dyscyplinach mogą być wzajemnie uzupełniane.

Jej zadaniem jest oddziaływanie zarówno na ludzi chorych, niepełnosprawnych jak i zdrowych, ale mających osobiste problemy. Poprzez zastosowanie odpowiednich środków biblioterapeutycznych ukazuje człowiekowi potrzebującemu psychicznego wsparcia jak sobie radzić w życiu. Pomaga odnajdować się w nowej sytuacji zdrowotnej, społecznej, ekonomicznej czy socjalnej.

Dzięki literackim bohaterom uczestnicy biblioterapii mogą nabrać dystansu do samych siebie i swoich problemów. Czytelnictwo kierowane i dyskusje nad losami postaci fikcyjnych ułatwiają dokonanie wglądu we własne życie. Przekonanie o tym, że z chorobą i niepełnosprawnością można się zwycięsko zmagać dodaje siły do walki z własną chorobą, zachęca do podejmowania wysiłku, sprzyja budowaniu właściwych postaw wobec swojej niepełnosprawności oraz przyczynia się do twórczej aktywności.

Zainteresowanie biblioterapią utrzymuje się już w Polsce od dłuższego czasu. Poszerza się też krąg zainteresowanych. Do pielęgniarek, terapeutów zajęciowych i bibliotekarzy bibliotek szpitalnych i publicznych dołączyli bibliotekarze szkolni i nauczyciele. Coraz częściej biblioterapią interesują się rodzice.

Od lat osiemdziesiątych XX wieku co jakiś czas na rynku wydawniczym pojawiają się opracowania metodyczne, poradniki bibliograficzne dla bibliotekarzy i pacjentów. Niniejsza propozycja to jedynie kilka wybranych zagadnień dotyczących teorii i praktyki biblioterapeutycznej. Staralam się przybliżyć najbardziej znane poglądy na temat biblioterapii i odwołać się

do literatury przedmiotu. Nie przedstawiłam tu wszystkich możliwych form pracy z czytelnikiem chorym i niepełnosprawnym. Nie zawarłam też pełnej wiedzy na temat specyfiki pracy biblioterapeuty. Każdy ma bowiem inne oczekiwania, inne doświadczenia zawodowe, inne propozycje metodyczne. Wszyscy się od siebie nawzajem uczy my. Zawarte tu propozycje to jedynie niewielki wybór materiałów z mojego warsztatu pracy, którymi chcę się podzielić z moimi kolegami bibliotekarzami i terapeutami. Mam nadzieję, że wykazałam tu istotne dla rehabilitacji i integracji społecznej funkcje literatury i czytelnictwa, choć nie przytaczałam zbyt wielu definicji i klasyfikacji. Myślę, że wypracowane i zaprezentowane przeze mnie modele postępowania biblioterapeutycznego, scenariusze i teksty terapeutyczne mogą być inspiracją dla kilku grup zawodowych: bibliotekarzy, terapeutów zajęciowych i nauczycieli. Moje uwagi wynikające z dwudziestoletnich doświadczeń mogą stanowić podstawę dyskusji nad statusem biblioterapeuty i rolą biblioterapii w różnych placówkach leczniczych i wychowawczych.

Książka składa się z dwóch części. Pierwsza „Teoretyczne podstawy biblioterapii” jest wprowadzeniem w zagadnienia metodyczne. Druga: „Biblioterapia w praktyce” zawiera szczegółowy opis kilku wybranych modeli postępowania biblioterapeutycznego i ich zastosowanie. Część tę uzupełniają „Aneksy”, w których zebrano programy i scenariusze do omawianych modeli.

# 1. TEORETYCZNE PODSTAWY BIBLIOTERAPII

## 1.1. Z DZIEJÓW BIBLIOTERAPII

Terapeutyczne znaczenie literatury w życiu człowieka doceniano już w czasach starożytnych. Już od czasów Ramzesa II bibliotekę traktowano jako „lecnicę dusz”. Rolę książki i literatury doceniano i w wiekach późniejszych np.: w 1272 r. w Kairze w szpitalu Al-Mansur chorym czytano *Koran*.

Od średniowiecza istniały w całej Europie szpitale zakładane najczęściej przez zakonników. Nie ma jednak żadnych źródeł na temat zbiorów bibliotecznych. Najstarsze informacje dotyczące kierowanego czytelnictwa chorych pochodzą z XVII wieku. Wówczas to jezuici zalecali swoim chorym czytanie książek religijnych i tekstów o charakterze kontemplacyjnym<sup>1</sup>. Starano się także w wieku XVIII w klasztorach i zakonach zwracać szczególną uwagę na refleksyjne czytanie. Były wówczas popularne poglądy J.B. Dubosa, który głosił, że jedną z potrzeb człowieka jest to, aby umysł miał zajęty, bo w przeciwnym razie nudzi się i jest nieszczęśliwy

Teksty świeckie do leczenia wprowadzono po raz pierwszy w XIX wieku do szpitali angielskich, szkockich i amerykańskich. W 1895 r. na posiedzeniu Stowarzyszenia Bibliotekarzy Angielskich (British Library Association) zachęcano do wykorzystania w szpitalach książek o treści religijnej i rozrywkowej. Książki przynoszono chorym na oddziały.

---

<sup>1</sup> B. Gerlich-Partel: *Udostępnianie zbiorów w bibliotekach Rzeczypospolitej XVII/XVIII w.* „Roczniki Biblioteczne” 1985, z. 1/2, s. 243–261.

Szpitalne biblioteki powiększały się dzięki różnym ofiarodawcom. Nie myślano wówczas jeszcze o ich katalogowaniu i klasyfikowaniu z uwzględnieniem specyficznych potrzeb i stanu chorego.

Jednak zastosowanie literatury w medycynie, w szerszym zakresie, przypada dopiero na wiek XX. Już w jego pierwszych latach w różnych krajach wprowadzano pierwsze szpitalne regulaminy biblioteczne. Starano się opracowywać katalogi biblioteczne uwzględniające stan zdrowia pacjenta. Taki pierwszy katalog pojawił się w 1903 r. w Wiesbaden. Jego twórcą był B. Lektuer, który zbiory biblioteczne podzielił na trzy działy: książki odwracające uwagę pacjenta od choroby – uspokajające i zwracające uwagę pacjenta na to, co go otacza. Wówczas to na stanowiska bibliotekarzy szpitalnych starano się zatrudniać osoby o odpowiednim przygotowaniu bibliotecznym. Coraz więcej bibliotekarzy zajmowało się także obsługą czytelniczą osób niewidzących.

Wybuch I wojny światowej przyczynił się do organizowania w szpitalach polowych tzw. bibliotek wojennych. W ich zbiorach gromadzono głównie książki o charakterze rozrywkowym. Czytały je rannym żołnierzom wolontariuszki lub pielęgniarki.

W 1916 r. we wrześniowym numerze „Atlantic Month” pojawił się po raz pierwszy termin *biblioterapia*. A w 1920 r. hasło to znalazło się w *Oxford English Dictionary*

Już wówczas w amerykańskich szpitalach były dobrze zorganizowane biblioteki dla pacjentów. W 1923 r. American Library Association wydała pierwsze na świecie instrukcje na temat selekcji zbiorów dla pacjentów szpitali, z których wynikało, że bibliotekarz winien pacjenta wstępnie informować o książkach, tak jednak, aby pacjentowi pozostawić prawo wyboru. Doświadczenia amerykańskich bibliotekarzy stały się później inspiracją dla działań bibliotekarzy europejskich, kiedy to po zakończeniu działań wojennych w całej Europie przystąpiono do odbudowy zrujnowanych szpitali i tworzenia nowych bibliotek. Myślano o prawnej regulacji ich działań i o odpowiednim statusie. W Polsce w 1922 r. ukazało się rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych (Dz. U.1928, nr 38, poz. 385) i rozporządzenie z 14 lutego 1931 r. o zakładach leczniczych. Był to przepis wykonawczy do poprzedniego rozporządzenia. Przepisy te o rok wyprzedziły powołanie w ramach Międzynarodowej Federacji Stowarzyszeń Bibliotekarzy (IFLA) – Podsekcji Bibliotek Szpitalnych.

W latach trzydziestych XX wieku w coraz większej liczbie krajów próbowano literaturę wprowadzić na stałe do leczenia. Biblioterapią zaczęli interesować się także lekarze innych specjalności.

W 1931 r. w Royal Institute of Public Health zorganizowano konferencję, podczas której B. Bruce-Poter wskazywał na konieczność brania pod uwagę faktu, „że dobra książka, każdego typu jest dla chorego bardziej niezbędna niż większość przepisywanych lekarstw”<sup>2</sup>. W tym samym czasie w piśmiennictwie medycznym i bibliotekarskim kładziono nacisk na wysoką terapeutyczną wartość czytelnictwa. Organizowano konferencje naukowe, szkolono kadrę biblioteczną. Problemy bibliotek szpitalnych są przedmiotem szczególnego zainteresowania Międzynarodowej Federacji Stowarzyszeń Bibliotekarskich i Instytucji – IFLA. Od 1932 r. działa w niej Sekcja Bibliotek Szpitalnych (Section for Hospital Libraries), której uwaga skupiała się na promocji czytelnictwa wśród chorych i na budzeniu świadomości zawodowej bibliotekarzy szpitalnych. W 1936 r. powstała w Belgii Narodowa Rada Bibliotek w Szpitalach i Sanatoriach (CNBHS).

Niestety, badania nad terapeutyczną funkcją czytania przerwała II wojna światowa. Dopiero w latach czterdziestych w Anglii i Ameryce zaczęto myśleć o ścisłym łączeniu praktyki z teorią i stworzeniu naukowych podstaw biblioterapii. Na czternastym posiedzeniu IFLA w 1948 r. postulowano utworzenie we wszystkich krajach członkowskich bibliotek szpitalnych dla pacjentów. Rozważano możliwości dostarczenia z książką do obłożnie chorych i niepełnosprawnych, których liczba po wojnie bardzo wzrosła. Na biblioteki szpitalne zaczęto spoglądać jako na istotne ogniwo w ogólnokrajowych sieciach bibliotecznych.

Prowadzone w różnych krajach badania nad kondycją bibliotek szpitalnych ujawniały w latach pięćdziesiątych wiele nieprawidłowości. Szeroko mówiono o tym w Brukseli, na kongresie IFLA w 1955 roku.

Wówczas też wskazano konieczność opracowania wytycznych do pracy bibliotek szpitalnych. Drukiem, w języku francuskim, ukazały się one dopiero w roku 1960 na łamach czasopisma „Libri” (*Memoire inducteur sur les bibliotheques d’hispitaux*, „Libri” 1960, nr 2, s. 141–146).

Tak więc w Europie biblioterapia rozpoczęła się upowszechniać w latach sześćdziesiątych. Batalia o jej zastosowanie w Polsce rozpoczęła się w drugiej połowie lat sześćdziesiątych. Na łamach prasy bibliotekarskiej pisano o zastosowaniu w procesie leczniczym literatury pięknej, autobiograficznej, popularnonaukowej i wybranej literatury fachowej (medycznej, psychologicznej).

Zakładano coraz więcej bibliotek i punktów bibliotecznych dla pacjentów, gdyż wówczas największą wagę przywiązywano do możli-

<sup>2</sup> Por. I. Borecka: *Biblioterapia – nowa szansa książki*. Olsztyn 1992, s. 12.

wości dostępu pacjenta do książki. W mniejszym stopniu zajmowano się doskonaleniem kadr prowadzących biblioteki.

Wówczas to w świecie naukowym rozgorzała dyskusja nad tym, czym jest biblioterapia: metodą psychoterapii czy jej techniką a może samodzielną dyscypliną naukową? Od 1966 r. American Library Association przyjęła, że biblioterapia „jest to użycie wyselekcjonowanych materiałów czytelniczych jako pomocy terapeutycznej w medycynie i psychiatrii; także poradnictwo w rozwiązywaniu problemów osobistych przez ukierunkowane czytanie”<sup>3</sup>.

Niestety ta dziedzina działań wspierających chorych i niepełnosprawnych, stojąca na pograniczu psychologii, pedagogiki i medycyny, przez wiele lat nie uzyskała statusu samodzielnej dyscypliny naukowej. W roku 1974 przygotowano polskie przepisy dotyczące funkcjonowania bibliotek szpitalnych, będące aktami wykonawczymi do ustawy o bibliotekach z 9 IV 1968 r. (Zarządzenie ministrów Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Kultury i Sztuki z dnia 4 I 1974 w sprawie obsługi bibliotecznej w zakładach opieki zdrowotnej zamkniętej i w domach pomocy społecznej; załączniki nr 1: regulamin wewnętrzny biblioteki; nr 2: regulamin korzystania z biblioteki), a 18 V 1976 r. ukazały się *Wytyczne ministrów Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Kultury i Sztuki w sprawie usprawnienia działalności bibliotek w zakładach resortu zdrowia i opieki społecznej sprawujących opiekę stacjonarną*. W latach osiemdziesiątych coraz większa liczba krajów włączyła się do działań na rzecz czytelniczej obsługi osób niepełnosprawnych. W 1984 r. Section for Hospital Libraries zmieniła swą nazwę na Sekcję Bibliotek Obsługujących Osoby w Niekorzystnej Sytuacji (Section for Libraries Serving Disadvantaged Persons). Istotną częścią jej działalności była pomoc różnym krajom w organizowaniu bibliotek szpitalnych, kształceniu bibliotekarzy oraz przygotowywanie konferencji poświęconym tym problemom.

Obecnie obowiązujące *Wytyczne dla bibliotek obsługujących pacjentów szpitali i osoby niepełnosprawne w społeczeństwie (Guidelines for Libraries Serving Hospital Patients and Disabled People in the Community)* zostały opublikowane w 1984 r. i wydane ponownie w 1995 r.

Także w Polsce pojawiły się pierwsze polskie opracowania dotyczące biblioterapii. Zaczęto wprowadzać ją jako przedmiot nauczania do programów nauczania pielęgniarek i bibliotekarzy. Na przełomie lat

---

<sup>3</sup> W. Szulc: *Kulturoterapia*. Poznań, 1988, s. 51.

osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych pojawiło się coraz więcej publikacji na temat biblioterapii i bibliotecznej obsługi osób w niekorzystnej sytuacji.

Jednak mimo upływu lat ciągle jeszcze trwają dyskusje nad miejscem biblioterapii w systemie nauk medycznych i w naukach psychologicznych oraz bibliologii. U schyłku XX wieku w poszczególnych krajach zachodziły pewne zmiany w prawodawstwie bibliotecznym. Starano się wykorzystać sugestie IFLA i unowocześnić funkcjonowanie bibliotek. Przepisy prawne poszczególnych krajów różniły się od siebie, co było uwarunkowane sytuacją ekonomiczną i tradycjami bibliotekarskimi danego kraju.

Sytuacja bibliotek szpitalnych w dalszym ciągu nie była zadowalająca, co stwierdzono na kolejnej konferencji IFLA w Bangkoku w roku 1999. Jedną z sesji tej konferencji dotyczyła kształcenia kadr bibliotecznych.

Od 2000 r. obowiązuje w Polsce Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2000 r. w sprawie zasad organizacji obsługi bibliotecznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz zasad współdziałania bibliotek publicznych w wykonaniu tej obsługi (Dz.U. nr 91, poz. 1014).

Jednak w momencie reformy służby zdrowia sytuacja bibliotek uległa drastycznemu pogorszeniu. Trudna sytuacja finansowa szpitali powoduje ich likwidację.

Dlatego Stowarzyszenie Bibliotekarzy Polskich i Polskie Towarzystwo Biblioterapeutyczne podejmują działania zmierzające do zbadania tej sytuacji i podjęcia odpowiednich kroków w celu poprawy sytuacji.

W okresie kryzysu bibliotek szpitalnych nie mniej ważne stało się upowszechnienie biblioterapii. Wszyscy są zgodni co do tego, że biblioterapia wyrosła z praktyki i intuicji lekarzy, psychologów i bibliotekarzy. Rozumiana jako dyscyplina naukowa zajmuje się badaniem funkcjonowania człowieka chorego, niepełnosprawnego jako czytelnika oraz badaniem jego związków z różnego rodzaju tekstami upowszechnianymi za pomocą słowa drukowanego lub przekazu mówionego. A także zajmuje się ich wpływem na psychiczny stan chorego, na jego postawy<sup>4</sup>. Jest też niezbędna do wsparcia rodzin osób poszkodowanych na zdrowiu lub rodzin osób uzależnionych.

Szeroki zakres biblioterapii, jej interdyscyplinarności, wywołuje coraz szersze zainteresowanie. Sprawia to, że i w publikacjach naukowych

---

<sup>4</sup> I. Borecka, L. Ippoldt: *Co czytać aby łatwiej radzić sobie w życiu czyli wprowadzenie do biblioterapii*. [Wrocław] 1998 s. 13.

z zakresu bibliologii, medycyny, pedagogiki poświęca się więcej miejsca funkcji terapeutycznej tekstu literackiego. W literaturze dotyczącej tego zagadnienia funkcjonuje kilka definicji biblioterapii.

R.J. Rubin podała następującą definicję biblioterapii: „to program aktywności oparty na interaktywnych procesach zastosowania drukowanych i nie drukowanych materiałów, zarówno wyobraźniowych jak i informacyjnych, ułatwiających przy pomocy bibliotekarza lub innego profesjonalisty osiągnięcie wglądu w normalny rozwój lub dokonywania zmian w emocjonalnie zaburzonym zachowaniu”<sup>5</sup>.

Zdaniem J.M. Clarke i E. Bostle biblioterapia określana także jako terapia czytelnicza oznacza „terapeutyczne stosowanie książek i innych materiałów względem pojedynczych osób lub grup osób”<sup>6</sup>.

E. Tomasiak uważa, że „biblioterapia jest zamierzonym działaniem przy wykorzystaniu książki lub materiałów nie drukowanych (obrazów, filmów itp.) prowadzącym do realizacji celów rewalidacyjnych, resocjalizacyjnych, profilaktycznych i ogólnorozwojowych (...)”<sup>7</sup>.

Mówiąc o biblioterapii trzeba pamiętać zawsze, że nie jest ona nastawiona na leczenie. Jest biblioterapia na pewno formą psychicznego wsparcia. Jest rodzajem oparcia w procesie osiągania przez osobę wspieraną poczucia bezpieczeństwa. Przyczynia się do kształtowania podmiotowego funkcjonowania osób chorych, niepełnosprawnych i ich rodzin. Może być środkiem realizacji ich potrzeb. Aby jednak proces ten przebiegał prawidłowo i dał spodziewane wyniki, jego koniecznym elementem jest międzyosobowy kontakt biblioterapeuty z jedną osobą bądź z grupą”<sup>8</sup>.

Obecnie w Polsce zmieniała się nieco sytuacja dotycząca zastosowania biblioterapii. Pogorszyła się wprawdzie sytuacja bibliotek szpitalnych i sanatoryjnych, ale poprawiła się informacja na temat możliwości terapeutycznego wykorzystania literatury. W piśmiennictwie medycznym i bibliologicznym wyraźnie oddziela się już czytelniczną obsługę chorych od biblioterapii. W Polsce ten podział wprowadził po raz pierwszy Franciszek Czajkowski. Wyróżnił on:

– Typową (tradycyjną) obsługę biblioteczną chorych, która polega na udostępnianiu materiałów bibliecznych (czytelniczych) bez ukie-

---

<sup>5</sup> R.J. Rubin: *Bibliotherapy Sourcebook*. London 1978; cyt. za E. Tomasiak: *Czytelnictwo i biblioterapia w pedagogice specjalnej*. Warszawa 1994, s. 13.

<sup>6</sup> J.M. Clarke, E. Bostle: *Reading therapy*. London 1988, s. 1.

<sup>7</sup> E. Tomasiak: *Zagadnienia pedagogiki specjalnej w literaturze. Przewodnik bibliograficzny*. Cz. 1 i 2. Warszawa 1992, s. 114.

<sup>8</sup> Por. I. Borecka: *Biblioterapia w szkole. Poradnik dla bibliotekarzy*. Legnica 1998, s. 8.

runkowanego oddziaływania na psychikę chorego poprzez odpowiednio dobraną literaturę.

– Biblioterapię właściwą – gdy czytelnictwo chorych jest sterowane i systematycznie prowadzone przez właściwie przygotowanych fachowców.

– Terapię zajęciową z książką – prowadzoną w pracowni terapeutycznej, podczas której chorzy mogą nie tylko wypożyczać i czytać książki, ale przede wszystkim wykonują niektóre prace bibliotekarskie, takie jak: porządkowanie, oprawianie i opisywanie książek<sup>9</sup>.

Od 1997 r. działa we Wrocławiu Polskie Towarzystwo Biblioterapeutyczne, które zrzesza osoby interesujące się biblioterapią. Zajmuje się doradztwem i doskonaleniem zawodowym osób wykorzystujących literaturę jako środek wspierający proces terapeutyczny. Są to bibliotekarze, pielęgniarki, nauczyciele, pedagodzy szkolni oraz wychowawcy w zakładach opiekuńczo-wychowawczych i penitencjarnych.

## 1.2. CELE BIBLIOTERAPII

Mówiąc o rodzajach i celach biblioterapii najczęściej cytuje się poglądy R.J.Rubin, która podzieliła biblioterapię na:

– **instytucjonalną**, która oznacza zastosowanie literatury – przede wszystkim dydaktycznej – do potrzeb indywidualnego, „zinstytucjonalizowanego” pacjenta. Jej celem jest przede wszystkim informowanie chorego i zapewnianie mu odpowiedniej rekreacji. Prowadzą ją najczęściej lekarze, stosując niekiedy także tzw. materiały „wglądowe” (z zakresu biblioterapii klinicznej);

– **kliniczną**, która polega na stosowaniu literatury – głównie wyobraźniowej – w grupach pacjentów z problemami emocjonalnymi lub behawioralnymi. Jej głównym celem jest uzyskanie przez pacjenta zdolności „wglądu” w siebie, co ma doprowadzić do zmiany jego sytuacji psychologicznej. Zajęcia prowadzą lekarze wspólnie z bibliotekarzami. Pacjenci uczestniczą w tych zajęciach dobrowolnie. Mogą one być prowadzone zarówno w placówce leczniczej jak i poza nią, np. w środowisku rodzinnym lub społecznym pacjenta;

– **wychowawczą** (rozwojową) – w której stosuje się książki (mate-

<sup>9</sup> F. Czajkowski: *O biblioterapii*. „Służba Zdrowia”, 1987, nr 9, s. 4.

riały) wyobrażeniowe i dydaktyczne dostosowane do potrzeb użytkowników zdrowych, w sensie fizycznym i psychicznym, ale mających do rozwiązania jakieś istotne dla nich problemy<sup>10</sup>. W zależności od zastosowanych środków i technik biblioterapeutycznych w ramach biblioterapii wychowawczej mówi się o *biblioterapii reminiscencyjnej*, odwołującej się do wspomnień uczestników, o *biblioterapii behawioralnej*, mającej na celu głównie zmianę zachowań. Zajęcia biblioterapeutyczne mogą odbywać się w bibliotece szpitalnej, sanatoryjnej więziennej, w szkole i różnych typach świetlic oraz w domu pacjenta.

Obecnie w literaturze przedmiotu używa się dla określenia tego typu działań określenia biblioterapia *wychowawczo-humanistyczna (rozwojowa)*<sup>11</sup>.

Biblioterapia i inne obudowujące ją rodzaje działań terapeutycznych (muzykoterapia, arteterapia i silvoterapia) mają za zadanie wspierać rozwój, samorealizację i zdrowie psychiczne uczestnika tego procesu. Obecnie już tak się nawzajem przeniknęły, że dziś można mówić o interdyscyplinarnym charakterze biblioterapii.

Przedmiotem prowadzonych tu rozważań będzie głównie biblioterapia wychowawczo-humanistyczna.

Wita Szulc<sup>12</sup> zwracała uwagę początkujących biblioterapeutów na istotne różnice pomiędzy biblioterapią kliniczną a wychowawczą. Mówiła, że dają się one sprowadzić do trzech istotnych spraw:

- 1) celu biblioterapii,
- 2) typu uczestnika biblioterapii,
- 3) funkcji i roli biblioterapeuty.

*Celem* biblioterapii klinicznej jest leczenie zaburzeń, a w biblioterapii wychowawczej korygowanie postaw, kompensacja, samorealizacja.

*Uczestnikami procesu* biblioterapeutycznego w biblioterapii klinicznej są ludzie chorzy, pacjenci, w biblioterapii wychowawczej: uczniowie, studenci, ludzie niedostosowani, uczestnicy zajęć kulturalno-oświatowych i inni ochotnicy zdrowi w sensie medycznym.

*Rolą biblioterapeuty* w biblioterapii klinicznej jest prowadzenie terapii, a w biblioterapii wychowawczej – prowadzenie dyskusji zmierzającej do zmian postaw, przekonań i zachowań.

Oczywiście inaczej będzie przebiegał proces biblioterapii w przy-

---

<sup>10</sup> R.J. Rubin: *Bibliotherapy Sourcebook*. London 1978, s. XI; cyt. za E. Tomasiak: *Czytelnictwo i biblioterapia w pedagogice specjalnej*. Warszawa 1994. s. 13.

<sup>11</sup> E. Tomasiak: op. cit., s. 14.

<sup>12</sup> W. Szulc: *Sztuka i terapia*. Warszawa 1993, s. 51.

padku dziecka, a inaczej w przypadku dorosłego; inaczej w stosunku do dziecka chorego, a inaczej do dziecka zdrowego w sensie medycznym, ale o zaburzonym zachowaniu, o zaburzonych emocjach.

Terapia czytelnicza stosowana wobec dzieci musi się różnić od terapii stosowanej wobec dorosłych przede wszystkim dlatego, że:

1. Dzieci są dopiero w trakcie nauki czytania i ich stopień umiejętności jest różny. Nie zawsze czytają płynnie i ze zrozumieniem.

2. Dzieci rozwijają się i stale zmienia się ich zakres możliwości percepcyjnych.

Rozumiejąc biblioterapię jako proces kształtujący podmiotowy styl funkcjonowania pacjentów lub innych osób potrzebujących wsparcia, wychodzi się z założenia, że bogata i efektywnie uporządkowana wiedza uodparnia jednostkę na przypadkowe, często wzajemnie sprzeczne wpływy zewnętrzne. Dlatego w biblioterapii humanistyczno-wychowawczej zwraca się uwagę na uczenie się.

Punktem wyjścia do zajęć biblioterapeutycznych jest przekonanie, że każdy człowiek, mimo swej niepełnosprawności fizycznej czy umysłowej, wynikającej z wad wrodzonych schorzeń lub urazów doznanych w wyniku wypadków, zachowuje określone sprawności i funkcje tak fizyczne jak i psychiczne.

Biblioterapia w jej głównych założeniach i sposobie realizacji celów terapeutycznych jest zbliżona do *psychoterapii*. W obu rodzajach terapii realizuje się przez:

*A – pomoc w odnalezieniu się w nowej, trudnej sytuacji.* W przypadku pacjenta znajdującego się w szpitalu, taką sytuacją jest choroba, niepełnosprawność i ograniczający jego wolność, pobyt w placówce leczniczej. W przypadku dzieci w szkole masowej jak i specjalnej, może to oznaczać pierwsze spotkanie z nową klasą, trudności adaptacyjne, niemożność osiągania zadowalających wyników z poszczególnych przedmiotów nauczania. Dla ludzi starszych może to być przejście na emeryturę, pobyt w placówkach opieki społecznej. Dla skazanych – więzienie.

*B – informowanie* uczestników sesji biblioterapeutycznych, w sposób bardzo przystępny, o rodzaju problemu, z którym borykają się w danym momencie życia np.: o ich chorobie i prawdopodobnych jej skutkach. Wiele problemów będących przedmiotem sesji psychoterapeutycznych lub biblioterapeutycznych, może wynikać z choroby lub niepełnosprawności, ale także z zaburzonego stosunku do siebie lub innych ludzi. Właściwa informacja zapobiega nadmiernym lękom i pozwala szybciej zaakceptować własną (lub cudzą) niepełnosprawność.

Może też wyzwolić motywację, żeby uczyć się prawidłowego funkcjonowania w nowej roli.

**C – uaktywnianie** osoby chorej, niepełnosprawnej, będącej w depresji lub doświadczającej poczucia straty, krzywdy albo doznających innych destruktywnych emocji poprzez zastosowanie odpowiednich technik terapeutycznych.

**D – stworzenie odpowiedniej atmosfery terapeutycznej.**

**E – pozytywne wpływanie na stany emocjonalne** osoby chorej, niepełnosprawnej, będącej w niekorzystnej sytuacji emocjonalnej, poprzez dostarczanie lektur i rozmowy o nich.

**F – uzyskiwanie pozytywnego wpływu** na stosunek osób chorych, niepełnosprawnych do własnego stanu zdrowia, do samych siebie i środowiska w którym żyją.

**G – stymulowanie pozytywnych zmian** w zachowaniu i postępowaniu uczestników terapii.

Porównując zaś biblioterapię z *pedagogiką specjalną*, rozumianą jako teoria i praktyka kształcenia osób niepełnosprawnych w różnych zakresach, widać, że w obu przypadkach chodzi o ukierunkowane działanie na osobowość wychowanka za pomocą literatury i alternatywnych materiałów czytelniczych i uzyskanie takiego wpływu na jego rozwój, aby umożliwić mu osiągnięcie umiejętności wyboru wartości dla niego najistotniejszych. W pracy biblioterapeuty i pedagoga specjalnego istotne znaczenie mają dwie kategorie wpływów: podawanie wzorców i nadawanie znaczenia. Ta druga kategoria jest często stosowana w biblioterapii w celu wzmacniania procesu kształtowania się właściwych postaw wobec własnej choroby i niepełnosprawności oraz odbudowy utraconej wiary w siebie<sup>13</sup>.

Można też porównywać biblioterapię z *terapią pedagogiczną* rozumianą jako: a) część pedagogiki korekcyjnej (specjalne nauczanie i wychowanie); b) element profilaktyki społecznej mającej na celu usuwanie następstw niepowodzeń szkolnych wynikających z:

1) parcjalnych zaburzeń rozwojowych i związanymi z tym osłabionymi motywacjami uczenia się,

2) zahamowań,

3) negatywizmu,

4) nerwic szkolnych,

5) zachowań aspołecznych,

---

<sup>13</sup> I. Borecka: *Terapia czytelnicza (biblioterapia) w szkołach masowych i specjalnych*. Wyd 2. Wałbrzych 1995.

c) terapię opartą na teorii interferencji i teorii uczenia się, d) oddziaływanie oparte na psychoterapii, ukierunkowane na osobowość wychowanka, ale osadzone w realiach procesu wychowawczego.

Widzimy, że w obu **przypadkach** chodzi o zdobycie takiego wpływu na pacjenta, kuracjusza, wychowanka, ucznia, zwłaszcza w zakresie wyboru odpowiednich wartości, aby umożliwiło mu to osiągnięcie jak najpełniejszego rozwoju. Jeden i drugi typ terapii zmierza do kształtowania się odpowiednich, dla potrzeb danej jednostki, norm społecznych, mechanizmów przystosowawczych, postaw i umiejętności. W obu terapiach prowadzi się dziecko drogą twórczego rozwoju jego osobowości. Wykorzystuje się tylko nieco inne środki terapeutyczne. Ale już na przykładzie tych kilku porównań, widać że w różnego typu terapiach istnieją wspólne cele i strategie postępowania; jak przenikają się nawzajem różne techniki terapeutyczne.

Efektywność biblioterapii Eb jest funkcją zmiennych:

$$E\beta = f(D, B, P, S, A, I)$$

gdzie: **D** – diagnoza – rozpoznanie stanu zdrowia psychicznego i fizycznego danej osoby, rozpoznanie jej potrzeb psychicznych i kulturalnych oraz zainteresowań a także właściwy dobór literatury do celów terapeutycznych

**B** – biblioterapeuta, jego osobowość i wiedza fachowa

**P** – pacjent (uczestnik biblioterapii), rodzaj i nasilenie jego choroby (różnego rodzaju zaburzeń), jego dotychczasowe doświadczenia życiowe, aktualny stan psychiczny oraz związany z tym stopień zaspokojenia potrzeb oraz poziom motywacji

**S** – sytuacja terapeutyczna czyli stan zdrowia lub samopoczucia pacjenta (uczestnika biblioterapii) i plan zmiany tego stanu

**A** – ogólna atmosfera terapeutyczna jako rezultat więzi emocjonalnej między biblioterapeutą a pacjentem oraz pozostałymi członkami społeczności terapeutycznej

**I** – intensywność terapii i czas jej trwania.

### 1.3. ZASTOSOWANIE BIBLIOTERAPII

Stosując biblioterapię można wpływać na pewne sfery życia człowieka: psychiczną, intelektualną, społeczną, emocjonalną. Można też w pewnym stopniu ingerować w jego zachowanie.

W sferze psychicznej można stymulować dążenia chorego do podniesienia jakości jego życia i dążenia do zaspokojenia potrzeb. Można także wpływać na jego koncepcje wolności i tożsamości osobistej, ściśle związaną z jego twórczą aktywnością.

W sferze intelektu człowiekowi choremu i niepełnosprawnemu można pomóc w zakresie zdobycia przez niego niezbędnej wiedzy i umiejętności jej zastosowania do prawidłowego funkcjonowania w zmieniających, trudnych warunkach. Wspierać go w dążeniu do „bycia sobą”, bycia „autorem” własnego pełnowartościowego życia mimo największych nawet dysfunkcji.

W sferze społecznej można przyczynić się do dostrzegania przez pacjenta (wychowanka) socjalnych i kulturalnych uwarunkowań jego funkcjonowania w świecie. Można korygować jego zaburzone stosunki z najbliższą rodziną, z pracodawcami, z innymi chorymi i niepełnosprawnymi.

Natomiast w przypadku niepożądanych zachowań biblioterapia może wspomagać pacjenta w odchodzeniu od jego sposobu postępowania, od jego dotychczasowej filozofii życiowej i nawyków.

Może zatem biblioterapia wspierać proces leczenia na oddziałach szpitalnych, w sanatoriach, w placówkach opieki społecznej, w ośrodkach leczenia uzależnień, w szkołach masowych i specjalnych i w placówkach penitencjarnych.

Jej terapeutyczno-wychowawcze efekty to:

- odnalezienie się pacjentów (wychowanków) w nowej sytuacji życiowej,
- uzyskanie informacji w przypadku chorych i niepełnosprawnych o stanie własnego zdrowia i sposobach przezwyciężania choroby lub niepełnosprawności, a w przypadku innych osób to informacje o ich sytuacji psychicznej, społecznej, kulturalnej i sposobach ich zmiany,
- znalezienie wzorców osobowych do naśladowania,
- odkrycie w sobie nowych zainteresowań i zdolności,
- odkrycie w literaturze wartości dotychczas niedostrzeganych<sup>14</sup>.

## 1.4. METODYKA BIBLIOTERAPII

Rodzaj zastosowanych metod biblioterapeutycznych uzależniony jest od rodzaju biblioterapii (kliniczna, wychowawcza w tym grupowa lub indywidualna oraz reminiscencyjna).

Skoro za punkt wyjścia działań terapeutycznych w biblioterapii

---

<sup>14</sup> I. Borecka: *Biblioterapia nowa...*, op. cit., s. 122a, tab. 24.

przyjmuje się *czytanie* to korzysta się także z *metodyki głośnego i cichego czytania ze zrozumieniem* oraz z *metod pracy z tekstem literackim* wypracowanych przez filologów oraz bibliotekarzy (konkursy, quizy, inscenizacje itp). Wykorzystując i badając *wpływ książki na uczestnika biblioterapii* korzysta się z *metod literaturoznawczych i psychologicznych*. Wówczas autora i czytelnika postrzega się jako partnerów symbolicznej interakcji w socjokulturowym świecie nauki o literaturze i w świecie dzieł. Wówczas biblioterapeuta zajmuje się różnymi rodzajami tekstów i ich wpływem na odbiorcę. Interesuje się przede wszystkim sposobem czytania różnorodnych tekstów i motywami ich czytania. Te obserwacje dają możliwość odpowiedniego skonstruowania modeli postępowania biblioterapeutycznego wobec osób czytelniczo niewyrobionych oraz osób, w przypadku których wskazane jest zastosowanie modelu postępowania biblioterapeutycznego zmierzającego do zmiany postaw. Mając na uwadze perspektywę behawioralną, biblioterapeuta zwraca uwagę czytelnika na wiele elementów składowych dzieła (tekst, fabuła, postaci). To pociąga za sobą także korzystanie z pewnych *metod psychologicznych* (psychokreatywnych). Coraz większego znaczenia nabiera w biblioterapii, głównie klinicznej, *metoda krytyki archetypowej*. Z powodzeniem korzysta się także z *metodyki dramy i inscenizacji* oraz *pedagogiki zabawy*. Odwołuje się także do *metodyki pracy zuchowej* oraz *metodyki pracy w grupach wspólnotowych*.

Opracowując różnorodne programy biblioterapeutyczne należy przestrzegać następujących zasad:

- a) swoboda uczestnictwa,
- b) uwzględnianie potrzeb, problemów i preferencji członków grupy,
- c) dostosowanie środków terapeutycznych do możliwości percepcyjnych i fizycznych poszczególnych uczestników grupy,
- d) uwzględnianie i akceptowanie poziomu „gotowości uczestnictwa” poszczególnych członków grupy,
- e) dostosowanie poziomu i tempa zajęć terapeutycznych do psychicznych i fizycznych możliwości uczestników,
- f) włączenie do programów biblioterapeutycznych zajęć muzykoterapeutycznych i arteterapeutycznych oraz elementów innych terapii wspomagających proces powrotu do zdrowia,
- g) korzystanie z doświadczeń innych biblioterapeutów i wymienianie się programami i materiałami biblioterapeutycznymi.

## 1.5. UCZESTNICY PROCESU BIBLIOTERAPEUTYCZNEGO

Biblioterapię stosuje się w coraz większym zakresie. Ma więc coraz więcej adresatów. Mogą być nią objęte dzieci i dorośli. Mogą to być osoby chore i niepełnosprawne, osoby zdrowe w sensie medycznym oraz znajdujące się w trudnej życiowej sytuacji.

Poza pacjentami hospitalizowanymi, chorymi na różne schorzenia, i chorymi przewlekłe przebywającymi w domu lub w różnego typu placówkach opieki medycznej, w tym paliatywnej, biblioterapia adresowana jest także do grupy osób niepełnosprawnych: inwalidów z różnego rodzaju orzeczeniami i różnym stopniem niepełnosprawności. Prowadzi się biblioterapię niewidomych i niedowidzących, niesłyszących, niedosłyszących, niepełnosprawnych ruchowo, niepełnosprawnych psychicznie, osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków oraz współuzależnionych a także więźniów.

Biblioterapię traktuje się przede wszystkim jako formę psychicznego wsparcia, dlatego można stosować ją także w pracy terapeutycznej z osobami podlegającymi silnym presjom np.: nauczyciele, pielęgniarki, lekarze, lotnicy i uczniowie, którzy mają trudności w nauce, uczniowie którzy mają kłopoty rodzinne i ci, których określa się mianem „trudnych” oraz ci, którzy uznani są za wyjątkowo zdolnych, ale nie radzą sobie ze stawianymi im wymaganiami (np. reprezentowanie szkoły na olimpiadach, konkursach zawodach itp.).

Zawsze jednak trzeba pamiętać o indywidualnym doborze programu terapeutycznego. Każdy uczestnik procesu terapeutycznego wymaga innego podejścia do jego problemów a czasami także specjalnej lektury.

Rodzaj zastosowanych programów uzależniony jest od wielu warunków, ale przede wszystkim od psychicznej i fizycznej kondycji chorych i niepełnosprawnych, od ich postaw wobec choroby i niepełnosprawności i od problemów, których sami nie mogą rozwiązać. Biblioterapeuta musi w swojej pracy diagnostycznej uwzględnić psychologiczne, społeczne i fizyczne problemy wynikające z choroby, niepełnosprawności, starości lub ludzkiego zagubienia w świecie. Musi zatem posiadać odpowiedni zasób wiedzy na temat zmian wywoływanych w psychice chorego przez chorobę. Jego zadaniem jest więc stałe systematyczne poszerzanie swojej wiedzy i zdobywanie nowych umiejętności.

### 1.5.1. CHORZY I ICH POSTAWY WOBEC CHOROBY

Wielu lekarzy i terapeutów traktuje obraz kliniczny swoich pacjentów jako bezpośredni wynik procesu chorobowego. Problem ten jest jednak bardziej złożony, ponieważ na przebieg choroby ma wpływ wiele czynników. Do bardzo istotnych należy zaliczyć wyobrażenie chorego o jego stanie zdrowia, o jego chorobie i jej skutkach. Odbieranie siebie jako osoby chorej jest w znacznej mierze uzależnione od interpretacji tego, co chory postrzega, od tego co wie o danej chorobie. Ta wiedza może być prawdziwa lub fałszywa; zbudowana jedynie na pewnych domniemaniach. Wiedzę o własnej chorobie może pacjent zdobywać w różny sposób i z różnych źródeł; bezpośrednio od lekarza prowadzącego, z lektury naukowej, popularnonaukowej, poradników oraz od innych chorych lub osób, którym wydawać się może, że znają problem, profesjonalistami jednak nie są.

W podręcznikach psychologii lekarskiej opisano wiele reakcji pacjentów na własną chorobę. Marek Jarosz np. wyróżnił:

**a) zaprzeczenie** – kiedy pacjent wypiera ze świadomości ciężkość swojego schorzenia;

**b) pomniejszenie** – kiedy przypisuje swoim dolegliwościom przyczyny nie budzące obaw, bagatelizuje swój stan, opinie i zalecenia lekarzy;

**c) wyolbrzymianie choroby** – ma miejsce wtedy, gdy pacjent po usłyszeniu diagnozy wyolbrzymiając swoją chorobę wsłuchuje się w siebie i wszystkie nieznanne mu reakcje organizmu interpretuje jako objawy ciężkiej choroby.

**d) akceptację rozpoznania** – kiedy ze spokojem i zrozumieniem przyjmuje diagnozę lekarską. Reakcja taka może różnie objawiać się u różnych pacjentów. Jedni w pełni współpracują z lekarzem, a u innych tej współpracy nie ma, gdyż chorzy złożyli swój los w ręce lekarza. W tej grupie mogą też znaleźć się i tacy pacjenci, którzy mimo akceptacji rozpoznania reagują rezygnacją z czynnego uczestniczenia w procesie terapeutycznym. Może się zdarzyć, że pacjent odmawia nawet przyjmowania leków<sup>15</sup>.

