

terapia specjalna

dzieci i dorosłych



INTEGRACJA SENSORYCZNA W CODZIENNEJ PRACY TERAPEUTY

*Jak wspierać rozwój mowy
dziecka z NI
z wykorzystaniem
integracji sensorycznej? –
praktyczne wskazówki*

Małgorzata Kujawińska

*Terapia SI jako metoda
wsparcia małego
dziecka niewidomego
z niepełnosprawnością
intelektualną – case study*

Małgorzata Dąbrowska

*Scenariusz zajęć
dla dzieci z trudnościami
w zakresie umiejętności
społecznych
w wieku 7–12 lat*

Barbara Olszewska, Magdalena Wydra

**NOWOŚĆ
2022**

ISO 9001 PRODUCENTA



WYRÓB MEDYCZNY

**nowa
era**

eduSensus



Program multimedialny **MOC EMOCJI PRO**

KOMPETENCJE EMOCJONALNO-SPOŁECZNE POZIOM 2

Specjalistyczny program multimedialny do wykorzystania w pracy wychowawczej i socjoterapeutycznej, przeznaczony dla uczniów w wieku 10–15 lat.



Pomoc psychologiczno-pedagogiczna i materiał na godziny wychowawcze



Tematy na czasie: cyberprzemoc, radzenie sobie w trudnych sytuacjach



Zagadnienia bliskie nastolatkom: budowanie poczucia własnej wartości, relacje rodzinne i z rówieśnikami, emocje i zmiany okresu dojrzewania

Bezterminowa
licencja na trzy
urządzenia



Kontynuacja bestsellera **MOC EMOCJI** do pracy z uczniami w wieku 6–10 lat



Dowiedz się więcej: nowaera.pl/terapiairozwoj

Droga Czytelniczko i Drogi Czytelniku!



Zapraszam do zapoznania się z najnowszym numerem „Terapii Specjalnej”, w którym nie mogło zabraknąć odniesienia do trwającej tuż za naszymi granicami wojny w Ukrainie. W ostatnich dniach Nam, dorosłym, ciężko wypowiedzieć w słowach, co czujemy i co przeżywamy. Nasze myśli i emocje są setki kilometrów od naszych domów, miejsc pracy, od naszego kraju. Naszym dzieciom, uczniom, podopiecznym jest z tym wszystkim jeszcze trudniej. Jak ich wspomóc, gdy sami nie znamy wielu odpowiedzi? Jak rozmawiać z nimi o wojnie i o przyszłości? Przede wszystkim, bądźmy blisko dzieci i inicjujemy dialog – podążajmy za ich tokiem myślenia, nie unikajmy trudnych pytań. Jak to zrobić? W artykule Pani Agnieszki Głukowskiej-Sobol znajdują Państwo praktyczne wskazówki, jak podejmować ten trudny temat z dziećmi.

Bieżący numer „Terapii Specjalnej” został poświęcony wykorzystaniu integracji sensorycznej w codziennej pracy terapeuty.

Integracja sensoryczna to zarówno ogrom doznań, rejestrowanych i przetwarzanych wszystkimi zmysłami, jak i niezwykle ważny dla prawidłowego rozwoju człowieka i jego funkcjonowania ruch, aktywność fizyczna. Oba obszary – zmysłowy i ruchowy – szczególnie mocno aktywują się u Nas właśnie w tym okresie, kiedy budzimy się z letargu zimowego. Pragniemy wtedy doświadczać więcej, chcemy więcej ruchu, działania, więcej endorfin dla lepszego samopoczucia. Te własne doświadczenia wpisują się idealnie w refleksję nad wspomaganiem rozwoju dziecka z problemami w zakresie przetwarzania zmysłowo-ruchowego. Czerpiąc z nich, spróbujemy przez pryzmat zaprezentowanych w kolejnym wydaniu artykułów przyjrzeć się sensorycznym i motorycznym potrzebom osób, z którymi pracujemy na co dzień. Pomoże to Nam wesprzeć dzieci, które z powodów zaburzonej integracji sensorycznej nie potrafią poradzić sobie z wyzwaniami dnia codziennego.