Choroba zawsze, w mniejszym lub większym stopniu, utrudnia zaspokojenie potrzeb, realizację dotychczasowych zainteresowań i wywiązywanie się z ról rodzinnych, społecznych oraz zawodowych. Ma to też związek z postrzeganiem choroby jako: przeszkody, straty lub jako

<sup>15</sup> M. Jarosz: *Psychologia lekarska*. Wyd. 5. Warszawa 1988, s. 256.

wyzwania albo korzyści a nawet ulgi. Niekiedy choroba i związane z nią cierpienie budzi w pacjencie wielkie przemiany wewnętrzne. Wówczas dostrzegana jest jako wartość.

Stosunek pacjenta do choroby kształtuje się nie tylko na poziomie poznawczym, ale i na poziomie emocjonalno-motywacyjnym oraz behawioralnym. Subiektywny obraz choroby uwarunkowany jest także czynnikami społeczno-kulturowymi i religijnymi.

Do przykrych stron choroby należy ból. Pełni on jednak bardzo ważną rolę, gdyż informuje chorego i jego lekarza o stanie organizmu. Często dzięki tym sygnałom jest czas na ratunek. Istnieją indywidualne granice odporności psychicznej na ból. Wrażliwość na ból i lęk są zwykle ze sobą powiązane. Najczęstszą reakcją pacjenta na wiadomość o rozpoznaniu choroby jest lęk (strach). Pomiędzy nim a bólem zachodzi wzajemna zależność. Im mniejsza tolerancja pacjenta na ból, tym większy lęk. Lęk może rodzić także brak rzetelnej informacji ze strony lekarzy. Tak się często dzieje przed planowaną operacją, kiedy to nie poinformowany pacjent przeżywa silne napięcie emocjonalne, lęk przed tym co nieznanne. Jego myśli uporczywie koncentrują się na przebiegu i skutkach operacji. Często są to negatywne myśli.

Pacjenci albo podejmują próby przeciwstawienia się własnej chorobie, albo jej ulegają. Kiedy chory traktuje chorobę jak „wyzwanie”, wtedy motywuje go ona do działania, do ścisłej współpracy z personelem medycznym. Ale bywa i tak, że niektórzy pacjenci podejmują tę walkę jakby na własną rękę, bez konsultacji z lekarzem, co może zaszkodzić pacjentowi i nieść przykre konsekwencje (np. dodatkowe urazy fizyczne lub psychiczne, wydłużony okres rehabilitacji itp.). Poddanie się chorobie przebiega najczęściej dwuetapowo. Pierwszy etap to wytworzenie się negatywnego obrazu choroby. Drugi, to rezygnacja z walki o zdrowie; popadanie w stany apatii, a niekiedy nawet depresji. Wówczas to pojawiają się jeszcze dodatkowe dolegliwości psychosomatyczne.

Choroba niesie nie tylko cierpienie pacjentowi, ale utrudnia też funkcjonowanie jego najbliższych. Wszyscy ponoszą psychologiczne i społeczne konsekwencje choroby. Im dłużej trwa choroba, tym konsekwencje są większe. Dlatego psychologicznego wsparcia potrzebują zarówno chorzy jak i ich rodziny.

Należy też pamiętać o tym, że pacjent, aby mógł szybko wyzdrowieć potrzebuje właściwego podejścia do niego i jego choroby. Nie może być traktowany przedmiotowo. Nowoczesna medycyna przytłacza go technikami, ilością środków farmakologicznych, a najbardziej – skostniałym i zbiurokratyzowanym systemem państwowej opieki me-

dycznej. Potrzeba więc takich działań służb medycznych (lekarzy, pielęgniarek, terapeutów zajęciowych i psychologów) oraz biblioterapeutów, które zmierzałyby do uruchomienia jego podmiotowego funkcjonowania, charakteryzującego się:

- wiarą w siebie,
- traktowaniem problemów jako wyzwań a nie zagrożeń,
- dążeniem do świadomej optymalizacji własnego rozwoju,
- aktywną twórczą postawą wobec siebie i otoczenia.

Wówczas choroba i pobyt w szpitalu lub sanatorium może spowodować jego nowe, kreatywne działania i zwiększyć osobistą odpowiedzialność pacjenta za jego zdrowie. Trzeba też mieć na uwadze, że tzw. dobre zachowanie pacjenta, zmierzające do szybkiego procesu wyzdrowienia, jest uzależnione od:

- dostarczenia pacjentowi zrozumiałych dla niego, w danym momencie, wzorców zachowań i postępowania rehabilitacyjnego poprzez zwiększenie jego wiedzy medycznej,

- zachęcania go do przyjmowania modeli zachowań zdrowotnych i aktualizowania ich, mimo przeszkód jakie może stwarzać choroba i codzienne sytuacje w placówce leczniczej i domu pacjenta,

- pomagania w pozbywaniu się nieodpowiednich schematów myślenia oraz sposobów ujmowania bliższego i dalszego środowiska sprzyjającego leczeniu,

- stwarzanie możliwości rozwijania i wzbogacania celów życiowych<sup>16</sup>.

Szczególnie trzeba zwrócić uwagę na osoby chore przewlekle. Chorobami, które czynią znaczne spustoszenie w psychice chorego, choć na zewnątrz nie zawsze widać ich objawy, są choroby układu krążenia. Mogą to być wady wrodzone serca, choroba reumatyczna serca, nadciśnienie, choroba wieńcowa. Powodują one, w życiu chorego, znaczne zakłócenia natury emocjonalnej. Wprawdzie reakcja chorego na chorobę serca jest podobna do reakcji na inne choroby, ale istnieje jeszcze dodatkowe obciążenie psychiczne. Choroby serca nie mają bowiem takiego statycznego obrazu jak inne rodzaje fizycznej niepełnosprawności. Przebiegają gwałtownie. A chory w każdej chwili może spodziewać się pogorszenia stanu zdrowia. Pierwszą reakcją chorego na silny ból jest myśl o śmierci. Niemal wszystkim sercowo chorym przydałaby się psychoterapia. Nie wszyscy nawet wiedzą, że mogliby z niej skorzystać. Nie każdy chce. W czasie długotrwałej choroby zmienia się bowiem

---

<sup>16</sup> Por. M. Jarosz: op. cit.; I. Borecka: *Metodyka*, op. cit.

wewnętrzny świat chorego. Bardzo często wszystko to, co sobie cenil nagle utracilo dla niego istotną wartosc. Broniac sie przed niepewną przyszłością ucieka w przeszlosc. Nie zawsze wszyscy dobrze to znoszą, bo jest to próba podsumowania swojego zycia. To wymaga odwagi, obiektywizmu i wiary. Dla jednych jest to uświadomienie sobie kruchości zycia i wyciągnięcie z tego wniosku, że trzeba robic wszystko, aby pozostala czesc zycia przeżyć jak najaktywniej, jak najpełniej mimo bólu i cierpienia. Dla innych jest to filozoficzna, negatywna refleksja, że niczego nie osiągnęli, że nie warto się już męczyć, że trzeba czekać, aż się los wypełni. Cierpienie sprzyja myśleniu o śmierci. Jest to problem złożony, bo przemawia do ludzkiej imaginacji zarówno przez swój wymiar filozoficzny jak i ideologiczny. U większości ludzi myślenie o śmierci wywołuje paniczny strach. Myślenie o własnej śmierci, strach i lęk przed cierpieniem, przed czymś co nieznanne i niepojęte. Często zapomina się o tym, że śmierć jest tylko jednym z etapów na ludzkiej drodze. A człowiek, tak jak każdy jednostkowy byt, ma swoją historię – powstanie, narodziny, dynamiczny rozwój, taki bądź inny, w takich czy innych parametrach<sup>17</sup>. I jeśli człowiek jest przekonany, że to co w życiu chciał osiągnąć, to do czego zmierzał, zostało zrealizowane, to jego postawa wobec śmierci będzie akceptacją sekwencji: przyjscie – spełnienie – odejscie. Ważne jest zatem kierowanie swoim życiem, właściwe planowanie go. Dlatego pacjentom w procesie leczenia, szczególnie pomaga stawianie celów. Obserwacje lekarzy potwierdzają, że chorzy, którzy uważają, że mają jeszcze coś do zrobienia, mają silniejszą psychiczną motywację do zdrowienia.

W przypadku chorych leczonych terminalnie (tzw. choroby nieuleczalne) niezwykle ważne jest zarówno zadbanie o zmniejszenie bólu jak i wzmocnienie „woli życia” pacjenta. Każdy dzień przeżyty w ciężkiej chorobie, to jakby dzień darowany. Można go przeznaczyć na tak wiele rzeczy, które cieszą i wzmacniają wolę tworzenia, aby pozostawić po sobie trwały ślad w ludzkiej pamięci.

### 1.5.2. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ I JEJ KONSEKWENCJE

W orzeczeniach komisji lekarskich, do najczęściej występujących przyczyn inwalidztwa w Polsce zaliczono takie schorzenia jak: choroby serca, choroby kości i stawów, choroby układu oddechowego, choroby

---

<sup>17</sup> W. Szewczuk: *Psychologia w służbie życia*. Warszawa 1982, s. 315-318.

układu nerwowego, choroby psychiczne i psychonerwowe<sup>18</sup>. Ponadto skutki wypadków przy pracy i wypadków komunikacyjnych, ograniczające w znacznym stopniu możliwości pracy lub nauki.

Osoby dotknięte niepełnosprawnością (skutek choroby, wypadek) mogą przechodzić przez pięć stadiów reakcji na znaczną i trwałą niesprawność: stadium szoku psychicznego na wiadomość o niesprawności, stadium oczekiwania na wyleczenie, stadium opłakiwania straty, stadium zachowania obronnego i stadium końcowego przystosowania<sup>19</sup>.

**1. Stadium szoku psychicznego** przejawia się m.in. tym, że pacjent nie chce przyjąć do wiadomości utraty zdrowia, nie chce słuchać informacji na temat własnej niepełnosprawności, nie przyjmuje jej do wiadomości. Stara się zaprzeczać faktom oczywistym i utrzymywać swoje dotychczasowe cele i wartości. Jednak po pewnym czasie zaprzeczanie niczego nie rozwiązuje i pacjent wchodzi w kolejne stadium.

**2. Stadium oczekiwania na wyleczenie** tj. radykalnej zmiany zaistniałej sytuacji. Ma nadzieję na usunięcie bariery, jaką stała się dla niego niesprawność.

**3. Stadium opłakiwania straty** następuje wtedy, gdy pacjent nie widząc możliwości odwrócenia sytuacji i odzyskania pełni zdrowia, znajduje się w stanie ostrego stresu, przejawiającego się agresją w stosunku do siebie i innych osób może mieć wówczas także myśli samobójcze lub bardzo silnie przeżywa żal za utraconą sprawnością i ma poczucie straconego czasu na nieefektywną rehabilitację. Czasem też na stan swojego zdrowia reaguje apatią, silną depresją. Kiedy indziej nie podejmując współpracy z terapeutami, nie próbując pokonać niesprawności, nie chcąc nauczyć się rehabilitacyjnego oprzyrządowania (wózek, protezy, aparaty słuchowe itp.), popada w coraz większe uzależnienie od innych.

**4. Stadium zachowania obronnego** może przybierać dwie postaci: zdrowe lub chore.

*Zachowanie zdrowe* to takie, które zmierza do przeciwstawiania się chorobie, do opanowania różnych umiejętności pomagających sprawniej funkcjonować, pomimo znacznego nawet ograniczenia sprawności.

*Zachowanie chore – neurotyczne*, to takie, kiedy pacjent stosuje mechanizm obronny – zaprzeczenie. Nie przyjmując do wiadomości własnego stanu, stara się swoją niesprawność ukrywać lub maskować. Twierdzi, że jest dobrze przystosowany, ale łatwo rezygnuje z różnych

---

<sup>18</sup> M. Sygiet: *Zdrowie na co dzień*. Warszawa 1990, s. 16.

<sup>19</sup> H. Larkowa: *Problemy psychologiczne rehabilitacji inwalidów*. Warszawa 1970, s. 57-59.

rzeczy, których zdobycie sprawia mu trudność. Dopiero po pewnym czasie jest szansa, że pogodzi się ze swoją niepełnosprawnością i wówczas będzie to

**5. Stadium końcowego przystosowania** polegające na tym, że uzna swoją niepełnosprawność za jedną ze swoich cech. Jest to stadium, w którym człowiek umie postępować tak, aby móc realizować swoje potrzeby.

Każdy człowiek inaczej reaguje i inaczej przeżywa swoją niepełnosprawność. Jedni akceptują swój stan szybciej inni wolniej, a niektórzy nie mogą się z tym faktem pogodzić. Inwalidom przez pierwszy okres leczenia i rehabilitacji towarzyszy uczucie lęku o przyszłość, brak poczucia bezpieczeństwa, strach o pogorszenie się sytuacji finansowej rodziny. Często bardzo mocno obniża się ich poczucie osobistej wartości. Spodziewają się nie tylko utraty pozycji zawodowej i społecznej, ale także utraty miłości i akceptacji najbliższych. Boją się, że sobie nie poradzą w nowych warunkach społecznych i zawodowych, że staną się ciężarem dla innych.

Ich reakcje są też uwarunkowane rodzajem niepełnosprawności, ale bez względu na jej rodzaj, w procesie rehabilitacji istotną sprawą jest zmniejszenie zakresu i stopnia zależności osób niepełnosprawnych od innych ludzi. Będzie to możliwe w miarę nabierania przez nie coraz większej autonomii psychicznej i odzyskiwania wiary w swoje możliwości. Jednak wiele czynników stanowiących bariery psychologiczne dla osób niepełnosprawnych tkwi w środowisku, z którego się wywodzą lub w którym pracują. Jednym z takich czynników jest stosunek do nich ludzi zdrowych. Badania Heleny Larkowej<sup>20</sup> wskazują na istnienie postaw pozytywnych, negatywnych lub mieszanych. W miarę wzrostu częstotliwości kontaktów z inwalidami występowała tendencja do zmiany postaw z negatywnych na pozytywne.

Zwróćmy uwagę na przeżycia osób dotkniętych pewnymi rodzajami niepełnosprawności. Np. na życiu psychicznym mocno odciskają się *przeżycia związane z amputacją*, z noszeniem protezy, korzystaniem z wózka inwalidzkiego, przystosowaniem się do środowiska inwalidów. Oto cechy zmienne, które ustalono w wyniku wielu badań klinicznych:

- 1) socjopatologiczna pobudliwość – emocja przeradzająca się w agresywne działanie bez względu na skutki wobec innych,
- 2) emocjonalna lub neurotyczna pobudliwość – niepowodzenia samokontroli w procesie adaptacji,

---

<sup>20</sup> H. Larkowa: *Postawy otoczenia wobec inwalidów*. Warszawa 1970.

3) przemieszczenie i reakcje paranoidalne – wyładowanie nagromadzonego napięcia na przedmiotach i osobach,

4) reakcje lękowe – irracjonalne reakcje wywołane bodźcami, które z istoty swej nie są niebezpieczne,

5) depresje – napięcie połączone z poczuciem winy wynikającej z przekonania, że amputacja stanowi kalectwo; w konsekwencji prowadzi do pogłębiającego się smutku, poczucia beznadziejności i niewydolności a zatem i nieprzydatności,

6) zamknięcie się w sobie – tendencja do stawiania barier między sobą a światem zewnętrznym, uznanym za zagrożenie,

7) somatyzacja – przeżywanie napięć, przekształconych w symptomy fizyczne, zamiast przeżywanie ich w sposób bezpośredni,

8) niedostateczna kontrola napięcia,

9) pesymizm – obrona przed otoczeniem wyrażana ograniczeniem zasięgu aspiracji,

10) bierność w wyniku obniżenia się poczucia wartości,

11) niezdolność do dodatkowego wysiłku w celu przezwyciężenia fizycznych skutków amputacji,

12) brak „tolerancji stresu”<sup>21</sup>.

W bardzo znacznym stopniu może też ulec ograniczeniu sprawność fizyczna na skutek *schorzeń reumatycznych*. We wszystkich opracowaniach dotyczących schorzeń tego typu zwraca się uwagę, że pacjent ze schorzeniami reumatycznymi wymaga starannego, wszechstronnego leczenia<sup>22</sup>. Silny ból towarzyszący schorzeniom obniża odporność psychiczną chorego. Pogłębiająca się niesprawność wywołuje strach przed uzależnieniem się od innych osób.

Pacjent pogrąża się w pesymistycznych myślach, traci wiarę na wyzdrowienie, niekiedy rezygnuje z fizykoterapii, ograniczając się do środków przeciwbólowych. Często spotykanymi reakcjami osób z tego typu schorzeniami są niepokój, bierna postawa wobec procesu leczenia i skrywana lub jawna agresja wobec siebie i innych ludzi. W pewnej grupie pacjentów mogą wystąpić pewne odstępstwa od typowych zachowań chorych reumatologicznie, które będą się przejawiały m.in.:

1) wysoce niedojrzałą osobowością,

2) wyraźnym poczuciem nieadekwatności,

3) słabą strukturą *ego*,

---

<sup>21</sup> Por. *Praktyka psychologiczna w rehabilitacji inwalidów*, pod red. J.F. Garretta i E.S.Levinera. Warszawa 1968, s. 18.

<sup>22</sup> *Zarys reumatologii*. Warszawa 1968, s. 12; *Praktyka psychologiczna*, op. cit., s. 52.

4) cechami prymitywnej agresywności,

5) znacznym niepokojem<sup>23</sup>.

W wymienionych przypadkach konieczna jest pomoc psychoterapeutyczna z zastosowaniem materiału literackiego lub biblioterapia jako element holistycznego postrzegania procesu leczenia. Ciężko też znośną swoją niepełnosprawność osoby z porażeniem połowicznym (hemiplegia) i porażeniem obu kończyn dolnych lub obu kończyn górnych (paraplegia). Najbardziej powszechną reakcją na tego typu niesprawność jest depresja. U niektórych osób występuje tzw. zespół płaczu. Schorzenie to nie tylko ogranicza sprawność ruchową ale także powoduje zmniejszenie reakcji na dotyk, temperaturę i ból. Pacjenci mają zaburzone funkcje mowy, słuchu, wzroku. Skarżą się też na zaburzenia mowy i myślenia. Nie w pełni funkcjonuje zmysł smaku<sup>24</sup>. Mają problemy z poruszaniem się i porozumieniem, co często skazuje ich na izolację społeczną i ograniczanie kontaktów do najbliższego kręgu: rodziny i niewielu znajomych.

Niepełnosprawnością, która także mocno rujnuje psychikę są *zaburzenia mowy*<sup>25</sup>. Mogą one być skutkiem np. chorób neurologicznych, udaru mózgu, urazu głowy. Zaburzenia te mogą towarzyszyć także różnym schorzeniom i dysfunkcjom. Mogą występować np.: razem z niedowidzeniem połowicznym, hemiplegią, zaburzeniami sensorycznymi, zaburzeniami padaczkowymi lub utratą słuchu. U osób z tym typem niesprawności konieczna jest psychoterapia, terapia fizykalna i terapia mowy.

*Niesprawność słuchu* jest także jedną z często występujących rodzajów niepełnosprawności. Według polskiej klasyfikacji medycznej dzieli się te osoby na trzy grupy: niedosłyszających, osoby z resztkami słuchu i praktycznie głuchych<sup>26</sup>. Czynniki wspomagającymi lub utrudniającymi rehabilitację są: czas utraty słuchu, stopień rozwoju umysłowego, funkcjonalność wzroku i mowy oraz odchylenia w osobowości. Revalidacja osób niesłyszających i niedosłyszających jest procesem długotrwałym i skomplikowanym, bo najczęściej niesprawności słuchowej towarzyszą jeszcze inne schorzenia.

Wiele problemów natury psychospołecznej niesie też niesprawność wzroku. Wszystko zależy od tego, w jakim wieku i z jakiego powodu

---

<sup>23</sup> *Praktyka psychologiczna*, op. cit., s. 50.

<sup>24</sup> Op. cit., s. 90-114.

<sup>25</sup> Op. cit., s. 144-154.

<sup>26</sup> K. Kierejczyk: *Ewolucja systemów kształcenia dzieci głuchych*. Warszawa 1967.

dana osoba wzrok utraciła lub ma go mocno osłabiony. Brak wzroku, a zwłaszcza jego nagła, niespodziewana utrata (np. w wyniku wypadku) powoduje, tak jak i w wypadku innych rodzajów niesprawności, silne negatywne emocje, strach i ból, obawę przed nieprzystosowaniem do życia w nowych warunkach. Charakterystycznym zachowaniem w pierwszym etapie rehabilitacji jest agresja lub rezygnacja. To rodzaj buntu przejawianego przez osobę ociemniałą. W tym czasie ma mocno obniżoną ocenę własnych możliwości. Nie akceptuje siebie. Wymaga jak najszybszego wsparcia psychicznego. Przechodzi przez te same stadia jak w przypadku każdej innej niepełnosprawności. W procesie rewalidacji tej grupy inwalidów bardzo ważną rolę odgrywa pozytywny przykład osób ociemniałych, które już znajdują się w stadium akceptacji i przystosowania. Mogą być dla nowo ociemniałych wzorcem osobowym. Dlatego w biblioterapii często odwołujemy się do książek autorstwa niewidomych i ociemniałych.

Upośledzenie umysłowe to także rodzaj niepełnosprawności, która stwarza wiele problemów natury psychologicznej, pedagogicznej i społecznej.

Osoby upośledzone umysłowo:

- 1) są bezradne wobec większości sytuacji społecznych i socjalnych,
- 2) często ponoszą niepowodzenia w wyniku trudności w zrozumieniu otaczającej ich rzeczywistości; ich percepcja jest bowiem niepełna,
- 3) nie są w stanie widzieć całościowo otaczających ich zjawisk i sytuacji; nie mogą ich adekwatnie ocenić,
- 4) nie potrafią dostosować się do danej sytuacji, gdyż cele nie są u nich we wzajemnych związkach i często pozostają sprzeczne ze sobą,
- 5) cechuje je infantylnizm, wynikający ze słabo zróżnicowanej i sztywnej osobowości,
- 6) ich podatność na wpływy jest zróżnicowana od dużej do prawie nie istniejącej, w zależności od stanu wewnętrznego i sytuacji<sup>27</sup>.

Program rehabilitacji osób upośledzonych umysłowo zależy od stopnia ich upośledzenia. Im większa blokada potrzeb (im wyższy poziom frustracji), tym większa możliwość zachwiania równowagi psychosomatycznej i zaburzeń psychicznych. Im lepsze zaspokojenie potrzeb, tym lepsze funkcjonowanie jednostki, czyli uzyskiwanie przez nią optymalnej sprawności. Dlatego tak dużą uwagę przywiązuje się do książki jako środka terapeutycznego w szkołach specjalnych, w „szkołach ży-

<sup>27</sup> Por. R. Kościelniak: *Psychospołeczne podstawy rewalidacji upośledzonych umysłowo*. Warszawa 1989, s. 68.

cia". W rozwoju tej grupy upośledzonych wiele może zależeć od wczesnego wprowadzenia nauki czytania metodą Glena Domanna, stosowaną głównie w przypadku dzieci z porażeniem mózgowym.

### 1.5.3. NIEPRZYSTOSOWANIE SPOŁECZNE

Inne problemy natury psychologicznej niesie kolejny rodzaj nieprawności: nieprzystosowanie społeczne, rozumiane jako powstawanie u danej osoby motywacji i działania społecznego. Pełnienie ról zgodnie z oczekiwaniami wymaga od jednostki zarówno odpowiednich dyspozycji wykonawczych (instrumentalnych), jak i odpowiedniego ustosunkowania się do wykonywanych czynności<sup>28</sup>. Za osoby niedostosowane społecznie uważa się osoby, które:

1) nie są zdolne (nie mogą) do pełnienia ról społecznych zgodnie z oczekiwaniami wskutek niedostatecznych dyspozycji wykonawczych takich jak: procesy orientacyjne, procesy intelektualne, procesy werbalno-motoryczne,

2) nie są skłonne (nie chcą) do pełnienia ról społecznych wskutek negatywnego ustosunkowania się wobec różnych oczekiwań społecznych<sup>29</sup>.

Oczywiście są też takie osoby, które jednocześnie nie mogą i nie chcą pełnić ról zgodnie z oczekiwaniami społecznymi, jeśli przejawiają antagonizm destruktywny wobec norm i wartości, używa się w stosunku do nich terminu „osoby wykolejone społecznie” i rozróżnia się wykolejonych przestępczo i wykolejonych obyczajowo. Trzeba tu jednak wyraźnie podkreślić, że nie każde zachowanie niezgodne z normą społeczną klasyfikuje jednostkę do grupy wykolejonych społecznie.

Czesław Czapów mówiąc o zachowaniach charakteryzujących wykolejenie społeczne miał na myśli trójpoziomy model obejmujący:

1) przejawy różnych odmian wykolejenia społecznego, zwanego także manifestacjami (antagonistyczno-destruktywne zachowania),

2) stany osobowości, które stanowią źródło przejawów wykolejenia,

3) przyczyny (czynniki) wytwarzania się wymienionych stanów osobowości oraz przejawów wykolejenia<sup>30</sup>.

<sup>28</sup> M. Maruszewski, J. Reykowski, T. Tomaszewski: *Psychologia jako nauka o człowieku*. Warszawa 1967, s. 20-27.

<sup>29</sup> S. Górski: *Metodyka resocjalizacji*. Warszawa 1985, s. 11.

<sup>30</sup> C. Czapów: *Wychowanie resocjalizujące*. Warszawa 1978, s. 98-99.

Naczelne cele wychowania resocjalizującego, w skład którego muszą wejść działania psychoterapeutyczne to:

- wyeliminowanie czynników, które wywołują zaburzone stany osobowości,
- usunięcie jej negatywnych zmian osobowości,
- utrwalenie tych zmian,
- zainspirowanie jednostki do samowychowania, samorozwoju<sup>31</sup>.

#### 1.5.4. UCZNIOWIE SZKÓŁ PUBLICZNYCH I ICH PROBLEMY

Uczestnikami biblioterapii prowadzonej w szkole mogą być uczniowie, którzy z różnych względów potrzebują psychicznego wsparcia, rzeczowej informacji i pomocy w rozwiązaniu ważnych dla nich problemów natury egzystencjalnej.

Może być kilka różnych grup uczniów potrzebujących wsparcia:

- *uczniowie niepełnosprawni*, potrzebujący pomocy w zaakceptowaniu siebie jako osoby niepełnosprawnej. Tacy, którzy mają bardzo obniżoną samoocenę i ci, którzy mają kłopoty z zaaklimatyzowaniem się w danej grupie społecznej, w klasie lub we własnej rodzinie,
  - *uczniowie przewlekłe chorzy*, którzy nie mogą pogodzić się ze swoim stanem zdrowia, mają duże zaległości w nauce, a ze względu na swoją chorobę czują się „inni”, „gorsi”; nie godzą się z tym i nie godzą się na gorsze wyniki w nauce; są zbuntowani i zachowują się niezgodnie z ogólnie przyjętymi normami moralnymi i społecznymi,
  - *uczniowie o zaburzonym zachowaniu* wynikającym z zaburzeń emocjonalnych, lub z innych powodów,
    - *uczniowie bardzo zdolni*, ale nie wytrzymujący presji nauczycieli i rodziców, którzy oczekują od nich bycia „najlepszym uczniem”,
    - *uczniowie, którzy czują się skrzywdzeni* (w domu rodzinnym, w szkole, w grupie rówieśniczej),
    - *uczniowie, którzy czują się odrzuceni* (w domu rodzinnym, w grupie rówieśniczej, w klasie ),
    - *uczniowie, którzy mają kłopoty z nauką* (mniej zdolni, o obniżonej normie intelektualnej, zaniedbani wychowawczo),
    - *uczniowie zagrożeni alkoholizmem lub narkomanią*,
    - *uczniowie, którzy weszli w kolizję z prawem* (wychowankowie ośrodków szkolno-wychowawczych, placówek resocjalizujących).

<sup>31</sup> S. Górski, op. cit., s. 41.

Biblioterapeuta może z nimi prowadzić biblioterapię indywidualną albo grupową.

Grupy terapeutyczne będą musiały być w miarę jednorodne, dobrane przede wszystkim pod względem potrzeb i problemów, które mogą zostać rozwiązane poprzez terapię czytelnictwem i inne wspierające ją metody terapeutyczne.

### **1.5.5. RODZICE I NAUCZYCIELE JAKO UCZESTNICY BIBLIOTERAPII**

Rodzice pragną mieć zdrowe i szczęśliwe dzieci. Ale narodziny dziecka nie zawsze zwiastują radość. Czasem tak się zdarza, że przychodzą na świat nie w pełni sprawne fizycznie lub umysłowo. Niekiedy nie widzą lub nie słyszą. I choć najczęściej nikt nie jest temu winien, to rodzice mają poczucie winy. Przeżywają różne, silne negatywne stany emocjonalne. Najczęściej czują się osamotnieni, zagubieni w tej trudnej dla nich sytuacji. Nie potrafią radzić sobie z uczuciem litości, bezradności. A nie zawsze mogą mieć wsparcie u krewnych. Bywa i tak, że to właśnie, bliższa lub dalsza rodzina, wywiera na nich presję. Niewłaściwymi uwagami i postawami wobec niepełnosprawności utrudnia się im akceptację tego stanu. Trudno jest im więc po doznanym szoku powrócić do równowagi psychicznej.

Sposób postrzegania niepełnosprawności wiąże się nierozzerwalnie ze sposobem jego przeżywania i jest rzeczą naturalną, że inaczej przeżywać ją będą dotknięte nią dzieci, a inaczej rodzice, bliskie im osoby oraz ludzie zupełnie nieznani. Nie zawsze rodzice i krewni niepełnosprawnego dziecka zdają sobie w pełni sprawę, że to w znacznej mierze od ich postaw zależy jego prawidłowy psychiczny rozwój.

Oczywiście trudno jest utrzymać dystans wobec różnego rodzaju niepełnosprawności, czy upośledzenia. Najtrudniej jest rodzicom. Są tego dwa istotne powody. Pierwszy jest natury emocjonalnej, a drugi wiąże się z opieką nad niepełnosprawnym dzieckiem. Wymaga to nie tylko odpowiedniego przejawiania własnych emocji, ale i umiejętności przeorganizowania dotychczasowej sytuacji rodzinnej. Wszystkim rodzicom, szczególnie w pierwszym okresie życia dziecka, konieczna jest pomoc wyspecjalizowanych służb medycznych i socjalnych. Niestety nie jest to jeszcze problem rozwiązany tak, jak być powinien. Rodzice jednoczą się więc w działaniach i wspierają się wzajemnie. Zakładają fundacje. Chodzą na terapię. Słuchają wykładów organizowanych przez

Towarzystwo do Walki z Kalectwem. Organizują też Koła Pomocy Osobom z Upośledzeniem Umysłowym lub wspólnoty „Wiara i Światło”. Bardziej doświadczeni radzą tym, którzy z takimi problemami spotkali się po raz pierwszy. W tym okresie bardzo przydałyby się im zajęcia biblioterapeutyczne.

Reakcje rodziców na niepełnosprawność własnego dziecka mają różny przebieg. Można je umieścić na skali od odrzucenia do nadmiernej nadopiekuńczości. Reakcjom tym towarzyszy często mocne poczucie winy za urodzenie niepełnosprawnego dziecka. Pojawia się wówczas poczucie utraty własnej wartości, żal do lekarzy, do siebie i do dziecka. Wszystko to zależy w dużej mierze od tego, w jakich warunkach rodzice dowiedzieli się o upośledzeniu, w jakiej formie zostało im to zakomunikowane przez lekarzy i pomocniczy personel medyczny. Silny szok emocjonalny może wywołać uświadomienie sobie, że ich rola nie polega głównie na wydatnym zwiększeniu świadczeń, ale przede wszystkim na akceptacji swojego dziecka, takim jakim ono jest. Jednak musi upłynąć nieco czasu zanim zrozumieją, że specyfika wychowania dziecka niepełnosprawnego, to nie wyręczenie go, ale wnikliwa obserwacja i pomoc w realizacji potrzeb.

Najczęściej jest jednak tak, że rodzice przenoszą na dzieci swoje ambiwalentne uczucia. Sygnalizują im w sposób niewerbalny brak wiary w powodzenie oddziaływań wychowawczych i rewalidacyjnych. Dlatego dobrze byłoby, aby rodzice zostali otoczeni szczególną troską lekarza rodzinnego i współpracującego z nim psychologa. Ważne jest, aby rodzice wiedzieli dokąd mogą się udać po różnego rodzaju pomoc i wsparcie. Natomiast miejsca, w których można zaopatrzyć się w potrzebną literaturę i sprzęt rehabilitacyjny, powinny być łatwo dostępne. Informacja o nich powinna być szeroka, zarówno w placówkach medycznych, jak i w lokalnych środkach przekazu.

Dopiero po pierwszych lekturach, po wyczerpaniu wszystkich dostępnych rodzicom środków interwencji u lekarzy, a czasem i innych specjalistów, rodzice będą gotowi do spotkania się z rodzicami innych, niepełnosprawnych dzieci. Wówczas chętniej będą się spotykać w grupach wsparcia i sami będą dla innych je tworzyć.

Rodzice, nauczyciele i wychowawcy muszą pamiętać o destruktywnym wpływie unieruchomienia na psychiczną sferę rozwoju dziecka z dysfunkcją narządu ruchu. Jest im potrzebna pewna wiedza na temat funkcjonowania dziecka poszkodowanego na zdrowiu. Takim rodzajem wprowadzenia w złożone problemy wychowywania dziecka niepełnosprawnego może być książka Jacka Nawrota *Dziecko niepełnosprawne*

w rodzinie (1990). W formie gawędy daje autor wiele przykładów postępowania w sytuacjach charakterystycznych dla rodzin dzieci niepełnosprawnych. Można też wiele skorzystać z prac naukowych i podręczników akademickich z zakresu pedagogiki specjalnej i psychologii. Będzie to materiał do warsztatów biblioterapeutycznych. Niewątpliwie przy wyborze programu biblioterapeutycznego pomocne będą też poradniki bibliograficzne takie jak: *Rola literatury w procesie kształtowania pozytywnych postaw rodziców dzieci specjalnej troski* (1980), *Jak pomóc dziecku z mózgowym porażeniem dziecięcym* (1991), *Jak pomóc rodzicom dzieci niepełnosprawnych* (1994). Może też być pomocny poradnik dla rodziców, wydany przez Fundację Pomocy Dzieciom Specjalnej Troski, Poradnię Pedagogiczno-Psychologiczną nr 1 i Wojewódzki Ośrodek Metodyczny w Legnicy pt.: *Wychowanie dziecka upośledzonego umysłowo w warunkach domowych* (1994).

Aby dzieci chore, niepełnosprawne i zdrowe mogły się prawidłowo rozwijać muszą mieć oparcie w dorosłych, w rodzicach i nauczycielach. Nie zawsze jednak obie te grupy mogą poradzić sobie ze wszystkimi problemami, jakie niesie ze sobą wychowywanie młodego pokolenia. Dla rodziców można zorganizować biblioterapię dobierając uczestników według problemów, z którymi nie mogą sobie poradzić. Np.:

- nieakceptowanie swoich dzieci,
- poczucie wstydu i bezradności odczuwane wobec własnych dzieci i ich nauczycieli, kiedy nie są w stanie pomóc w kłopotach edukacyjnych, lub nie radzą sobie z problemami wychowawczymi,
- lęk o życie ich niepełnosprawnego lub przewlekle chorego dziecka,
- lęk, że się starzeją i nie zapewnią swym dzieciom odpowiedniego startu życiowego,
- poczucie bezradności wobec dzieci uzależnionych lub tych, które weszły w kolizję z prawem.

Nauczyciele są grupą zawodową, która nie zawsze ma zrozumienie dla swoich działań i wysiłku. Nisko opłacani za swój trud, czują się niedowartościowani; ulegają silnej frustracji. Czasem mają też kłopoty osobiste, z którymi nie mogą sobie poradzić. Bywa i tak, że brakuje im wiedzy psychopedagogicznej, odpowiedniego podejścia do dzieci. Wówczas nie zawsze są sojusznikami dziecka. Czasami swoje silne emocje odreagowują w klasie, w bezpośrednim kontakcie z dzieckiem. Aby tak nie było potrzebują wsparcia i zrozumienia. Można zaproponować biblioterapię dla nauczycieli, którzy:

- *mają kłopoty osobiste* przeszkadzające im prawidłowo funkcjonować i właściwie wykonywać pracę zawodową,

- *chcieliby zrozumieć mechanizmy swoich pedagogicznych niepowodzeń,*
- *chcieliby wzmocnić swoje poczucie wartości.*

### 1.5.6. PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY STARZENIA SIĘ

Starzenie się jest nieuniknionym etapem w życiu każdego człowieka. Nie powinno się tego okresu życia utożsamiać jedynie z upadkiem sił fizycznych czy psychicznych. To bardzo złożony proces psychologiczny, medyczny i społeczny. Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła następujące granice wieku podeszłego:

- 1) 60-75 – człowiek starszy,
- 2) 75-90 człowiek stary,
- 3) powyżej 90 lat – bardzo stary.

I pamiętać należy, że organizm człowieka starzeje się nierównomiernie, a procesy degradacyjne nie tak szybko ograniczają sprawność organizmu. Człowiek w zasadzie nie odczuwa tzw. wieku metrykalnego, ale informacji o upływie czasu i zachodzących w organizmie zmianach dostarcza mu jego psychika. Osoby starsze doświadczają wielu strat: przejście na emeryturę lub rentę ze względu na obniżenie się sprawności fizycznej, utratę prestiżu zawodowego, śmierć współmałżonka. Zachodzą też zjawiska kompensacji czynności fizjologicznych oraz doświadczenie. To nowe jakości w życiu człowieka. Ale zanim człowiek starszy przystosuje się do tej swojej nowej roli reaguje na starość:

1) postawą gniewną, w której dominuje uczucie żalu i rozgoryczenia na konieczność zmiany dotychczasowego trybu życia, na zmniejszoną sprawność, na gorzej funkcjonującą pamięć itp.,

2) postawą obronną, trochę zbliżoną do postawy gniewnej, ale przejawiającą się głównie pesymistycznym myśleniem o starości, które często próbują zagłuszyć wzmoczoną aktywnością w takich dziedzinach, w których dotychczas nie działali lub działali ale sporadycznie (np. praca społeczna, ożywione życie towarzyskie, uprawianie luksusowej turystyki),

3) postawą zagrożenia i niepewności, która wypływa z przekonania o własnej niezaradności i niesprawności. Zwykle takiej postawie towarzyszy lęk przed chorobą, śmiercią i niedostatkiem, albo utratą dotychczasowego miejsca zamieszkania, spędzeniem życia w zakładach opieki społecznej,

4) postawą wyobcowania, kiedy człowiek starszy ma nieprawid-

łowe relacje z rodziną; utracił swoją dominującą rolę i czuje się ciężarem dla innych,

5) postawą wrogości, kiedy to traktują starość jak okres przymusowych wyrzeczeń i ubóstwa. Reagują agresją w stosunku do najbliższych i obcych osób, szczególnie młodszych od siebie. Brak im realistycznego i konstruktywnego podejścia do takich spraw jak: wycofanie się z pracy zawodowej, osłabienie atrakcyjności i sprawności fizycznej,

6) postawą hipochondryczną, kiedy to przesadzają w przedstawianym obrazie własnej choroby i niesprawności, nadużywają lekarstw, podejrzewają chorobę tam, gdzie jej nie ma,

7) postawą bierności, która polega na całkowitym poddaniu się woli najbliższych i scedowaniu na nich troski o ich przyszłość. Mogą też skupić się głównie na aspekcie religijnym własnego życia, negując wszelkie inne jego aspekty,

8) postawą konstruktywną, która przejawia się aktywnością, służeniem radą i pomocą innym ludziom.

Szerzej ten temat ujmują prace z zakresu geriopsychiatrii i socjologii<sup>32</sup>.

## 1.6. BIBLIOTERAPEUTA

Na przestrzeni lat biblioterapią zajmowali się przedstawiciele różnych dyscyplin naukowych. Najwcześniej wprowadzili ją do szpitali lekarze i odpowiednio przygotowani bibliotekarze i pielęgniarki. Najwcześniej elementy biblioterapii wprowadzali bibliotekarze bibliotek szpitalnych, a potem bibliotek szpitalno-publicznych i publicznych, pracujący głównie w środowiskach osób niepełnosprawnych. Następnie stała się biblioterapia ważną metodą terapeutyczną w rękach pedagogów specjalnych. Coraz częściej sięgają po nią nauczyciele, głównie bibliotekarze szkolni, nauczyciele nauczania początkowego i niektórzy wychowawcy klas prowadzący zajęcia korekcyjno-wyrównawcze.

---

<sup>32</sup> M.in.: J. Bartoszewski, J. Halaunbrenner-Lisowska, Z. Majchrzyk: *Zaburzenia psychiczne w wieku podeszłym*. Warszawa 1978; K. Wiśniewska-Roszkowska: *Stary człowiek w rodzinie*. Warszawa 1975; J. Rembowski: *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*. Warszawa 1984; M. Susułowska: *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa 1989; J. Piotrowski: *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*. Warszawa 1973.

Rodzi się zatem pytanie: na ile są to osoby przygotowane do prowadzenia zajęć biblioterapeutycznych? Pora też zapytać: kto tak naprawdę może być biblioterapeutą? Dyskusja na ten temat trwa już od kilku lat.

W cytowanych przez R.J. Rubin badaniach Oplera<sup>33</sup> większość respondentów pytanych o to, kto może pełnić tę funkcję, odpowiadała, że „każda wrażliwa osoba z pewną eksperymentalną wiedzą i podstawowym zrozumieniem procesów grupowych”.

Zdaniem R. J. Rubin w instytucjach wychowawczych biblioterapię prowadzą głównie nauczyciele, którzy pomagają swoim uczniom pod względem leczniczym jak i rozwojowym. Podobna jest też opinia G.D. Spacha<sup>34</sup>, który uważa, że to oni od najdawniejszych lat wypracowali pewne formy pracy z książką. Jednak postępowanie biblioterapeutyczne musi różnić się od typowej pracy dydaktycznej z tekstem. Dlatego nauczyciele, którzy nie są pedagogami specjalnymi, chcący posługiwać się biblioterapią, jako metodą psychologicznego wsparcia, muszą przejść odpowiednie przeszkolenie wprowadzające ich w tajniki procesu biblioterapeutycznego. Muszą poznać odpowiednie techniki pracy terapeutycznej, a niekiedy nawet przemodelować swoje dotychczasowe funkcjonowanie w szkole.

Dziś już w coraz większej liczbie szkół próbują stosować biblioterapię bibliotekarze szkolni. Jest wśród nich grupa absolwentów wrocławskiego Państwowego Pomaturalnego Studium Animatorów Kultury i Bibliotekarzy (kierunek biblioterapia) oraz absolwentów Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Olsztynie i Krakowie, gdzie ukończyli specjalność biblioterapia. Mogą to też być osoby z ukończoną specjalizacją „biblioteki szkolne i pedagogiczne”, w ramach której były prowadzone zajęcia z biblioterapii (np. Bibliotekoznawstwo na Uniwersytecie Warszawskim). Czasami, choć jeszcze nieśmiało, próbują swych sił bibliotekarze, którzy w ramach doskonalenia zawodowego mieli możliwość ukończenia kursów z zakresu biblioterapii. Program takiego kursu został opracowany na zlecenie Ministerstwa Edukacji Narodowej<sup>35</sup>. Bibliotekarz w dziecięcych szpitalach i sanatoriach to nie tylko doradca i przewodnik po świecie książek. To czasem osoba najbliższa dziecku umieszczonemu w szpitalu. Należy więc zwrócić uwagę na pewne predyspozycje, cechy i umiejętności, które powinien posiadać bibliotera-

---

<sup>33</sup> R. J. Rubin, op. cit., s. 103.

<sup>34</sup> G. D. Spache: *Using books to help solve children's problems*. W: R.J. Rubin, op.cit.

<sup>35</sup> I. Borecka: *Biblioterapia. Aneks do programu Kursu kwalifikacyjnego z zakresu bibliotekoznawstwa*. Warszawa 1992; E. Tomasik, op. cit., s. 26-29.

peuta postrzegany jako lider, animator grupy i doradca. Powinna to być osoba:

- **posiadająca zdolność syntonii i empatii**, charakteryzująca się łatwością nawiązywania kontaktów, umiejętnością wczuwania się w sytuację osoby potrzebującej pomocy, umiejętnością prowadzenia taktownych rozmów, umiejętnością aktywnego słuchania, potrafiąca być dyskretnym animatorem sytuacji terapeutycznej,
- **umiejąca dobrze zdiagnozować problemy i potrzeby uczestnika biblioterapii** – w oparciu o swoją wiedzę psychologiczno-pedagogiczną, własne doświadczenie i intuicję,
- **znająca bardzo dobrze literaturę** i możliwości jej oddziaływania na uczestnika biblioterapii, w danej sytuacji terapeutycznej,
- **posługująca się bogatym, eklektycznym warształem terapeutycznym** (techniki wizualizacyjne, drama, techniki plastyczne),
- **umiejąca zachować się, w zależności od nadrzędnych celów terapii, dyrektywnie lub niedyrektywnie,**
- **umiejąca przeprowadzić komunikację wewnątrzgrupową** przez kilka etapów:
  - *wentylację*, kiedy występuje ekspresja własnych problemów uczestnika wobec zgromadzonych,
  - *walidację*, kiedy uczestnicy wzajemnie sobie pomagają, przełamując poczucie izolacji,
  - *eksperymentowanie* – tu każdy może wypowiadać swoje myśli i prezentować własne postawy, w atmosferze emocjonalnego bezpieczeństwa,
- **podchodząca z pokorą do podmiotu i przedmiotu swojej działalności** to znaczy, że nie ocenia a akceptuje grupę lub indywidualnego adresata swych działań,
- **wyrozumiała dla członków grupy i dla samej siebie** czyli taka, która rozumie, że żadna z metod nie może być traktowana jako panaceum na wszelkie problemy i że nie wszyscy pacjenci chcą (lub mogą) współpracować z prowadzącym grupę lub innymi członkami grupy.

Praca biblioterapeuty jest trudna, a jego działania owocują dopiero po pewnym czasie. Nie zawsze może on nawet oglądać efekty swojej pracy. Pacjenci i dzieci w szkole odchodzą a biblioterapeuta zaczyna pracować z inną grupą mając nadzieję, że jego podopieczni nauczyli się radzić sobie z problemami i potrafią w trudnych chwilach zwrócić się o pomoc do odpowiednich osób lub instytucji. Wszystkie działania biblioterapeuty powinny być nacechowane zrozumieniem potrzeb podopiecznych i autentyczną serdecznością. W codziennej pracy biblio-

terapeutę powinno charakteryzować zaangażowanie w to co robi i autentyczność. Nie może on wkładać „maski biblioterapeuty”. Musi autentycznie czuć się biblioterapeutą; osobą, która świadomie wykorzystując środki czytelnicze chce i może pomagać innym. Wszystkie etapy pracy terapeutycznej musi on doskonale przemyśleć, przeanalizować z różnych punktów widzenia i potrzebuje wielu sojuszników. Takim cennym sojusznikiem biblioterapeuty może być rodzina osoby poszkodowanej na zdrowiu, lub rodzina kogoś z problemami behawioralnymi. Terapeutyczna działalność rodziców jest szczególnie ważna w przypadku dzieci upośledzonych oraz przewlekle chorych. Jednak zanim rodzice podejmą się tego zadania często sami także potrzebują psychologicznego wsparcia. Muszą więc być dla nich opracowane odpowiednie programy biblioterapeutyczne i sesje zajęciowe, podczas których poradzą sobie z własnymi problemami i opanują niektóre techniki biblioterapeutyczne. W trakcie procesu biblioterapeutycznego zachodzi relacja zwrotna między biblioterapeutą, a pozostałymi członkami społeczności terapeutycznej. Zadaniem biblioterapeuty jest:

- dostarczanie uczestnikom programu wielu doświadczeń pozytywnych, z zaangażowaniem własnego wysiłku intelektualnego pacjenta,
- pomoc w wytworzeniu takiego obrazu chorego, niepełnosprawnego, w którym pozytywy przewyższają negatywy,
- pomoc w budowaniu zaufania członka grupy do samego siebie i innych osób,
- budzenie szacunku dla własnych marzeń,
- akceptowanie poglądów chorego, pod warunkiem że nie wyrządzają krzywdy jemu i innym osobom,
- dawanie choremu prawa decydowania o sobie, z zachowaniem norm i prawideł społecznych i moralnych.

## **1.7. ORGANIZACJA I PRZEBIEG PROCESU BIBLIOTERAPEUTYCZNEGO**

### **1.7.1. DIAGNOZA**

Prawidłowo przebiegający proces postępowania biblioterapeutycznego składa się z kilku etapów. Jednak zawsze trzeba pamiętać o tym, że inny jego ogląd posiada biblioterapeuta, a inny pacjent lub wychowanek.

Dla biblioterapeuty ważne są dwa jego aspekty: teoretyczny (naukowy) i praktyczny. Będąc członkiem społeczności terapeutycznej jest z jednej strony badaczem (teoretykiem), a z drugiej terapeutą (praktykiem), który w konkretny sposób wspomaga pacjenta lub wychowanka. Dla biblioterapeuty proces ten zaczyna się od dokonania wnikliwej *diagnozy pacjenta*.

Rozpoczyna się ona zawsze od anamnezy dokonanej przez lekarza prowadzącego. To z jego obserwacji i wniosków wyciąga biblioterapeuta istotne informacje o stanie zdrowia pacjenta i możliwościach zastosowania odpowiedniej techniki biblioterapeutycznej. Aby mógł podjąć właściwe działanie lekarską anamnezę musi rozszerzyć o własne obserwacje.

W przypadku wychowanka potrzebna jest niekiedy zarówno opinia lekarza, jak i własna obserwacja oraz informacje szkolnego pedagoga lub psychologa oraz nauczycieli i wychowawcy klasy a także wywiad z rodzicami.

W stawianiu diagnozy ważne jest odpowiednie zinterpretowanie wytworów plastycznych lub literackich pacjenta (wychowanka). Mają one bardzo istotne znaczenie, gdyż są dodatkowym źródłem informacji o człowieku, wyrażanym przez niego nie wprost. Biblioterapeuta powinien więc posiadać podstawowe umiejętności interpretacji rysunku rodziny<sup>36</sup> i autoportretu oraz ilustracji tematycznej wykonywanej zarówno przez dziecko jak i dorosłego. Techniki te są technikami uzupełniającymi i stanowią istotną pomoc w pracy terapeutycznej.

Po postawieniu diagnozy biblioterapeuta precyzuje cel działań biblioterapeutycznych np.: „kształtowanie właściwych postaw chorych wobec własnej niepełnosprawności przez zastosowanie biblioterapii”. I przystępuje do wyboru modelu postępowania biblioterapeutycznego.

### 1.7.2. MODELE POSTĘPOWANIA BIBLIOTERAPEUTYCZNEGO

Każdy model postępowania biblioterapeutycznego ma pewne stałe elementy działań biblioterapeuty i pacjenta (wychowanka). Dla tego drugiego najistotniejsze jest:

a) *czytanie, słuchanie lub oglądanie* odpowiednio dobranych środ-

---

<sup>36</sup> I. Borecka: *Rysunek rodziny w diagnozie i terapii pedagogicznej*. W: *Kurs z zakresu terapii przez sztukę*. (Zobacz Aneks 7.) Wydział Zdrowia Urzędu Miejskiego we Wrocławiu i Polskie Towarzystwo Biblioterapeutyczne. Wrocław 1998-1999, s. 29-32.

ków terapeutycznych (książki, fragmenty utworów, alternatywne materiały czytelnicze oraz teatralne lub filmowe adaptacje utworów literackich),

b) *identyfikacja* z bohaterami literackimi lub z sytuacją fikcyjną,

c) *przeżycia* doznawane podczas kontaktu z zaleconym dziełem (pozytywne lub negatywne) mające na celu uaktywnienie lub emocjonalne wyciszenie uczestnika biblioterapii,

d) *katharsis* – doznanie takiego stanu psychicznego, w trakcie czytania lub po jego zakończeniu, który charakteryzuje się odczuciem ulgi, odreagowaniem psychicznych napięć i blokad,

e) *wglądu* w siebie samego; przepracowanie, samodzielnie lub przy pomocy biblioterapeuty ważnych osobistych problemów czytającego,

f) *zmiany* w postawach lub zachowaniu uczestnika procesu.

Dla biblioterapeuty istotne jest zaproponowanie takiego typu pracy terapeutycznej (programu terapeutycznego), aby przeżycia związane z lekturą pomogły pacjentowi zaakceptować stan, w którym się znajduje. Zajęcia te powinny przyczynić się do zmiany w sposobie postrzegania siebie przez pacjenta, myślenia o swojej chorobie, niepełnosprawności czy innej sytuacji życiowej tak, aby dążył on do dobrego funkcjonowania w grupie terapeutycznej, rodzinie i środowisku, do którego powróci po zakończonej terapii. Aby biblioterapeuta mógł mieć pewność co do skutków zastosowanej metody musi dokonać:

g) *ewaluacji* – to ostatni etap programu biblioterapeutycznego, który ma też istotne znaczenie dla pacjenta (wychowanka), bo on sam w wyniku tego typu działań uświadamia sobie co zmieniło się dla niego w trakcie tego procesu terapeutycznego.

W zależności od rodzaju grupy terapeutycznej opracowuje się odpowiednie modele postępowania biblioterapeutycznego. W przypadku:

– chorych hospitalizowanych – mogą to być modele postępowania przeciwdziałającego szpitalnej nudzie, przeciwdziałającego poczuciu obniżonej własnej wartości, zmierzającego do uzyskania przez chorego akceptacji siebie jako osoby niepełnosprawnej,

– niepełnosprawnych – potrzeba modelu postępowania przeciwdziałającego poczuciu mniejszej wartości oraz modelu wspomagającego proces ich akceptacji w grupie, uczenia się bycia „innym”,

– przewlekle chorzy – mogą korzystać także z powyższych modeli oraz modelu wzmacniającego ich aktywizację intelektualną,

– osoby osamotnione – mogą korzystać z modelu wzmacniającego ich poczucie wartości i aktywizującego ich moce twórcze, można też

opracować model zapobiegający poczuciu osamotnienia, uwzględniający modele powyższe,

– osoby starsze – objęte mogą być biblioterapią reminiscencyjną. Szczególnie ważny jest w niej model postępowania wzmacniającego ich poczucie wartości i model aktywizujący ich działania intelektualne,

– uczniowie – w zależności od rodzaju problemów ich dotyczących mogą korzystać z modelu wzmacniającego ich poczucie wartości, aktywizującego ich intelektualnie, rozbudzającego ich zainteresowania,

– uczniowie o zaburzonym zachowaniu i ci, którzy weszli w kolizję z prawem – mogą uczestniczyć w takim modelu postępowania biblioterapeutycznego, który pozwoli im odkryć samego siebie i zmierzyć się z problemem dobra i zła; kary i nagrody. Może to być model przeciwdziałający zachowaniom agresywnym lub model przeciwdziałający postawie „ofiary”,

– uczniowie bardzo zdolni – przeżywający różnego rodzaju fobie mogą uczestniczyć w takim modelu postępowania biblioterapeutycznego, który pozwoli im nabrać umiejętności asertywnych zachowań,

– uczniowie mający kłopoty z nauką – mogą uczestniczyć w modelu przeciwdziałającym poczuciu niższej wartości i w modelu mającym na celu wyrównywanie ich deficytów intelektualnych i umiejętnościowych. Wskazane byłoby, aby mogli wziąć także udział w zajęciach prowadzonych zgodnie z modelem wspierającym lub pobudzającym ich kreatywne działania,

– uczniowie z poczuciem krzywdy i odrzucenia mogą brać udział w modelu wzmacniającym ich poczucie wartości i korygującym postawę „ofiary”, „osoby nieszczęśliwej i niekochanej”.

Planując pracę terapeutyczną z **nauczycielami** także trzeba będzie opracować odpowiednie modele przeciwdziałające poczuciu mniejszej wartości, modele wspierające rozwój osobowości oraz sprzyjające rozwojowi kreatywnej twórczości.

W pracy z **rodzicami** wskazane byłyby modele zapobiegające brakowi akceptacji własnych dzieci (chorych, o obniżonej normie intelektualnej, niesprawnych umysłowo i fizycznie).

Dobrze byłoby zaproponować także modele wspierające rozwój ich osobowości i wzmacniające poczucie wartości i godności osobistej oraz zmniejszające poczucie lęku o własne dzieci.

Dla każdego modelu postępowania biblioterapeutycznego musi być przygotowana odpowiednia lista lektur<sup>37</sup> i bardzo wnikliwie przemyśla-

---

<sup>37</sup> Zob. Aneks 3.

ny sposób pracy nad nią (konspekty, programy i scenariusze), uwzględniający przewodni cel terapeutyczny oraz poziom intelektualny, warunki psychoruchowe i odbiór emocjonalny poszczególnych uczestników biblioterapii. Niektóre modele postępowania biblioterapeutycznego mogą opierać się tylko o jeden program, a kiedy indziej o kilka. Program może być oparty o jedną lekturę, ale może zdarzyć się i tak, że w obrębie jednej grupy terapeutycznej będzie dla każdego z czytelników przeznaczona inna lektura, ale problem pozostanie wspólny dla wszystkich członków grupy.

Z punktu widzenia pacjenta (wychowanka) można dany model postępowania biblioterapeutycznego ująć w pewien schemat:

Etap pierwszy: zajęcia integrujące grupę, oparte o pedagogikę zabawy i metody psychoaktywne.

Etap drugi: oparty o metodykę czytania i odbiór dzieła literackiego, który może przebiegać następująco:

– czytanie indywidualne lub zbiorowe (niekiedy zaś tylko słuchanie) umożliwiające identyfikację z bohaterem literackim lub sytuacją, która prowadzić może poprzez wprowadzenie jeszcze dodatkowych form pracy z tekstem (dany program biblioterapeutyczny uwzględniający: *dyskusję*, „*wolną trybunę*”, *dramę*, *techniki plastyczne*) do uzyskania odpowiednich wpływów na pacjenta (wychowanka) umożliwiających mu głębszą refleksję nad czytany tekst, samym sobą i sytuacją w jakiej pacjent (wychowanek) aktualnie się znajduje, co daje mu szansę przeżycia,

– *katharsis*<sup>38</sup>, który jest rodzajem „oczyszczenia”, odreagowania, pozwalającym na dokonanie wglądu w samego siebie, co może doprowadzić do zmian w postawach i zachowaniu.

Można zatem powiedzieć, że na dany model postępowania biblioterapeutycznego może składać się kilka programów. Np.: model postępowania biblioterapeutycznego w przypadku chorego z dysfunkcją narządu ruchu zmierza do:

- zaakceptowania samego siebie przez chorego,
- akceptacji własnej niepełnosprawności i nowej sytuacji życiowej,
- uaktywnienia i twórczej aktywności w życiu społecznym i zawodowym,

---

<sup>38</sup> Stan ten może wystąpić podczas czytania lub dopiero po dokonaniu wglądu. Może się także zdarzyć, że pacjent stanu „*katharsis*” nie dozna. Wówczas zadaniem biblioterapeuty będzie jeszcze dodatkowa indywidualna praca z nim.

– kompensacji poprzez twórczość własną (pisanie pamiętników, listów, poezji lub malowanie, tkanie i inne rodzaje działań artystycznych).

### 1.7.3. PROGRAMY BIBLIOTERAPEUTYCZNE

Decydując się na model postępowania musimy wybrać odpowiedni do jego realizacji program, oparty o różne formy pracy terapeutycznej dostosowane do szczegółowych celów programu.

Programy biblioterapeutyczne muszą być dostosowane do nadrzędnego celu terapii. Uwzględniać muszą potrzeby indywidualne wszystkich członków społeczności terapeutycznej i możliwości ich realizacji. Mogą to być programy długo i krótko terminowe. Mogą być adresowane do osób przewlekle chorych, albo bardziej szczegółowe do chorych na jedną konkretną chorobę np. dla diabetyków. Można opracować program biblioterapeutyczny dla nowo przyjętych do szpitala. Kolejny program może być przeznaczony dla chorych na serce itp. Mogą też być programy biblioterapeutyczne dla osób uzależnionych. Każdy z tych programów może być odpowiednio zatytułowany. Tak jak wspomniane poprzednio lub np.: „Obcy są wśród nas”, „Ja i inni”, „Moja choroba”, „Granice samotności”, „Ja też potrafię”, „Kiedy byłem młody” itp.

Wszystkie programy biblioterapeutyczne ściśle są powiązane z modelami postępowania biblioterapeutycznego. Opracowując je trzeba pamiętać o:

- a) dobrowolności uczestnictwa,
- b) potrzebach, problemach i preferencjach poszczególnych członków grupy,
- c) dostosowaniu środków terapeutycznych do możliwości percepcyjnych uczestników,
- d) „gotowości biblioterapeutycznej” uczestników,
- e) dostosowaniu poziomu i tempa prowadzenia zajęć do psychicznych i fizycznych możliwości uczestników,
- f) włączeniu do programu elementów muzykoterapii, arteterapii, silvoterapii lub innej metody terapeutycznej wspomagającej działania biblioterapeutyczne,
- g) skorzystaniu z doświadczeń innych biblioterapeutów (sprawdzone scenariusze, konspekty, techniki itp.).

Pamiętać jednak trzeba, że wszystkie programy powinny być realizowane o starannie przygotowane scenariusze i muszą charakteryzować

się dużą elastycznością. Często bowiem podczas zajęć terapeutycznych zdarza się coś, czego scenariusz nie przewidział. Wówczas prowadzący zajęcia musi szybko reagować, być gotowym do podjęcia nowego problemu, udzielenia pomocy w jego rozwiązywaniu, a wszystko to zgodnie z założeniami psychologicznego wsparcia. Nikt bowiem nie może wyjść z zajęć z poczuciem, że nie miał szans na zgłoszenie swojej sprawy. Zajęcia nie mogą też zakończyć się, gdy ktoś z uczestników ma przekonanie o nierozwiązalności swojego problemu. Byłoby to bardzo niekorzystne dla dalszego przebiegu jego rehabilitacji.

Programy zatem mogą ograniczać się np. do codziennego wspólnego, głośnego czytania krótkiego utworu lub jakiegoś fragmentu książki oraz dyskusji nad przeczytanym tekstem, która zmierza do wyodrębnienia głównych problemów, bohaterów, relacji pomiędzy nimi. Zakłada się wówczas, że w miarę czytania i dyskusji problemy bohaterów nabierają wymiarów osobistych. Biblioterapeuta i uczestnicy do fikcyjnych sytuacji odnoszą się ze zrozumieniem. W konkretnych sytuacjach próbują identyfikować się z bohaterami i dostrzegają sposoby radzenia sobie w danej sytuacji.

Inne programy, bardziej rozbudowane, oczywiście także uwzględniają etap czytania (indywidualne lub grupowe). Natomiast w celu łatwiejszej identyfikacji stosują elementy metody dramy. Uczestnicy zajęć „pracują nad rolą” czyli omawiają zachowania postaci, ich uczucia i sytuacje fikcyjne. Aby ich problemy mogły być omawiane z pełnym poczuciem bezpieczeństwa „wchodzą w rolę” bohatera literackiego. Dzięki temu mocniej odbierają psychiczną sytuację bohatera, mówią o niej, w pełni nie zdając sobie sprawy, że w zasadzie mówią o własnych emocjach. Ten etap pracy ma dla biblioterapeuty także znaczenie diagnostyczne, pozwala mu weryfikować postawione przez niego hipotezy. Na zakończenie zajęć uczestnicy takiego programu piszą różnego rodzaju wypowiedzi np.: list do wybranego bohatera, pamiętnik albo, jeśli program poszedł dalej i po identyfikacji nastąpił wgląd w siebie, to mogą pisać własną biografię lub własny pamiętnik np. dotyczący pobytu w szpitalu. W tej części programu udział biblioterapeuty ogranicza się do minimum.

Mówiąc o organizacji procesu terapeutycznego należy pamiętać, że sukces zależy nie tylko od działań biblioterapeuty i zastosowania odpowiedniego programu. Wiele zależy także od pozostałych członków grupy terapeutycznej, od ich zaangażowania w program terapeutyczny i od sytuacji i atmosfery terapeutycznej. Zastosowanie wybranych modeli

biblioterapeutycznych można prześledzić w załączonych programach i scenariuszach zajęć.

Tabela 1

Zastosowanie wybranych modeli postępowania biblioterapeutycznego

| Model postępowania biblioterapeutycznego  | Program                            | Scenariusze i zabawy terapeutyczne  |
|---|------------------------------------|---|
| postępowania biblioterapeutycznego adaptacji dziecka w grupie                     | „Ja i inni – obcy jest wśród nas”  | <i>Ja i inni</i><br><i>obcy jest wśród nas</i><br><i>Osamotnienie</i><br><i>Kiedy jestem chory</i>  |
| postępowania biblioterapeutycznego wzmacniającego poczucie własnej wartości       | „I ja tak potrafię”                | <i>Kiedy byłem mały</i><br><i>Kiedy jestem chory</i><br><i>Moja choroba</i><br><i>Nie zapomnij o ogrodach</i><br><i>Te szpitalne ogrody</i><br><i>Jak mam Soniu mówić do Ciebie</i> |
| postępowania biblioterapeutycznego w przypadku chorych z dysfunkcją narządu ruchu | postępowania biblioterapeutycznego | <i>Moja choroba</i><br><i>Te szpitalne ogrody</i><br><i>Jak mam Soniu mówić do Ciebie</i>   |
| postępowania biblioterapeutycznego rozwijającego twórcze myślenie                 |                                    | <i>Jestem kompozytorem</i><br><i>Co widzę, kiedy słucham muzyki</i>   |
| postępowania biblioterapeutycznego przeciwdziałający zachowaniom agresywnym       | „Ja i inni”                        | <i>Osamotnienie</i><br><i>Kiedy byłem mały</i><br><i>Tak trudno dorastać</i><br><i>Czy to kradzież?</i>   |

#### 1.7. 4. ATMOSFERA TERAPEUTYCZNA W PROCESIE BIBLIOTERAPII

Jednym z podstawowych elementów właściwie rozumianej atmosfery terapeutycznej w biblioterapii jest *całkowita dobrowolność* uczestnictwa w zajęciach. Oczywiście rzeczą biblioterapeuty jest przekonanie danej osoby o znaczeniu biblioterapii, o istocie przynależności do społeczności terapeutycznej.

Kolejny składnik tej atmosfery to *osoba prowadząca terapię* i jej ce-

chy. Trzeba mieć świadomość tego, że nie każdy bibliotekarz, nie każdy lekarz i nie każda pielęgniarka może zostać biblioterapeutą. Może nim zostać tylko ten, kto potrafi wzbudzać sympatię, zaufanie. Ktoś, kto autentycznie rozumie troski i kłopoty swoich pacjentów czy wychowanków. Ten, kto rozumiejąc ich troski stara się im pomóc zgodnie ze swoją wiedzą i umiejętnościami pracy z grupą. Często biblioterapeuta będzie mężem opatrnościowym swoich podopiecznych. On lepiej niż ktokolwiek będzie się, po pewnym czasie, orientował w ich sytuacji życiowej. Może więc doradzić dokąd się udać po pomoc. Jego też sprawą jest zadbanie o właściwe relacje pomiędzy uczestnikami biblioterapii. Dlatego musi nauczyć się cierpliwości i tolerancji. Nie może swoich pacjentów (wychowanków) oceniać. Powinien ich akceptować takimi, jakimi są. Nie może więc wygłaszać jakichkolwiek opinii, które przeszkodziłyby w wytworzeniu atmosfery bezpiecznej szczerości. Dbać musi więc i o to, aby inni członkowie grupy też tego nie robili. Swoim własnym przykładem uczy bowiem swoich podopiecznych zachowań tolerancyjnych i zdrowych moralnie. Nie może więc zapominać o zmianach, jakie może w psychice pacjenta (wychowanka) spowodować choroba, niepełnosprawność i doznane w przeszłości traumatyczne doświadczenia. To czego one dokonały wymaga korekty, a niekiedy wręcz długotrwałej rehabilitacji psychicznej. Będzie to przedmiotem działań grupy.

W procesie biblioterapii bardzo ważne jest *wzajemne zaufanie*. Im szybciej uda się grupie ze sobą zaprzyjaźnić i zawiązać silne więzi emocjonalne, tym szybciej będzie szansa na zmianę. Zawsze jednak istnieje niebezpieczeństwo pojawienia się w grupie nieformalnego lidera oddziałującego na grupę negatywnie. Zadaniem biblioterapeuty jest taką sytuację opanować. Przywódcze zdolności danej osoby skierować na inną stronę, tak aby mogła ona otrzymać pozytywne wsparcie i zrealizować swoją potrzebę bycia aktywnym, zauważonym i docenionym. Ale zawsze musimy mieć na uwadze i to, że nie tylko osobowość członków zespołu ma wpływ na atmosferę terapeutyczną. Ma je także *otoczenie*, w którym ze sobą pracują. Sala powinna być przytulna, wyposażona w potrzebny sprzęt do siedzenia (najlepiej wygodne fotele) lub materace do leżania na podłodze. Wówczas biblioterapię można łączyć z terapią zajęciową. Ważny jest wystrój sali. Mogą to być biblioteki: szpitalna, sanatoryjna lub szkolna lub sala chorych. Najtrudniej jest zadbać o estetyczny wystrój sali chorych. Ale i tam odpowiedni nastrój można zbudować dodając ciepły uśmiech, dobre, życzliwe słowo, żart i kolorowe elementy wystroju sali i odpowiednią muzykę. Ale najważniejsze jest holistyczne postrzeganie pacjenta przez personel medyczny. Okazywana

życzliwość i poświęcana mu uwaga są, poza środkami medycznymi, jednym z najważniejszych elementów terapii. Istotne jest, aby podczas zajęć grupowych nikt pacjentów od nich nie odrywał.

Podczas poszczególnych sesji (spotkań) biblioterapeutycznych nikt nie może grupie przeszkadzać. Nie może wchodzić do sali, niczego ogłaszać czy hospitować zajęć. Tu pracuje się tyle czasu, ile grupa potrzebuje na przepracowanie danego problemu i ile może psychicznie i fizycznie wytrzymać. Poziom i tempo pracy wyznacza zawsze osoba najmniej odporna na zmęczenie.

W celu uzyskania jeszcze lepszej atmosfery terapeutycznej, jeśli jest tylko taka możliwość, można przenieść zajęcia do lasu, nad morze i czerpać z doświadczeń silvoterapii<sup>39</sup> lub talasoterapii<sup>40</sup>.

## 1.7.5. DOBÓR ŚRODKÓW BIBLIOTERAPEUTYCZNYCH

### 1.7.5.1. KSIĄŻKI I ALTERNATYWNE MATERIAŁY CZYTELNICZE

Z definicji biblioterapii wynika, że materiałem biblioterapeutycznym jest różnego typu literatura udostępniana za pomocą książki wydawanej tradycyjnie oraz inne alternatywne materiały czytelnicze.

Biblioterapeuta, tak jak każdy bibliotekarz, może więc dysponować:

- a) książkami sensu stricto: wydawnictwa książkowe drukowane i rękopiśmienne (przygotowane przez biblioterapeutę lub pacjentów),
- b) książkami sensu largo: obiekty pozajęzykowe – nuty, grafika, druki ulotne itp.,
- c) dokumentami będącymi materiałem przejściowym między bibliologią i dokumentologią (karty do gry, filmy, fotografie, płyty gramofonowe, kasety magnetofonowe i magnetowidowe)<sup>41</sup>.

Udostępniając je musi nie tylko brać pod uwagę ich terapeutyczną funkcję, ale i wartości edukacyjne, wychowawcze.

Danuta Gostyńska proponowała podział książek przeznaczonych do celów biblioterapeutycznych na trzy zasadnicze kategorie:

---

<sup>39</sup> Silvoterapia – leczenie lasem; wykorzystywanie zdrowotnym właściwości roślin i atmosfery lasu (odgłosy przyrody).

<sup>40</sup> Talasoterapia – wykorzystywanie właściwości leczniczych morza (kontakt z falami, słuchanie ich odgłosów).

<sup>41</sup> Por. A. Żbikowska-Migoń: *Tradycje polskiej bibliologii*. Wrocław 1970, „Akta universalis Wratislaviensis” nr 21, Bibliotekoznawstwo VI, s. 29.

– *materiały uspokajające (sedativa)*, do których zalicza m.in.: książki przygodowe tzw. młodzieżowe, baśnie, fantasy, literaturę humorystyczną,

– *materiały pobudzające (stimulativa)* np.: książki o tematyce awanturniczo-przygodowej, wojenne, podróżnicze, popularnonaukowe,

– *materiały refleksyjne (problematica)*<sup>42</sup> czyli powieści obyczajowe, biograficzne, książki o wątku romansowym, psychologiczne i socjologiczne.

Wanda Kozakiewicz zaproponowała jeszcze jedno kryterium doboru materiałów biblioterapeutycznych: *sacrum*. Miała na myśli taki rodzaj literatury, który w czytelniku powoduje nie tylko silne wzruszenia natury religijnej ale i taki, który powoduje, że czytelnik w trakcie czytania dokonuje jakiegoś ważnego dla siebie odkrycia, jakby stając przed tajemnicą<sup>43</sup>. Wskazała na utwory Khalila Gibrana *Prorok*, Paula Coelho *Na brzegu rzeki Piedry usiadła i płakała* oraz na *Wielki Ład* Danuty Gostyńskiej.

Czytelnicze materiały alternatywne mogły się mieścić w typologii A. Żbikowskiej-Migoń, ale wymienić je tu trzeba osobno, gdyż różnią się od tradycyjnych zbiorów rodzajem tekstu, pewnymi zabiegami, dokonanymi na tekście autorskim i formie wydawniczej. Można podzielić je następująco:

1. Książki „łatwe w czytaniu” – czyli takie propozycje wydawnicze, które odpowiadają ściśle określonym kryteriom:

– sztywna oprawa, sztywne kartki, duża czcionka, odpowiedni odstęp pomiędzy literami, wyrazami i wersami a każde zdanie rozpoczęte od nowego wiersza,

– jasny, prosty, zrozumiały dla dziecka z obniżoną normą intelektualną, język; unikanie słów abstrakcyjnych,

– treść oparta o realia życia dziecka,

– konkretne, jednoznaczne, kolorowe ilustracje (lub dobre kolorowe fotografie), zamieszczone obok tekstu – najlepiej na sąsiedniej stronie.

2. Książki-zabawki, czyli takie, które przypominają swym kształtem maskotki, klocki, różnego rodzaju figury do układania, ale są wyposa-

<sup>42</sup> W. Szulc: *Kulturoterapia*. Poznań 1988, s. 69-70.

<sup>43</sup> Referat wygłoszony na posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Biblioterapeutycznego we Wrocławiu 28.02.1998: teje *Sacrum w literaturze*, „Biblioterapeuta. Biuletyn Informacyjny Polskiego Towarzystwa Biblioterapeutycznego” 1998, nr 3, s. 1-3.

żone w prosty tekst lub taśmę magnetofonową z nagraniem bajką terapeutyczną<sup>44</sup>.

3. Książki drukowane dużą czcionką.

4. Książki drukowane pismem Braille'a.

5. Książki „mówione” – nagrane na kasetach magnetofonowych.

6. Książki wydane tradycyjnie, ale uzupełnione o taśmę magnetofonową, na której nagrano ten sam tekst.

7. Kasety magnetofonowe z różnymi efektami akustycznymi i odgłosami przyrody (szum lasu, śpiew ptaków itp.).

8. Kasety magnetofonowe z muzyką (uspokajającą, aktywizującą) oraz z różnego rodzaju montażami słowno-muzycznymi lub pieśniami i piosenkami.

9. „Bity inteligencji” i karty do nauki czytania – niezbędne w rehabilitacji dzieci z uszkodzeniem mózgu (porażeniem dziecięcym) metodami filadelfijskimi i brytyjską – wykorzystywanymi też w terapii dzieci z innymi rodzajami niesprawności.

10. Zabawki edukacyjne.

11. Gry dydaktyczne.

12. Filmy na kasetach wideo, wspomagające proces rehabilitacji (np. ekranizacja wybitnych utworów literackich i lektur szkolnych; lekcje języka migowego, zajęcia prowadzone metodą Paula Denisona dla dzieci dyslektycznych).

13. Edukacyjne i terapeutyczne programy komputerowe.

Dobór środków terapeutycznych zawsze jest uzależniony od potrzeb i możliwości percepcyjnych uczestników biblioterapii oraz od celu terapii. Kryterium biblioterapeutyczne nie zawsze pokrywa się z oceną artystyczną utworu czy też naukową wartością książki. Pozycja uznana za wybitne dzieło literackie, może okazać się zupełnie nieprzydatna do biblioterapii danej osoby, ze względu na jej czytelnicze doświadczenia i zasób wiedzy ogólnej. Natomiast tzw. literatura lekka może być z powodzeniem wykorzystywana wielokrotnie. Nawet jako lek placebo.

#### 1.7.5.2. TEKSTY BIBLIOTERAPEUTYCZNE

Książka może spełniać funkcję biblioterapeutyczną również jako symbol uczestnictwa w kulturze, gdyż czytanie i wypożyczanie książek, otaczanie się nimi, wpływa na poprawę samopoczucia i samooceny pacjenta. Przyczynia się do podniesienia poczucia własnej wartości.

<sup>44</sup> I. Borecka: *Książki „łatwe w czytaniu”*. „Guliwer” 1992, nr 6, s. 44-46.

Jednak zawsze należy pamiętać o indywidualnych zainteresowaniach i gustach czytelniczych oraz o specjalnych potrzebach poszczególnych osób. Istotne jest też, w jakiej fazie choroby i w którym okresie pobytu w szpitalu pacjent został objęty biblioterapią. Od tego bowiem zależeć będzie cały program biblioterapeutyczny. I tak:

1. Osobom, które bardzo mocno przeżywają swoją chorobę, które nie potrafią się w tej nowej dla siebie sytuacji odnaleźć, potrzebna jest lektura przyczyniająca się do zmiany jego kierunku myślenia, odciągająca go od uporczywego myślenia o chorobie, zapobiegająca stanom zwątpienia i przynosząca nadzieję na wyleczenie, poprawę stanu zdrowia. Ale zanim pacjent będzie gotowy do samodzielnego czytania rolą biblioterapeuty jest przygotowanie go do tego, wzbudzenie ciekawości, zaintrygowanie akcją utworu, wskazanie odpowiednich fragmentów.

2. Ludziom o naturze zaborczej, o egoistycznych zachowaniach, absorbujących swoją chorobą personel szpitalny i członków rodziny i tym, którzy wyolbrzymiają swoją chorobę potrzeba książek pozwalających na głębszą refleksję nad sobą i swoim zachowaniem, książek o podobnych stanach zdrowia i ducha, książek autobiograficznych, popularnonaukowych, a niekiedy nawet fragmentów literatury fachowej przygotowujących pacjenta do rzeczowej dyskusji z jego lekarzem.

3. Pacjentom, którzy nie mogą zaadaptować się do szpitalnej rzeczywistości, źle znoszą pobyt w placówce leczniczej, nie mogą spać, nie potrafią dostosować się do szpitalnych regulaminów potrzebują specjalnego programu biblioterapeutycznego. Oprócz literatury o charakterze wspierającym potrzeba im opowieści pełnych ciepła i humoru. W pierwszym okresie pobytu w szpitalu, jeśli ich stan zdrowia nie stanowi przeciwwskazań pacjent może brać udział w terapii zajęciowej w bibliotece oraz w zajęciach biblioterapeutycznych z zastosowaniem dramy.

4. W szpitalu często można spotkać się z pacjentami, którzy ulegają bardzo destruktywnemu myśleniu o swojej przyszłości, postrzeganej jedynie jako pasmo cierpienia i niemożności realizacji swoich potrzeb. Czasami oprócz omawianego już wcześniej postępowania potrzebna jest też konsultacja z psychologiem klinicznym. W omawianym przypadku podstawą programu biblioterapeutycznego są utwory biograficzne i autobiograficzne, pamiętniki osób niepełnosprawnych lub ich rodzin. Zawarte w nich opisy zmagania się innych osób z podobną chorobą łatwiej pozwalają czytelnikowi dokonać wglądu w siebie, zastanowić się nad własnym postępowaniem.

5. Pacjenci przewlekłe chorzy, zmęczeni chorobą, zabiegami chcieli-

by od tego wszystkiego uciec myślami, uwolnić się od bólu i nieporadności. Im trzeba dostarczyć więc lektury o charakterze unikowym, takiej dzięki której przeniosą się w dalekie kraje, czasy pełne herosów, walecznych rycerzy, pięknych krajobrazów. Dla jednych najlepsze będą romanse, dla innych książki wojenne, historyczno-przygodowe, literatura sensacyjna. Szczególnie troskliwie powinien zajmować się biblioterapeuta osobami dotkniętymi chorobami nowotworowymi. W pierwszej fazie choroby dodawać im nadziei, a w końcowej, kiedy już wiadomo, że śmierć jest nieuchronna wspierać w tych ostatnich dniach życia, pełnych cierpienia. To bardzo trudne zadanie pomagać rozstawać się z życiem, przygotowywać do godnego umierania. Wówczas nie tylko literatura religijna może się przydać, ale i utwory przenoszące chorego w kraj jego dzieciństwa, teksty o charakterze archetypowym, pełne słońca, ukwieconych łąk i sadów.

6. Pacjenci oczekujący na zabiegi, poddawani wielokrotnym badaniom z reguły są podrażnieni, podnieceni. Przeżywają przysłowiową huśtawkę emocjonalną. Boją się, są niepewni rezultatów interwencji lekarza. Nie mogą się więc skupić nad lekturą, czytają przeważnie kolorowe czasopisma. Można im więc zalecić książki o bardzo prostej fabule, takie, które już kiedyś czytali i lubią do nich wracać. Mogą także przeglądać albumy. A jeśli nie przejawiają także ochoty i na to, trzeba im przeczytać pewne wybrane fragmenty utworów o charakterze wyciszającym, uspokajającym. Czasem wystarczą krótkie teksty relaksacyjne odtworzone z taśmy magnetofonowej lub muzyka.

7. Przy dłuższym pobycie w szpitalu pacjenci ulegają zniechęceniu, męczy ich monotonia szpitalnego życia, pewien niezmienny jego rytm. Tym pacjentom można pomóc oferując lekturę o wartkiej akcji, reportaże, codzienną prasę, a jeśli mogą chodzić zaprosić do biblioteki na terapię zajęciową. Czasami, kiedy mają melancholijne nastroje, kiedy przeżywają różne wątpliwości trzeba z nimi rozmawiać i mieć dla nich nie tylko książki pogodne, zbiorki dowcipów, humorystyczne opowiadki, ale przede wszystkim czas na ich wysłuchanie.

8. Rekonwalescentom trzeba dostarczyć różnego rodzaju poradniki, księgi adresowe, aby zaczynając nowy etap w swoim życiu wiedzieli dokąd mogą udać się po pomoc i wsparcie, z jakich placówek mogą korzystać, co będzie dla nich najważniejsze w pierwszym okresie po powrocie do domu (dieta, rytm życia, higiena itp.)<sup>45</sup>.

---

<sup>45</sup> Szerzej na ten temat: I. Borecka: *Metodyka pracy z czytelnikiem chorym i niepełnosprawnym*. Olsztyn 1991, s. 72-82.

9. Wzmoczonej uwagi wymagają chore dzieci. Ich psychika jest szczególnie wrażliwa. Nie mają jeszcze odpowiednio wytworzonych mechanizmów obronnych, więc jest im o wiele trudniej radzić sobie w takich sytuacjach. Mocno przeżywają osamotnienie, rozłąkę z rodzicami, rodzeństwem i szkolnymi kolegami. Szczególną opieką trzeba przede wszystkim objąć dzieci z oddziałów onkologicznych i dzieci z różnego rodzaju unieruchomieniami<sup>46</sup>.

Wszystkie działania terapeutyczne powinny zmierzać do aktywizacji dziecka, do zmiany niewłaściwej postawy wobec własnej choroby oraz rozbudzenia twórczych działań dziecka. Im, tak jak i dorosłym potrzebne są książki wspierające, pogodne, dające nadzieję na poprawę zdrowia, zachęcające do podjęcia walki o lepszą kondycję. Lista lektur może być duża: od baśni, książek przygodowych do literatury obyczajowej i popularnonaukowej. Do niedawna część działań terapeutyczno-wychowawczych przyjmowała na siebie szkoła przyszpitalna. Obecnie w dobie reformy służby zdrowia placówki te są likwidowane. Jedyną nadzieją w pielęgniarkach i wychowawczyńkach zatrudnionych na oddziałach dziecięcych, które wprowadzić mogą do swoich zajęć przynajmniej elementy biblioterapii. Mogą im się przydać poradniki J. Doroszewskiej, J. Nawrota oraz broszura I. Boreckiej<sup>47</sup>.

Biblioterapeuta powinien mieć także pełne rozeznanie, które z książek posiadanych przez bibliotekę lub będące w sprzedaży, mogą mieć niekorzystny wpływ na osoby w konkretnych sytuacjach psychicznych. Nieodpowiednia bowiem książka, może wyrządzić szkody w psychice pacjenta (wychowanka).

Oprócz książek i alternatywnych materiałów czytelnicznych biblioterapeuta posługuje się różnego rodzaju tekstami biblioterapeutycznymi o charakterze uspokajającym lub aktywizującym pacjentów (wychowanków).