Niniejszy numer przedstawia zarówno temat pogłębionej diagnostyki zaburzeń przetwarzania sensorycznego, jak i trudności, z jakimi borykają się każdego dnia dzieci niezintegrowane zmysłowo i ruchowo, dzieci z dodatkowo występującą niepełnosprawnością. Znajdą w nim także Państwo pomysły terapeutyczne podpowiadające, jak wspomóc te zaburzone procesy. Numer prezentuje opisy konkretnych doświadczeń z pacjentami, wychowankami, a ponadto sposoby radzenia sobie z problemami zmysłowymi w różnych sytuacjach. Czasopismo zawiera nie tylko przykłady konkretnych ćwiczeń, zabaw i aktywności, ale również gotowe scenariusze pozwalające przeprowadzić określone rodzaje zajęć.

Mam nadzieję, że wiosenne słońce za oknem oraz gotowe pomysły naszych autorów-praktyków zainspirują Państwa do urozmaicenia i wzbogacenia codziennych zajęć edukacyjno-terapeutycznych.

Załączając wiosenne życzenia, życzę miłej lektury.

Magdalena Charbicka

WYDAWCA I REDAKCJA
Forum Media Polska Sp. z o.o.,
ul. Polska 13,
60-595 Poznań;
Wydział VIII Gospodarczy KRS
Poznań, wysokość kapitału
zakładowego: 300 000 zł
NIP 781-15-51-223;
KRS nr 0000037307

Sąd Rejonowy Nowe Miasto
i Wilda w Poznaniu

**PREZES ZARZĄDU,
DYREKTOR ZARZĄDZAJĄCY**
Magdalena Balanicka

PROKURENT
Radosław Lewandowski

REDAKTOR NACZELNA
Marta Łyskawińska

REDAKTOR PROWADZĄCA
Magdalena Charbicka

MARKETING I PROMOCJA
Zuzanna Komuda

KOORDYNATOR WYDAWNICZY
Jolanta Nawrot-Sprysak

NADZÓR GRAFICZNY
Edyta Mirecka

**OBSŁUGA KLIENTA
I PRENUMERATA**
tel. 61 66 55 800
faks: 61 66 55 888
e-mail: bok@forum-media.pl

KOREKTA
Anna Noga-Grochola

SKŁAD I ŁAMANIE
Lena Wójcik

NAKLAD: 5000 egz.

DRUK: Tinta & Paper

SERWISY ZDJĘCIOWE
Adobe Stock, Dreamstime

Bibliografia do publikowanych
artykułów dostępna w redakcji



Spis treści

TEMAT NUMERU

Stymulacja sensoryczna
w codziennej aktywności,
zabawie i terapii –
czyli jak wspierać
rozwój małego dziecka
z zaburzeniami rozwojowymi 6

METODY TERAPII

Jak wspierać rozwój
mowy dziecka z NI
z wykorzystaniem integracji
sensorycznej? 12

Jak działać polisensorycznie,
aby odpowiednio
stymulować rozwój
dziecka z wadą słuchu? 18

Ocena i wspomaganie
funkcji wzrokowych
w pracy terapeuty SI –
praktyczny przewodnik 32

Wielozmysłowe wspomaganie
rozwój małego dziecka
z opóźnionym rozwojem –
przykłady ćwiczeń
wspomagających rozwój
zmysłów 44

Jakie strategie pracy
mogą być pomocne
podczas terapii
integracji sensorycznej
u dziecka z ASD? 50

KOMUNIKACJA WSPOMAGAJĄCA I ALTERNATYWNA

Model wdrażania AAC
w placówkach edukacyjnych –
na przykładzie
Zespołu Niepublicznych
Placówek Oświatowych
PSONI Koło w Gdańsku 25