W biblioterapii wykorzystuje się dość często różnego rodzaju kompilacje oparte o jeden lub wiele utworów. Może to być zarówno proza jak i poezja, albo teksty napisane przez zawodowych psychoterapeutów<sup>48</sup> lub

---

<sup>46</sup> J. Doroszevska: *Nauczyciel wychowawca w placówce leczniczej*. Warszawa 1965, s. 330-331.

<sup>47</sup> J. Doroszevska, op.cit.; J. Nawrot: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa 1990; I. Borecka: *Terapia czytelnicza (biblioterapia) w szkołach masowych i specjalnych*. Wałbrzych 1993.

<sup>48</sup> *Drogocenna perła. Zbiór przypowieści Środkowego Wschodu stosowanych w psychoterapii*. Zebrał i opracował Benedykt Krzysztof Peczeko. Kraków 1993.

różnego rodzaju porzekadła i „mądrości narodów”<sup>49</sup>. Podstawą skompilowanych tekstów biblioterapeutycznych może być także refleksyjna proza poetycka<sup>50</sup>, filozoficzno-refleksyjne eseje<sup>51</sup> i afirmacje lub medytacje<sup>52</sup>. Z punktu widzenia biblioterapii jest lepiej słuchać niż samodzielnie czytać. Wykorzystuje się je z reguły we wstępnej części programu biblioterapeutycznego lub jako przejście z jednego jego punktu do następnego.

Biblioterapeuta dobierający teksty musi pamiętać o różnej reakcji na słowa. Można przyjąć, że są słowa „cieple” czyli wywołujące u słuchacza (czytelnika) skojarzenia z ciepłem, przyjemnością, odpoczynkiem. Mieszczą się tu słowa oznaczające pozytywne emocje, kolory, pejzaże np.: *ognista kula słońca, promień, lato, wiosna, śpiew ptaków, radość, miłość, nadzieja* itp. Słowa „zimne” to określenia przeciwstawne, wywołujące uczucie chłodu, niepokoju, przywołujące przykre skojarzenia, negatywne emocje np.: *zima, lód, nienawiść, wiatr, chłód, obojętność* itp. Są też słowa „obojętne”, takie, które coś komunikują, informują bez wywoływania u słuchacza i czytelnika silniejszych reakcji emocjonalnych np.: *stół, ławka, droga* itp. Są często tylko dopełnieniem słów „ciepłych” i „zimnych”, ale pamiętać trzeba, że wszystkie słowa, w zależności od kontekstu, sytuacji i nastroju odbiorcy mogą zmienić swoją konotację. Dlatego przed rozpoczęciem zajęć ważne jest ustalenie, jakie słowa dla poszczególnych uczestników zajęć są jakimi. Można tu wykorzystać mój program *Słowa wokół nas rosną niby las*<sup>53</sup>.

Wszystkie teksty terapeutyczne, te wydane drukiem i te skompilowane przez biblioterapeutę, trzeba rozpatrzeć pod kątem ich przydatności dla indywidualnego odbiorcy. W zasadzie można je uporządkować tak jak i inne środki biblioterapeutyczne, według przyjętej w biblioterapii klasyfikacji D. Gostyńskiej i W. Kozakiewicz:

– **sedativa** – teksty uspokajające, takie, które czytelnikom (słuchaczom) będą pomagały przywołać przyjemne skojarzenia. Muszą być krótkie, opisujące zjawiska przyrody, krajobrazy – oparte o „słowa ciepłe”. Powinny wywoływać uczucie ciepła, rozleniwienia, odprężenia;

<sup>49</sup> J. Baldock: *Mała księga Mądrości Zen*. Poznań 1996; tenże *Mała Księga Mądrości Su-fich*. Poznań 1996; *Mądrości narodów wszystkich kontynentów. Przysłowia i wyrażenia przysłowiowe*. Zebrała i opracowała Magdalena Glensk-Prądyńska. Poznań 1996.

<sup>50</sup> P. Bosmans: *Być człowiekiem*. Warszawa 1990.

<sup>51</sup> P. Mulford: *Możliwe niemożliwego*. Kraków 1992; tenże *Przeciw śmierci*. Wrocław 1992, tenże *Moc ducha, moc życia*. Wrocław 1992.

<sup>52</sup> L.L. Hay: *Medytacje leczące duszę i ciało*. Poznań 1997.

<sup>53</sup> Zob. I. Borecka: *Biblioterapia w szkole*, op. cit., s. 110.

– **stimulativa** – teksty aktywizujące, pobudzające, to takie, które pomagają czytelnikom (słuchaczom) zaktywizować się. Muszą więc zawierać sugestie różnego rodzaju ruchu, przepływu, odgłosy wiatru, szumu. Mogą być czytane lub słuchane na podkładzie muzycznym. Można je oprzeć w znacznej mierze o odpowiednio dobrane słowa „zimne”;

– **problematica** – to teksty oddziałujące w sposób mieszany, takie które mają za zadanie wywołanie refleksji;

– **sacrum** – które pozwalają łączyć się duchowo z Istotą Wyższą, przeżywać stan religijnej ekstazy.

Teksty o charakterze biblioterapeutycznym mogą też powstawać w trakcie zajęć i będą je tworzyć sami uczestnicy sesji. Będą to teksty najbardziej adekwatne do ich potrzeb. Takie zajęcia mogą być oparte o jeden tekst – matkę, na podstawie którego każdy komponuje swój osobisty tekst, zmieniając otrzymany na taki, który jest mu najbliższy, w którym użyte słowa są najbardziej zbliżone do jego słownika. W ten sposób nauczą się także, że w przyszłości mogą sobie sami dobierać teksty o charakterze relaksującym czy aktywizującym, jeśli tylko będą mieli taką potrzebę.

### 1.7.5.3. PODRĘCZNY KSIĘGOZBIÓR BIBLIOTERAPEUTY

Księgozbiór niezbędny do prowadzenia biblioterapii traktowany powinien być jako łatwo dostępny środek psychoprofilaktyczny. Dlatego z ogólnego księgozbioru biblioteki trzeba wyłączyć te książki, które będą najczęściej wykorzystywane w prowadzonych zajęciach biblioterapeutycznych. Jeśli jednak ze względu na niewielką liczbę niektórych pozycji nie jest to możliwe, to książki te muszą być zbibliografowane tak (system odsyłaczy przedmiotowych), aby biblioterapeuta przygotowując się do poszczególnych spotkań mógł bez trudu dotrzeć do potrzebnych mu materiałów.

Księgozbiór biblioterapeuty powinien być dostosowany do autentycznych potrzeb uczestników procesu biblioterapeutycznego. Może składać się z dwóch części. W pierwszej znajdują się książki i inne materiały biblioteczne, które potrzebne będą tylko biblioterapeucie, a w drugiej te, które będzie on wykorzystywał do biblioterapii, zgodnie z nadrzędnym celem terapii czytelnicznej i możliwościami percepcyjnymi uczestników danego procesu. Wyselekcjonowane książki powinny być nie tylko łatwe w odbiorze, ale powinny zawierać tematy bliskie czytelnikom i być dostosowane do problematyki poszczególnych sesji (spotkań) biblioterapeutycznych.

Kryterium doboru tekstów biblioterapeutycznych zawsze budzi dużo emocji. Bibliotekarze, lekarze, pielęgniarki i pacjenci mogą mieć na ten temat różne zdanie, bowiem dobór lektury zawsze wnosi element subiektywnego oglądu danego dzieła.

Wita Szulc w swoim skrypcie dla studentów wydziału pielęgniarckiego<sup>54</sup> przytoczyła poglądy kilku znanych teoretyków biblioterapii. Ich opinie nieco się od siebie różniły, ale wszyscy byli zgodni, że książki zalecane pacjentom to takie, które po pierwsze nie szkodzą zdrowiu pacjenta, pozwalają mu przez jakiś czas zapomnieć o jego niemiłej, trudnej sytuacji i takie, które są tematycznie związane z aktualnym stanem zdrowia (trudną sytuacją) pacjenta. To o czym pisała W. Szulc przedstawiając propozycje zaopatrzenia poszczególnych oddziałów szpitalnych w pewien zestaw książek<sup>55</sup> ma jednak związek bardziej z obsługą czytelniczą osób hospitalizowanych niż z biblioterapią.

W podręcznym zbiorze biblioterapeuty powinny się więc znaleźć książki, z zakresu *psychologii i pedagogiki ogólnej i specjalnej*, które pomogą biblioterapeucie poznać mechanizmy zachowań i ich zaburzenia. Takie, które poszerzą wiedzę bibliotekarza – biblioterapeuty na temat technik terapeutycznych, sposobu realizacji poszczególnych spotkań (*scenariusze, konspekty warsztatów i treningów psychologicznych i biblioterapeutycznych*)<sup>56</sup>. Przydać mogą się także opracowania z zakresu *terapii pedagogicznej*. Niezbędne będą także różnego rodzaju *poradniki bibliograficzne* rejestrujące książki przydatne w terapii czytelniczej, opracowane przez Ośrodek Czytelnictwa Chorych i Niepełnosprawnych w Toruniu<sup>57</sup> oraz praca E. Tomasik *Zagadnienia pedagogiki specjalnej w literaturze*. Cz. 1 i 2 oraz wszystkie dostępne podręczniki dla bibliotekarzy specjalizujących się w biblioterapii<sup>58</sup>.

Wszystkie książki, które biblioterapeuta zaleci swoim czytelnikom i te, którymi posłuży się w trakcie trwania spotkania biblioterapeutycznego, muszą mu być doskonale znane. Mogą być ułożone na półkach

---

<sup>54</sup> W. Szulc, op. cit., s. 65-77.

<sup>55</sup> Op. cit. W. Szulc: *Sztuka i terapia*. Warszawa 1993, s. 56-57.

<sup>56</sup> I. Borecka: *Biblioterapia w szkole*, op. cit.

<sup>57</sup> M.in. *Książki zalecane chorym. Wybór z lat 1980-1985. Adnotowany zestaw bibliograficzny* pod red. Marii Skarżyńskiej. Toruń 1987; *Rola literatury w procesie kształtowania się pozytywnych postaw rodziców dzieci specjalnej troski*. Toruń 1988; *Problemy osób niepełnosprawnych w literaturze pięknej polskiej i zagranicznej. Adnotowany zestaw bibliograficzny* opracowany przez B. Momot. Toruń 1989; M. Skarżyńska, F. Czajkowski: *Problemy osób niepełnosprawnych w literaturze*. Toruń 1993.

<sup>58</sup> Zob. Aneks I.

w układzie alfabetycznym, natomiast w katalogach, także według np. choroby lub problemów, o których jest w nich mowa. Te, które będą przedmiotem szczegółowej dyskusji w trakcie pracy terapeutycznej, powinny mieć założone dodatkowe *kartoteki zagadnieniowe*, *kartotekę cytatów*, *kartotekę problemów* i *opinii*, które dotychczas pojawiały się na różnych spotkaniach terapeutycznych. Kartoteki te są głównie przeznaczone dla biblioterapeuty. Jedynie z kartoteki cytatów mogą korzystać pozostali członkowie grupy terapeutycznej.

W podręcznym zbiorze biblioterapeuty nie może zabraknąć *nagrań* muzycznych, recytacji, fragmentów sztuk teatralnych i radiowych, bajek i baśni nagranych na taśmy magnetofonowe i taśmy wideo oraz odpowiednio dobranych do celów terapeutycznych, filmów fabularnych i dokumentalnych. Część materiałów można nabyć w księgarniach i sklepach muzycznych, ale większość trzeba przygotować pod kątem konkretnych sesji biblioterapeutycznych. Niektóre teksty można skompilować z różnych utworów, inne zaś biblioterapeuta napisać będzie musiał sam. Cennym środkiem terapeutycznym są rękopiśmienne lub drukowane pamiętniki osób chorych, niepełnosprawnych, poetycka twórczość pacjentów, a także utwory dzieci i młodzieży, powstałe na innych zajęciach biblioterapeutycznych.

Oprócz tekstów przydają się w biblioterapii reprodukcje obrazów i kartki pocztowe (widokówki, kartki świąteczne). Można je wykorzystywać w zajęciach rozwijających wyobraźnię, stymulujących aktywność intelektualną, pobudzających wspomnienia, przyczyniających się do budowania tożsamości uczestnika biblioterapii. Przydają się także do zajęć prowadzonych metodą dramy.

W dobrze zorganizowanym warsztacie biblioterapeuty nie może zabraknąć różnego rodzaju *narzędzi diagnostycznych* (testy i ankiety oraz kwestionariusze)<sup>59</sup>, skonstruowane zgodnie z nadrzędnym celem biblioterapii i możliwościami percepcyjnymi uczestników biblioterapii.

---

<sup>59</sup> Zob. Aneks 2.

## 1.8. DRAMA W BIBLIOTERAPII

Drama jako metoda pedagogiczna<sup>60</sup> wspierająca proces biblioterapeutyczny pozwala biblioterapeucie lepiej poznać członków społeczności terapeutycznej. Daje możliwości lepszego zintegrowania się grupy i spontanicznego wyrażania własnych emocji, rozwija fantazję i wyobraźnię uczestników zajęć. Uczy ich samodzielności i pozwala na głębokie wchodzenie w siebie<sup>61</sup>.

Do najczęściej stosowanych elementów dramy należą doświadczenia realne, wyobrażenia, wiedza literacka lub historyczna. Punktem wyjścia dla technik dramowych mogą być:

- pojęcia ogólne,
- utwory literackie (wiersz, opowiadanie, baśń lub inny rodzaj literatury),
- sztuka (rzeźba, malarstwo, grafika, muzyka),
- dokumenty osobiste (listy, telegramy, fotografie, pamiętniki),
- głębokie indywidualne przeżycia zapamiętane przez uczestników zajęć, z różnych okresów ich życia.

W dramie nie ma podziału na aktorów i widzów. W takim samym stopniu udział w niej biorą wszyscy uczestnicy, także biblioterapeuta. Podczas tej części programu biblioterapeutycznego, chodzi przede wszystkim o rozwój indywidualności każdego uczestnika. Cały ten proces może przebiegać co najmniej na trzech płaszczyznach, dzięki którym może nastąpić zmiana w pojmowaniu rzeczywistości. I tak: *płaszczyzna wynikająca z kontekstu* – tworzona jest dla konkretnego układu interpersonalnego np.: pomiędzy rodzeństwem, uczniami w klasie, dziećmi chorymi a zdrowymi, nauczycielem a dziećmi, dziećmi a rodzicami itp. Improwizowana rozmowa pomiędzy uczestnikami dramy będzie miała przebieg uzależniony od osobistych doświadczeń uczestników, od ich cech osobowości.

– *Płaszczyzna uniwersalna* – dotyczy pojęć ogólnych, ujawnia wszelkie prawdy o stosunkach międzyludzkich. Uczestnicy poznają więc ogólne prawa rządzące odniesieniami np.: pomiędzy nimi a innymi członkami społeczności, pomiędzy nimi a rodzeństwem, nimi a rodzicami. W ten sposób łatwiej będzie im uchwycić to, co jest wspólne dla wszystkich rodziców i wszystkich dzieci.

---

<sup>60</sup> B. Way: *Drama w wychowaniu dzieci i młodzieży*. Wyd. 2 zmienione i uzupełnione. Warszawa 1995, s. 15.

<sup>61</sup> Op. cit.; por. A. Dziedzic: *Drama na podstawie utworu literackiego*. Warszawa 1996.

– **Płaszczyna osobista** – służy przywoływaniu własnych doświadczeń uczestnika procesu biblioterapeutycznego i porównaniu ich z doświadczeniami innych osób (np. relacje pomiędzy nim a jego kolegami i rodzicami).

Płaszczyny te przenikają się nawzajem, służą lepszemu porozumiewaniu się i ułatwiają zrozumienie własnych relacji z innymi ludźmi i zrozumienia reakcji na różne sytuacje życiowe. Służą też rozpoznawaniu tego co dobre, ładne, potrzebne, poprawne i rozróżnianiu od tego, co naganne, złe, brzydkie, niedobre.

Głównym sposobem pracy metodą dramy jest „bycie w roli”. Najczęściej polega to na tym, że uczestnik na moment staje się kim innym niż jest w rzeczywistości. „Staje się” a nie „gra” kogoś innego. Nie udaje. To „stawanie się” pociąga za sobą wszystkie emocjonalne konsekwencje „bycia kimś innym”. Daje to możliwości głębokiego doświadczenia na samym sobie np. roli niewidomego, chorego, nieszczęśliwego, porzuconego itp. Ale także zjawisk takich jak: burza, deszcz; emocji: radość, nienawiść, żal, przykrość i innych stanów ducha. Czasem są to zupełnie nowe, nieznanne dotychczas stany emocjonalne uczestnika warsztatów terapeutycznych prowadzonych metodą dramy.

Biblioterapeuta musi mieć też świadomość, że najprostszym „byciem w roli” jest rozmowa na określony temat, podczas której uczestnik procesu identyfikuje się z postacią, o której mówi. Jest to ważne przy kolejnych etapach dramy – pracy nad rolą np. przy wykorzystaniu tzw. techniki „drama z obrazu”, w której punktem wyjścia jest wejście w rolę osoby (rzeczy, zjawiska) z obrazu. Oprócz tej techniki w biblioterapii można wykorzystywać jeszcze:

- improwizację z tekstem (lub z tekstem i sytuacjami),
- scenkę improwizowaną,
- przedstawienie improwizowane,
- inscenizację<sup>62</sup>.

Zanim jednak wprowadzi się dramę do zajęć biblioterapeutycznych uczestnicy muszą zapoznać się z podstawowymi jej technikami: „rzeźbą”, „pozą”, „żywym obrazem”, „obrazem bez ruchu” i „stop-klatką”<sup>63</sup>. Dlatego biblioterapeuta podejmujący się rozszerzenia biblioterapii o elementy dramy, musi sam posiadać znaczną wiedzę, teoretyczną i praktyczną na ten temat. Musi przejść przez specjalistyczny kurs pracy tą metodą i ciągle podnosić swoje kwalifikacje z tego zakresu.

---

<sup>62</sup> Szerzej na ten temat: I. Borecka: *Drama jako forma pracy dydaktyczno-wychowawczej*. „Monitor Szkolny. Pismo Kuratorium Oświaty w Wałbrzychu” 1997, nr 77, s. 28-31.

<sup>63</sup> Zob. Aneks.

## 1. 9. METODY PSYCHOAKTYWNE I RELAKSUJĄCE W BIBLIOTERAPII

W trakcie zajęć biblioterapeutycznych, szczególnie w biblioterapii klinicznej, w tej części poświęconej integracji grupy, warto korzystać z praktyk psychologów prowadzących treningi i warsztaty psychologiczne. Oczywiście nie wszystkie propozycje może wykorzystać biblioterapeuta nie będący psychologiem. Ważne jest, aby wykorzystać te metody psychokreatywne, które pomagają uczestnikom uzyskać poczucie bezpieczeństwa w grupie, umożliwiają dokonanie wglądu w siebie i przyczyniają się do twórczej aktywności w grupie. W podręcznym księgozbiornie biblioterapeuty nie powinno więc zabraknąć takich opracowań jak: *Warsztaty twórczego ruchu. Prezentacje Młodzieżowego Ośrodka Psychologicznego PTP* (Warszawa 1990), *Ćwiczenia relaksacyjne. Praktyczne techniki antystresowe dla dzieci i młodzieży* Lesława Kulmatyckiego (Warszawa 1995), *Scenariusze lekcji wychowawczych* Małgorzaty Jachimskiej według jej autorskiego programu „Żyć skuteczniej” (Wałbrzych 1997), *Grupa bawi się i pracuje. Zbiór grupowych gier i ćwiczeń psychologicznych* (Wałbrzych 1994) lub jej cz. II – autorstwa Jolanty Rojewskiej (Wałbrzych 2000).

Taka porcja zabaw psychologicznych ułatwia nie tylko nawiązanie kontaktu z grupą, ale przygotowuje uczestników do wzmożonej pracy polegającej na identyfikacji z bohaterem literackim. Daje także możliwość pokonania lęków przed publicznymi wystąpieniami. Są one ważne w ostatniej części zajęć biblioterapeutycznych zmierzających do ewaluacji. Grupa, zaprzyjaźniona w trakcie kilku lub kilkunastogodzinnych zajęć o charakterze gier i zabaw ułatwia poszczególnym osobom samoocenę. Jest dla nich grupą wsparcia, która ułatwia im wypowiedanie własnych sądów i opinii.

## **2. BIBLIOTERAPIA W PRAKTYCE**

### **2.1. POSTĘPOWANIE BIBLIOTERAPEUTYCZNE**

Postępowanie biblioterapeutyczne musi być ściśle powiązane ze sferą działań biomedycznych lub wychowawczych i korekcyjno-wyrównawczych. Musi zakładać wykorzystanie książek i alternatywnych materiałów czytelniczych dla regulacji systemu nerwowego i psychiki człowieka chorego, niepełnosprawnego lub osoby w trudnej życiowej sytuacji, nie radzącej sobie z jakimiś problemami. Powinno służyć zmianie postaw wobec choroby lub niepełnosprawności, zmianie zaburzonego stosunku pacjenta (wychowanka) do samego siebie lub innych osób. Jego celem winno być wywołanie u uczestnika biblioterapii chęci dążenia do zmian. Celem szczegółowym może być też korekta niewłaściwych postaw i zachowań.

Na przykładzie kilku modeli postępowania biblioterapeutycznego zwróćmy uwagę na charakterystyczne etapy tego procesu.

#### **2.1.1. MODEL POSTĘPOWANIA BIBLIOTERAPEUTYCZNEGO WZMACNIAJĄCY POCZUCIE WŁASNEJ WARTOŚCI**

**Diagnoza:** Osoba niepełnosprawna ocenia siebie jako osobę o niskiej wartości, nieprzystosowaną do grupy, bez przyszłości zawodowej. Reaguje na swoją niepełnosprawność zmiennymi nastrojami – od apatii po agresję. Użala się nad sobą, oczekuje od innych nadmiernej uwagi i wyłączenia go w różnego rodzaju pracach związanych z nauką i samoobsługą.

**Dobór literatury** uzależniony jest od wieku, płci i życiowych oraz czytelniczych doświadczeń uczestnika biblioterapii i jego kondycji psychicznej. W pracy z dorosłymi i dziećmi starszymi oraz młodzieżą można wykorzystać literaturę piękną, popularnonaukową, głównie o charakterze biograficznym i wspomnienia osób dotkniętych różnego typu niepełnością.

Np. dorosłym i młodzieży zalecamy do **samodzielnego** czytania obzerne, wybrane fragmenty następujących utworów:

Anny Domańskiej *Los w twoich rękach*  
Eugenii. Chajęckiej *Syn! Będzie szczęśliwa*  
Josiane Criscuolo *Słońce świeci dla wszystkich*  
Haliny Poświatowskiej *Opowieść dla przyjaciela*  
Krystyny Berwińskiej *Con amore*  
Domenico Androne *Angiolino – chłopiec, który umiał cierpieć*  
Marii-Dominque Poinset *Uśmiecham się do moich cierpień*

Do przeczytania w całości można zalecić także:

Marii Borowej *Ogrody*

Dzieciom starszym polecamy lekturę<sup>1</sup>:

Frances Hodgson Burnett *Tajemniczy ogród*  
Irena Jurgielewiczowa *Ten obcy; Inna*  
Hildicka Edmunda Wallace'a *Tropiciele*

**Postępowanie terapeutyczno-wychowawcze** zmierza do:

- wykorzystania kompensacyjnej funkcji literatury,
- zmiany zaburzonej hierarchii wartości,
- podniesienia poziomu samooceny pacjenta (wychowanek),
- stworzenia sprzyjającej atmosfery do samodzielnego działania dziecka, w celu przekonania go o jego możliwościach fizycznych, manualnych i intelektualnych.

*Etapem wstępnym* jest zawsze rozmowa z pacjentem (wychowankiem), która pozwala poszerzyć wiedzę biblioterapeuty o chorobie, niepełności lub problemach pacjenta (wychowanek) i zachęcić go do udziału w planowanych formach terapii poprzez czytanie.

---

<sup>1</sup> Każdy z biblioterapeutów może stosować inny zestaw lektur tematycznie związanych z poruszonym problemem.

*Etap pierwszy* to czytanie indywidualne lub grupowe zmierzające do uświadomienia pacjentowi (wychowankowi) źródeł jego niskiej samooceny, reakcji innych osób na podobną sytuację. Lektura wspomagana dyskusją doprowadzić może czytelnika do jego **identyfikacji z bohaterem literackim**. Niekiedy może ten etap procesu biblioterapeutycznego nastąpić nie w trakcie czytania ale podczas zajęć dodatkowych (np. dramy). Ma on na celu umożliwienie pacjentowi (wychowankowi) znalezienie wyjścia z tej trudnej psychicznie sytuacji i przyczynić się do zaakceptowania swojej choroby lub niepełnosprawności. Akceptacja lub zrozumienie sytuacji trudnej może mu ułatwić przeżycie stanu **katharsis** rozumianego jako uczucie ulgi doznawane pod wpływem czytanej lub omawianej lektury; ulgi na myśl, że inni cierpieli podobnie i że potrafili sobie poradzić w sytuacji zbliżonej. To uczucie odprężenia na myśl, że wielu ludzi niepełnosprawnych podobnie mocno reaguje na swój stan, że własne reakcje nie są odosobnione, że nie są społecznie naganne.

W *etapie drugim* następuje wprowadzenie programu „I ja tak potrafię”, co pozwala na wzmocnienie wiary w siebie uczestnika zajęć, pogłębienie stanu **katharsis** i dokonanie przez niego **wglądu**, czyli głębszego wejście w siebie. Daje to szansę konfrontacji swoich dotychczasowych poglądów i zachowań oraz umożliwia podjęcie pewnych decyzji. Przyczynia się do osiągnięcia pozytywnych **zmian w postawach i zachowaniach** uczestników biblioterapii przejawiających się przede wszystkim zmniejszonym napięciem emocjonalnym, obniżeniem poziomu agresji i odnajdywaniem radości z drobnych codziennych sukcesów. Każdy program, realizowany w czasie wielu zajęć musi dostarczyć pewnej empirycznej wiedzy na temat osiągniętych efektów terapeutycznych. W tym celu realizuje się *etap trzeci*, w którym dokonuje się podsumowania osiągniętych celów. Uczestnicy mają możliwość podzielenia się z grupą terapeutyczną swoimi wrażeniami, emocjami i doświadczeniami. Dokonują także **ewaluacji**, co pozwoli na weryfikację hipotez stawianych przed opracowaniem danego modelu i podjęciem danego programu biblioterapeutycznego.

Model ten jest modelem uniwersalnym. Można go bowiem stosować w wielu sytuacjach i w różnych miejscach. Można go realizować zarówno wobec pacjentów szpitali jak i dzieci w placówkach oświatowych. Inne będą tylko lektury zalecane poszczególnym grupom adresatów. Inne mogą być programy szczegółowe oraz zajęcia przeprowadzone o inne scenariusze.

Programy, które można zastosować realizując ten model to: „Ja

i inni”, „Każdy może być poetą”<sup>2</sup> – „To ja”. „I ja tak potrafię”, „Obcy są wśród nas”, „Obraz – wiersz – muzyka – taniec”. Programy te mogą być pomyślane jako długoterminowe lub krótkoterminowe. Ich wspólną cechą jest to, że przyczyniają się do wzmocnienia wiary w siebie pacjenta (wychowanka). Stwarzają szansę aktywnego rozwoju. Dają możliwości prezentowania jego twórczości.

Realizować je można w różny sposób, pracując z grupą lub podczas terapii indywidualnej. W Aneksach zamieszczono kilka przykładowych scenariuszy zajęć, które mogą być pomocne w realizacji tych programów np. „Ja i inni”, „Kiedy byłem mały”, „Kiedy jestem chory”.

### 2.1.2. MODEL POSTĘPOWANIA BIBLIOTERAPEUTYCZNEGO WSPIERAJĄCY PROCES ADAPTACJI DZIECKA W GRUPIE

Możemy go zastosować gdy **diagnoza** brzmi: dziecko nie może zaadaptować się w klasie ze względu na swoją „inność” (niepełnosprawność, długotrwałą chorobę, pochodzenie itp.). Reaguje na ten fakt zmiennymi nastrojami: od apatii po agresję, ma obniżoną motywację do nauki; nie podejmuje prób nawiązywania kontaktów z rówieśnikami.

**Dobór literatury** uzależniony jest od wieku i wielkości grupy terapeutycznej. Za punkt wyjścia zajęć biblioterapeutycznych mogą służyć utwory: Ireny Jurgielewiczowej *Ten obcy* i *Inna*, Marii Józefackiej *Lotnica*, *Chłopak na niepokogę*, *Kto sieje wiatr*.

W zależności od czasu przewidzianego na pracę terapeutyczną można utwory wykorzystać w całości lub ich obszernie fragmenty.

**Postępowanie terapeutyczno-wychowawcze** zmierza do:

- zintegrowania grupy,
- stworzenia możliwości korzystnego, efektywnego zaistnienia dziecka, mającego niską samoocenę lub uznawanego, na tle klasy, jako osoba która nie umie określić wartości samego siebie,
- podniesienia stopnia uspołecznienia klasy.

**Etap pierwszy** poprzedzony rozmową o charakterze diagnostycznym oparty jest o **czytanie indywidualne lub zbiorowe**, stanowiące podstawowy element procesu biblioterapeutycznego. Zmierza się tu do una-

---

<sup>2</sup> Scenariusze do zajęć biblioterapeutycznych opartych o te programy zamieściłam w swojej książce pt. *Biblioterapia w szkole*, s. 109.

ocznienia całej grupie na czym polega zjawisko „inności”, co przyczynić się może do obalenia stereotypów myślowych oraz ma ścisły związek z **identyfikacją** uczestników biblioterapii z bohaterami. To z kolei może umożliwić konfrontację z podobnymi sytuacjami znanymi im z autopsji. Dać może też szansę na głębsze spojrzenie na siebie i najbliższe otoczenie; sprzyja dokonaniu analizy własnych zachowań. Może prowadzić do refleksji i przeżycia stanu **katharsis** – czyli pewnego rodzaju ulgi i oczyszczenia;. Jest to już **drugi etap** realizacji tego modelu; moment przeżywania silnych emocji pod wpływem lektury, które prowadzą do pełniejszego uczestniczenia np. w programie „Obcy są wśród nas”. Zarówno zalecana lektura, jak i dyskusja na jej temat oraz wspomniany program przyczyniają się do dokonania przez dziecko **wglądu** w siebie. Daje to szansę podjęcia walki o swoje prawa tym, którzy czuli się innymi, gorszymi. Stwarza możliwość **zmiany** własnego postępowania i myślenia. Tym, którzy już ulegli niewłaściwym wzorcom, czy stereotypom kulturowym pozwala na dokonanie **zmiany** dotychczasowych **postaw i zachowań**.

Model ten odwołuje się do osobistych doświadczeń dziecka, sprzyja pracy „na emocjach” więc bezwzględnie w **trzecim etapie** musi się te emocje złagodzić. Zanim więc nastąpi **ewaluacja** dzieci muszą mieć tyle czasu, ile potrzebują, aby opowiedzieć o tym, co wydarzyło się istotnego dla nich podczas poszczególnych zajęć.

W szkole coraz częściej obserwuje się wiele agresywnych zachowań uczniów. Proponowany tu model postępowania biblioterapeutycznego może być realizowany przez wychowawców klas, pedagogów szkolnych lub bibliotekarzy.

### **2.1. 3. MODEL POSTĘPOWANIA BIBLIOTERAPEUTYCZNEGO PRZECIWDZIAŁAJĄCY AGRESYWNYM ZACHOWANIOM DZIECKA**

Można go wprowadzić, gdy w świetle **diagnozy** dziecko postrzegane jest przez nauczycieli i uczniów jako mające trudności współzycia z grupą, konfliktowe, nie potrafiące rozwiązywać trudnych sytuacji. Ma zaburzoną hierarchię wartości i niewłaściwą ocenę sytuacji. Czuje się zagrożone i niedoceniane. Poprzez zachowania agresywne wobec grupy, pragnie zwrócić uwagę na siebie.

W wielu przypadkach model ten będzie oparty o długoterminowe

programy biblioterapeutyczne, do których **dobór literatury** musi być bardzo dokładnie przemyślany. Książki i artykuły dotyczące niewłaściwych postaw wobec siebie i innych osób muszą się uczestnikom, w pierwszym cyklu programu, bardziej kojarzyć z sytuacją fikcyjną niż własnym zachowaniem. Można więc zaproponować np.:

Ireny Jurgielewiczowej *Ten obcy*

Krystyny Boglar *Supergigant z motylem*

A po pewnym czasie wprowadzić zajęcia oparte o literaturę popularnonaukową na temat samopoznania, stosunku do siebie i zachowań asertywnych np.:

Anny Dodziuk *Pokochać siebie*

Piotra Fijewskiego *Jak rozwinąć skrzydła*

Marii Król-Fijewskiej *Stanowczo, łagodnie bez lęku.*

**Postępowanie terapeutyczno-wychowawcze** zmierzać będzie do:

- uświadomienia dziecku rodzaju trudnych sytuacji i reakcji na nie,
- określenia przez dziecko stosunku do samego siebie,
- stworzenia możliwości dziecku wykazania się pozytywnymi i twórczymi działaniami,
- dostarczenia działań i sytuacji rozładowujących napięcia emocjonalne.

I tak, jak we wszystkich modelach postępowania biblioterapeutycznego, tak i tu **etap pierwszy to czytanie indywidualne lub zbiorowe**, które ma na celu unaocznienie przyczyn agresywnego zachowania, jego skutków i możliwości łagodzenia negatywnych stanów emocjonalnych. Dyskusja nad przeczytanymi tekstami może przyczynić się do łatwiejszej **identyfikacji z bohaterem**. Etap ten pozwoli na nabranie dystansu do własnych problemów. Może dać szansę na głębszą refleksję i przeżycie stanu **katharsis**. Tej ulgi uczestnik zajęć biblioterapeutycznych może doznać na myśl, że w swoich zachowaniach nie jest osamotniony, że problemy, które go nurtują da się rozwiązać choćby tak, jak poradził sobie z nimi literacki bohater. Osiągnięcie tego stanu może ułatwić wprowadzenie programu „To ja”, który ugruntuje poczucie tożsamości dziecka i pozwoli mu zmierzać do przepracowania pozostałych problemów. Tak zamknie się **etap drugi** modelu.

Proponowany zestaw zajęć opartych o utwory Ireny Jurgielewiczowej może przyczynić się do ułatwienia nawiązywania właściwych kontaktów interpersonalnych dzięki zrozumieniu własnych reakcji. Prowadzi on do dokonania **wglądu** w siebie, co daje możliwość wielorakich przemyśleń nad **zmianą sposobu własnego postępowania**. W trakcie poszczególnych warsztatów (sesji) biblioterapeutycznych dziecko bę-

dzie mogło wielokrotnie weryfikować własne zachowania. Będzie się uczyło technik radzenia sobie w różnych sytuacjach. Ten ogrom emocji dziecko musi więc rozładować podczas *etapu trzeciego – podsumowania, który kończy się ewaluacją* dokonywaną za pomocą wybranej przez grupę techniki (ankieta, rysunek, opowiadanie, historia grupy).

Bardzo często agresję dziecka wywołuje brak jego osiągnięć w danej dziedzinie. Do odkrycia jego twórczych możliwości przyczynić się może:

#### 2.1.4. MODEL POSTĘPOWANIA BIBLIOTERAPEUTYCZNEGO ROZWIJAJĄCEGO TWÓRCZE MYŚLENIE

Stosujemy go wówczas gdy **diagnoza brzmi**: dziecko jest szczególnie uzdolnione, ale mocno przeżywające każde publiczne wystąpienie, egzaminy, sprawdziany i konkursy; źle znoszące, choćby najmniejsze, niepowodzenia albo: dziecko jest zamknięte w sobie, niechętnie do podejmowania działań twórczych, nie przejawia chęci współpracy z grupą na zajęciach artystycznych.

Wówczas **dobór literatury** powinien być taki, aby pozwolił na widzenie siebie jako jednostkę twórczą, z dużymi możliwościami intelektualnymi lub sprawnością fizyczną, ale jednocześnie, aby pozwolił dziecku nabrać do siebie pewnego dystansu i nauczył go śmiać się z samego siebie, a także dawać sobie szansę na drobne potknięcia i przegraną w szlachetnej rywalizacji.

Mogą to więc być wybrane fragmenty książek:

Małgorzaty Musierowicz *Szósta klepka, Opium w rosole, Brulion Be Be*

Joanny Chmielewskiej *Większy kawałek świata, Większe zasługi, Skarby i Wszelki wypadek*

oraz wybrane fragmenty eksperymentalnego podręcznika *Porządek i przygoda Lekcje twórczości. Cz. 1*

Krzysztofa J. Szmidta *Elementarz twórczego życia,*

Zbigniewa W. Brzeškiewicza *Superśłuchanie. Jak słuchać i być słuchanym i Superczytanie. Jak uczyć się trzy razy szybciej,*

Kurta Tepperweina *Twórcza moc myślenia*

**Początek to czytanie indywidualne lub zbiorowe** zmierzające do uzmysłowienia dziecku, że jest dzieckiem i ma prawo, tak jak każdy człowiek, do radości i smutków, większych i mniejszych przegranych,

i że można nauczyć się pewnych technik radzenia sobie ze stresem towarzyszącym egzaminom i innym sprawdzianom, że w każdej chwili można osiągnąć sukces, zrobić coś niekonwencjonalnego, co zaskoczy innych. Programy, które ułatwiają zrealizowanie tego modelu postępowania bibliotecznego muszą być oparte o pedagogikę zabawy. Należy w nich uwzględnić dużo zajęć rozluźniających i integrujących grupę. W tym przypadku bowiem **identyfikacja z bohaterami** utworów literackich może nie nastąpić tak szybko. Wielu dzieciom trudno jest zrozumieć, że podobnie reaguje na sytuacje trudne wiele innych dzieci, że niepokój tak jak i nieudana próba nie jest niczym złym i że zawsze istnieje szansa kolejnego sukcesu.

**Katharsis** – może pojawić się w trakcie czytania lub podczas rozmowy o postępowaniach bohaterów. Kiedy czytelnik odkryje jak wiele wspólnego ma z nimi, kiedy będzie się śmiał z drobnych niepowodzeń bohaterów i dokonywał **wglądu** w siebie – może już łatwo odkryć drogę do **zmiany swojego postępowania** względem siebie i innych.

Wszystkie zajęcia wypełniające ten model postępowania także muszą kończyć się **ewaluacją**

## 2.2. PROGRAMY BIBLIOTERAPEUTYCZNE

Realizacja każdego modelu postępowania biblioterapeutycznego jest oparta o dany program, na który składa się jedno lub kilka spotkań. Dla każdego z nich biblioterapeuta opracowuje odpowiednie scenariusze (aneksy 4 i 5). Z reguły są one tak pomyślane, że mogą być wielokrotnie wykorzystywane do pracy z różnymi grupami terapeutycznymi.

Prześledźmy to na przykładzie programu „Ja i inni – obcy są wśród nas”.

Jego celem jest uświadomienie uczestnikom zajęć kim są, jakie funkcje pełnią w życiu rodzinnym i społecznym, w jaki sposób reagują na różne zjawiska. Np. takie jak: niepełnosprawność, ciężka choroba w rodzinie, mieszkanie w pobliżu placówki dla narkomanów, schroniska dla bezdomnych itp.

Każdy program wprowadza się do realizacji poprzez zajęcia integrujące, dlatego biblioterapeuta musi zgromadzić wiele scenariuszy zajęć tego typu, aby miał możliwość stosować jak najbardziej różnorodne propozycje metodyczne.

Im bardziej trudny problem jest przedmiotem danego programu, tym

więcej wymaga czasu na realizację. Dla omawianego programu zaplanowano minimum cztery 2–3-godzinne spotkania. Oparto je (poza pierwszym – integracyjnym) o dobrą znajomość utworu ks. Twardowskiego *Ten od głupich dzieci* i książek Ireny Jurgielewiczowej *Ten obcy i Inna*.

Pierwszy cykl spotkań nosił tytuł „Ja i inni” (aneks 5). Składał się z czterech kolejnych zajęć. Pierwsze z nich miało za zadanie zintegrować grupę. Wykorzystano podczas niego nie tylko typowe zabawy integrujące, ale wprowadzono też minitrening wzmacniający poczucie tożsamości uczestników zajęć. Zastosowano techniki wizualizacyjne i techniki twórczego myślenia.

Spotkanie drugie miało na celu zaktywizowanie uczestników i uwrażliwienie ich na własne relacje wobec osób niepełnosprawnych. Pracowano metodą dramy.

Zajęcia te dostarczyły uczestnikom wiele emocji więc wymagały uzupełnienia o zajęcia relaksujące, przygotowujące do przejścia do biblioterapii właściwej. O doborze środka terapeutycznego o charakterze refleksyjnym zdecydował przebieg poprzednich zajęć oraz nadrzędny cel terapeutyczny – uwrażliwienie na los niepełnosprawnych dzieci.

Zajęcia czwarte, oparte o techniki dramowe, zmierzały do rozszerzenia problemu „inności”. Stwarzały warunki do osobistego spotkania się z reakcjami na „bycie obcokrajowcem” lub „osobą żebrzącą”. Dawaly szansę spojrzenia na problem imigrantów z innej perspektywy. Uczyły poszukiwania rozwiązań. Budziły zachowania empatyczne i korygowały postawy niewłaściwe.

W razie potrzeby można było na innych spotkaniach (w ramach tego samego programu), wykorzystać scenariusze opracowane na podstawie książek Jurgielewiczowej. Biblioterapeuta zawsze może zmniejszyć lub zwiększyć liczbę spotkań terapeutycznych, wprowadzić różne warianty zajęć i wykorzystać różne książki i alternatywne materiały czytelnicze.

Zamieszczone w Aneksach scenariusze i programy są tylko przykładami pewnych metodycznych rozwiązań. Każdy biblioterapeuta na prowadzone zajęcia przygotowuje kilka wersji danego scenariusza. Musi też umieć w każdej chwili zmienić pewne jego elementy, jeśli tego wymaga sytuacja terapeutyczna.

## **2.3. PRAKTYCZNE ZASTOSOWANIE WYBRANYCH MODELI POSTĘPOWANIA BIBLIOTERAPEUTYCZNEGO**

Omawiane powyżej modele postępowania biblioterapeutycznego mogą mieć wielokrotne zastosowanie. O wyborze danego modelu decyduje kilka istotnych czynników, takich jak: wiek, stan zdrowia, kondycja psychiczna, potrzeby uczestników biblioterapii, ich doświadczenie życiowe i czytelnicze i miejsce biblioterapii. Prześledźmy zastosowanie kilku modeli postępowania biblioterapeutycznego w przypadku biblioterapii dzieci chorych, niepełnosprawnych fizycznie i umysłowo oraz dzieci z trudnościami edukacyjnymi.

### **2.3.1. BIBLIOTERAPIA DZIECI W SZKOŁACH MASOWYCH**

W szkołach powszechnych uczą się nie tylko dzieci zdrowe. Pewną grupę stanowią dzieci przewlekłe chore oraz niepełnosprawne fizycznie. Coraz częściej dąży się do tworzenia szkół lub klas integracyjnych, aby dzieciom, w różnym stopniu niepełnosprawnym, zapewnić odpowiedni start życiowy, a dzieci zdrowe uczyć właściwego współżycia z osobami sprawnymi inaczej.

Pobyt w szkole dostarcza dzieciom wielu sytuacji stresujących, stawia przed nimi trudne zadania. Nauczyciele nie zawsze biorą pod uwagę możliwości intelektualne swoich uczniów, ich odporność psychiczną i aktualną sytuację w domu rodzinnym. Niekiedy w szkole trudno się żyje zarówno dzieciom zdrowym jak i chorym oraz niepełnosprawnym. Nie zawsze uczniowie są w stanie sami sobie poradzić z problemami, wobec których stają codziennie. Dlatego dobrze jest, że coraz więcej nauczycieli zainteresowanych jest terapią pedagogiczną, a bibliotekarze interesują się biblioterapią.

Biblioteka szkolna z łatwością może stać się pracownią terapeutyczną, gdy w szkole zaistnieją odpowiednie warunki do realizacji jej podstawowych funkcji: kształcąco-wychowawczej, opiekuńczo-wychowawczej i kulturalno-rekreacyjnej. Jeśli proces biblioterapeutyczny w szkole powszechnej, rozumiany przede wszystkim jako proces terapeutyczno-wychowawczy, będzie przebiegał prawidłowo, to uczeń:

1. Nabędzie przekonania, że w książkach można znaleźć odpowiedzi na wiele nurtujących pytań natury egzystencjalnej. Można uzyskać wzorce osobowe, materiał do refleksji nad samym sobą i nad tym co się czyni.

2. Dokona doboru lektur zgodnie z własnymi potrzebami psychicznymi.

3. Będzie miał odwagę prosić o pomoc w sytuacjach dla siebie trudnych (bibliotekarza, pedagoga szkolnego, wychowawcę i inne odpowiednie placówki takie jak: Telefon Zaufania, Rzecznik Praw Dziecka itp.).

4. Wyrobi sobie nawyk obcowania z wytworami kultury i czerpania z nich radości i inspiracji do własnego rozwoju.

5. Wzmocni normy moralne jako podstawy właściwego funkcjonowania w społeczeństwie.

6. Umocni w sobie przekonania *ja też mogę, ja też potrafię, moja praca jest potrzebna, jestem kimś ważnym.*

7. Ugruntowuje wiarę w to, że w szkole są osoby, które mogą pomóc w rozwiązaniu jego trudnych osobistych problemów.

8. Nabierze przekonania, że bez względu na sytuację materialną i pochodzenie społeczne otrzyma wsparcie psychologiczne oraz pomoc dydaktyczną.

9. Wzmocni swą wiarę w to, że bibliotekarz jest sojusznikiem ucznia, jego doradcą polecającym mu właściwą, dostosowaną do potrzeb, książkę lub inny rodzaj informacji.

10. Nabędzie umiejętności czerpania radości ze zdobywania nowej wiedzy i dzielenia się nią z innymi ludźmi.

11. Nabierze przekonania, że biblioteka szkolna jest placówką, w której zawsze można uzyskać pomoc w podjęciu decyzji, co do sposobu spędzania wolnego czasu, wyboru właściwej lektury lub formy uczestnictwa w kulturze.

12. Upewni się, że uczestniczenie w proponowanych przez bibliotekarki imprezach kulturalno-oświatowych przygotowują go do umiejętności odreagowania negatywnych stanów emocjonalnych przy użyciu środków artystycznych.

13. Nabierze przekonania, że zbiory biblioteczne kryją w sobie ogromne możliwości przeżyć estetycznych i moralnych, co umożliwi wgląd w siebie i przepracowanie traumatycznych problemów.

Biblioterapeuta to przede wszystkim doradca, który potrafi wysłuchać i pomóc znaleźć samodzielnie rozwiązanie trudnej sytuacji. To także człowiek, dzięki któremu uczniowie mogą nauczyć się wielu technik

relaksujących opartych o materiały czytelnicze umiejętnie włączone do ćwiczeń prowadzonych metodą wizualizacji. **Bowiem najważniejszym celem biblioterapii w szkole jest przede wszystkim nauczenie uczniów radzenia sobie z trudnymi problemami.** Ale oprócz dzieci zdrowych w szkołach powszechnych jest coraz więcej dzieci z różnego rodzaju niepełnosprawnością. Jest im szczególnie trudno w pierwszym, adaptacyjnym okresie w szkole. Tu niezbędne jest zastosowanie modelu postępowania biblioterapeutycznego zmierzającego do wzmocnienia w tych dzieciach poczucia własnej wartości i modelu wspierającego proces adaptacji. Konieczne jest opracowanie scenariuszy kilku zajęć biblioterapeutycznych w oparciu o starannie dobraną literaturę dziecięcą i młodzieżową oraz fragmenty literatury biograficznej.

### **2.3.2. BIBLIOTERAPIA DZIECI NIEPEŁNOSPRAWNYCH FIZYCZNIE**

Przyczyny niepełnosprawności mogą być bardzo różne np.: postępujący zanik mięśni, zwyrodnienie mięśni, gruźlica kości, guzy, nowotwory, poprzeczne zapalenie rdzenia, gościec postępujący, choroba Little'a, choroba Heinego-Medina, porażenie kończyn, stany po amputacjach lub różnego typu urazy odniesione w wypadkach. Większość tych dzieci wiele czasu spędziła w placówkach leczniczych. Biblioterapia prowadzona w szkole może więc stanowić uzupełnienie procesu rehabilitacji podstawowej i wspierać dziecko niepełnosprawne w procesie akceptacji siebie jako osoby niepełnosprawnej. Dzieci z wyraźnymi wadami fizycznymi mają bardzo obniżoną samoocenę, czują się gorsze, wyobcowane i niełatwo godzą się ze swoją „innością”. Przeżywają silne napięcia psychiczne, nie rozumieją reakcji własnego, nieposłusznego im ciała, boją się śmieszności i braku akceptacji rówieśników. Nie chcą lietości dorosłych. Chcą jednak zrozumienia i pomocy w przetrwaniu tego trudnego okresu ich życia. Pomocy w długotrwałym procesie akceptacji siebie jako osoby niepełnosprawnej.

Jest im więc potrzebny program wspierający „Wszyscy jesteśmy w pewnym stopniu niepełnosprawni”, który ma na celu uświadomienie jego uczestnikom, czym jest niepełnosprawność i jak sobie radzić z tą nieodwracalną „innością”. Można też zaproponować program „Oni potrafią inaczej”, adresowany do całej klasy. Jego celem jest integracja klasy i uwrażliwienie osób sprawnych na problemy osób poszkodowanych na zdrowiu. Oba programy mogą być oparte na metodyce szybkie-

go czytania, metodyce dyskusji problemowej, z wykorzystaniem metody dramy społecznej, dramy na podstawie utworu literackiego lub dramy z obrazu.

Niekiedy może okazać się też potrzebny indywidualny program przeciwdziałający poczuciu mniejszej wartości „Chcę i mogę”, oparty o literaturę dla dzieci i młodzieży, która ukazuje zmagania z chorobą, niepełnosprawnością, nieumiejętnością odnalezienia się w grupie oraz małe i większe sukcesy bohaterów (np. M. Borowej: *Ogrody*, J. Ruth-Charlewskiej: *Dziewczynka spoza szyby*, M. E. Letki, *Jutro znowu pójdę w świat*, Zbigniewa Brzozowskiego, *Opowieść o Ewie*). W przypadku pracy ze starszymi dziećmi na liście lektur, mogą znajdować się też książki o ludziach dorosłych dotkniętych różnego typu niesprawnością, takie, które ukazują zwycięską walkę z chorobą; Jana Baranowicza *Przyjaźń o zmierzchu*, W. Antuchowa *Mój los ostrzeża*, Joasiane Criscuolo *Słońce świeci dla wszystkich*, Joni Earecson i Joego Mussera *Joni*, Joni Earecson i Steve'a Estes *Estesa Krok dalej*, Joni Earecson-Tada *Egzamin z przyjaźni*.

W szkołach jest też wiele dzieci przewlekle chorych, które także mają problemy szkolne. Spędzając wiele czasu w szpitalach nie nadążają za programem nauczania, nie mogą nawiązać silniejszych związków ze swoimi kolegami. Mając problemy z przystosowaniem często się irytują, stają się albo zamknięte w sobie albo agresywne w stosunku do rówieśników.

### 2.3.3. BIBLIOTERAPIA DZIECI PRZEWLEKLE CHORYCH

Dzieci przewlekle chore wiele czasu spędzają w szpitalach i sanatoriach. Ich dotychczasowe funkcjonowanie zostało zaburzone przez długotrwałą chorobę i ograniczenie ruchu. Do najczęściej występujących chorób przewlekłych, zaburzających funkcjonowanie nauki dzieci są organiczne uszkodzenia centralnego układu nerwowego (padaczka, mózgowo porażenie dziecięce), choroby alergiczne, uszkodzenia narządu ruchu, uszkodzenia układu krążenia (wada serca), zespół złego wchłaniania, choroby nowotworowe, choroby układu oddechowego, przewlekle zakażenia różnych organów, niedobór insuliny lub jej brak.

Choroba i długie okresy pobytu w placówkach leczniczych zaburzają harmonijny rozwój dzieci. Wiele z nich potrzebuje psychicznego wsparcia zmierzającego do odbudowy właściwej samooceny. Należałoby im zaproponować model postępowania biblioterapeutycznego

zmierzający do kształtowania się właściwych postaw wobec siebie i swojej choroby, gdyż w przeciwnym wypadku powrót do środowiska szkolnego może okazać się zbyt trudny. Kolejnym celem biblioterapii powinno być podtrzymywanie lub pobudzenie zainteresowań dziecka. Przez chorobę i pobyt w placówkach leczniczych ma ono duże zalety w realizacji programu. Może go to bardzo stresować. Jednym z programów biblioterapeutycznych adresowanym do starszych dzieci i młodzieży, jest program zatytułowany „Być twórczym”. Stanowiący element modelu postępowania biblioterapeutycznego rozwijającego twórcze myślenie. Został oparty o program lekcji twórczości Krzysztofa J. Szmidta i jego zespołu<sup>3</sup> i pozwala uwierzyć dziecku we własne możliwości. Zajęcia z wykorzystaniem książek Piotra Fijewskiego; *Jak rozwinąć skrzydła*, Krzysztofa J. Szmidta *Elementarz twórczego życia i książek*, Zbigniewa W. Brześkiewicza *Superczytanie, Superłuchanie i Superpamięć* ukazują, jak szybko można opanować technikę pracy w grupie, uczy szybkiego czytania i rozwija ekspresję twórczą dziecka.

Niektóre ze wspomnianych tu technik mogą mieć zastosowanie w pracy z dziećmi mającymi kłopoty edukacyjne.

### 2.3.4. BIBLIOTERAPIA DZIECI Z TRUDNOŚCIAMI EDUKACYJNYMI

Trudności edukacyjne dzieci mogą mieć swoje podłoże zarówno w ich ograniczonych możliwościach intelektualnych (obniżona norma intelektualna), jak i w zaburzeniach emocjonalnych. Przyczyną ich trudności mogą też być zaburzenia mowy, dysleksja, dysortografia, dysgrafia. Kłopoty w nauce mogą także być natury neurologicznej. Różnego typu kłopoty w szkole mogą mieć wszyscy ci, którzy czują się skrzywdzeni w domu rodzinnym, wyzyskiwani (w domu lub środowisku rówieśniczym). W zależności od wieku i stopnia trudności edukacyjnych biblioterapeuta, wspólnie z nauczycielem danego przedmiotu, może zaproponować programy zmierzające do wyrównania ich braków edukacyjnych, wzmocnienia ich wiary w siebie, stopniowania wymagań. Mogą one być realizowane w oparciu o programy: „I ja tak mogę”, „Ja też tak potrafię”, które zmierzają do utrwalenia techniki czytania ze zrozumieniem, pisania tzw. twórczej notatki, konstrukcji, planu czytanki i utrwalenia umiejętności opowiadania. Programy te muszą być oparte

---

<sup>3</sup> *Porządek i przygoda. Lekcje twórczości*. Warszawa 1996.

o teksty proste, tak aby udało się pokonać barierę publicznego czytania. Tu biblioterapeuta będzie wykorzystywał metodykę nauczania początkowego i metodykę zajęć korekcyjno-wyrównawczych. Ale zanim przystąpi do ich realizacji dobrze byłoby, aby wszyscy uczestnicy tych programów, mogli wziąć udział w biblioterapii reminiscencyjnej odwołującej się do ich czytelniczych doświadczeń.

Niekiedy brak osiągnięć edukacyjnych ma ścisły związek z nieprzystosowaniem społecznym.

### **2.3.5. BIBLIOTERAPIA DZIECI NIEPRZYSTOSOWANYCH SPOŁECZNIE**

W szkole powszechnej jest znaczna grupa takich dzieci, które nie potrafią dostosować się do wymogów regulaminu szkolnego, mają zaburzone normy moralne i społeczne, są zaniedbane wychowawczo. Mają niskie oceny. Nie czytają, nie przychodzą do biblioteki szkolnej. Wdają się w konflikty z otoczeniem. Na sytuacje trudne reagują agresją lub autoagresją. Często mają za sobą kontakt z marginesem społecznym a niekiedy i z grupami przestępczymi. Potrzebna jest im pomoc psycho-terapeutyczna.

W znacznej mierze do rozładowania ich negatywnych stanów emocjonalnych, silnych napięć może przyczynić się także biblioterapia oparta o metodę dramy. Zanim jednak rozpocznie się właściwy proces biblioterapeutyczny biblioterapeuta musi starać się wspólnie z dziećmi pokonać ich niechęć do kontaktów z literaturą, książką i czasopiśmie. Może wyjść od typowych zajęć bibliotecznych upowszechniających czytelnictwo. Następnie stopniowo przechodzić do lektur sprzyjających uświadomieniu sobie przez dzieci ich własnych problemów. Dopiero w kolejnym etapie pojawi się możliwość zastosowania modelu oddziaływań biblioterapeutycznych zmierzających do korekty ich postaw. Na tym etapie praca terapeutyczna będzie oparta głównie o rozmowy i dyskusje nad literackimi bohaterami. Będzie to umożliwiało także zastosowanie technik dramowych i skierowanie uwagi uczestników procesu biblioterapeutycznego na werbalizację i wypowiedzenie swoich problemów (katharsis). Szczegółowy program poszczególnych sesji biblioterapeutycznych będzie uzależniony od indywidualnych potrzeb uczestników, od stopnia ich otwartości, możliwości sformułowania własnych problemów. Jedną z technik pomagających uczestnikom otworzyć się i dostrzec własny problem jest pisanie listów do bohatera

literackiego. Mogą to być listy ukierunkowane na zewnątrz, w których autorzy będą starali się okazać pomoc i zrozumienie bohaterom. Drugim rodzajem listów pisanych podczas zajęć mogą być listy ukierunkowane do wewnątrz, kiedy to autorzy pisać będą do wymyślanego adresata, o własnych sprawach.

Za punkt wyjścia biblioterapii mogą służyć książki Krystyny Boglar Brent i *Supergigant z motylem*, Ryszarda Kowalskiego *Czarek*, Gudrun Mebs *Niedzielne dziecko*, Stanisławy Platówny *Telefon zaufania*, Janiny Zającowny *Mój wielki dzień*.

Oczywiście zaproponowane tu lektury nie wyczerpują możliwości oddziaływania terapeutycznego i biblioterapeuta może korzystać z innych pozycji, łatwo dostępnych jego podopiecznym. Mogą to być zarówno krótkie opowiadania jak i powieści obyczajowe dla młodzieży lub tylko wybrane ich fragmenty.

## 2.4. BIBLIOTERAPIA W SZKOŁACH SPECJALNYCH

Prawidłowo ukształtowanych postaw wobec własnej choroby, dobrej orientacji w stanie swojego zdrowia i innych elementów właściwego podejścia do życia z chorobą można oczekiwać od każdej grupy niepełnosprawnych, z wyjątkiem osób upośledzonych umysłowo. Wynika to z faktu nie uświadamiania sobie przez nie swojego kalectwa. Dzieci, nawet lekko upośledzone umysłowo, czują się często wyobcowane, odrzucane przez swoich zdrowych rówieśników, ale zwykle nie znają powodów tego zachowania. Wśród kolegów z klasy, ze szkoły, z internatu czują się dobrze. Właśnie z tych powodów proces biblioterapeutyczny planowany w ośrodkach specjalnych powinien być zupełnie inny, niż w przypadku pozostałych placówek rehabilitacyjnych. Winno to wynikać przede wszystkim z mniejszych możliwości percepcyjnych omawianej grupy. Dlatego też zajęcia prowadzone z dziećmi upośledzonymi umysłowo muszą być zdecydowanie krótsze i bardziej urozmaicone. Odbiorca opóźniony w rozwoju nie jest w stanie długo się skoncentrować, szybko się rozprasza, w związku z tym konieczne jest połączenie kilku form pracy z czytelnikiem. Powinno to iść głównie w kierunku pracy z czytelnikiem indywidualnym. Wśród dzieci młodszych polega to na ćwiczeniu i doskonaleniu samej techniki czytania (np. w postaci

konkursów pięknego czytania), chociaż głośne czytanie dzieciom wydaje się tu również celowe. Zajęcia te muszą jednak kończyć się rysunkiem, zabawą ruchową, śpiewem, tak aby zredukować stres towarzyszący tym zajęciom o charakterze terapeutyczno-dydaktycznym. W klasach starszych winno się zwracać uwagę nie tylko na samą technikę czytania, ale również niezbędna jest zachęta biblioterapeuty do dzielenia się przez dziecko wrażeniami z przeczytanej lektury. Nawet najmniej udana jej próba daje możliwość otwarcia się uczestników, co w tym środowisku jest bardzo trudne.

Zajęcia biblioterapeutyczne w tym środowisku muszą być więc systematyczne i urozmaicone. Adaptacje filmowe (np. kasecja „Porozmawiaj ze mną”), konkursy rysunkowe (na ulubionego bohatera literackiego), pokazy, przedstawienia teatralne (np. „Legendy Krakowa”, „Kopciuszek”, czy inne pozycje klasyki dziecięcej), to wszystko daje możliwość rozszerzenia i umocnienia pozycji książki, która powinna stanowić punkt wyjścia dla wszystkich pozostałych form upowszechniania kultury w tej grupie. Książka dla dziecka upośledzonego powinna bowiem być lekcją życia, zaradności. Poprzez przygodę, poznawaną za pomocą utworu, utożsamienie się z bohaterem zaplątanym w zawiłości losu, trudne życiowe sytuacje. Analizując losy bohatera, rozmawiając o jego przygodach uczy się żyć w społeczeństwie często go odrzucającym.

W przypadku dzieci niepełnosprawnych umysłowo biblioterapia będzie głównie pomagała w nabyciu podstawowych umiejętności życiowych. Najważniejszym programem biblioterapeutycznym będzie cykl ukazujący miejsce dzieci w środowisku szkolnym i rodzinnym zatytułowany „Ja i inni”, który pozwoli dzieciom na przyswojenie podstawowych pojęć takich jak: *pomoc, opieka, współczucie, litość, koleżeństwo, przyjaźń, opieka nad rodzeństwem, uprzejmość*. Na cykl ten może składać się kilka spotkań. Mogą one być na przykład poświęcone problemowi koleżeństwa w klasie. Do tego celu można wykorzystać krótkie opowiadania drukowane w czasopismach dziecięcych, czytanki szkolne lub szkolne lektury. Kilka spotkań tego właśnie typu po jakimś czasie pozwoli na łatwiejsze wejście w systematyczne zajęcia biblioterapeutyczne pod hasłem „Moi przyjaciele – książka i czasopismo”. Cykl taki może mieć na celu jeszcze mocniejszą integrację grupy oraz ugruntowanie w dzieciach przekonania o książce, jako źródle ważnych przeżyć emocjonalnych. Zatem tematyka wykorzystywana podczas spotkań musi być bliska psychicznym potrzebom grupy terapeutycznej. Grupę taką w szkole integracyjnej mogą tworzyć dzieci lekko upośledzone

umysłowo oraz dzieci w normie intelektualnej, ale nie potrafiące czytać w wyniku zaniedbań edukacyjnych lub wychowawczych. W szkole specjalnej będą to dzieci o różnym stopniu upośledzenia umysłowego. Bez względu na to, w której szkole i z jaką grupą będziemy prowadzić zajęcia, celem wychowawczym tych spotkań jest nauczenie poszanowania książki i utrwalanie umiejętności wykorzystywania jej (książka telefoniczna, encyklopedia, słowniki, podręczniki). Można ten program oprzeć o wydawaną w Toruniu serię „Książki Łatwe w Czytaniu” lub inne książki dostosowane poziomem do wieku i możliwości percepcyjnych grupy. Dobór literatury jest także uzależniony od celów szczegółowych kolejnych spotkań. Dla dzieci młodszych mogą to być spotkania zatytułowane np.:

1. **Idę do biblioteki** – podstawą programu jest książka *W bibliotece* oraz zajęcia zbliżone do typowej lekcji bibliotecznej. Ich celem jest nie tylko zapoznanie z biblioteką, ale wykorzystanie jej terapeutycznej atmosfery i wdrożenie uczestników do systematycznego przychodzenia na zajęcia biblioterapeutyczne.

2. **Samodzielnie idę na pocztę** – stosujemy metodę głośnego czytania książki *Na pocztę*, wydanej w wyżej wspomnianej serii oraz rozmowę kierowaną na temat funkcjonowania urzędu pocztowego, następnie wprowadzimy dramę. Stosując wybrane techniki np.: pozę, pomnik, improwizację, staramy się umocnić wiarę dzieci w ich możliwości. Zajęcia możemy rozszerzyć o rozmowę kierowaną, na temat doświadczeń osobistych dzieci z ich pobytu w różnych innych miejscach publicznych. Z biegiem czasu można wprowadzić do zajęć książkę *W kościele*, z której w prosty sposób dziecko może czerpać podstawową wiedzę o funkcjonowaniu tej instytucji. Ta lektura pozwoli na wprowadzenie dziecka w świat sacrum.

3. **I ja tak potrafię** – metodą głośnego czytania dzieci poznają kolejną książeczkę z ww. serii *Ulica* oraz fragmenty *Kodeksu drogowego*, a następnie z zastosowaniem metody dramy starają się ukazać wszystkie sytuacje zagrażające dzieciom na ulicy.

4. **Uprzejmość ułatwia życie** – celem spotkania jest nie tylko utrwalenie właściwych norm zachowań i zwrotów grzecznościowych, ale i nabycie umiejętności pisowni i czytania trudnych wyrazów (uprzejmy, grzeczny, przepuścić, ustąpić, zatrzymać). W tym celu wykorzystujemy elementy pedagogiki zabawy i dramy. Spodziewany efekt biblioterapeutyczny to wzmocnienie własnej samooceny, sprawdzenie się w grupie, spróbowanie na własnym przykładzie, jakich można doświadczać emocji kiedy się jest uprzejmym w stosunku do innych i jak to jest kiedy

ktoś jest dla nas nieuprzejmy. Można bazować na utworach już wcześniej znanych dzieciom (np. W. Osuchowicz-Orłowskiej *Budka telefoniczna*, „Świerszczyk” 1985, nr 20) oraz na wyszukanych w aktualnych czasopismach.

We wszystkich tych zajęciach biblioterapeutycznych z grupą osób niepełnosprawnych umysłowo można wykorzystać następujące środki:

a) słowne, do których zaliczamy opowiadanie treści utworów literackich, pogadanki o książkach, gawędy biblioterapeutyczne mające na celu wzmocnienie dziecka we własne siły i możliwości,

b) wizualne – plakaty, ogłoszenia, ciekawe pod względem graficznym napisy i ilustracje książkowe oraz obrazy lub reprodukcje dzieł malarskich,

c) słuchowe – nagrania radiowe i magnetofonowe lub z płyt: muzyka, audycje słowno-muzyczne,

d) słuchowo-oglądowe: filmy fabularne, dokumentalne pełno- i krótkometrażowe, kasety wideo.



# Aneksy

# PRZYKŁADOWY WARSZTAT BIBLIOGRAFICZNY BIBLIOTERAPEUTY

## 1. KSIĘGOZBIÓR PODRĘCZNY BIBLIOTERAPEUTY<sup>1</sup>

### 1.1. OPRACOWANIA NAUKOWE I POPULARNONAUKOWE

#### TEORETYCZNE PODSTAWY BIBLIOTERAPII

#### A. Wydawnictwa zwarte (wybór)

- Bearley Gill: *Psychoterapia dzieci niepełnosprawnych ruchowo*, Warszawa 1999
- Bilikiewicz Tadeusz: *Psychoterapia w praktyce ogólnolekarskiej*, Warszawa 1976
- Biologiczne i środowiskowe uwarunkowania zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży*. Materiały z konferencji naukowej we Wrocławiu 1.06.1998, pod red. Józefa Patkiewicza, Wrocław 1999
- Borecka Irena: *Biblioterapia – nowa szansa książki*, Olsztyn 1992
- Borecka Irena: *Biblioterapia w szkole*, Legnica 1998
- Borecka Irena: *Metodyka pracy z czytelnikiem chorym i niepełnosprawnym. Wstęp do biblioterapii*, Olsztyn 1991
- Borecka Irena, Ippoldt Lidia: *Co czytać aby łatwiej radzić sobie w życiu czyli wprowadzenie do biblioterapii*, Wrocław 1998
- Brażel Józefa: *Zrozumieć dziecko skrzywdzone*, Opole 1996

---

<sup>1</sup> Nie uwzględniono tu wszystkich pozycji przydatnych w pracy biblioterapeuty; jest to wybór pozycji ze zbiorów Autorki, ale każdy biblioterapeuta powinien gromadzić taki zbiór, który najbardziej odpowiada potrzebom jego pacjentów (wychowanków).

- Cekiera Czesław: *Psychoprofilaktyka uzależnień oraz terapia i resocjalizacja osób uzależnionych*, Lublin 1993
- Czajkowska Irena, Herda Kazimierz: *Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne w szkole. Poradnik dla nauczycieli*. Wyd. 2. Warszawa 1997
- Czytelnictwo niewidomych, niedowidzących oraz osób starszych*. Red. Czajkowski Fanciszek, Skarżyńska Maria, Toruń 1985
- Czapów Czesław, Jedlewski Stanisław: *Pedagogika resocjalizacyjna*, Warszawa 1971
- Dąbrowski Kazimierz: *Osobowość i jej kształtowanie poprzez dezintegrację pozytywną*, Warszawa 1975
- Dąbrowski Kazimierz: *Zdrowie psychiczne a wartości ludzkie*, Warszawa 1974
- Dethlefsen Thorwald, Dahlke Rüdiger: *Przez chorobę do samopoznania*, Warszawa 1996
- Doroszevska Janina: *Nauczyciel - wychowawca w zakładzie leczniczym*, Warszawa 1962
- Doroszevska Janina: *Pedagogika specjalna. T.1-2*, Wrocław 1981
- Dziecko w świecie marzeń*. Red. Dymara Bronisława, Kraków 1996
- Dziecko w świecie sztuki*. Red. Dymara Bronisława, Kraków 2000
- Eckert Urszula: *Przygotowanie dziecka z wadą słuchu do nauki szkolnej*, Warszawa 1982
- Gołębiak Dorota, Teusz Grażyna: *Edukacja poprzez język*, Warszawa 1996
- Gorczycka Ewa: *Przystosowanie młodzieży ze schorzeniami narządów ruchu do życia społecznego*, Warszawa 1981
- Gostyńska Danuta: *Terapia Wielkiego Ładu*, Kraków 1985
- Jankowski Kazimierz: *Człowiek i choroba. Psychofizyczne problemy przewlekłej choroby, inwalidztwa i rehabilitacji*, Warszawa 1975
- Jarosz Marek: *Psychologia lekarska*. Wyd.5. Warszawa 1988
- Kaja Barbara: *Zarys terapii dziecka*, Bydgoszcz 1986
- Kępiński Antoni: *Poznanie chorego*, Wyd. 2, Warszawa 1989
- Kowalik Stanisław: *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Warszawa 1996
- Kozakiewicz Wanda: *Czytelnictwo chorych*, Warszawa 1968
- Kozakiewicz Wanda, Brózka Barbara: *Biblioteki szpitalne dla pacjentów. Poradnik*, Warszawa 1983
- Kuberska-Gaca Krystyna, Gaca Andrzej: *Profilaktyka niedostosowania społecznego w szkole*, Warszawa 1986
- Przetacznik-Gierowska Maria: *Świat dziecka. Aktywność – poznanie – środowisko. Skrypt z psychologii rozwojowej*, Kraków 1993
- Lee Catherine: *Wzrastanie i rozwój dziecka*, Warszawa 1997
- Miller Romana: *Socjalizacja – wychowanie – psychoterapia*, Warszawa 1981
- Opowieści terapeutów*. Komentuje Hanna Olechnowicz, Warszawa 1997
- Osińska Krystyna: *Twórcza obecność chorych*, Warszawa 1980
- Oster Gerald, Gould Patricia: *Rysunek w psychoterapii*, Gdańsk 1999
- Pennock Keith: *Ratowanie dzieci z uszkodzeniem mózgu*, Toruń 1992

- Pęska Ludmiła: *Dziecko trudne a książka: z badań nad czytelnictwem dzieci nieprzystosowanych społecznie*, Warszawa 1973
- Pichalski Ryszard: *Uczestnictwo ludzi niepełnosprawnych w kulturze (w porównaniu z ludźmi pełnosprawnymi)*, Warszawa 1984
- Problemy barier rozwoju dzieci i młodzieży niepełnosprawnej*. Materiały z konferencji naukowej we Wrocławiu 7.06.1997 pod red. Józefa Patkiewicza, Wrocław 1998
- Rewalidacja dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w rodzinie*. Red Aleksander Hulek, Warszawa 1984
- Shepard Martin: *Psychoterapia dla każdego*, Warszawa 1995
- Skorny Zbigniew: *Emocje a korekcyjna funkcja biblioterapii*, Wrocław 1988
- Szocki Józef: *Biblioteka w procesie rewalidacji dzieci niepełnosprawnych*, Wrocław 1985
- Szocki Józef, Żyromska Janina: *Biblioteki i książki w procesie rewalidacji dzieci niepełnosprawnych i młodzieży z odchyleniami i zaburzeniami rozwojowymi*, Wrocław 1980
- Sztuka a niepełnosprawność: poradnik nauczania*, Katowice 1999
- Szulc Wita: *Kulturoterapia*, Poznań 1988
- Szulc Wita: *Sztuka i terapia*, Warszawa 1993
- Terapia pedagogiczna*. Wyd 2 Red. Włodek-Chronowska Jadwiga, Kraków 1993
- Tomasik Ewa: *Człowiek niepełnosprawny w literaturze*, Warszawa 1991
- Tomasik Ewa: *Czytelnictwo i biblioterapia w pedagogice specjalnej*, Warszawa 1994
- Udział rodziny w kompleksowej rehabilitacji i życiu dzieci i młodzieży niepełnosprawnej*. Red. Józef Patkiewicz, Wrocław 1999
- Węgrzycki Adam: *O poznawaniu drugiego człowieka*, Kraków 1992
- Współczesne tendencje w rehabilitacji*, praca pod red. Ewy Tomasiak i Ewy Mazanek, Warszawa 1998
- Wybrane zagadnienia z pedagogiki specjalnej*, praca zbior. pod red. Ewy Tomasiak, Warszawa 1997
- Wychowanie dziecka upośledzonego umysłowo w warunkach domowych. Poradnik dla rodziców*. Legnica 1994

## **B. Poradniki bibliograficzne (wybór)**

- Momot Barbara: *Problemy osób niepełnosprawnych w literaturze polskiej i zagranicznej*, Toruń 1989
- Skarżyńska Maria: *Książki zalecane chorym*. Wybór z lat 1980-1985
- Skarżyńska Maria: *Książki zalecane chorym*. Wybór z lat 1986-1988. Adnotowany zestaw bibliograficzny, Toruń 1990
- Skarżyńska Maria, Czajkowski Franciszek: *Problemy osób niepełnosprawnych w literaturze*, Toruń 1993

- Tuleya Arleta (red), *Jak pomóc dziecku z porażeniem mózgowym. Poradnik bibliograficzny*, Toruń 1991
- Tuleya Arleta (red) *Jak pomóc rodzicom dzieci niepełnosprawnych*, Toruń 1994
- Tomasik Ewa: *Zagadnienia pedagogiki specjalnej w literaturze. Przewodnik bibliograficzny, cz.1 i 2*, Warszawa 1992
- Tomasik Ewa, Kornet Grażyna: *Zagadnienia pedagogiki specjalnej w literaturze. Poradnik bibliograficzny*, Warszawa 1986

### C. Artykuły (wybór)

- Borecka Irena: *Biblioterapia w rehabilitacji społecznej i zawodowej „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej”* 1955, nr 2, s. 51-56
- Borecka Irena: *Możliwości czytania w czasie choroby*, „Poradnik Bibliotekarza” 1990, nr 7-8, s. 34-36
- Borecka Irena: *Książki „łatwe w czytaniu”*, „Guliwer” 1992, nr 4, s. 23-27
- Borecka Irena: *Obraz dziecka chorego i nieszczęśliwego w poezji dla dzieci*, W: *Dziecko i jego światy w poezji dla dzieci*, pod red. Urszuli Chęcińskiej, Szczecin 1994, s. 149-158
- Czajkowski Franciszek: *Literatura „łatwa w czytaniu” – problemy i nadzieje*, „Bibliotekarz” 1988, nr 1-2, s. 31-32
- Czajkowski Franciszek: *O biblioterapii*, „Służba Zdrowia” 1987, nr 9, s. 4
- Eckert Urszula: *Książka w życiu dziecka z odchyleniami rozwojowymi*, „Szkoła Specjalna” 1981, nr 4
- Dziecko niepełnosprawne w bibliotece*. Materiały z seminarium w Gdańsku, (14-15XI 1994) i Krynicy Morskiej (7-8 XII 1995), Warszawa 1996
- Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*: praca zbior. pod red. Ireny Obuchowskiej, Warszawa 1995
- Gostyńska Danuta: *Biblioterapia kliniczna i społeczna*, „Szpitalnictwo Polskie” 1972, nr 16, s. 274-277
- Gostyńska Danuta: *Terapia czytelnicza*, „Bibliotekarz” 1977, nr 3, s. 65-70
- Ippoldt Lidia: *Przegląd piśmiennictwa z zakresu biblioterapii za lata 1945-90* cz. 1, „Bibliotekarz” 1992, s. 30-33
- Ippoldt Lidia: *Przegląd piśmiennictwa z zakresu biblioterapii za lata 1945 - 90*, cz. 2, „Bibliotekarz” 1992, nr 3, s. 27-30
- Tomasik Ewa: *Profilaktyczna i kompensacyjna rola czytelnictwa w wychowaniu jednostek odchylonych od normy*, „Oświata i Wychowanie” 1978, nr 4
- Trzynadłowski Jan: *Biblioterapia – złudzenia i nadzieje* W: „Arteterapia. Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej we Wrocławiu”, Wrocław 1990, nr 52, s. 45-55
- Wontorowska-Jóźwiak Sylwia: *Praca biblioteczna w Specjalnym Ośrodku Szkolno-wychowawczym*, „Szkoła Specjalna” 1988, nr 6

## A. Wydawnictwa zwarte

- Baluch Alicja: *Archetypy literatury dziecięcej*, Wrocław 1993  
 Borecka Irena: *Magiczna książka Marii Konopnickiej*, Wrocław 1998  
 Borecka Irena: *Obraz dziecka chorego, nieszczęśliwego w poezji dla dzieci*,  
 Wałbrzych 1993  
 Głowiński Michał: *Style odbioru*, Kraków 1977  
*Książka w działalności terapeutycznej*: praca zbior. red. E.B. Zybort, Warszawa  
 1997  
*Książka w ośrodkach leczniczych. Wybór materiałów*. Oprac. M. Reziecki, War-  
 szawa 1975  
 Molicka Maria: *Bajki terapeutyczne dla dzieci*, Wyd.2, Poznań 1999  
 Nowicki Andrzej: *Człowiek w świecie dzieł*, Warszawa 1974  
 Papuzińska Joanna: *Dziecko w świecie emocji literackich*, Warszawa 1996  
 Pasterniak Władysław: *Przygotowanie do odbioru dzieła literackiego*, Wrocław  
 1960  
 Skotnicka Gertruda: *Z literackich kręgów dzieciństwa. Studia i szkice*, Wrocław  
 1994  
*Terapeutyczna funkcja literatury*. Materiały z konferencji. Wałbrzych 27-28.04.  
 1993, Wałbrzych 1994

## B. Artykuły (wybór)

- Kozakiewicz Wanda: *Placebo, czyli zestawienie książek zalecające książki nie-  
 szkodliwe*, „Poradnik Bibliotekarza” 1990, nr 10, s. 23-24  
 Marchwicka Maria: *Bajki jako element treningu autogenego*, „Problemy  
 Opiekuńczo-Wychowawcze”, 1990, nr 3, s. 47-48  
 Szocki Józef: *Funkcjonowanie biblioteki i książki wśród dzieci niewidomych*,  
 „Poradnik Bibliotekarza” 1992, nr 6, s. 14-16  
 Szulc Wita: *Człowiek chory i książka*, „Bibliotekarz” 1984, nr 9/10, s. 228 –  
 233  
 Tomasiak Ewa: *Dziecko chore w literaturze pięknej polskiej i zagranicznej*, „Bi-  
 bliotekarz Zachodniopomorski” 1988, nr 3-4

## A. Wydawnictwa zwarte

- Barker Philip: *Metafory w psychoterapii. Teoria i praktyka. Część pierwsza* Gdańsk 1997
- Borecka Irena: *Metodyka pracy z czytelnikiem chorym i niepełnosprawnym*, Olsztyn 1991
- Borecka Irena: *Terapia czytelnicza (biblioterapia) w szkołach masowych i specjalnych*. Wyd. 2, Wałbrzych 1995
- Borecka Irena, Piotrowska Lilianna: *Zastosowanie biblioterapii i muzykoterapii w procesie dydaktyczno-wychowawczym i terapii pedagogicznej*, Wałbrzych 1992
- Czajkowski Franciszek: *Przełamywanie barier osamotnienia: o obsłudze bibliotecznej osób unieruchomionych*, Toruń 1996
- Gersie Alida, King Nancy: *Drama. Tworzenie opowieści w edukacji i terapii*, Warszawa 1999
- Haley Jan: *Niezwykła terapia. Techniki terapeutyczne Milтона H. Ericsona. Strategiczna terapia krótkoterminowa*, Gdańsk, 1995
- Ippoldt Lidia: *Czytelnictwo dzieci przewlekle chorych na przykładzie diabetyków*, Wałbrzych 1993
- Ippoldt Lidia: *Elementy biblioterapii w leczeniu dziecka chorego na cukrzycę. Proces biblioterapeutyczny w szkołach specjalnych. Konferencja „Zastosowanie biblioterapii w procesie dydaktyczno-wychowawczym. Wałbrzych 29.04. 1992”*, Wałbrzych 1992
- Prawo do czytania: człowiek niepełnosprawny w bibliotece: alternatywne materiały czytelnicze*, Toruń 1994
- Szulc Wita: *Arteterapia. Konferencja „Zastosowanie biblioterapii w procesie dydaktyczno-wychowawczym Wałbrzych 29.04.1992”*, Wałbrzych 1992
- Wontorowska-Jóźwiak Sylwia: *Funkcja zabaw czytelniczych w pracy z dziećmi upośledzonymi umysłowo w stopniu lekkim, umiarkowanym i znacznym. Konferencja „Terapeutyczna funkcja literatury. Wałbrzych 27-28.04.1993”*, Wałbrzych 1993
- Wontorowska-Jóźwiak Sylwia, *Inscenizacja baśni i zabawy czytelnicze jako forma biblioterapii w procesie dydaktyczno-wychowawczym dzieci upośledzonych umysłowo. Konferencja „Zastosowanie biblioterapii w procesie dydaktyczno-wychowawczym. Wałbrzych 29.04. 1992”*, Wałbrzych 1992
- Zawistowski Stanisław: *Kształtowanie właściwych postaw wobec własnej choroby za pomocą literatury pięknej u dzieci sercowo chorych*, Wrocław 1988
- Zawistowski, Stanisław: *Organizacja procesu biblioterapeutycznego w Dziecięcym Sanatorium Kardiologicznym w Polanicy. Konferencja „Terapeutyczna funkcja literatury. Wałbrzych 27-28.04.1993”*, Wałbrzych 1993

## B. Artykuły (wybór)

- Gostyńska Danuta: *Biblioterapia czytelnicza jako jedna z metod psychoterapii klinicznej*, „Szpitalnictwo Polskie” 1976, nr 20, s. 183-186
- Hora Zbigniew: *Niektóre problemy biblioterapii w wieloprofilowej terapii osób niepełnosprawnych*. W: *Twórczość i sztuka w życiu i rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Wrocław 1984, s. 54 - 58
- Kowolik Piotr: *Gry i zabawy czytelnicze w klasach I-III – jedną z form pracy z książką*, „Poradnik Bibliotekarza” 1995, s. 6, s. 8-12
- Kozakiewicz Wanda: *Biblioterapia w teorii i praktyce*, „Przegląd Lekarski” 1978, nr 1, s. 41-48
- Machowiak Stanisław: *Formy upowszechniania książki pisanej i mówionej wśród dzieci niewidomych*, „Szkoła Specjalna” 1983, nr 5, s. 361-367
- Stańczak Teresa: *Metody biblioterapii*, „Szpitalnictwo Polskie” 1979, nr 6, s. 275-278
- Zawistowski Stanisław: *Postawy dzieci sercowo chorych wobec własnej choroby a biblioterapia*, „Arteterapia. Zeszyty naukowe Akademii Muzycznej we Wrocławiu”, nr 52, s. 102-113
- Tomasik Ewa: *Praca z dziećmi upośledzonymi umysłowo, głuchymi, niewidomymi*, „Bibliotekarz” 1991, nr 9
- Zybert Elżbieta Barbara: *Eksperyment biblioterapeutyczny wśród niedostosowanych społecznie*, „Bibliotekarz” 1986, nr 9