ANALIZA PROCESU TERAPEUTYCZNEGO

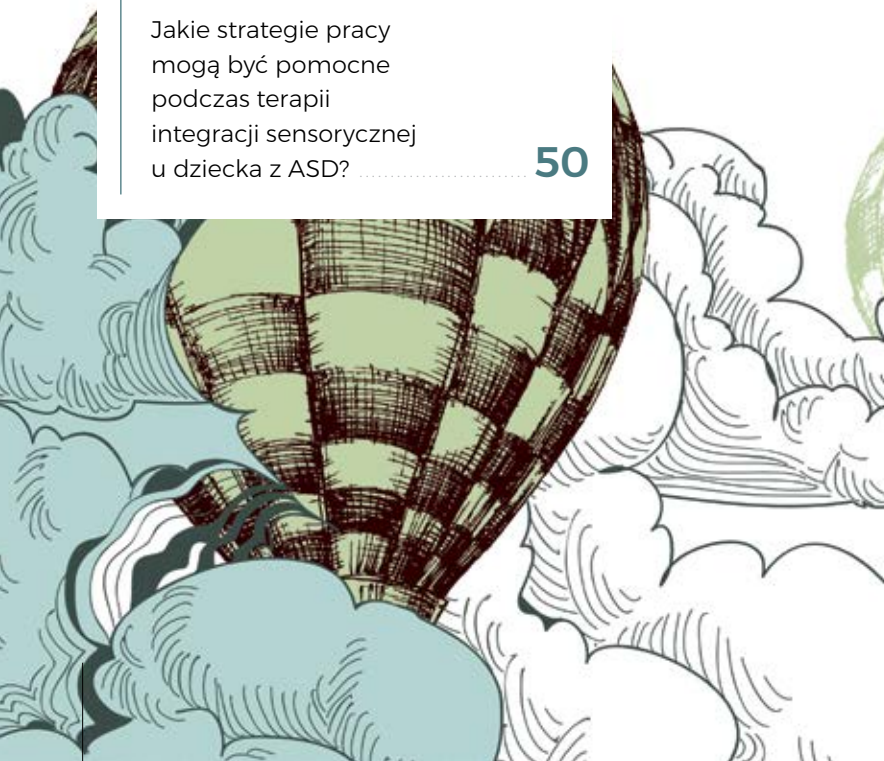
Terapia integracji sensorycznej
jako metoda wsparcia
małego dziecka niewidomego
z niepełnosprawnością
intelektualną –
case study 38

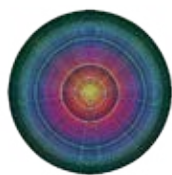
OKIEM SPECJALISTY

Jak rozmawiać z dziećmi
z niepełnosprawnościami
o wojnie? 57

SCENARIUSZ ZAJĘĆ

Jak cię widzą, tak cię piszą.
Scenariusz zajęć dla dzieci
z trudnościami w zakresie
umiejętności społecznych
w wieku 7-12 lat 61





MULTIMEDIALNY KURS TERAPII SI



Każdy moduł dotyczy pracy z konkretnym zaburzeniem i realizowany jest w oparciu o holistyczne podejście w terapii dzieci z dysfunkcjami wymagającymi wsparcia integracji sensorycznej

Moduł 1. ASD w terapii SI

Moduł 2. Problemy z koncentracją w terapii SI

Moduł 3. ADHD w terapii SI

Moduł 4. Zaburzenia rozwoju małego dziecka w terapii SI

Moduł 5. Wybiórczość pokarmowa i zaburzenia mowy w terapii SI

Dodatkowo w każdym module:



autorskie scenariusze zajęć, niepublikowane nigdzie indziej



schematy terapii z elementami integracji sensorycznej



filmy instruktażowe oraz szkoleniowe, które prezentują wykorzystanie narzędzi SI



case study – omówienie przypadków dzieci, u których terapia SI przyniosła oczekiwane efekty