## 2. LITERATURA PIĘKNA

### 2.1. UTWORY DLA DZIECI I MŁODZIEŻY (WYBÓR Z LAT 1992-1997)

- Applegate Katherine: *Dzieląc się Samem*, Katowice 1996
- Austen Carrie: *Plan Rosie: jak zdobyć sympatię*, Warszawa 1992
- Blake Susan: *Ukraść Josha*, Katowice 1992
- Borowa Maria: *Ogrody*, Wrocław 1997
- Borzymowska Barbara: *Dziewczyna dla Pawła*, Wrocław 1996
- Borzymowska Barbara: *Rafal i Anka*, Wrocław 1995
- Fox Marta: *Magda.doc*, Wrocław 1996
- Kalinowska Anna: *Lato nad Narwią. Zapiski w zeszycie z ekologicznego papieru*, Warszawa 1997
- Klawitter Andrzej: *Licealiści*, Warszawa 1996
- Kleberger Ilse: *Wakacje z babcią*, Warszawa 1997
- Kleberger Ilse: *Christine*, Katowice 1996

Kowalewski Stanisław: *A jeśli powiem nie*, Wrocław 1995  
 Landau Irena: *Kapuściaki to my!*, Warszawa 1997  
 Letki Maria Ewa: *Potwór*, Wrocław 1992  
 Lewońska Natalia: *Sonata dla Natalii*, Wrocław 1996  
 Musierowicz Małgorzata: *Dziecko piątku*, Poznań 1993  
 Musierowicz Małgorzata: *Nutria i nerwus*, Poznań 1997  
*Najpiękniejsze wiersze dla mamy*, Warszawa 1996  
 Nowacka Ewa: *Małe kochanie, wielka miłość*, Wrocław 1997  
 Olech Joanna: *Dynastia Miziołków: wakacje cz. 4*, Warszawa 1994  
 Shaffer Betty: *Lisa*, Katowice 1996  
 Siesicka Krystyna: *Falbanki*, Łódź 1994  
 Siesicka Krystyna: *Moja droga Aleksandro*, Wrocław 1996  
 Siesicka: *Nieprzemakalni*, Wrocław 1997  
 Siesicka: *Obok mnie*, Wrocław 1997  
 Siesicka Krystyna: *?... – zapytał czas*, Łódź 1997  
 Sołonowicz-Olbrychska Klementyna: *Zielona dziewczyna*, Łódź 1997  
 Terakowska Dorota: *Córka Czarownicy*, Wrocław 1997  
 Vandewile Agnes: *Mopsik, mały laciaty piesek*, Lublin 1993  
 Warneńska Monika: *Lilka*, Warszawa 1992  
 Witter Wanda: *Przebiegniesz przez lato*, Warszawa 1993  
 Wiza Barbara: *Tam gdzie rosną dzikie grusze*, Warszawa 1993  
 Wiza Barbara: *Macoszka*, Warszawa 1995  
 Wojciechowski Piotr: *Bajki żółtego psa*, Kraków 1993

## 2.2. LITERATURA DLA DOROSŁYCH

### 2.2.1. Literatura refleksyjna

Bosmans Phil: *Być człowiekiem*, Warszawa 1990  
 Bosmans Phil: *Człowieku lubię Cię*, Warszawa 1997  
 Brandstetter Roman: *Oiesni*, Warszawa 1963  
 Camus Alber: *Eseje*, Warszawa 1971  
 Camus Albert: *Obcy. Dżuma. Upadek*, Kraków 1972  
 Cronin Archibald Joseph: *Klucze królestwa*, Warszawa 1955  
 Dax Valerie: *Rak jest moją szansą*, Łódź 1991  
 Dąbrowski Kazimierz: *Trud istnienia*, Warszawa 1975  
 Frankl Viktor: *Homo patiens*, Warszawa 1976  
 Frankl Viktor: *Psychoterapia dla każdego*, Warszawa 1978  
 Hesse Herman: *Narcyz i Złotousty*, Warszawa 1958  
 Kobyliński Szymon: *Pasjans erotyczny*, Szczecin 1986  
 Kowalska Anka: *Pestka*, Warszawa, Wyd.6, Warszawa 1961  
 Murdoch Iris: *Dzwon*, Warszawa 1972

- Peiffer Vera: *Pozytywnie o samotności*, Warszawa 1997  
Russel Bertrand: *Autobiografia 1872-1914*, Warszawa 1971  
Sullivan Jean: *Uprzedzając pożegnania*, Warszawa 1968  
Tagore Rabindranath, *Dom i świat*, Warszawa 1975

### 2.2.2. Poezja

- Herbert: *Wiersze zebrane*, Warszawa 1961  
Hilar Małgorzata: *Czekanie na Dawida*, Warszawa 1967  
Iłakowiczówna: *Portrety Imion*, Warszawa 1989  
Jastrun Mieczysław: *Poezje*, Warszawa 1966  
Kasprowicz Jan: *Hymny, Księga ubogich, Mój świat*, Warszawa 1956  
Kulmowa: *Wewnątrz snów*, Szczecin 1993  
Libert Jerzy: *Poezje zebrane*, Warszawa 1951  
Miłosz Czesław: *Poezje*, Warszawa 1981  
Olszewska Bożena: *Zawsze myślę o Tobie. Antologia wierszy o Matce*, Wrocław [br.wyd]  
Różewicz Tadeusz: *Poezja. Dramat. Proza*, Wrocław 1973  
Sito Jerzy S.: *Śmierć i miłość. Mała antologia poezji według tekstów angielskich mistrzów, przyjaciół, rywali, wrogów i naśladowców Johana Donne'a*, Warszawa 1963  
Twardowski Jan: *Życie*, Poznań-Inowrocław 1999

### 2.2.2. Aforyzmy. Maksymy. Przypowieści. Porzekadła

- Brecht Bertold: *Aforyzmy*, Warszawa 1974  
Čapek Karel: *Aforyzmy*, Warszawa 1984  
*Drogocenna perła. Zbiór przypowieści Środkowego Wschodu stosowanych w psychoterapii. Zebrał i opracował Benedykt Krzysztof Peczeko*, Kraków 1993  
*Kto miłuje bywa zdrów czyli sztuka kochania w polskich przysłowiacz i wyrażeniach przysłowiowych*, Katowice 1988  
Nitzsche Friedrich: *Aforyzmy*, Warszawa 1973  
Ratajczak Feliks: *Ambaje*, Łódź 1983

## 3. MUZYKA W BIBLIOTERAPII<sup>2</sup>

### 3.1. KASETY MAGNETOFONOWE (WYBÓR)

- Andrzej Amber: Muzyka, Inspiracja, Medytacja. Wydawnictwo Mandagora Group. MG. 112
- Dziecięca Dyskoteka: Pomarańcza. Wydawnictwo Małe MTJ
- Dźwięki Natury. Cudowne pieśni ptaków. EMC
- Dźwięki Natury. Dźwięki Raju. EMC
- Dźwięki Natury. Nurkując z delfinami. EMC
- Dźwięki Natury. Pieśń słowika. EMC
- Foley Ewa: Kolorowe promienie, Fundacja Rebering-Poland
- Jeżowska Majka: Wszystkie dzieci są nasze, Wydawnictwo Brawo
- Lewicka Bożena: Bajkowy relaks. Cz. 1, Ośrodek Wiedzy i Rozwoju Osobowości
- Muzyka Australii. Ocean i Rainforest Wydawnictwo Katedra. 7.16  
150 [Sto pięćdziesiąt] niezapomnianych melodii, ZAiKS B-4587780,  
B-461521  
B- 4436567, B-4511870,  
B- 3483930, B- 45630023

### 3.2. PLYTY (WYBÓR)

- Chopin: Nokturny, PN SX 0071, SX -OO70
- Cohen L.: SX - 2704, SK 824 - PN
- Fletnia - S - 1113 3499
- Harfa - PN - SXL - 0976
- Hiszpańska muzyka gitarowa PN - SX 0064
- Marek i Wacek, Miniatury romantyczne, - Veriton - SXV - 835
- Mozart. W. A . Koncert na flet. PN- Sk 1929  
Lutnia SLPX - 11549
- Penderecki K.: Koncert skrzypcowy, PN- SX 1840
- Ravel M.: Melodia - CO869- 70
- Vivaldi A.: Koncerty H - SLPX – 11970

---

<sup>2</sup> Biblioterapeuta oczywiście może także gromadzić utwory muzyczne zapisane na CD, w zależności od możliwości technicznej jego pracowni.

## 4. KARTOTEKI ZAGADNIENIOWE. PRZYKŁADOWE HASŁA

1. Dziecko chore
  - dziecko diabetyk
  - dziecko z dysfunkcją narządów ruchu
  - dziecko ze schorzeniami serca i układu krążenia
2. Dziecko upośledzone umysłowo
3. Dziecko z zaburzonymi funkcjami
  - dziecko z zaburzonym słuchem
  - dziecko niedosłyszące
  - dziecko niesłyszące
  - dziecko z zaburzonym wzrokiem
  - dziecko niedowidzące
  - dziecko niewidome
5. Dziecko z zaburzonym zachowaniem
  - dziecko odtrącone
  - dziecko skrzywdzone
6. Dziecko zaniedbane wychowawczo
  - dziecko w kolizji z prawem
  - dziecko w domu dziecka
  - dziecko w pogotowiu opiekuńczym
7. Starość
  - choroby
  - domy opieki społecznej
  - hospicja
  - opieka paliatywna
8. Samotność i osamotnienie
9. Odrzucenie
10. Rozwód
  - przepisy prawne
  - terapia
  - grupy wsparcia
11. Śmierć
12. Katastrofy i wypadki
13. Uzależnienie
  - od narkotyków
  - od alkoholu
14. Współuzależnienie
15. Więźniowie

## Aneks 2

# NARZĘDZIA DIAGNOSTYCZNE

### 2.1. KWESTIONARIUSZ WYWIADU

#### Dane o respondencie

wiek

płeć

klasa

miejsce zamieszkania (wieś, miasto)

1. Jak często chorujesz?
  - raz w miesiącu
  - kilka razy w roku
  - raz w roku
2. Ostatnio chorowałeś na (wymień rodzaj lub nazwę choroby)
3. Leczone Cię (właściwe podkreśl)
  - w domu
  - w szpitalu
4. Czy przebywałeś w sanatorium lub prewentorium (właściwe podkreśl)
  - tak
  - nie
5. Jeśli kiedykolwiek byłeś pacjentem szpitala lub innej placówki leczniczej to czy korzystałeś (właściwe podkreśl)
  - z biblioteki szpitalnej
  - z własnych zbiorów
  - z książek współpacjentów

Jeśli pamiętasz ich tytuły wymień je. Jeśli masz ochotę napisz też dlaczego je przeczytałeś:

6. Kiedy jesteś zdrowy to swój wolny czas lubisz spędzać na (właściwe podkreśl):
  - zabawach z kolegami
  - grach komputerowych
  - słuchaniu muzyki
  - oglądaniu telewizji
  - czytaniu książek
  - czytaniu czasopism
7. Wymień tytuły Twoich ulubionych książek
8. Napisz czym najbardziej się interesujesz się i dlaczego

## 2.2. KWESTIONARIUSZ ZACHOWAŃ

Proszę Cię o szczerze odpowiedzi. Pozwolą one lepiej się nam poznać

1. Wstajesz rano i wiesz, że masz klasówkę, do której zupełnie się nie uczyłeś. Co robisz?
2. Siedzisz na lekcji, która zupełnie Cię nie interesuje. Nie możesz jednak wyjść z klasy. Co robisz?
3. Dostałeś „jedynekę”. Wydaje Ci się to zbyt niską oceną. Co robisz?
4. Pokłóciłeś się z najlepszym przyjacielem i jesteś z tego powodu zły. Jak się zachowasz, gdy ktoś z kolegów lub koleżanek prosi Cię o przysługę?
5. Pani od polskiego zaproponowała Ci abyś recytował wiersze na akademii. Jak to przyjmiesz?
6. Dowiadujesz się, że jesteś chory i musisz iść do szpitala. Jak przyjmujesz taką wiadomość?
7. Twoja mama musi wyjechać służbowo, tato pojechał do chorej babci. Mama prosi abyś został w domu sam przez kilka godzin, do powrotu ojca. Jak reagujesz na prośbę?
8. Rodzice pozostawili Cię pod opieką starszego rodzeństwa, ale do nich przyszli koledzy i nikt się Tobą nie zajmuje. Jak się wówczas zachowasz?
9. W klasie pojawia się nowy uczeń. Jak się zachowujesz w jego obecności?
10. Pani wychowawczynie przesadziła Cię do ławki nowego ucznia i poprosiła abyś się nim opiekował. Jak przyjmujesz tę decyzję?
11. Starsi chłopcy palą papierosy za śmietnikiem na szkolnym podwórku. Namawiają Cię abyś Ty też zapalił. Co zrobisz?
12. Prosiłeś tatę o kupno deskorolki. Tato odmówił. Co zrobisz?
13. Twoja babcia jest chora. Od kilku dni przebywa w szpitalu. Co zrobisz?

## 2.3. OBSERWACJA UCZESTNICZĄCA

### Plan obserwacji:

1. Zwrócenie uwagi na:
  - stan zdrowia dziecka
  - jego nastroje
  - sposób mówienia
  - zachowanie się w grupie i poza grupą
  - relacje z rodzicami
  - stosunek do nauczycieli
  - sposób zabawy
  - sposób spędzania wolnego czasu
2. Analiza wypożyczeń
  - tematyka wypożyczonych książek
  - ilość przeczytanych książek w ciągu ostatniego kwartału, miesiąca, tygodnia
  - najpopularniejszy autor
  - liczba przeczytanych lektur szkolnych
3. Opinie o uczniu
  - jego wychowawcy
  - innych nauczycieli
  - rodziców
  - kolegów
4. Rozmowy z uczniem o:
  - nastrojach
  - jego zainteresowaniach
  - ważnych dla niego wydarzeniach w domu i w szkole
  - o planach i marzeniach
5. Analiza wytworów literackich i plastycznych ucznia

# PROGRAMY BIBLIOTERAPEUTYCZNE

### 3.1. JA I INNI – OBCY SĄ WŚRÓD NAS

**Cel:**

- uświadomienie uczestnikom kim są, jak funkcjonują, jakie mają role społeczne do spełnienia
- pomoc w określeniu ich relacji z innymi ludźmi (członkami własnej rodziny i ludźmi obcymi)
- samoocena stosunku do osób chorych i niepełnosprawnych, innych narodów
- korygowanie niewłaściwych postaw i poglądów

**Uczestnicy:**

Dzieci lub dorośli o zaburzonym sposobie funkcjonowania w relacjach z innymi osobami (chorymi, niepełnosprawnymi, uzależnionymi, społecznie nieakceptowanymi, emigrantami, ludźmi o innych poglądach religijnych i politycznych)

**Forma realizacji:** warsztaty lub sesje biblioterapeutyczne

**Czas trwania:** każde spotkanie, w zależności od potrzeb grupy: 2-3 godziny

**Spodziewane efekty terapeutyczne i wychowawcze:**

- uświadomienie roli imienia i nazwiska w rozwoju własnej osobowości
- nabycie umiejętności określania własnych emocji wynikających z kontaktów z osobą niepełnosprawną lub członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej (ojcem, matką, bratem, siostrą, itp.)
- uświadomienie sobie trudności, które muszą pokonywać codziennie osoby niepełnosprawne
- uwrażliwienie na problemy osób niepełnosprawnych
- korekta niewłaściwych postaw wobec niepełnosprawnych
- nabycie umiejętności współżycia z osobami

**Spotkanie pierwsze** ma na celu zintegrować grupę i uświadomić tożsamość jej członków

**Spotkanie drugie** ma na celu identyfikację z osobami postrzeganymi jako „inne” (niepełnosprawnymi, o innej orientacji seksualnej, innych poglądach religijnych i politycznych, obcokrajowców, emigrantów); uświadomienie trudności na jakie są one codziennie narażone

**Spotkanie trzecie** to zajęcia biblioterapeutyczne oparte o wiersz księdza Twardowskiego *Ten od głupich dzieci* mają na celu zwrócić uwagę w jaki sposób można odnosić się do osób niepełnosprawnych i jak o tym pisać.

**Spotkanie czwarte i kolejne** (w razie potrzeby) realizowane o scenariusze dotyczące utworów Ireny Jurgielewiczowej *Ten Obcy* i *Inna*

**Uwagi o realizacji programu** – musi być na tyle elastyczny, aby w każdej chwili uwzględnić nowe problemy zgłaszane podczas poszczególnych spotkań i zwiększyć lub zmniejszyć ilość spotkań. Może być realizowany na podstawie scenariuszy zamieszczonych w Aneksie np.: cyklu zajęć opartych o utwory M. Borowej, Ireny Jurgielewiczowej, ks. Twardowskiego

### 3.2. I JA TAK POTRAFIĘ

#### Program biblioterapeutyczny wzmacniający poczucie własnej wartości

##### **Cel:**

- wzmocnienie wiary uczestników w siebie i swoje możliwości poprzez udział w różnych formach aktywności fizycznej i intelektualnej
- umożliwienie realizacji tych zadań, które uczestnikom zajęć sprawiały trudności
- opracowanie zadań gwarantujących możliwości ich realizacji
- korygowanie niewłaściwych postaw wobec siebie i innych
- wyrabianie nawyku zwracania się z prośbą o pomoc do innych osób niż rodzina i przyjaciele
- samoocena swoich możliwości

##### **Uczestnicy:**

Dzieci lub dorośli o niskiej samoocenie, mający trudności w radzeniu sobie z różnymi życiowymi sytuacjami w związku ze swoją niesprawnością fizyczną lub intelektualną oraz ich rodziny.

**Forma realizacji:** warsztaty biblioterapeutyczne

**Czas trwania:** każde spotkanie w zależności od wielkości i potrzeb grupy, od 2 do 3 godzin

**Spodziewane efekty terapeutyczne i wychowawcze:**

- uświadomienie sobie własnych możliwości fizycznych i intelektualnych
- nabranie nawyków problemowego rozwiązywania zadań
- wyrobienie umiejętności zwracania się z prośbą o pomoc

- przełamanie lęku przed podjęciem decyzji i wykonaniem zadania
- korekta niewłaściwych postaw wobec siebie samego

**Spotkanie pierwsze** – integracja grupy w oparciu o różnego rodzaju scenariusze

**Spotkanie drugie** ma na celu uświadomienie uczestnikom, że potrafią przełamać swoje opory przed realizacją zadań, których dotychczas nie robili

**Spotkanie trzecie to zajęcia biblioterapeutyczne** mające na celu identyfikację z bohaterami literackimi, która pozwoli na właściwą samoocenę

**Spotkanie czwarte to zajęcia rozwijające twórcze myślenie** umożliwiające uczestnikom szersze spojrzenie na ich własne problemy

**Uwagi o realizacji programu** – musi składać się z kilku modułów, które łatwo dają się rozszerzać, zmieniać lub eliminować. Można go realizować w oparciu o załączone w tym opracowaniu scenariusze: „Każdy jest inny, każdy jest wspaniały”, „Ja to wiem – ja to potrafię”, „Co widzę kiedy słucham muzyki”, „Jestem kompozytorem”

## SCENARIUSZE ZAJĘĆ BIBLIOTERAPEUTYCZNYCH

### 4.1. JA I INNI

Scenariusz zajęć biblioterapeutycznych wzmacniających  
poczucie tożsamości

Część pierwsza – Ćwiczenia integrujące grupę

#### *Spotkanie pierwsze*

1. „Cebulka” czyli opowiem ci coś o sobie
2. Szukamy swojego partnera na dzisiejsze zajęcia (na zasadzie podobieństw ubioru, koloru oczu, itp.)
3. Szukam swojej pary („Zwierzątko” – dzieci losują karteczki z nazwami zwierząt i szukają swojej pary naśladowując odgłosy wylosowanego zwierzątka, „Kotyliony” – mogą być to motywy kwiatowe lub postacie literackie itp.)
4. Dokończ zdanie:
  - najlepsza rzecz jaka mi się wydarzyła w ostatnim tygodniu to....
  - gdybym był malarzem to namalowałbym....
  - moim największym marzeniem, o którym chcę Wam opowiedzieć jest.....
2. Ćwiczenia aktywizujące
  - 2.1. Twórczy ruch
    - swobodny improwizowany taniec do szybkiej muzyki
    - naśladowanie rosnącego kwiatu (od ziarenka po okres kwitnienia i owocowania)

## Część druga

### 1. Ćwiczenia wzmacniające poczucie „Ja”

- słuchanie muzyki i przywoływanie z pamięci obrazów-skojarzeń
- wizualizowanie słowa „Ja”
- ćwiczenia w zespołach 3-osobowych – użyj swojego ciała, aby pokazać słowo „Ja”

### 2. Minitrening – Poczuj swoje „Ja” – ma na celu umożliwić dokonanie wglądu w siebie. Prowadzący podaje tekst wizualizacyjny:

Pomyślcie o sobie z miłością\* sympatią\* z tkliwością\* Powiedzcie sobie cichutko, bardzo cichutko słowo „ja”\*\* A teraz uważnie wsłuchajcie się w siebie\* spróbujcie zauważyć co poczujecie mówiąc ponownie „ja”\*\* Poczujcie to słowo w sobie\* Jak rośnie\* jak was wypełnia\* Powiedzcie je teraz głośno\* jeszcze głośniej\*\* A teraz krzyknijcie z ogromną radością\* To ja”\*\*\* A teraz poczujcie się jak kolorowy balonik, który unosi się nad ziemią\*\*\* Fruwacie sobie bezpiecznie w przestworzach\* oglądacie piękne widoki\*\*\* a teraz wróćcie do tu i teraz i opowiedzcie nam o swoich przeżyciach podczas tego treningu

Uwaga: \* – jeden pełny cykl oddechowy wdech = wydech

a) uczestnicy dzielą się wrażeniami z przebiegu ćwiczenia a następnie stając w dwóch kręgach, naprzeciw siebie przedstawiają się wyraźnie imieniem i nazwiskiem

b) następnie siadając w kręgu próbują sobie uświadomić czy lubią swoje imię i nazwisko. Jeśli nie, to mogą zaproponować inne

c) prowadzący w krótkiej gawędzie wyjaśnia genezę nazwisk, zachęca uczestników do sporządzenia własnego drzewa genealogicznego

d) prowadzący rozdaje kartki i prosi, aby uczestnicy napisali pionowo pośrodku niej swoje imię i nazwisko, a następnie wykorzystując literki ułożyli wiersz o sobie, w którym powiedzieliby o sobie jak najwięcej: o tym kim są, co robią, jakie pełnią funkcje

e) wszyscy po kolei odczytują swój wiersz

f) następnie dzielą się wrażeniami z tego spotkania

## *Spotkanie drugie*

### 1. Ćwiczenia aktywizujące

a) uczestnicy przedstawiają się sobie w sposób metaforyczny (np. jestem Kasia jak krzew róży; jestem Ania Szybkonoga; jestem Ola Gazela itp.)

b) ochotnicy kładą się na duże arkusze papieru rozłożone na podłodze, a pozostałe osoby odrysowują ich kształt. Następnie wpisują na te płaszczyzny różne określenia charakteryzujące daną osobę (prowadzący dba o to, aby wyraźnie było widać jak bardzo sprawne są dane osoby)

c) prowadzący stawia pośrodku sali duże lustro i prosi uczestników, aby

podchodzili kolejno do lustra, uważnie się sobie przyjrzeni i powiedzieli coś miłego do własnego odbicia

d) następnie uczestnicy dobierają się w pary i wykonują ćwiczenie: „Ślepiec” (jedna osoba ma zamknięte oczy, druga ją prowadzi starając się umożliwić jak najszersze poznanie otoczenia; później następuje zmiana w parach)

e) po zakończeniu ćwiczenia uczestnicy opowiadają o swoich emocjach, kiedy byli w roli „Przewodnika” i w roli „Ślepcy” a następnie

f) metodą „Słoneczka”<sup>3</sup> definiują „niepełnosprawność” i tworzą (praca w grupach) definicje; „niepełnosprawny fizycznie”, „niepełnosprawny intelektualnie”, „nie dostosowany społecznie”

g) w grupach uzupełniają niedokończone zdanie: „Kiedy widzę (spotykam) osobę niepełnosprawną...”

## 2. Drama

Uczestnicy pracują technikami „rzeźba” i „scenka improwizowana”, w której przedstawiają różne znane im sytuacje np.: niewidomy przechodzący przez ulicę, głuchoniemy w sklepie, inwalida z dysfunkcją narządów ruchu w środkach masowej komunikacji, dziecko z obniżoną normą intelektualną w szkole, osoba niepełnosprawna w domu itp.

a) swobodna rozmowa o emocjach towarzyszących ćwiczeniom

b) metoda zdań niedokończonych: Gdybym był osobą niepełnosprawną to...

c) dyskusja kierowana o sposobach zachowań wobec osób niepełnosprawnych

### *Spotkanie trzecie*

#### 1. Ćwiczenia relaksujące

a) słuchanie muzyki organowej

b) malowanie w trakcie jej słuchania abstrakcyjnych obrazów

c) nadawanie im tytułów i opowiadanie o emocjach towarzyszących ćwiczeniom

#### 2. Biblioterapia właściwa: praca z tekstem księdza Jana Twardowskiego *Ten od głupich dzieci*

Etapy procesu biblioterapeutycznego:

2.1. **Głośnie czytanie:** prowadzący lub ktoś z uczestników odczytuje wiersz – *Identyfikacja*

2.2. **Techniki dramowe:** prowadzący wchodzi w rolę księdza Twardowskiego

---

<sup>3</sup> Na papierowym krążku wpisane jest hasło do zdefiniowania, uczestnicy otrzymują paski papieru „promyczki”, na których wpisują swoje skojarzenia (jedno na jednym pasku).

a uczestnicy w rolę poszczególnych podmiotów lirycznych – *wgląd w siebie*

- 2.3. Swobodna rozmowa o emocjach towarzyszących lekturze i zajęciom dramatycznym
  - 2.4. Gdybym był na miejscu księdza Twardowskiego... – ćwiczenie ma na celu zmianę postaw uczestników zajęć
  3. Utrwalanie efektów terapeutycznych i wychowawczych biblioterapii – katharsis
    - 3.1. Swobodna rozmowa o byciu w roli (pięć poziomów świadomości w dramacie)
    - 3.2. **Wolna trybuna** – prowadzący aranżuje dyskusję na temat „Co w moim kraju (mieście, wsi) utrudnia życie osobom niepełnosprawnym”
    - 3.3. **Odczytanie wniosków**, które padły podczas *Wolnej Trybuny*
- Ewaluacja: „Co ważnego dla każdego z was wydarzyło się podczas trzech spotkań”. „Co dały ci te spotkania”

#### *Spotkanie czwarte*

1. Prowadzący informuje uczestników o tym, że tematem zajęć jest problem obcokrajowców
2. Biblioterapia właściwa: praca technikami dramatycznymi
  - 2.1. Wprowadzenie w sytuację fikcyjną: prowadzący lub ktoś z uczestników odczytuje tekst *wprowadzenia*:

*Do pewnego dużego miasta przybyła grupa uchodźców z walczącej Czeczenii. Byli wśród nich starzy mężczyźni i wychudzone kobiety, chore dzieci. Nie mieli się gdzie zatrzymać. Nie mieli pieniędzy na wynajęcie jakiegokolwiek kwatery. Część z nich udała się na dworzec kolejowy, inni poszli do śródmieścia. Janek i Kasia wracali właśnie ze szkoły kiedy do siedzącej na chodniku podbiegł jakiś chłopiec i zabrał jej pudełko z drobnymi datkami.*
  - 2.2. **Techniki dramatyczne**: prowadzący wchodzi w rolę kobiety siedzącej na chodniku a uczestnicy w rolę poszczególnych osób
  - 2.2. Swobodna rozmowa o emocjach towarzyszących scenkom improwizowanym – *wgląd w siebie*
  - 2.3. Sformułowanie definicji pojęcia „obcokrajowiec”
  - 2.4. Dyskusja w grupach na temat zaobserwowanych w naszym społeczeństwie typowych zachowań wobec obcokrajowców
3. Utrwalanie efektów terapeutycznych i wychowawczych biblioterapii
  - 3.1. Swobodna rozmowa o byciu w roli (pięć poziomów świadomości w dramacie)

**Wolna trybuna** – prowadzący aranżuje dyskusję na temat „Co w moim kraju (mieście, wsi) należałoby zrobić dla obcokrajowców. Zapisanie na dużej planszy wniosków z dyskusji
  - 3.2. **Technika niedokończonych zdań** „Gdybym był obcokrajowcem to....”

### **Uwagi metodyczne o realizacji zajęć:**

Zajęcia te mogą być jednym z elementów wybranego programu biblioterapeutycznego. Scenariusz ten może stanowić podstawę do cyklu spotkań pod hasłem „ONI” lub „INNI”

### **Załączniki:**

Ks. J. Twardowski: *Ten od głupich dzieci*

Uczniowie moi, uczennice drogie  
Ze szkół dla umysłowo niedorozwiniętych,  
Jurku z buzią otwartą, dorosły głuptasie  
Gdzie się teraz podziewasz, w jakim obcym tłumie  
Czy ci znowu dokuczają na pauzie i w klasie  
Janka Kęsiarska z rączkami sztywnymi  
Z nosem, co się tak uparł, że pozostał krótki  
(..... )  
Janku bez nogi prawej, z duszą pod rzęsami  
Garbusku i jąkało – osowiały, niemy  
Zosiu coś wcześniej zmarła, aby nóżki krzywe  
Szybko okryć żałobnym cieniem chryzantemy  
Wiecznie płaczący Wojtku i ty, coś po sznurze  
Drapał się, by mi ukraść parasol, łobuzie,  
Pawelku z wodą w głowie, stary niewdzięczniku,  
Coś mi żabę położył na szkolnym dzienniku  
Czekam na was najdrożsi, z każdą pierwszą gwiazdką  
Z niebem betlejemskim, co w pudełku świeci  
Z barankiem wielkanocnym, – bez was świeczki gasną –  
I nie ma żyć dla kogo

Ten od głupich dzieci

## **4.2. KIEDY BYŁEM MAŁY**

### **Warsztat z biblioterapii reminiscencyjnej**

#### **Cel:**

Powrót do dzieciństwa: przypomnienie radosnych momentów życia i pozbycie się negatywnych doznań wyniesionych z przeszłości, złagodzenie traumatycznych skutków niewłaściwych zachowań wobec dziecka

#### **1. Zajęcia integrujące grupę.:**

1.1. „Ludzie do ludzi”. Uczestnicy stoją w parach i wykonują ćwiczenia, które podaje prowadzący: „rączka do rączki, buzia do buzi, noga do nogi” [part-

nera], a na komendę „ludzie do ludzi” uczestnicy zmieniają się w parach. Jeśli ktoś nie znajdzie pary zajmuje miejsce prowadzącego

- 1.2. „Zwierzęta” prowadzący rozdaje karteczki z nazwami zwierząt. Uczestnicy zajęć naśladują odgłosy wylosowanego zwierzęcia. Po odgłosach dobierają się parami.
- 1.3. „Pociąg” składa się z trzech wagoników. Osoba na przodzie i w środku to wagoniki, które mają zamknięte oczy. Osoba na końcu – to maszynista prowadzący pociąg z otwartymi oczyma, ale przekazujący informacje o kierunku poruszania się jedynie dotykiem przekazywanym osobie przed nim. Wszystkie osoby muszą być we wszystkich trzech rolach
- 1.4. „Przeciąganie liny” – znana zabawa dla dwóch drużyn

## 2. Przebieg biblioterapii właściwej:

Prowadzący prosi aby uczestnicy zajęli wygodną pozycję w kręgu, zamknęli oczy, wsłuchali się w muzykę (np. fragmenty: *Ogrodów w deszczu* Debussy’ego lub *Opowieści lasku wiedeńskiego* J.Straussa ) i aby przypomnieli sobie jakiś ważny dla nich dzień z dzieciństwa

Uwaga: \* – jeden pełny cykl oddechowy wdech = wydech

Mówi: Dziś odbędziemy wspólnie podróż w przeszłość\* Podróż w wyobraźni\* Uważnie wsłuchuj się w moje słowa i pozwól pracować swojej pamięci i wyobraźni\* Przypomnij sobie siebie sprzed lat\*\*\* Zapamiętaj wszystko to, co sobie przypomnisz\*\* Zwróć uwagę na sygnały twojego ciała\*\*\* Staraj się oczyma wyobraźni zobaczyć jakiś ważny dla ciebie moment, jakieś ważne wydarzenie\* Staraj się jak najbardziej cofnąć w przeszłość\* Być może widzisz oczyma wyobraźni jakichś ludzi\*\*\* może wśród nich są twoi rodzice\*, dziadkowie\*, nauczyciele\*, koledzy z podwórka\*\*\* Zobacz, że trzymasz w ręku jakiś przedmiot\*\*\*Dokładnie go sobie obejrzyj\*\*\* Co to jest?\*\*\*\* skąd się wzięło w twoich rękach?\*\*\*A teraz spróbuj podzielić się swoimi wspomnieniami i wrażeniami\*\* Powiedz o swoich uczuciach kiedy odbyłeś podróż w przeszłość\* Kogo zobaczyłeś?

Uczestnicy dzielą się swoimi wrażeniami z ćwiczenia

1. Podział grupy na zespoły dwuosobowe, w których uczestnicy opowiedzą sobie o swoich ulubionych zabawach z dzieciństwa (2 minuty), a następnie wpiszą ich nazwy na dużym arkuszu papieru
2. Prowadzący zmienia taśmę na nagranie fragmentów muzyki z *Dziadka do orzechów* i przechodzi do wyłożonych na podłodze, połączonych ze sobą w długą „wstęgę”, arkuszy szarego papieru mówiąc:

Podejdz do leżących tu arkuszy papieru\*\*\* Przypomnij sobie swoje ulubione książki z dzieciństwa i narysuj swojego ulubionego bohatera\*\*\*\* Może to być jakaś postać, o której czytałeś sam lub czytał ci ktoś\* nawet dawno temu\*\*\* Narysuj ją w dowolnie wybranym miejscu tej „wstęgi” (przeznacza na to tyle czasu ile uczestnicy zajęć potrzebują do zakończenia pracy, następnie wycisza

muzykę) A teraz obejrzyj rysunki kolegów\*\*\*\* Może ty też znasz te postaci?\*\*\* Co ci się w nich wówczas podobało?\*\*\* Czy dzisiaj pamiętasz jeszcze treść tamtej książki? Co czułeś kiedy teraz rysowałeś te postaci?\*\*\*\* Spróbuj o tym powiedzieć kończąc zdanie: Gdybym był (tu każdy wymienia imię, nazwisko rysowanego przez siebie bohatera)...

3. Prowadzący włącza nagranie z muzyką relaksującą i prosi uczestników zajęć o zamknięcie oczu oraz wykonanie trzech głębokich wdechów. Przechodzi do kolejnego ćwiczenia:

Jesteś teraz zupełnie odprężony\*\* Oddychasz swobodnie, regularnie\*\*\*\* Wyobraź sobie, że śpisz\*\*\*\* Będę liczyć od 1 do 3, na 3 obudzisz się i zobaczysz siebie w zupełnie innym życiu\*\* W innej roli aniżeli ta, którą pełnisz teraz\*\*\*1\*2\*3\*\*\* Zaczyna się dzień\* Jesteś znanym pisarzem\*\*\* Możesz teraz zrobić coś pożytecznego\*\*\* Chcesz opowiedzieć o swoim życiu\*\* Widzisz siebie przygotowującego się do tego zadania\*\*\* Masz teraz ogromne możliwości\*\*\* Odczuj wiarę w swoje siły\* w możliwości osiągnięcia celu\*\*\* Planujesz pracę nad swoją książką\*\*\* Poczuj w sobie wszystkie przyjemne doznania towarzyszące tej pracy\* Możesz w niej opisać to, co było dla Ciebie ważne\* Możesz opowiedzieć o miłych chwilach\* o smutnych sprawach\*\* o tym o czym jeszcze nikomu nie opowiadałeś\*\* Możesz pisać o sobie\*\*\* możesz też stworzyć jakiegoś bohatera\*\*\* Twoja praca dobiega końca\*\*\* Ciesz się dobrze wykonaną pracą\*\* Oddajesz maszynopis do druku\*\*\* Gotowa książka trafia do księgarni\*\*\* A tam czekają na Ciebie pierwsi jej czytelnicy\* Zobacz ich twarze\* usłysz ich głos\* Odpowiedz na ich pytania\* Rozdaj książki z autografem\* Poznaj radość tej chwili\*\* Kiedy za chwilę otworzysz oczy będziesz radosny i pełen wiary w swoje możliwości\*\*\* Opowiedz o swoich doznaniach\*\*\*

4. Po omówieniu ćwiczenia prowadzący przechodzi do kolejnego etapu:

A teraz jeszcze raz odpręż się, wsłuchaj w muzykę i wyobraź sobie bibliotekę pełną książek\*\*\* Widzisz tam swoją książkę\*\*\* I książki swoich kolegów\*\* Zobacz jak wyglądają\*\* weź którąś z nich do ręki\* Przejrzyj spis treści\*\* kolejne rozdziały\*\* usiądź wygodnie i oddaj się lekturze\*\* Słowa tak łatwo dają się ułożyć w ciekawą treść\*\*\* Czytasz płynnie, szybko, ze zrozumieniem\*\* Poczuj jaką ci to sprawa radość\*\*\* Zatrzymaj ten obraz jak najdłużej w swej pamięci\*\*\* Zachowaj go na wieczór\* przywołaj go przed snem\*\*\* A teraz po woli wracaj do rzeczywistości\*, poczuj się radosny i zadowolony \*\*\* A teraz, jeśli chcesz, opowiedz o swoich doznaniach.

**Ewaluacja – ocena zajęć w dowolnej formie**

**Na zakończenie sesji uczestnicy komponują „Historię grupy”**

### 4. 3. KIEDY JESTEM CHORY

#### Cel:

- zaznajomienie uczestników z różnego typu chorobami
- uwrażliwienie na objawy niektórych chorób
- zbadanie poziomu jakości życia uczestników zajęć
- sprawdzenie umiejętności radzenia sobie w sytuacji zagrożenia życia

#### Tok zajęć:

#### 1. Zajęcia integrujące grupę

##### 1.1. Przedstawiamy się w niekonwencjonalny sposób

##### 1.2. Jestem tutaj mimo tego, że . . . . .

##### 1.3. Chciałbym dzisiaj . . . . .

##### 1.4. Szukam podobnych do siebie

##### 1.5. Gdybym był czarodziejem to podarowałbym Ci . . . . .

##### 1.6. Tekst wizualizacyjny

„Zamknij oczy i wyobraź sobie, że jest piękny słoneczny dzień. Jesteś w swoim ulubionym miejscu. Siedzisz wygodnie. Jesteś rozluźniony. Myślisz o swoim życiu. Staraj się zapamiętać wszystkie określenia jakie przychodziły ci na myśl kiedy o tym myślałeś. A kiedy już otworzysz oczy zapisz je jak najszybciej

##### 1.7. Moje życie jest – na podstawie zapisanych kartek „sekretarze” starają się ułożyć listę par przeciwstawnych przymiotników opisujących życie np.:

pełne – puste

dobre – złe

bogate – ubogie

silne – słabe

##### 1.8. Podaruję Ci czarodziejskie słowa – uczestnicy na zasadzie zabawy w „Głuchy telefon” przekazują sobie od lewej strony prowadzącego słowo „zdrowie” a od prawej – słowo „choroba”

Po zakończeniu zabawy uczestnicy podchodzą do dużego arkusza szarego papieru i wypisują na nim wszystkie znane im słowa kojarzące się z pojęciem choroba. Na ich podstawie tworzą definicje tego słowa. Wymieniają znane im choroby

##### 1.9. Swobodna rozmowa na temat znanych im chorób, możliwości zachorowania na nie, sposobów przeciwdziałania różnym chorobom i leczenia się

#### 2. Czy wiesz co to za miejsce

Uczestnicy podchodzą do planszy, na której zgromadzono zdjęcia szpitala, sali operacyjnej, przychodni zdrowia, gabinetu dentystycznego

##### 2.1. Kiedy słyszę sygnał karetki pogotowia . . . . .

**2.2. Namaluj słowa. Technika wypowiedzi poprzez rysunek** – prowadzący rozdaje kartki formatu A4 i prosi o przedstawienie na nich w sposób symboliczny następujących pojęć: „strach”, „ból”, „choroba” „wirus”, „leczenie”, „radość”, „miłość” „smutek”, „zakażenie” – a następnie prosi o zrobienie wystawy prac. Uczestnicy oglądając wystawę starają się zgrupować wszystkie prace na ten sam temat i nadać im poetyckie, metaforyczne tytuły

### **3. Scenki dramowe pantomimiczne**

#### **a) ćwiczenia indywidualne**

- boli mnie głowa
- boli mnie brzuch
- mam gorączkę
- przeziębilem się

#### **b) praca w grupach**

- u dentysty
- w poczekalni u lekarza
- złamałem nogę

**3.1. Chcę wam powiedzieć...** Uczestnicy dzielą się swoimi doświadczeniami z powyższych ćwiczeń.

#### **3.2. Kiedy byłem chory**

Opowiadają o swoich kontaktach z lekarzami i pielęgniarkami

#### **3.3. Najczęściej chorowałem na** . . . . .

#### **3.4. Kiedy choroba zmusza mnie do leżenia w łóżku to:**

- najbardziej mi brakuje . . . . .
- najchętniej robię . . . . .
- najbardziej mnie złości . . . . .
- najbardziej potrzebuję . . . . .
- najbardziej się boję . . . . .

**3.5. Kiedy jestem chory to najbardziej lubię czytać....** – swobodna rozmowa na temat doświadczeń uczestników warsztatu. „Sekretarz” wpisuje na duży papier wszystkie wymieniane tytuły. Następnie prowadzący prosi o zastanowienie się dlaczego najczęściej powtarzały się pewne tytuły.

**3.6. Miniwykład** o terapeutycznej funkcji literatury (funkcja unikowa, substytutowna)

**3.7. Prezentacja utworów pacjentów** (z własnych zbiorów prowadzącego lub z książki I. Boreckiej, L. Ippoldt *Co czytać aby łatwiej radzić sobie w życiu...*, Wrocław 1989, s. 144-146, M. Wirgi *Zwyciężyć chorobę*, Poznań 1992, s. 126-127)

**4. Wolna trybuna:** Choroby zagrażają wszystkim. Jak trzeba się chronić?

#### **5. Poradź innym**

Uczestnicy szukają telefonów i adresów: pogotowia ratunkowego, najbliższego szpitala, przychodni specjalistycznych, hospicjum itp.

## Zakończenie

Sporządzenie podręcznego informatora adresowego

## Ewaluacja

Na dzisiejszym spotkaniu.....

### 4.4. MOJA CHOROBA

#### Scenariusz zajęć biblioterapeutycznych dla pacjentów szpitali i sanatoriów

##### Cel:

- umożliwienie pacjentom zweryfikowania swoich poglądów na temat ich choroby
- wymiana doświadczeń na temat pobytu w różnych placówkach leczniczych
- ukazanie terapeutycznych możliwości poezji

##### Tok zajęć:

#### 1. Zajęcia integrujące grupę

**1.1. Przedstaw się humorystycznie (uczestnicy siedzą w kręgu i w dowolny sposób, z humorem przedstawiają się sobie)**

**1.2. Dotknij i wróć** (na parapecie okiennym leży duży dzwonek, zadaniem uczestników zajęć jest podejść do okna w charakterystyczny dla siebie sposób, dotknąć dzwonka i w podobny sposób wrócić na miejsce)

**1.3. Uściśnij mnie** (uczestnicy stoją w kręgu, jedna osoba stoi w środku, ma zamknięte oczy a inne osoby podchodzą do niej, żeby je uściśnęła. Można podchodzić kilka razy. Następnie osoba ta po otwarciu oczu musi rozpoznać kogo uściśnęła)

#### 2. Zajęcia biblioterapeutyczne

**2.1. Lekarze** – Prowadzący odczytuje wiersz Jana Lechickiego pod tym tytułem:

lekarze piszą historie ludzkości  
niewyraźnym pismem  
lekarze wydają wyroki  
w języku łacińskim  
aby ludzie ich nie rozumieli  
lekarze pocieszają chorych  
a sami nie wierzą w wypowiedziane słowa  
lekarze zbudzeni w środku nocy  
na pół przytomni ziewając  
wypisują świadectwa zgonu

(Jan Lechicki, *Kształt bólu*, Łódź 1980, s. 5)

**2.2. Swobodna rozmowa na temat zawodu lekarza inspirowana wierszem J. Lechickiego**

**2.3. Kiedy byłem pacjentem to.....** (prowadzący tak kieruje tym punktem zajęć, aby uczestnicy mieli możliwość jak najszerzej opowiadać o swoim pobycie w różnego rodzaju placówkach zdrowia, aby na podstawie ich wypowiedzi można było stworzyć subiektywny „obraz choroby”, wypunktować nastawienie pacjenta do choroby, zaobserwować typowe reakcje na chorobę [por. I. Borecka *Biblioterapia nowa szansa książki*, Olsztyn 1992, s. 31-32, 34-36, 39] )

**2.4. Inni też chorują** – prezentacja fragmentów literatury pamiętnikarskiej, autobiograficznej np. W. Antochów. *Mój los ostrzega*, J. Criscuolo *Słońce świeci dla wszystkich*

**2.5. Odwiedzam chorego** – Scenki dramatyczne: improwizacja z tekstem (prowadzący stara się tak kierować tą częścią zajęć, aby uczestnicy nabrali przekonania, że chorzy nie potrzebują „ratowania” – potrzebują ciepła. Jeśli się komuś pomaga, należy czerpać z tego przyjemność. Pomoc nie powinna się stawać jedynym sensem życia lub wynikać z poczucia obowiązku. Chory czuje potrzebę, by być wysłuchanym – przestańmy go ratować a zacznijmy słuchać [M. Wirga, s. 114])

**2.6. Wolna trybuna: Uzdławiamy siebie, naprawiamy służbę zdrowia**

**2.7. Wnioski** w formie listu do Ministerstwa Zdrowia oraz wskazówek dla chorego [M. Wirga, s. 102-103] np.:

- *Przypomnij sobie raz jeszcze „zalety” swojej choroby: co dzięki niej zyskujesz*
- *Zastanów się, do jakiego celu zmierzasz; jaki jest powód tego, że chcesz żyć, a nie umierać. Co jest dla Ciebie faktyczną różnicą między życiem a śmiercią*
- *Przypomnij sobie, z jaką nadzieją i ufnością robiłeś plany w dzieciństwie, pomyśl, co chciałbyś robić teraz*
- *Twoje cele powinny nadawać Twojemu życiu sens i radość. Powinny być konkretne, realne i dokładne. Związane nie tylko z pracą czy chęcią wzbogacenia się*
- *Pamiętaj o rozrywce, nie stawaj się pracoholikiem*
- *Nie bój się marzyć*
- *Serce powinno mówić nam, co mamy robić, a głowa podpowiadać najlepszą drogę* – powiedział Aleksandr Lowen

**3. Zakończenie:** Prowadzący cytuje **Mariusza Wirgę**;

*Wielu lekarzy stykających się z ciężko chorymi zauważyło, że szybciej zdrowieją ci pacjenci, którzy mają jeszcze coś do zrobienia, coś do osiągnięcia, jakiś cel, powód do wyzdrowienia (...) Nie chodzi o to, by w nieodpowiedni sposób przekraczać możliwości swojego organizmu i narażać się na niepotrzebne powikłania, lecz o to by wykorzystywać te możliwości w sposób maksymalny. W tym tkwi Twoja szansa.*

*Stawiając sobie jakieś cele, przygotowujesz się psychicznie do tego, by być*

zdrowym, oczekujesz, że będziesz zdrowy, zaczynasz w to wierzyć. Bierzesz odpowiedzialność za siebie i swoje życie, przeciwstawiając się w ten sposób poczuciu bezsily i beznadziejności, które mogłyby strawić całą Twoją wolę życia. Bądź dzielny i wytrwały. Pamiętaj o tym, że osobowość ma olbrzymi wpływ na układ odpornościowy. Zmiana osobowości pociąga za sobą zmianę środowiska, w którym powstała choroba. To nowe środowisko może być tak niegościnne dla choroby, że Cię ona opuści. [M. Wirga, s.101-102, 126-127]

Zanim się umówimy na kolejne spotkania pragnę Wam życzyć zdrowia, radości i wielu sukcesów. Przyniosłam ze sobą kilka książek, które mogą się wam pomóc zwyciężać chorobę. Jeśli chcecie przejrzycie je teraz lub zapiszcie tytuły: W. Antochów *Mój los ostrzega*, Poznań 1988, J. Criscuolo *Słońce świeci dla wszystkich*, Wrocław 1977, L. L. Hay *Możesz uzdrowić swoje życie*, Warszawa 1992, J. Leonard *Twoje najskrytsze marzenia czyli jak władać własną mocą twórczą*, Warszawa 1995, M. Wirga *Zwyciężyć chorobę*, Poznań 1992, s. 126-127)

## Ewaluacja

### 4. 5. SCENARIUSZE ZAJĘĆ BIBLIOTERAPEUTYCZNYCH OPARTE O UTWORY IRENY JURGIELEWICZOWEJ *TEN OBCY*(1993) I *INNA* (1993)<sup>4</sup>

#### 4.5.1. Obcy jest wśród nas

##### Cel:

- uświadomienie dzieciom jak mogą zachowywać się osoby, które w grupie czują się osamotnione, odrzucone, obce, „inne”
- dążenie do zmian zachowań zmierzających do integracji grupy

**Uczestnicy zajęć:** uczniowie z różnych klas

**Miejsce zajęć:** czytelnia biblioteki lub każda inna sala

##### Tok zajęć:

#### 1. Zajęcia integracyjne:

**A. Poznajmy się:** dzieci siedząc w kręgu przedstawiają się, przypinają sobie plakietkę z imieniem, opowiadają o swoich zainteresowaniach

**B. Zapamiętajmy swoje imiona** – dzieci śpiewają imiona poszczególnych uczestników na melodię „Panie Janie” np.: „Witaj Ania, Witaj Ania, jak się masz, jak się masz, wszyscy cię witamy, wszyscy Cię witamy, bądź wśród nas”

---

<sup>4</sup> Inne pozycje zajęć: I. Borecka *Biblioterapia w szkole* op. cit. Aneksy 5.3.1.-5.3.5.

**C. Co lubię, czego nie lubię** – dzieci rzucają do siebie piłeczkę i zadają sobie różne pytania np.: czym się zajmujesz po lekcjach, jakie lubisz nagrania, co ostatnio czytałeś i mógłbyś mi polecić itp.

**D. Jak się witam** – scenki dramatowe: dzieci pracują w parach – demonstrują różne sposoby powitań a następnie próbują określić, które z tych powitań było witaniem się z osobą bliską, przyjacielem, a które z kimś nieznanym, obcym

**E. Swobodna rozmowa** o odczuciach towarzyszących różnym powitaniom. Prowadzący zmierza do wyłonienia problemu: „obcy są wśród nas” i tak kieruje rozmową, aby dzieci zdefiniowały pojęcie „obcego”

## 2. Rozwiązywanie problemu.

**A. Metoda „słoneczko”** – dzieci na wąskich karteczkach wpisują wszystkie skojarzenia ze słowem „obcy”

**B. Odczytanie fragmentu utworu** *Ten obcy* dotyczącego przybycia Zenka na wyspę (s. 34-40)

**C. Swobodna dyskusja** na temat zachowań poszczególnych bohaterów książki

**D. Scenki dramatowe:** ja jako Zenek, ja jako obcy w grupie rówieśniczej, ja jako obcy w dowolnie wybranym miejscu (uwaga: każdy uczestnik zajęć musi być w roli obcego)

**E. Rozmowa** o odczuciach towarzyszących tym ćwiczeniom zmierzająca do identyfikacji z „obcym”

**F. Wywiad** z osobami, które były w roli Zenka

**G. Wolna trybuna** – co zrobić, aby przychodzący do szkoły, do naszej klasy nie czuli się obcymi

## 3. Zamknięcie zajęć tańcem integracyjnym np.: pias, taniec irlandzki

### 4. 5. 2. Osamotnienie

#### Cel:

Uświadomienie uczestnikom zajęć czym jest osamotnienie i jak można temu zjawisku przeciwdziałać

**Uczestnicy:** uczniowie tej samej klasy lub dobrze znająca się młodzież 12-13-letnia, która ma trudności z przyjmowaniem do swojego grona nowych członków

**Czas trwania:** w zależności od wielkości grupy około 1 godziny 35 min.

**Miejsce zajęć:** czytelnia, świetlica szkolna lub inna sala dydaktyczna

## ETAPI

### 1. Zajęcia rozluźniające – 5-15 min

- 1.1. Słuchanie nagrań muzyki klasycznej
- 1.2. Rozpoznawanie nastrojów
- 1.3. Malowanie prac plastycznych inspirowanych muzyką
- 1.4. Rozmowa kierowana o różnych nastrojach uczestników

### 2. Definiowanie terminów „osamotnienie” i „samotność” ćwiczenie w dwóch zespołach; 3-5 min – metoda „słoneczka”

## ETAP II

### 3. Praca z tekstem

- 3.1. **Odczytanie fragmentów** świadczących o osamotnieniu Uli, jej ojca i osamotnieniu Zenka (np. I. Jurgielewiczowa *Ten obcy*, Warszawa 1963, s.16, 42, 242 – 244) – 5 min
- 3.2. **Scenki dramowe**  
Zadaniem uczestników jest w dowolnej scenie przedstawić problem osamotnienia bohaterów (np. rozmowa Uli z ojcem, rozmowa Zenka z doktorem, rozmowa Zenka z Ulą, Ula czytająca list od Zenka) – 10-15 min.
- 3.3. **Omówienie ćwiczenia na 5 poziomach świadomości w dramie**  
(Co teraz robisz? Dlaczego to robisz? W jakim celu to robisz? Skąd wiesz, że takie zachowanie jest odpowiednie do danej sytuacji? Jaka jest twoja filozofia życiowa? ) – 5-10 min
4. **Rozmowa kierowana:** „Czy znasz kogoś w swoim otoczeniu, kto twoim zdaniem jest samotny i kogoś, kto czuje się osamotniony? – 10-15 min
5. **List lub kartka z pamiętnika.** Ćwiczenia w grupach tematycznych – 10-15 min:  
A) do osoby samotnej, której chciałbyś jakoś pomóc  
B) jeśli sam czujesz się samotny napisz o tym w swoim pamiętniku
6. **Prezentacja listu lub kartki z pamiętnika** (czas trwania ćwiczenia) – 10-15 min

## ETAP III. Zakończenie

Słuchanie refleksyjnej poezji przy relaksującej wyciszającej emocje muzyce (10-15 min)

### Ewaluacja

Na tych zajęciach.....

### 4 5. 3. Czy to kradzież?

#### **Cel:**

Uświadomienie uczestnikom czym jest kradzież, jak łatwo stracić rozeznanie w tym co jest dobre a co złe

#### **Uczestnicy:**

Młodzież znająca utwory I. Jurgielewiczowej, która ma zaburzoną hierarchię wartości lub młodzież, która wielokrotnie weszła w kolizję z prawem lub grupa,

**Miejsce zajęć:** czytelnia lub gabinet do zajęć terapeutycznych

**Czas trwania:** w zależności od wielkości grupy około 1 godziny 30 min

#### **ETAP I**

1. **Część wprowadzająca:** słuchanie wyciszającej muzyki 3-5 min
2. **Scenki dramatowe:** „Wyprawa na jabłka do sąsiada”, „Kto zjadł moje kanapki”, „To mi się przyda” – Podział uczestników na 3 grupy 2-3 (czas trwania min 10-15 min)
4. **Omówienie ćwiczenia** zgodnie z pięcioma poziomami świadomości w dramie (5-10 min)

#### **ETAP II**

#### **4. Praca z tekstem**

Odczytanie fragmentów książki *Ten obcy* dotyczących kradzieży jabłek (s. 123-126;134-135) i kradzieży na targu (143-145) oraz fragmentu książki *Inna* dotyczącego kradzieży dokonanej przez Dankę w sklepie (s. 108-112) – 10 min

5. **Swobodna rozmowa** o moralnym aspekcie dokonywanych czynów prowadząca do wniosków, co jest, a co nie jest kradzieżą i czy można pozwalać sobie i innym na kradzież czegokolwiek (10-15 min)
6. **List do wybranego bohatera literackiego** – Co byś poradził Zenkowi i Danusi? (10–15 min)
7. **Odczytanie listów** (5–10 min)

#### **Zakończenie zajęć**

Słuchanie muzyki relaksującej 10-15 min

Próba podsumowania problemu

#### **Ewaluacja**

Podczas zajęć.....

# CZY TO JUŻ KRADZIEŻ?

(Wersja druga)<sup>5</sup>

## Cel:

- uświadomienie uczestnikom czym jest własność prywatna
- jakie panują zasady postępowania wobec cudzej własności
- jakie są konsekwencje prawne i moralne kradzieży

## Uczestnicy:

Młodzież znająca utwory Jurgielewiczowej, która wiedząc o drobnych kradzieżach w klasie nie reaguje na nie, ukrywa sprawców

**Miejsce zajęć:** każda sala dydaktyczna

**Czas trwania:** w zależności od wielkości grupy około 2-3 godzin

## ETAPI

1. **Słuchanie muzyki o narastającym napięciu (2-3 min)**
2. **Rysowanie ilustracji do niej (5-6 min)**
3. **Rozmowa o emocjach towarzyszących słuchaniu – 3-5 min**
4. **Praca z tekstem**
  - 4.1. **Odczytanie przez prowadzącego zajęcia fragmentu utworu *Ten obcy* (s. 123-126)**
  - 4.2. **Podział uczestników na 5-osobowe zespoły i wejście w rolę Zenka, Uli, Julka, Mariana, Pestki – 5-6 min**
5. **Scenki dramowe**
  - 5.1. **Kradzieży jabłek (technika dowolna ale przebieg scenki inny niż u Jurgielewiczowej) – 10-20 min**
  - 5.2. **Kradzieży w sklepie (10-20 min)**
  - 5.3. **Omówienie ćwiczenia na 5 poziomach świadomości w dramie – 3-10 min**
6. **Rozmowa kierowana pod hasłem: Motywy kradzieży. Kto kradnie, Czy to już kradzież?...” – 5-10 min**
7. **Niedokończone zdania: – „Kiedy widzę kradnącego Zenka....” – 5-10 min – „Gdybym widział kradnącą Danę...” – 5-10 min**
8. **Ukradnij ! – improwizacja z tekstem**

Podział na zespoły dwójkowe. Zadaniem pierwszej osoby jest namówienie drugiej do popełnienia drobnej kradzieży. Zadaniem drugiej – odmowa, później zmiana ról. Omówienie ćwiczenia z punktu widzenia 5 poziomów świadomości w dramie – 15-20 min
9. **„Kradną mi portfel” – scenka pantomimiczna (zatrzymanie złodzieja przez pasażerów autobusu lub w innym dowolnym miejscu) – Praca w dwóch grupach – 10-15 min**

---

<sup>5</sup> Scenariusz powstał w czasie kursu dla nauczycieli prowadzonego przez I. Borecką w Legnicy w 1999 r.

10. **Omówienie ćwiczenia**, ze szczególnym uwzględnieniem emocji osób będących w roli kradnącego i okradanego
11. **Swobodna rozmowa** o reakcjach uczestników akcji „łapać złodzieja”
12. **Omówienie ich działań**, zwrócenie uwagi na tzw. zachowania (reakcje) pomocowe

### ETAP III

13. **„Przypominam sobie”** ....., że też kiedyś coś ukradłem – karta z pamiętnika (tekst mogą odczytać tylko osoby, które tego chcą. Prowadzący prosi jedynie o głęboką refleksję nad tym wydarzeniem, ale musi być przygotowany na prowadzenie zajęć dalej, jeśli ktoś z uczestników będzie miał ochotę ten problem zgłębiać)
14. **Informacje o zachowaniach** własnych lub zaobserwowanych u innych podczas jakiejś kradzieży. Ocena ich (5-10 min)

### Zakończenie

Kradzież jest.....

### Ewaluacja

Dzisiejsze zajęcia.....

#### 4.5.4. Tak trudno dorastać

##### Cel:

- budowanie wzajemnego zaufania w grupie
- uświadomienie uczestnikom, że dorastanie wiąże się ze zmianami fizycznymi i psychicznymi
- pomoc w zrozumieniu, że trudno jest stawać się dorosłym
- uświadomienie, że młodość ma swoje prawa, ale łatwo jest błędzić i osądzać innych
- podkreślenie faktu, że jednym z „objawów” dojrzewania jest „niemożność zrozumienia samego siebie”

**Uczestnicy:** młodzież znająca książki I. Jurgielewiczowej, która ma charakterystyczne dla okresu dojrzewania kłopoty emocjonalne

**Miejsce zajęć:** biblioteka, świetlica, każda sala dydaktyczna

**Czas trwania:** w zależności od wielkości grupy: 1 godzinę i 45 min.

### ETAP I

#### 1. Ćwiczenia rozluźniające:

- 1.1. Słuchanie muzyki relaksującej – 2-3 min
- 1.2. Wysłuchanie tekstu wyciszającego 2-3 min

- 1.3. Rozmowa o emocjach towarzyszących powyższym ćwiczeniom (3-5 min)
2. „**Moje najmiłsze wakacje**” – opowiadanie sobie nawzajem o wybranym dniu wakacji (3-5 min.)

## **Etap II**

### **3. Praca z tekstem**

- 3.1. Krótkie streszczenie utworu (prowadzący lub ktoś z uczestników) (10 min)
- 3.2. Odczytanie fragmentów dotyczących zabaw bohaterów
- 3.3. Charakterystyka wybranych postaci: praca w 4-osobowych grupach

### **4. Drama:**

- 4.1. Sceny improwizowane z tekstem: wakacyjne zabawy, rozmowy z rodzicami, rozmowy z przyjaciółmi, nawiązywanie nowych znajomości (10-20 min)
- 4.2. Praca nad rolą: przygotowanie do wejścia w rolę w dramie „zabawa na wyspie” (10 min)
- 4.3. Omówienie ćwiczeń – 5 poziomów świadomości w dramie (15 min)
5. **Dziewczęce i chłopięce tajemnice.** Praca w zespołach dwuosobowych – opowiadanie sobie o jakiejś ważnej tajemnicy, pierwszych sympatiach, spotkaniach (3–5 min)
6. **Przyjaciół (przyjaciółka) mnie zawiódł** – opowiedzeniu sobie nawzajem o przykrych przeżyciach związanych z powierzeniem swojemu przyjacielowi pewnej tajemnicy – 5 min
7. **Omówienia ćwiczeń** (5-10 min)
8. **Zamknięty krąg** – swobodna dyskusja nad problemem czy Ula i Pestka są prawdziwymi przyjaciółkami. Czy ja mam przyjaciółkę, przyjaciela? – 10-15 min.
9. **Ludzie listy piszą...** Podział uczestników na dwie grupy: pierwsza to Ula, która pisze list do Pestki, druga – Pestka pisząca do Uli oraz odczytanie listów – 15-20 min
10. **Niedokończone zdanie:** „Gdyby Ulka i Pestka tak naprawdę były przyjaciółkami to...” (10-15 min)

## **ETAP III**

11. **Pisanie wiersza haiku**<sup>6</sup> o przyjaźni, miłości, uczuciach i emocjach charakterystycznych dla okresu dojrzewania (indywidualnie lub w małych grupach) 15-20 min
12. **Odczytanie napisanych utworów** – 15 min

---

<sup>6</sup> Haiku to gatunek japońskiej poezji lirycznej, zob. także: I. Borecka, L. Ippoldt: *Co czytać...* op. cit., s. 140.

## **Zakończenie**

Rozmowa spontaniczna na temat własnych problemów z dorastaniem (10-15 min)

## **Ewaluacja**

### **4.6. SCENARIUSZE ZAJĘĆ BIBLIOTERAPEUTYCZNYCH INSPIROWANYCH UTWOREM OGRODY MARIII BOROWEJ**

#### **4. 6.1. Nie zapomnij o ogrodach**

##### **Warsztat biblioterapeutyczny dla osób po wypadkach i ich rodzin<sup>7</sup>**

#### **Cel:**

- uświadomienie uczestnikom jak ważne znaczenie ma umiejętność odnajdywania ładnych miejsc, w których można odpocząć, nabrać siły
- zwrócenie uwagi na terapeutyczną funkcję przyrody
- zapoznanie z symbolicznym znaczeniem ogrodu

**Uczestnicy:** osoby z problemami samoakceptacji, obniżonym poczuciem wartości i brakiem zgody na sytuację w jakiej się znaleźli (osoby po wypadkach i ich rodziny) znający dobrze utwór Marii Borowej

**Miejsce:** ogród, park lub ukwiecone podwórko

#### **Tok zajęć:**

##### **1. Zajęcia integrujące grupę**

1.1. Wysłuchanie piosenki Jonasza Kofty „Pamiętajcie o ogrodach”

1.2. Przedstawianie się uczestników z zastosowaniem „kwietnej” metafory np. Anna z oczami niezabudek, Maria czerwcową piwonią, Grzegorz złotousty irys

1.3. Najbardziej lubię.....

1.4. Znalazłem śliczne miejsce.....

Uczestnicy otrzymują kopertę z zadaniami:

- 1) rozchodzą się po parku i próbują znaleźć w nim miejsce, które im się najbardziej podoba
- 2) na otrzymanej kartce rysują jakiś szczegół tego miejsca
- 3) zabierają z niego jakąś drobną rzecz, nie niszcząc otoczenia (leżący na ziemi listek, ułamana przez wiatr gałązkę, kamyk)
- 4) opowiem Ci o tym miejscu – praca w zespołach 3-osobowych

---

<sup>7</sup> Te zajęcia przewidziano jako element autorskiego programu I. Boreckiej „I ja tak potrafię”; zamieszczone tu scenariusze opracowano i zrealizowano na kursie dla nauczycieli w Zielonej Górze w 1999 r.

## 2. Biblioterapia właściwa

- 2.1. Mój ogród – opowiadanie o ulubionych ogrodach -własnych lub cudzych
- 2.2. Miniwykład – „Magiczna moc ogrodów”. Prowadzący opowiada o miejscu ogrodu w literaturze i sztukach plastycznych, podkreśla jego archetypowe znaczenie, kładzie nacisk na symbolikę rosnących w nim roślin
- 2.3. Odczytanie fragmentów utworu dotyczących ogrodów
- 2.4. Dyskusja plenarna pod hasłem „Odnaleźć się w ogrodzie”

## 3. Zakończenie

- 3.1. Refleksje nad rolą ogrodów w utworze M. Borowej
- 3.2. Kartka z pamiętnika Odnajdę (odnalazłem) mój ogród...

## Ewaluacja

### 4.6.2. Te szpitalne ogrody.....

#### Cel:

- uświadomienie uczestnikom zajęć, że w każdej sytuacji istnieje szansa pokonania swojej słabości, możliwość podejmowania wyzwań i nowych zadań.
- uczenie się proszenia o pomoc
- weryfikacja własnych reakcji na niepełnosprawność

**Uczestnicy:** osoby, które mają problemy z zaakceptowaniem własnej lub cudzej niepełnosprawności

**Miejsce zajęć:** dowolne (ogród, park, sala dydaktyczna)

**Czas trwania:** około 2 godzin

#### Tok zajęć:

### 1. Zajęcia integrujące grupę

- 1.1. Słuchanie odgłosów przyrody (z nagrań lub naturalnych)
- 1.2. Słyszałem.... refleksje dotyczące ćwiczenia
- 1.3. Poznaj kwiat.... prowadzący prosi uczestników o zamknięcie oczu, wręcza im jakiś kwiat i prosi o jego rozpoznanie po zapachu i kształcie
- 1.4. Chciałbym ci opowiedzieć o moich ulubionych miejscach – praca w grupach dwuosobowych
- 1.5. Rozmowy w kręgu – refleksje na temat tej części zajęć

### 2. Biblioterapia właściwa

Odczytanie wiersza I. Boreckiej *Nie był księciem...*

Nie był księciem  
z mojej bajki  
nie był także czarodziejem  
nie wiedziałam nawet, że istnieje  
I dopiero w tych ogrodach

Kiedy  
złotym słońcem  
maj go wyczarował  
świat oszalał  
zawirował  
gdy mnie witał  
Dotykałam jego rąk  
gorących od tęsknoty  
Serce moje omdlewało  
gdy mnie żegnał  
Chodź mnie nawet nie całował  
Tak mnie jakoś zaczarował

(I. Borecka: *Pamiętnik liryczny pewnej kobiety*,  
Wałbrzych 1996 s. 80)

- 2.1. Spotkałam swojego księcia (księżniczkę)..... swobodne wypowiedzi inspirowane wierszem i wspomnieniami
- 2.2. Przypomnienie treści książki *Ogrody* Marii Borowej
- 2.3. Odczytanie fragmentów dotyczących pobytu Moniki w szpitalu, jej spotkania z Piotrem (s. 7-84, ale szczególnie zwrócić uwagę na s. 14-15)
- 2.4. Gdybym była na miejscu Moniki – rozmowa kierowana na temat charakterystycznych zachowań osoby tracącej sprawność. Prowadzący tak kieruje jej przebiegiem, aby ułatwić uczestnikom identyfikację z bohaterem literackim a w przypadku osób po wypadkach – w łagodny sposób powrócić do własnej sytuacji
- 2.5. Scenki dramowe:
  - Powrót Moniki (Soni) ze szpitala do domu – ćwiczenia w kilku grupach
  - Monika na samodzielnym spacerze
  - Monika wybiera się samodzielnie do teatru
  - Monika przygotowuje przyjęcie
- 2.6. Omówienie ćwiczenia – 5 poziomów świadomości w dramie
3. **Wolna trybuna:** *Jak może i jak powinna zachować się osoba po wypadku?*  
Prowadzący czuwa nad przebiegiem obrad i tak nimi kieruje aby pojawiły się w czasie dyskusji następujące zagadnienia:  
Jakie charakterystyczne zachowania przejawiała Nata po wypadku Moniki (Soni)  
Czy dobrze jest zmieniać po wypadku miejsce zamieszkania?  
Czy Nata miała prawo podjąć taką decyzję?  
Jakie bariery zdecydowały (mogły zdecydować) o zmianie miejsca zamieszkania siostr?  
Przez jakie etapy niepełnosprawności przechodziła Monika  
Czy jej zachowania i były zdrowe czy neurotyczne?  
Czy chciała i mogła wyrazić swoje uczucia wobec siostry?

### 3.1. Wnioski z dyskusji w formie „praw osoby niepełnosprawnej” i „praw osoby wspomagającej osobę niepełnosprawną”

#### Zakończenie

1. Piszę list do Moniki przebywającej w sanatorium w Nagórze (piszący w roli: Piotra, siostry Eleonory, siostry Ewy, Naty, koleżanki z klasy itp.)
2. Odczytanie listów. Np.

*Droga Moniko!*

*Bardzo się cieszę, że jesteś tam, w tym sanatorium, z przyjaciółmi. Wiem od Naty, że poznałaś tam ciekawych ludzi młodych ludzi. Martwiłam się o Ciebie i niepokoila mnie myśl, że już nie chcesz ze mną rozmawiać. Mam nadzieję, że zechcesz mnie teraz również zrozumieć. Mnie też było ciężko nawiązać z Tobą kontakt – Ty przecież mnie odepchnęłaś. Czulałam się podle. Teraz rozumiem Twoje uczucia i myślę, że po tej głębokiej analizie naszego odnoszenia się do siebie będzie nam łatwiej.*

*Chciałabym nadal być Twoją koleżanką. Pomóż mi w tym.*

*Twoja koleżanka*

*Karolina<sup>8</sup>*

#### Ewaluacja

### 4.6.3. Jak mam Soniu mówić do ciebie?

#### Cel:

- uświadomienie uczestnikom zajęć, że wtedy, gdy członkowi rodziny przydarzy się wypadek mogą zaistnieć sytuacje trudne do przewidzenia, ale zawsze istnieje szansa pokonania swojej słabości, możliwość podejmowania wyzwań i nowych zadań
- zawsze znajdzie się ktoś lub coś, co pomoże nam przekraczać bariery fizyczne i psychiczne
- akceptacja swojej niechęci i buntu
- uczenie się proszenia o pomoc
- weryfikacja własnych reakcji na niepełnosprawność

**Uczestnicy:** osoby, które mają problemy z zaakceptowaniem własnej lub cudzej niepełnosprawności

**Miejsce zajęć:** sala dydaktyczna udekorowana obrazami lub reprodukcjami obrazów z motywem ogrodu

**Czas trwania:** około 2 godzin

---

<sup>8</sup> List pochodzi z warsztatów prowadzonych przez Irenę Borecką w styczniu 2000 r. w Zielonej Górze – zachowano oryginalną pisownię i formę wypowiedzi.

## **Tok zajęć:**

### **1. Zajęcia integrujące grupę**

- 1.1. Słuchanie odgłosów przyrody (z nagrań lub naturalnych)
- 1.2. Naśladowanie śpiewu ptaków, szumu wiatru, brzęczenia pszczoły itp.

### **2. Drama**

- 2.1. Nata rozmyśla – prowadzący w roli Naty wprowadza uczestników w sytuację fikcyjną (skompilowany tekst K. Borowa *Ogrody*, s. 12-13)

#### **2.2. Scenki dramowe:**

Nata spotyka sąsiadkę

Rozmowa Grzegorza i Naty o powrocie Moniki do domu

Spotkanie szkolnych koleżanek z Moniką

Zamyślony Piotr – scena w ogrodzie

#### **2.3. Pięć poziomów świadomości w dramie**

#### **2.4. Improwizacja z tekstem literackim**

### **3. Praca nad rolą Moniki**

#### **3.1. Sytuacje dramowe:**

Monika przed lustrem

Monika uczy się chodzić

Przygotowania Moniki do przyjścia szkolnych kolegów

Rozmowa siostr

### **4. Omówienie ćwiczeń**

### **5. Wolna trybuna pod hasłem „Czy chory ma prawo wiedzieć wszystko o swoim zdrowiu”**

## **Zakończenie**

### **6. Odczytanie wniosków z dyskusji i pozostałej części zajęć**

## **Ewaluacja**

## TERAPEUTYCZNE ZABAWY SŁOWEM I PĘDZLEM

### 5.1. CO WIDZĘ KIEDY SŁUCHAM MUZYKI

**Cel:**

– rozwijanie twórczej wyobraźni dziecka lub dorosłego

**Miejsce:** sala do terapii, w której uczestnicy mogą się wygodnie położyć na materacach

**Uczestnicy:** osoby potrzebujące działań stymulacyjnych, o niskiej samoocenie

**Czas trwania:** 45 –60 minut

**Pomoce**

Taśmy z nagraniami muzyki o różnym tempie, kredki lub farby, papier

**Tok zajęć**

1. **Słuchamy muzyki...** Prowadzący włącza nagranie w wolnym tempie i prosi o skupienie i uważne wysłuchanie utworu
2. **Opowiem ci co czułem słuchając.....**
3. **Rysujemy muzykę** – ponownie włącza to samo nagranie i prosi o słuchanie i jednocześnie rysowanie, tego co słuchający mają ochotę narysować słysząc muzykę
4. **Wystawa prac plastycznych**
5. **Nadawanie tytułów obrazom**
6. **Słuchanie tekstu terapeutycznego na tle tej samej muzyki**
7. **Spontaniczna rozmowa** na temat emocji towarzyszących temu ćwiczeniu – porównywanie ich z doznaniem z poprzedniego ćwiczenia
8. **Zatańcz w takt tej muzyki** – prowadzący zmienia rodzaj nagrania
9. **Kiedy tańczę....** spontaniczna wymiana doświadczeń
10. **Złap i namaluj wiatr....** – prowadzący włącza nagranie z różnymi odgłosami wiatru, prosi o ułożenie i odtańczenie układu choreograficznego a następnie wykonanie rysunku inspirowanego muzyką i własnym tańcem

## Zakończenie

Niedokończone zdanie: muzyka jest dla mnie tym.....

## Ewaluacja

Kiedy słuchałem tekstu na podkładzie muzycznym.....

**Uwagi o realizacji:** zakres tych ćwiczeń można jeszcze rozszerzyć o wykorzystanie innych technik plastycznych

## 5.2. JESTEM KOPOZYTOREM

### Cel:

- wzmocnienie wiary w siebie
- rozbudzenie twórczych możliwości
- nabycie umiejętności formułowania różnego typu wypowiedzi (okolicznościowej, literackiej itp.)

**Miejsce:** sala do terapii, w której uczestnicy mogą się wygodnie położyć na materacach

**Uczestnicy:** osoby potrzebujące działań stymulacyjnych, o niskiej samoocenie

**Czas trwania:** 45-60 minut

**Pomoce:** Taśmy z nagraniami muzyki o różnym tempie, zestaw instrumentów Orffa, puszki wypełnione piaskiem, woreczki z grochem, klocki, dzwonki i inne przedmioty, dzięki którym można wydobywać różne dźwięki, przybory do pisania, malowania i rysowania

### Tok zajęć:

1. **Słucham muzyki i dopełniam ją....** Uczestnicy słuchają taśmy z linią melodyczną znanej piosenki i próbują posiadany instrumentem dopełnić ją
2. **Barwna melodia...** Prowadzący nuci jakąś melodię a uczestnicy „szukają dla niej koloru” – zabawa polega na tym, że na duże płaszczyzny papieru rozlewa się farbę jakiegoś koloru (każdy uczestnik zgodnie z tym, co skojarzyło mu się z danym fragmentem utworu), a gdy melodia się zmienia wprowadza się nowy kolor
3. **Kolory przemówiły.....** Uczestnicy oglądając powstałe prace próbują „opowiedzieć obraz”.
4. **Napiszemy wiersz, opowiemy bajkę....** Praca w grupach. Nawiązując do poprzedniego ćwiczenia, patrząc na kolory i słuchając znanej już melodii, próbują stworzyć utwór literacki.
5. **Podaruję Ci gwiazdkę....** Praca w zespołach dwuosobowych. Uczestnicy słuchają piosenki Katarzyny Sobczyk „Mały Książę” i próbują wyobrazić sobie, że są właścicielami jednej z gwiazd. Mają za zadanie opowiedzieć jak wygląda ich gwiazda i sformułować tekst towarzyszący „aktowi darowizny”.
6. **Ewaluacja**

# TEKSTY TERAPEUTYCZNE

## 6.1. TEKSTY RELAKSUJĄCE

(teksty te można traktować jako „tekst matkę” na podstawie, którego uczestnicy stworzą później własny tekst relaksujący lub aktywizujący)

### I.

W piękny letni poranek\* idziesz ścieżką przez las\*\*\* słyszysz śpiew ptaków\*\*\* strumyk płynie leniwie\*\* trawy leciutko kołyszą się nad nim\*\*\* Idziesz powoli\* bardzo powoli\*\* oddychasz spokojnie\*\*\* Czujesz na twarzy lekki powiew wiatru\*\*\* Promienie słońca delikatne grzeją twoje ciało\*\*\* jest ci przyjemnie\* Czujesz się odprężona\*\* spokojna\*\*\* oddychasz głęboko\* Powietrze jest przesycone zapachem sosen\*\*\*\*\* Czujesz się lekka i radosna\*\*\* siadasz na miękkim mchu\*\* opierasz się o pień brzozy\*\* patrzysz w błękitne niebo\*\*\* i jesteś szczęśliwa\*\* masz wakacje\*\* odpoczywasz\*\*\* a wokół cisza\* cisza\*\*\* cisza\*\*\*\*\*

### II.

Wędrujesz po plaży\*\*\* Jest ciepło\* i przyjemnie\*\* Patrzysz na spokojne morze\*\*\* Na linii horyzontu widzisz przepływający statek\*\*\* marzysz o podróżach\*\*\* o pachnących sadach pomarańczy\*\*\* o ciepłym\* delikatnym wietrze\*\*\* muskającym twoje włosy\*\*\* o nadmorskich kawiarenkach\*\*\* Zatrzymujesz się na chwilę\*\*\* zasluchana w cichutki szum fal w patrzysz w dal\*\*\*\*\* słońce powoli znika na horyzoncie\*\*\*\* jest coraz ciszej\* i ciszej\*\*\*

## 6.2. TEKSTY REFLEKSYJNE

### Teksty skompilowane na podstawie utworu Marii Konopnickiej *O Krasnoludkach i o sierotce Marysi*

#### Wieczór świętojański

Dzień gasnął. Ogromna kula słońca staczała się cicho po zachodnim, stojącym w różanych światłach niebie. Od boru cicho noc szła miesięczna i złota wlokąc za sobą srebrnomgliste szaty. W zroszonych trawach derkacz krzyknął tu, to, tam; spod boru odhuknął bąk, ukryty w łobzach; klucz żurawi popłynął pod zachodnią zorzę obwołując się w powietrzu przeciągłym kruczeniem; silna woń ziół i traw dyszała nad ziemią.

Jak łuna ognista przyświecała nad [zaroślami] czerwoność zachodzącego słońka. A dalej las było widać, las dobrze (...) znajomy. Tymczasem słońko zaszło (...) księżyc wyblęsnął na niebie i ślicznym srebrnym światłem rozjaśnił drożynę.

Wieczór to był świętojański, tajemniczy dziwny wieczór taki, w którym ludzie rozumieją głosy zwierząt, ptaków i wszelkiego zła.

#### Sianokosy

Południe było znojne, gorące. Kosiarze dosiekli łąk. Długi ich rząd posuwał się równo, równo, grzbiety i ramiona w lnianych błyszczących w słońcu koszułach, równo szły jasne kosy w trawę tuż przy ziemi. Na miedzy pod gruszą stały już dwojaki gliniane złocąc się ziemniakami i biejąc mlekiem.

\*

#### 6.2.1. Tekst skompilowany na podstawie *Być człowiekiem* Phila Bosmansa

Kiedy gasną światła i cichnie zgiełk tego świata, wtedy widzimy gwiazdy i słyszymy znowu ciszę (...) Trzeba nam się odrodzić z nowym duchem i nowym sercem (...) Wyzbądź się przygnębienia, braku odwagi i zniechęcenia do życia. Wyrusz w nowe jutro, promienne światłem, piękne powabem kwiatów i śpiewem ptaków. Zbudź się z zimowego snu... rozpocznij nową wiosnę. Powstań! Bóg zapisał zmartwychwstanie na liściach każdego drzewa, bezsprzecznie także i w twoim biednym sercu (Warszawa 1990, s. 72-73).

### RYSUNEK RODZINY W DIAGNOZIE BIBLIOTERAPEUTYCZNEJ\*

Rysunek dziecka spełniać może różne funkcje. W niniejszym opracowaniu zwrócimy uwagę głównie na funkcję diagnostyczną i terapeutyczną. Ogromną wartość diagnostyczną ma rysunek rodziny. Rysując swoją rodzinę dziecko podświadomie przedstawia, w sposób subiektywny, strukturę (prawdziwą lub taką, o której marzy) oraz swoje miejsce w niej. Za pomocą rysunku nie tylko przekazuje ważne informacje o sobie, ale daje też upust swoim emocjom.

W niniejszych materiałach pomocniczych omówiono rysunek, jako badawczą metodę projekcyjną. Metody projekcyjne opierają się na projekcji rozumianej jako sposób postrzegania i reagowania na bodźce zewnętrzne, zawsze uwarunkowany czynnikami wewnętrznymi osoby badanej. Celem badania projekcyjnego jest uzyskanie wglądu w psychikę człowieka dla wydobycia różnorodnych treści wyznaczających stosunek badanego do siebie i otaczającej go rzeczywistości.

Projekcja jako proces eksternalistyczny, jest u dzieci trudniejszy do uchwycenia niż u dorosłych. Wynika to z faktu, że dziecko rozwija się dynamicznie, a proces jego rozwoju polega na wzajemnym przenikaniu się dojrzwania i uczenia się. Przedstawiony poniżej sposób badania i interpretacji rysunku oparty jest głównie o opracowania M. Braun-Gałkowskiej, doświadczenia autorki i prace psychologów francuskich<sup>1</sup>.

Autorka ma nadzieję, że uda się jej zainteresować nauczycieli metodą badania osobowości dziecka oraz struktury jego rodziny metodą rysunkową.

---

\* Por. I. Borecka: *Rysunek rodziny w diagnozie i terapii pedagogicznej* [w:] *Kurs z zakresu terapii przez sztukę (Wybór materiałów)*. Wrocław 1998, s. 29-32.

<sup>1</sup> M. Braun-Gałkowska: *Test rysunku rodziny*. Lublin 1985; tejsze: *Psychologia domowa*. Olsztyn 1987; P. Wallon, A. Cambier, D. Engelhard: *Rysunek dziecka*. Warszawa 1993.

## Cechy psychospołeczne dziecka odzwierciedlone w jego rysunku

Dziecko ujawnia w wytworach plastycznych swój wewnętrzny model (schemat-symbol) świata zabarwiony silnymi przeżyciami emocjonalnymi. Jest to więc jego obraz subiektywny, najczęściej tworzony spontanicznie i uzależniony od poziomu intelektualnego i emocjonalnego rozwoju. Zatem pamiętać trzeba, że charakter działalności plastycznej oraz stosunek dziecka do zajęć plastycznych, jako przedmiotu nauczania, jest uzależniony od jego poziomu rozwoju, a w szczególności od faz kształtującej się osobowości.

Z tego powodu plastyczne prace dziecka dostarczają istotnych informacji o jego stanie psychicznym i stają się narzędziem diagnostycznym, zaś aktywność plastyczna stać się może formą terapii. Zanim jednak nauczyciel przystąpi do interpretacji rysunku dziecka musi określić, czy poziom rysunku, a szczególnie przedstawionych w nim postaci ludzkich odpowiada wiekowi dziecka<sup>2</sup>. Przypomnijmy tylko, że na rysunkach dzieci **3-4-letnich** już pojawiają się ludzkie postacie, które mają jeszcze kształt głowonogów. Dziecko na przestrzeni **4-7 roku** życia stopniowo dopiero odkrywa zależności między przedmiotem a rysunkiem. U dzieci w wieku **5-6 lat** pojawia się w rysunku uproszczony schemat. Dziecko znajduje się w stadium symbolizmu opisowego. W swoich pracach próbuje uchwycić cechy twarzy, tułowia i kończyn. Dopracowuje się schematu postaci ludzkiej i zwierzęcej. W jego pracach coraz częściej będzie się pojawiać wyraźniej zaznaczony ubiór. U dzieci **7-11-letnich** rysunek zaczyna stopniowo wychodzić ze schematu. Głowa przyjmuje kształt owalu, usta z kreski stają się owalem. Z tym, że u **7-8-letnich** dzieci pojawia się świadomość tego, co wiedzą, a nie co widzą. Dziecko weszło bowiem w stadium realizmu opisowego i znalazło się w fazie typu wewnętrznego (wyobrażeniowego). Próbuje więc już operować schematem wzbogaconym.

W okresie **9-10 lat** dziecko znajduje się w stadium realizmu wizualnego, który będzie przebiegał w dwóch fazach: fazie dwu- i trójwymiarowej. W pierwszej z nich obserwujemy przejście z rysunku wyobrażeniowo-pamięciowego do rysunku z natury. W drugiej fazie mamy już próby przedstawienia trzeciego wymiaru oraz uwzględnienie planów i skrótu perspektywicznego. W rysunkach postaci u dzieci 9-letnich, wyraźnie już widać zaznaczone wcięcia w pasie, a w 10 roku życia wzrasta liczba postaci rysowanych z profilu<sup>3</sup>. Rysunki **10-12-latk** będą coraz bardziej wierne rzeczywistemu wyglądowi przedmiotów. Okres **12-14 lat** to czas wiernego odtwarzania postaci. Natomiast **13-17-latki** będą przeżywać fazę kryzysu w okresie adolescencji (dojrzewania) i nie będą już tak spontanicznie sięgać po przybory do rysowania (malowania).

<sup>2</sup> B. Hornowski: *Badania nad rozwojem psychicznym dzieci i młodzieży na podstawie rysunku postaci ludzkiej*, wyd. 2. Wrocław 1982.

<sup>3</sup> *Metodyka zajęć plastycznych w klasach początkowych*. Pod red. S. Popka. Warszawa 1984, s. 27.

Patrząc na dziecięcy rysunek należy też pamiętać, że charakter działalności plastycznej dzieci, a także ich stosunek do tego przedmiotu w szkole, zawsze będzie ściśle związany z poziomem ich psychofizycznego rozwoju. Problematyka spontanicznie wykonywanych prac plastycznych zawsze będzie się wiązać z potrzebami psychicznymi dzieci i młodzieży oraz ze stopniem ich realizacji oraz aktualnymi zainteresowaniami. Czynniki zewnętrzne będą tu mieć charakter wtórny tj. wywierający wpływ, ale poprzez właściwości psychiczne dziecka<sup>4</sup>.

### Funkcje dziecięcego rysunku

Oddając się twórczości plastycznej dziecko będzie realizować określone zadanie rozwojowe. Będzie w inny sposób poznawać otaczający go świat. W rysunku będzie przetwarzać posiadaną już wiedzę, na inny rodzaj komunikatu. Jego rysunek będzie dostarczał konkretnych informacji o nim samym. Pamiętać należy, że akt uczestniczenia w procesie twórczym ma nie tylko znaczenie poznawcze, ale i terapeutyczne. Ta funkcja realizuje się przede wszystkim w spontanicznej, swobodnej wypowiedzi plastycznej. Koncentracja nad pracą plastyczną pozwala dziecku, w tym momencie, zapomnieć o jego troskach, kłopotach, o dużych i małych niepowodzeniach. Akt twórczy umożliwia realizowanie się całego zespołu potrzeb psychicznych takich jak: potrzeba twórczości, działania, zabawy i afirmacji własnego znaczenia i wartości.

Z tego typu realizacją potrzeb wiąże się ściśle kolejna funkcja dzieła plastycznego – funkcja katartryczna. Tworzenie danego dzieła plastycznego działa na jego twórcę także oczyszczająco. Pozwala wyzwolić się od nadmiernej napięć, negatywnych stanów emocjonalnych. Proces rysowania daje możliwość dotarcia do nieświadomych motywów i nieświadomych sposobów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Rysunek daje szansę pełnego, ekspresyjnego działania i ujawnienia własnego „ja” dziecka. Może ujawnić szereg potrzeb, z których samo dziecko, jak i jego opiekunowie, nie zawsze zdają sobie sprawę. Rysunek odzwierciedla bowiem także temperament i charakter rysującego. Dostarcza wiadomości o zainteresowaniach, postawach i uzdolnieniach. Jest to bardzo ważne dla prawidłowego rozwoju dziecka.

Dla właściwego rozwoju dziecka istotne jest jak najwcześniejsze jego obcowanie z dziełami sztuki. Bowiem kontakt z dziełem plastycznym dostarcza dziecku wartości wizualnych i pojęciowych. Przyczynia się do powstania w umyśle dziecka modeli i wizji. Rysunek pełni zatem funkcję kształcącą, poznawczą jak i wychowawczą. W tej ostatniej, patrząc z punktu widzenia na-

---

<sup>4</sup> Tamże.

uczyciela, mieszczą się funkcje: społeczno-moralna, katarska, terapeutyczna, kompensująca, a także zabawowo-rekreacyjna.

Różne dzieła plastyczne będą odwoływać się do wiedzy i doświadczeń osobistych dziecka. Będą w ten sposób stymulatorem dziecięcej wrażliwości, katalizatorem napięć i kompleksów. Dziecko poznając i przeżywając pewne sytuacje przedstawione w dziełach, przyswaja sobie normy i wzorce zachowań oraz poszerza swoje doznania. Poprzez odpowiednio dobraną, w procesie dydaktycznym i wychowawczym, tematykę dzieła, a czasem także przez znajomość biografii twórcy może ustosunkować się do otaczającej go rzeczywistości. Samo podziwianie dzieła plastycznego nie jest jednak aż tak ważne w procesie jego osobowego rozwoju. Najważniejsze w tym kontakcie jest to, że dzieło pozwala na aktywizację psychiki dziecka i zaspokaja naturalną potrzebę poznania i potrzebę przeżyć. Treści oglądanych dzieł plastycznych dzieci najczęściej odbierają intuicyjnie. I mimo, że nie zawsze potrafią je nazywać, to potrafią swoje wrażenia przetransportować na język obrazów i symboli.

W pracy dydaktyczno-wychowawczej nauczyciela praca plastyczna dziecka może stać się ważnym elementem poznania potrzeb i zainteresowań dziecka oraz jego psychospołecznej sytuacji. Takim ważnym diagnostycznym rysunkiem jest **rysunek rodziny**. Pozwala on na zebranie wielu informacji nie tylko o osobie badanej, ale i o relacjach pomiędzy nią a poszczególnymi członkami rodziny. Jest to swoistego rodzaju test, dzięki któremu można poznać miejsce, jakie dziecko samo sobie przypisuje w rodzinie<sup>5</sup>.

Zanim zaczniemy traktować rysunek rodziny jako narzędzie diagnostyczne musimy nauczyć się wydobywać z rysunku te informacje, które istotnie świadczą o zmianach w postawach czy sposobach funkcjonowania dziecka. Zanim opanuje się sztukę „czytania rysunku”, należy nabrać doświadczenia poprzez interpretację wielu rysunków, kierując się zasadami metody projekcyjnej. Porównywanie wielu rysunków pozwoli nauczycielowi nabrać wprawy w ocenie poszczególnych aspektów rysunku. Dopiero dobrze przeprowadzona analiza rysunku będzie dużo mówić o badanym.

Badając rysunek dziecka zwracamy uwagę na elementy graficzne, symbolikę przestrzeni i barw. To dostarcza nam wielu informacji o osobowości rysującego. Nawet jeśli rysujący chciałby nam coś specjalnie zasugerować, to nie jest w stanie zmienić charakterystycznego dla siebie sposobu posługiwania się kredką. Zatem jednym z podstawowych (i łatwiejszych do oceny) aspektów jest nacisk ołówka bądź kredki („silny”, „słaby”), rozmach („duży”, „mały”). Ale zanim poprosimy dziecko o wykonanie rysunku musimy zadbać o właściwą sytuację terapeutyczną, o odpowiedni kontakt pomiędzy badanym a badającym oraz właściwe pomoce do badania.

● Najważniejsze jest jednak zawsze pozyskanie zaufania dziecka. Pamiętaj-

---

<sup>5</sup> Por. A. Martynowicz-Woźniak: *Interpretacja rysunku rodziny jako metoda pomocnicza w pracy nauczyciela*. WOM Bielsko-Biała 1993.

my, że dla dziecka rysowanie jest wprawdzie sytuacją naturalną, ale rysowanie na prośbę osoby niezależnej lub mało znanej czy nie lubianej, jest już samo w sobie sytuacją trudną. Wówczas nacisk kredki (ołówka) może wiązać się z napięciem, jakie wystąpiło w tej konkretnej sytuacji, a może nie mieć miejsca w sytuacji naturalnej (rysunek spontaniczny).

Przypomnijmy więc kilka niezbędnych informacji przydatnych początkującym badaczom rysunku dziecka:

1. Nawiązujemy serdeczny kontakt z dzieckiem.

2. Budujemy wzajemne zaufanie.

3. Dostarczamy dziecku kartkę gładkiego papieru i komplet kredek (najlepiej świecowych, a w przypadku ołówkowych, zawsze musimy dziecku zatemperować kredkę złamaną podczas rysunku)<sup>6</sup>.

4. Dbamy, aby podczas rysowania, w celach diagnostycznych, dziecko nie używało gumki i linijki (jeśli dziecko chce coś zmienić w kompozycji swojej pracy przekreśla to, co uzna za stosowne i wprowadzi inny element).

5. Dyskretnie obserwujemy dziecko podczas wykonywania pracy (najlepiej jest swoje obserwacje zapisywać na bieżąco) i bierzemy pod uwagę:

a) kolejność rysowania postaci,

b) czas poświęcony rysowaniu poszczególnych osób,

c) szczególną staranność przy rysowaniu niektórych elementów rysunku,

d) kolorystykę rysunku,

e) komentarze dziecka czynione podczas pracy,

f) niewerbalne przejawy emocji.

6. Po zakończeniu pracy dziękujemy dziecku za wykonany rysunek i chwylimy go.

7. Prowadzimy kierowaną rozmowę o rysunku. Prosimy dziecko o opowiedzenie o tym, co narysowało zadając pytania pomocnicze np.: kto jest kim na rysunku? co robił? kiedy to robi?

Uwaga: bardzo ważne jest, aby rozmowa miała charakter swobodnej wymiany zdań, szczególną uwagę zwracamy na wypowiedzi dziecka dotyczące identyfikacji poszczególnych osób.

8. Porównujemy informacje uzyskane od dziecka z tymi, które wcześniej zebraliśmy w wywiadzie z rodzicami, nauczycielami lub wywiadzie środowiskowym. Zwracamy szczególną uwagę na to, czy informacje dziecka są zgodne ze stanem faktycznym.

9. Uzyskany w ten sposób materiał jest podstawą do pełnej analizy, którą przeprowadza się w kilku etapach:

a) **interpretacja formalna** – tj. określenie czy występujące na rysunku postaci są charakterystyczne dla danego poziomu wieku rysującego. Jeśli po-

---

<sup>6</sup> Łamanie się kredek jest ściśle związane z siłą nacisku ręki dziecka przy wykonywaniu rysunku, co ma ścisły związek też z jego napięciem motorycznym i psychicznym.

ziom wykonanego rysunku nie zgadza się z wiekiem dziecka, należy zbadać przyczyny takiego stanu rzeczy. A może to być:

- 1) obniżony poziom intelektualny rysującego,
- 2) zaburzona lateralizacja,
- 3) zaburzenia emocjonalne.

Stwierdzenie którejs z wymienionych przyczyn wymaga jednak oddzielnego specjalistycznego badania. Natomiast, kiedy poziom graficzny rysunku jest adekwatny do wieku dziecka, można kontynuować jego interpretację. Zwracamy więc wówczas uwagę na:

#### b) typ rysunku

– **emocjonalny** – wykonywany przez osoby spontaniczne, witalne. Tu linie są zaokrąglone, dynamiczne, a postacie ujęte w jakieś działania, w interakcje. Oprócz postaci mogą na rysunku znajdować się różne przedmioty, zwierzęta lub roślinność;

– **racjonalny** – rysowany przede wszystkim przez osoby zahamowane przez wewnętrzną cenzurę, poddające się regułom. Tu linie są raczej proste, sztywne, a postacie nieruchome i wyizolowane, nieraz ustawione stereotypowo, jak na rodzinnej fotografii, ale często przy zachowaniu istotnych dla nich szczegółów. Ten typ rysunku często współistnieje z przystosowaniem szkolnym;

– **mieszany** – występujący najczęściej i posiada cechy obu ww. rysunków;

#### c) długość kreski

– **długa**, rozmachowa, powstająca od pierwszego pociągnięcia, zajmująca znaczną część kartki – mówi o energii, o rozmachu, odwadze i łatwości uzewnętrzniania swoich tendencji;

– **krótka**, wahająca się, a w przypadku linii dłuższych, złożona z kilku elementów – wskazuje na pewne zahamowania;

#### d) nacisk kredki

– **silny nacisk** – ujawniający się w znacznej grubości kreski i nacisku na papier mówi o silnym napięciu, uwadze, czasem nawet gwałtowności;

– **słaby nacisk** – nieśmiałość, łagodność, czasem – łącznie z innymi czynnikami, oznacza nerwicę i wysoki niepokój;

#### e) rozmieszczenie rysunku na kartce

– **wykorzystanie całej powierzchni** – jest najbardziej prawidłowe;

– **przesunięcie rysunku lub jego części w lewo, w prawo, w górę lub w dół** – może wskazywać na określone tendencje.

Szerzej na ten temat pisała M. Braun-Gałkowska<sup>7</sup>;

f) **barwy** – mówią one o emocjonalności badanego. Liczne występowanie kolorów świadczy o bogatej, żywej emocjonalności, natomiast dominacja kredki szarej lub brak kolorów wskazuje na zahamowanie emocjonalne i niepokój.

---

<sup>7</sup> M. Braun-Gałkowska: *Test rysunku rodziny*. Lublin 1985, s. 23.

### g) interpretacja poszczególnych elementów ludzkiej postaci

Przy analizie postaci przedstawionych na rysunku ważna jest:

1) impresja, ocena globalna – czyli to, jakie wrażenie wywołują na oglądającym rysowane postacie;

2) ocena formalna dotycząca:

a) kolejności rysowania osób (uwaga – według norm: najpierw osoba własnej płci, u dziewcząt matka, u chłopców ojciec – choć chłopcy w wieku młodszym także rysują najpierw matkę),

b) wielkości postaci,

c) ich rozmieszczenia na rysunku,

d) symetrii,

e) proporcje,

f) rodzaju linii,

g) siły nacisku ołówka (kredki) itp.;

3) ocena treściowa – analiza poszczególnych części ciała:

**głowa** – jest siedzibą myśli, symbolizuje więc sferę intelektualną. Wskazuje kontrolę, opanowanie, rzuca światło na kontakty społeczne. Tak więc w autoportrecie:

bardzo duża głowa – świadczy o fantazji autora rysunku, o tym, że jest intelektualistą; głowa rysowana w sposób nietypowy – świadczy o organicznych uszkodzeniach układu nerwowego, autor rysunku może cierpieć na bóle głowy; może też świadczyć taki rysunek o silnym uzależnieniu autora od innych osób,

**oczy** – duże, wyraziste – oznaczają ufność, otwartość, pozytywne nastawienie do świata:

niewyraźne, małe – rysują osoby egocentryczne, o skłonnościach historycznych; oczy – punkciki – wskazują na tendencje paranoidalne; oczy mocno podkreślone wyrysowane tuszem, mocno zaznaczone rzęsy, silny makijaż – występują u osób o silnych potrzebach seksualnych,

**uszy** – duże – najczęściej oznaczają kłopoty ze słuchem, pojawiają się w rysunkach osób niesłyszących lub niedosłyszących, ale także w ten sposób narysują swój portret osoby podejrzliwe. Introwertycy – nie rysują uszu, a osoby o mocno zaburzonej psychice umieszczają je niezgodnie z anatomią,

**nos** – to symbol męskości i seksu:

duży – na rysunkach mężczyzn wskazuje u nich na istnienie konfliktu natury seksualnej; narysowany w postaci dwóch kropek świadczy o aseksualizmie,

**usta** – świadczą o sferze kontaktów społecznych:

miękkie, ciepłe – świadczą o serdecznym, dobrym nastawieniu do ludzi,

usta małe – o trudnościach w komunikacji werbalnej, pominięcie ust na rysunku świadczy o kłopotach z odżywianiem,

usta duże, mocno zaznaczone – często rysują alkoholicy, ludzie ceniący sobie dobre jedzenie, smakośze. Narysowane u innych osób (np. w portrecie rodziny), świadczą o nadużywaniu głosu, krzykach, rodzaju przemocy werbalnej,

**tułów** – wiąże się ze sferą potrzeb biologicznych,

duży – świadczy o zbyt dużej koncentracji autora na własnym ciele. Ale

uwaga: u chłopców w okresie dojrzewania, taki rysunek jest prawidłowy, natomiast u dorosłych świadczy o ich infantylnym, niemowlęcym, zachowaniu,

**nogi** – świadczą o kontaktach ze światem, o rodzaju postaw. Mówi się nawet o „ludziach mocno stąpających po ziemi”, „mających grunt pod nogami”. Rysunek nóg bez stóp świadczy o postawach wręcz przeciwnych. Jeśli na rysunku zostały przedstawione nogi w ruchu – to autor portretu jest osobą aktywną. Zdecydowany krok portretowanego świadczy o tym, że zmierza on zdecydowanie do celu. Jeśli nogi są w ruchu oznaczającym kopanie – to mamy do czynienia z przejawami agresji,

**ręce** – mają szerokie znaczenie interpretacyjne, związane ze sferą kontaktów interpersonalnych – od matczynej pieczy, przez powitanie, uścisk dłoni, gratulacje, po różnego rodzaju postawy i intencje wobec innych osób – przyjacielskie dłonie wyciągnięte, otwarte; nieprzyjazne: pięści, ręce i ramiona zajmują ważne miejsce w interpretacji rysunku, ponieważ świadczą o poczuciu pewności siebie lub jej braku, o zaradności lub bezradności, o agresji. Rysunek ramion może wzbudzać w oglądanym uczucie litości, troski, poczucie bezpieczeństwa i zaufania.

**Uwaga: Omówione tu zasady interpretacji dotyczą zarówno rysunków dzieci jak i osób dorosłych.** Im postacie są bardziej plastyczne, dynamiczne, tym więcej cech osobowości i intelektu daje się z nich odczytać.

### Techniki dramy – repetytorium

#### TECHNIKI DRAMY

Zanim przystąpimy do prowadzenia zajęć metodą dramy należy uczniów do tego przygotować. W tym celu przeprowadzamy najpierw szereg ćwiczeń wstępnych takich jak: ćwiczenia integrujące grupę, rozwijające zmysły, ćwiczenia emisji głosu, ćwiczenia ruchowe (Aneks 1). Ułatwią one uczniom pracę, której głównym sposobem jest bycie w roli. Polega to na tym, że uczeń jest sobą w nowej, nie znanej sobie, odmiennej od codziennego życia sytuacji lub stara się być w sytuacji postaci (np. literackiego bohatera lub innej postaci fikcyjnej). Porównajmy oba te przykłady. Nauczyciel poleca:

– *Jesteś na stacji paryskiego metra. Musisz kupić bilet, ale nie znasz języka francuskiego.*

– *Jesteś niewidomym na dworcu kolejowym w Walbrzychu. Przez megafon ogłaszają odjazd pociągu. Nie masz biletu.*

Mamy tu do czynienia z różnymi sposobami wejścia w rolę. W pierwszym przypadku nie sprawi ona uczniom większych kłopotów. Dość łatwo mogą sobie wyobrazić siebie w podobnej sytuacji. Pokażą więc siebie w domniemanej sytuacji. Natomiast przy drugim poleceniu będzie im zdecydowanie trudniej „poczuć się” czyli „być” niewidomą osobą. Mogą więc pójść w stronę aktorskiego udawania – „grania” odwołując się do środków i technik aktorskich (dobra dykcja, nośność i intonacja głosu).

Zadaniem nauczyciela jest powstrzymanie ich przed tego typu praktykami. W dramie chodzi przecież głównie o dokonanie wglądu w siebie, przeżycie czegoś nowego, odkrywczego. Trzeba więc uczniom wytłumaczyć, że *ich zadaniem nie jest pokazywanie człowieka niewidomego*, jednego z wielu spotykanych na ulicy, ale wyobrażenie sobie siebie, jakby oni rozwiązali postawiony problem *będąc człowiekiem niewidomym*.

Przy omawianiu z uczniami istoty i znaczenia roli w dramie należy zwracać uwagę na sposób budowania dramy, która powinna składać się z pewnych charakterystycznych elementów:

- wprowadzenie przez nauczyciela (opowiadanie, zdarzenie, instrukcja) – sytuacja wyjściowa, inicjująca fikcję dramatyczną,
- przygotowanie się uczestników do wejścia w rolę w formie różnych technik (rozmowy, sytuacje, scenariusz sytuacji),

- przedstawienie siebie w roli,
- omówienie przebiegu ćwiczenia (analiza, pytania rozmowy, komentarze, dyskusje).

Aby drama przyczyniła się do rozwoju uczuć, wyobraźni i intuicji uczestników zajęć, nie może być jedynie „dramą płytką” czyli odwołującą się tylko do sytuacji z życia codziennego. Należy wprowadzić *konflikt zewnętrzny* lub *wewnętrzny*. W przypadku omawianej sytuacji konflikt zewnętrzny może być związany z sytuacją, np. niewidomy przy kasie uświadamia sobie, że został okradziony. Konfliktem wewnętrznym będzie związany z charakterem danej postaci, np. kasjer jest przemęczony, opryskliwy a pasażer zagubiony, zawstydzony bo nie może trafić z należnością do okienka. Oba typy konfliktów można połączyć i wzbogacić zachowaniem nieprzychylnych podróżnych stojących w kolejce po bilety.

Konflikt jest naturalną cechą dramy, szczególnie ważną przy wchodzeniu w role postaci literackich.

W dramie najczęściej mówi się o rolach wymyślonych spoza tekstu i o rolach odwołujących się do tekstu. Role określa się różnie np.: „pełna”, „realistyczna”, „realna”, „prawdziwa”, „rzeczywista”, „naturalna”, „psychologiczna”. Uczniowie i nauczyciel podczas dramy rozmawiają ze sobą będąc w roli i poza nią. Ta druga relacja służy do zadawania pytań o charakterze metodycznym, dawania poleceń, omawiania wykonanych prac.

Zanim przystąpi się do pracy metodą dramy trzeba poświęcić sporo czasu na opanowanie przez uczniów podstawowych technik dramy. Ogólnie techniki te można podzielić, tak jak proponuje A. Dziedzic<sup>1</sup> na:

- 1) typowe role (rozmowy w rolach, wywiady, improwizacje),
  - 2) konwencje rzeźby, obrazu i filmu,
  - 3) techniki plastyczno-manualne (rysunki, plany, makiety, przedmioty, modele, kostiumy, muzeum),
  - 4) ćwiczenia głosowe i pisemne.
- Omówmy kilka z nich.

## Techniki wyobrazeniowe

Są to techniki wyciszające uczestników, pomagające im się skupić, przyczyniające się do rozwoju wyobraźni, postrzegania, obserwacji, zapamiętywania, ćwiczenia zmysłów: wzroku, słuchu, węchu, dotyku. Często łączy się je z technikami mówienia (werbalny opis wyobrażonych obrazów) lub z ćwiczeniami pantomimicznymi. Rozpoczyna się od słów: „wyobraź sobie, że jesteś na łące.... że jesteś kamieniem polnym.....”

<sup>1</sup> A. Dziedzic: *Drama jako metoda, jej istota, techniki, zasady organizacyjno-dydaktyczne*. W: A. Dziedzic, J. Pichalska, E. Świdarska: *Drama na lekcjach języka polskiego w szkole średniej*. Wyd. 2 poprawione, Warszawa 1995, s. 29.

## Poza

Jest to bardzo trudna technika pracy indywidualnej. Zwiększa ekspresję ciała, koordynuje i harmonizuje ruch sylwetki i gestu, poprawia komunikację pozasłowną, otwiera i rozwija wyobraźnię. Każdy z uczestników samodzielnie realizuje otrzymany temat. Zadanie polega na ekspresji i plastyce ciała, gestu i mimiki, zatrzymanych w „stop-klatce”. Do jego realizacji jest dobra każda postać (kominiarz, nauczyciel, szewc, Kopciuszek, dziewczynka z zapalkami), rzecz (kamień, laska), uczucie (miłość, zazdrość) emocje (gniew, złość, radość), idee (wolność, zwycięstwo).

## Obraz – strategia „dostawiania”

Jest to technika bardzo bliska *pozie*. Wykorzystuje się ją w celu lepszej integracji grupy, podniesienia sprawności pracy zespołowej. Realizuje się *obrazy* strategią dostawiania. Dzieje się to na przykład tak: wszyscy uczestnicy zastanawiają się nad koncepcją swojej roli, po słyszeniu *wprowadzenia*: „Jest lipiec, południe, dzieci bawią się nad rzeką w Indian”. Następnie pierwsza osoba pokazuje postać, którą wymyśliła, a pozostałe „dostawiają” swoje. Powstaje w ten sposób nie reżyserowany, zbiorowy obraz, złożony z indywidualnych póz poszczególnych postaci.

## Rzeźba

Ta technika często jest mylona z *pozą*. Jest to jednak zupełnie odmienna technika. Polega na tym, że jedni uczniowie stają się „rzeźbiarzem” a inni są „materiałem”. Zasadą podstawową jest, że „materiał” nie dyskutuje z twórcą o kształcie i sposobie tworzenia „dzieła sztuki”. Im strategia bliższa jest prawdziwej pracy rzeźbiarza, tym technika dalsza jest od rzeźby. Ważne jest przy tej technice zwracanie uwagi na odczucia towarzyszące osobom w roli „materiału”, bo często mają one poczucie zniewolenia. Należy o tym rozmawiać i tak prowadzić zajęcia, aby wszystkie osoby miały czas na bycie w obu rolach.

## Fotografia

To technika na bazie *pozy*. Zadanie polega na „uchwyceniu”, „zrobieniu zdjęcia” np. Zosi. Są to zajęcia grupowe. Każde zdjęcie omawiane jest z punktu widzenia pięciu poziomów świadomości w dramie. Może to być też fotografia z narzuconym uczestnikom, miejscem akcji np. Wawel, lato, podwórko. Zadaniem uczestników jest opracowanie strategii, co i w jaki sposób będą fotografować (praca nad rolą), a następnie opowiedzieć np. w jakim kolorze jest ubranie sfotografowanej osoby.

## Stop-klatka (obraz, fotografia, zdjęcie)

Jest to najbardziej eksploatowana technika, którą należy stosować w punktach kulminacyjnych dramy. Nazwę *stop-klatka* zaczerpnięto z języka filmowców i stosuje się ją najczęściej w zajęciach służących edukacji filmowej. Jest to technika skupiająca, wyciszająca i dająca możliwości głębokiego wejścia w rolę. Zwrot ten służy także do zapobiegania chaosowi podczas zajęć, kiedy chodzi o „zatrzymanie” ruchu, akcji w celu lepszego uchwycenia mimiki, wyrazu oczu, sposobu ekspresji ciała. Można umawiać się z uczestnikami np.: „Kiedy pokażecie swoją pozę, ja policzę od 1 do 10, a wy będziecie trwać nieruchomo, do momentu aż skończę liczyć.

Do realizacji *stop-klatek* należy wybierać atrakcyjne zdarzenia, komediowe lub dramatyczne. Zasadą dramaturgiczną, tak jak i w roli, jest konflikt.

## Film i jego rodzaje

To kontynuacja *stop-klatki*. Najczęściej nauczyciel prosi o „poruszenie” obrazu (fotografii, zdjęcia) w jakimś tempie (przyspieszenie, zwolnienie, cofanie). Film może być dźwiękowy lub niemy, utrzymany w różnej konwencji.

## Rozmowa

To najprostszy sposób bycia w roli. Najbezpieczniejszą formą – spotkanie w zespołach. Stosując tę technikę nauczyciel prowadzi ćwiczenia dyrektywnie przydzielając uczniom rolę np., Osoba A – w roli męża chce spędzić urlop w górach, a osoba B – w roli żony, nad morzem. Uczniowie pracując w rolach mogą prowadzić dyskurs na każdy temat, pamiętając, że jego podstawą jest konflikt.

## Wywiad

Wywiady mogą prowadzić uczniowie w rolach np.: dziennikarzy, lekarzy, urzędników. Uczestnikom można zaproponować pracę w małych lub większych grupach. Technika ta wzmacnia wiarę w siebie i nadaje się do ćwiczeń w mówieniu. Jej rozszerzona wersja to **konferencja prasowa** – np. z Jagną, po jej wyjściu za mąż (na podstawie utworu W. Reymonta *Chłopi*).

## Płaszcz eksperta

To stosunkowo od niedawna stosowana technika. Ekspert to specjalista. Technika ta służy rozwiązywaniu ważnych problemów zawodowych, społecznych. Pokazuje wielorakość interpretacji problemu, jego złożoność. Często wykorzystuje się ją jako technikę negocjacyjną. Aby zastosowanie tej techniki przyniosło spodziewane efekty nauczyciel informuje wcześniej uczniów o ro-

lach, w jakie będą musieli wejść. Ich zadaniem jest zdobycie informacji o danym ekspercie (np. górnika odkrywkowym, prokuratorze, księdzu itd.).

Uczeń wchodzący w rolę „wkłada płaszcz eksperta”, tu nie staje się ekspertem, ale działa jakby w specjalnym, wcześniej przygotowanym kostiumie. Zadanie może polegać na przykład na tym, że do muzeum przychodzą różni eksperci i wypowiadają się (z punktu reprezentowanej przez nich dziedziny) na temat oglądanego dzieła sztuki lub innego eksponatu.

## Etiuda pantomimiczna

To forma pracy „w roli” z zastosowaniem ruchu, z wyimaginowanym przedmiotem (wystrzegamy się wykorzystywania rekwizytów!) np.: rzut oszczepem, chodzenie po linie, skakanie na skakance, gra w klasy itp.

## Improwizacja

W literaturze przedmiotu można znaleźć dla tej techniki różne, zamiennie stosowane określenia: „etiuda”, „improwizacja”, „scenka improwizowana”, „scenka teatralna”, „przedstawienie improwizowane”. W celu uporządkowania terminologii proponuję trzymać się terminu *improwizacja* mając na myśli improwizację z tekstem i sytuacjami oraz improwizację opartą o formy ekspresji, improwizację opartą o techniki głosowo-dźwiękowe, techniki mówienia i pisanie, techniki aktywnego ruchu i techniki plastyczne. Technikę tę można stosować w celu rozwiązywania problemu np. konfliktów klasowych czy rodzinnych. Można ją także stosować jako formę przygotowania do analizy wybranego utworu literackiego.

## Techniki głosowo-dźwiękowe

Służą rozluźnieniu się uczestników i ich integracji. Rozwijają wyobraźnię i przygotowują do innych ćwiczeń, np. emisji głosu. Przykładem ćwiczeń z zastosowaniem techniki głosowo-dźwiękowej jest naśladowanie: odgłosów przyrody, śpiewu ptaków, skrzypienia starych drzwi, odgłosów uspionego domu, lasu podczas wichury oraz rozpoznawanie dźwięków wydawanych przez różne urządzenia. Jedną z odmian tej techniki jest **ścieżka dźwiękowa**, polegająca na zaplanowaniu i opracowaniu ścieżki filmowej, zgodnie z zasadami dramaturgii sceny filmowej. Ścieżki mogą być opracowane do filmów realizowanych w różnych konwencjach: film wojenny, komedia, western, kryminał, film grozy. Wyżej omówione techniki ściśle wiążą się z **technikami aktywnego ruchu**, które oparte są o naturalne potrzeby odkrywania własnego ciała i rozumienia jego reakcji na bodźce. Zaliczmy do nich: poruszanie ciałem w rytmie jakiejś melodii lub wyrażamy nim stosunki przestrzenne, wydawanie dźwięków podczas skakania, klaskania, spontaniczne komponowanie układów choreograficznych.

## Techniki mówienia

Można je podzielić na mówienie tekstu roli i wypowiedzi byciem poza rolą. **Wypowiedzi w rolach** to: odpowiedzi zgodne z pięcioma poziomami świadomości w dramie, monolog wewnętrzny postaci, dialog improwizowany oraz wypowiedzi związane z pracą w grupie (**improwizacja z tekstem**) lub „**otwarte myśli**”<sup>2</sup> – technika ukazująca proces myślowy od jednego do drugiego wydarzenia fikcyjnego np.: uczestnicy patrząc na pozę Jagienki idącej na spotkanie ze Zbyszkiem mówią głośno, co ona myśli.

## Wypowiedzi poza rolą

To przede wszystkim rozmowy w trakcie przygotowania roli, komentarze po obejrzeniu danego ćwiczenia, omawianie narysowanych map, planów, projektów itp.

## Techniki pisania

W dramie istotne znaczenie mają teksty związane z rolą. Są to przykłady listów, dzienników, pamiętników, artykułów prasowych, felietonów, reportaży, przyczynków do prac naukowych, komentarzy sportowych lub politycznych, kronik, kazań, sprawozdań, scenariuszy, scenopisów filmowych.

## Techniki plastyczne

Do najbardziej popularnych technik plastycznych należy

**Rysunek** – związany w różny sposób z rolą. Może to być portret realistyczny lub karykatura postaci literackiej. Mogą to być rysunki przedmiotów związanych z bohaterem (np. koszyczek Czerwonego Kapturka), plastyczne symbole pojęć (miłość – serce, strzała Amora itp.). Przy stosowaniu tej techniki nauczyciel nie ocenia zdolności plastycznych ani graficznego poziomu rysunku. Technika ta ma na celu np. przybliżenie uczestnikom epoki, z której wywodzi się bohater literacki, przygotowanie do wejścia w sytuację fikcyjną, rozbudzenie wyobraźni. Jedną z odmian tej techniki jest **budowanie drogi** – polegające na rysowaniu tego, co wspomniana już Jagienka, mija po drodze idąc na spotkanie. Uczestnicy rysują np.: dom, studnię, kościół i opowiadają o tym co jest, do czego służy, w jaki sposób może się to przydać Jagience itp.

Z tą techniką ściśle wiąże się **przedmiot – znak**. Nauczyciel lub uczniowie przynoszą na zajęcia przedmioty należące do danej osoby, wydarzenia lub zjawiska. Chodzi o to, aby uczestnicy, mając dany problem, wiązali go z wyglądem danej postaci, jej zainteresowaniami lub zdawali sobie sprawę z jego

---

<sup>2</sup> Technika zaprezentowana przez Marię Gudro na kursie dramy w Łucznicy, na zajęciach realizowanych w dniu 1.09.1996, opartych o utwór Sienkiewicza *Krzyżacy*.

wymowy symbolizującej zawód lub charakter. Zastosowanie tej techniki jest punktem wyjścia do ćwiczenia się w opisach, w opowiadaniu, tworzeniu charakterystyk.

W dramie wykorzystuje się też technikę **kostiumu**. Kostium może funkcjonować samoistnie lub jako technika mieszana z połączenia kostiumu, przedmiotu i rysunku. Technika ta pozwala młodzieży łatwiej utożsamiać się z postaciami z danej epoki i można ją także wykorzystywać do wzbogacenia techniki **muzeum**. Np. młodzież z jednej klasy (grup) przygotowuje dla drugiej „Muzeum Stefana Żeromskiego”, „Muzeum jednego obrazu” itp. Zastosowanie tej techniki wymaga przygotowania pewnych rekwizytów (kartonowe modele, reprodukcje, rysunki, obrazy) lub wprowadzenia techniki pozy, obrazu (jako eksponat). Uczniowie mogą występować w rolach przewodników po muzeum lub w rolach zwiedzających. Ich działania mogą być oparte o **plany, makiety, mapy**. Są to (tak jak i *muzeum*) techniki manualno-plastyczne przyczyniające się do rozwoju osobowości człowieka. Pobudzają one aktywność sensomotoryczną uwrażliwiającą ekspresję plastyczną, rozwijają wyobraźnię i fantazję. Wpływają na harmonijny rozwój wszystkich aspektów osobowości. Można je wykonać z różnego materiału stosując dowolne techniki plastyczne. I tak jak przy rysunku i tu nie chodzi o zdolności plastyczne i ocenę. Od opracowania planu, mapy zaczyna się wiele zadań dramowych, w których chce się zwrócić uwagę uczestników na miejsce rozgrywającego się wydarzenia.

Niektóre z technik można na potrzeby różnych zajęć modyfikować. Przykładem tego jest zastosowanie przez A. Dziedzic<sup>3</sup> nietypowego wariantu **dramy na podłodze**. Jej główna strategia polega na obrysowaniu na dużym arkuszu papieru konturów leżącego ucznia (może to być rola śpiącego, chorego, nieprzytomnego człowieka). Tę technikę uzupełnia się nadając narysowanej postaci imię, nazwisko i wiek. Odrysowane kontury wypełnia się kształtem i barwą odpowiednią dla twarzy, ubrania. Rysuje się szczegóły sylwetki. Na te zajęcia nauczyciel przynosi 8 lub 9 plansz. Na każdej z nich jest *rysunek – znak* i odpowiadające mu pytanie np.: Głowa – „co ta głowa myślała”?; oczy – „kogo(co) te oczy widziały”? itp.

---

<sup>3</sup> A. Dziedzic: *Drama*, op. cit., 19, 19-20.

# CONTENTS

|  |    |
|--|----|
| INTRODUCTION .....   | 7  |
| 1. THEORETICAL FOUNDATIONS OF THE BIBLIOTHERAPY .....  | 9  |
| 1.1. FROM THE HISTORY OF BIBLIOTHERAPY .....   | 9  |
| 1.2. GOALS AND OBJECTIVES OF BIBLIOTHERAPY .....   | 15 |
| 1.3. IMPLEMENTATION OF BIBLIOTHERAPY .....   | 19 |
| 1.4. METHODS OF BIBLIOTHERAPY .....  | 20 |
| 1.5. BIBLIOTHERAPY AND ITS PARTICIPANTS .....  | 22 |
| 1.5.1. Ill persons and their attitudes towards the illness .....                               | 23 |
| 1.5.2. Disability and its consequences .....   | 26 |
| 1.5.3. Social maladjustment .....  | 32 |
| 1.5.4. Public schools students and their problems .....  | 33 |
| 1.5.5. Parents and teachers as participants of bibliotherapy .....                             | 34 |
| 1.5.6. Psychological aspects of ageing .....   | 37 |
| 1.6. BIBLIOTHERAPEUTIST .....  | 38 |
| 1.7. ORGANISATION AND COURSE OF BIBLIOTHERAPY .....  | 38 |
| 1.7.1. Diagnosis .....   | 41 |
| 1.7.2. Models of bibliotherapeutic procedures .....  | 41 |
| 1.7.3. Bibliotherapeutic programs .....  | 43 |
| 1.7.4. Therapeutic atmosphere during bibliotherapy .....                                       | 48 |
| 1.7.5. Selection of the bibliotherapeutic measures .....                                       | 50 |
| 1.7.5.1. Books and alternative reading materials .....   | 50 |
| 1.7.5.2. Bibliotherapeutic texts .....   | 52 |
| 1.7.5.3. Bibliotherapist's reference library .....   | 57 |
| 1.8. DRAMA IN BIBLIOTHERAPY .....  | 60 |
| 1.9. PSYCHO-ACTIVE AND RELAXING METHODS IN BIBLIOTHERAPY .....                                 | 62 |
| 2. BIBLIOTHERAPY – PRACTICE .....  | 63 |
| 2.1. BIBLIOTHERAPEUTIC PROCEDURES .....  | 63 |
| 2.1.1. Model of bibliotherapeutic procedures encouraging self esteem .....                     | 63 |
| 2.1.2. Model of bibliotherapeutic procedures encouraging adaptation child into the group ..... | 66 |
| 2.1.3. Model of bibliotherapeutic procedures neutralising child's aggressive behaviour .....   | 67 |
| 2.1.4. Model of bibliotherapeutic procedures developing creative thinking .....                | 69 |
| 2.2. BIBLIOTHERAPEUTIC PROGRAMS .....  | 70 |
| 2.3. PRACTICAL IMPLEMENTATION OF THE CHOSEN MODELS OF BIBLIOTHERAPEUTIC PROCEDURES .....       | 72 |
| 2.3.1. Bibliotherapy in the public schools .....   | 72 |
| 2.3.2. Bibliotherapy for the physically impaired children .....                                | 74 |

|   |    |
|---|----|
| 2.3.3. Bibliotherapy for the chronically ill children .....           | 75 |
| 2.3.4. Bibliotherapy for the children with educational problems ..... | 76 |
| 2.3.5. Bibliotherapy for the maladjusted children .....               | 77 |
| 2.4. BIBLIOTHERAPY IN THE SPECIAL SCHOOLS .....                       | 78 |

## ANNEXES

|  |     |
|--|-----|
| 1. Literature for the bibliotherapist: selected examples .....     | 84  |
| 2. Diagnostic tools .....  | 95  |
| 3. Bibliotherapeutic programs .....                                | 98  |
| 4. Scenarios for the bibliotherapeutic classes .....               | 101 |
| 5. Therapeutic games with word and brush .....                     | 124 |
| 6. Therapeutic texts .....   | 126 |
| 7. Drawings of the family in the bibliotherapeutic diagnosis ..... | 128 |
| 8. Techniques of drama – repetition .....                          | 136 |





19802 part 2

WYDAWNICTWO  
SBP