materiały dla rodziców/opiekunów do pracy w domu

Wejdź na www.kursterapeutasi.pl i dowiedz się więcej

AUTORKA: DOROTA PODGÓRSKA-JACHNIK

Stymulacja sensoryczna w codziennej aktywności, zabawie i terapii

– CZYLI JAK WSPOMAGAĆ ROZWÓJ MAŁEGO DZIECKA Z ZABURZENIAMI ROZWOJOWYMI

Wspomaganie rozwoju – zwłaszcza wczesne – to pojęcie, które zdobyło w ostatnich latach wielką popularność. Wynika to z dostrzeżenia niewykorzystania potencjału rozwojowego większości ludzi, a optymalny czas inwestycji w rozwój przypadać powinien na wczesne lata – wskazuje się szczególnie znaczenie pierwszych 3-5 lat życia. Przy tym warto zwrócić uwagę, że pojęcie wspomagania może dotyczyć zarówno rozwoju prawidłowego, jak i zaburzonego (Dryden, Vos, 2003; Podgórska-Jachnik, 2009). W tym pierwszym przypadku wspomaganie odgrywa rolę intensyfikującą, przyspieszającą, optymalizującą rozwój, zaś w tym drugim – optymalizującą, ale także korekcyjno-kompensacyjną. Jak zatem wspomagać rozwój małego dziecka?



W rozwoju człowieka zmysły odgrywają szczególną rolę. Stanowią one swoiste wrota, a zarazem filtry, dla wszystkich dopływających z zewnątrz informacji. Bodźce zewnętrzne różnych modalności nie mogą dostać się do ludzkiego mózgu inaczej niż tylko poprzez specyficzną dla siebie ścieżkę właściwego receptora. Z tego powodu sprawność tych receptorów dziecka stanowi wstępny warunek zdobywania wiedzy o otoczeniu. Rodzice najczęściej starają się dostarczać małym dzieciom różnego rodzaju stymulujące przedmioty, zabawki i aktywności, chcąc pobudzić ich ciekawość, wywołać reakcję ożywienia czy uśmiech. Nie bez powodu mówi się o „intuicyjnych programach rodzicielskich” jako naturalnej, intuicyjnej umiejętności odczytywania, dostosowywania się

i podążania za komunikatami dziecka (Kirkilionis, za: Serwińska 2018). Staje się to naturalną i najważniejszą drogą do tworzenia optymalnych warunków do pobudzenia i prawidłowego rozwoju dziecięcego mózgu: każda docierająca porcja bodźców nie tylko dostarcza mózgowi informacji o świecie, ale także przyczynia się do jego rozwoju, zwiększając wtórnie możliwości percepcyjne dziecka. Przemyślana strategia terapeutyczna pozwala zarówno na ograniczenie ryzyka wielu zaburzeń rozwojowych, jak i zminimalizowanie skutków zaburzeń już istniejących.

Stymulacja sensoryczna a wczesne wspomaganie rozwoju

Wiedza o roli wczesnych doświadczeń (sensorycznych), a także o istniejących zagrożeniach rozwojowych, prowadzi do dwóch ważnych wniosków, istotnych zarówno dla rodziców, jak i specjalistów wspomagających rozwój dziecka:

1. Wczesna stymulacja – na miarę potrzeb dziecka – jest dla prawidłowości jego rozwoju niezbędna; skutki deprywacji (choć także stymulacji nieadekwatnej, np. jednostronnej lub nadmiernej, przeciążającej układ nerwowy dziecka) mogą ujawnić się w formie późniejszych dysfunkcji.
2. Wczesne oddziaływania stymulujące sensorycznie kryją w sobie potencjał usprawniający i kompensacyjny, istotny w profilaktyce zaburzeń rozwojowych i kompensacji niepełnosprawności (Podgórska-Jachnik, 2009).

Pierwszy wniosek kierowany jest przede wszystkim do rodziców z przesłaniem psychoedukacyjnym, uświadamiającym znaczenie adekwatnego do potrzeb dziecka zorganizowanego, stymulującego otoczenia oraz jego aktywizacji ruchowej i poznawczej. Jego układ nerwowy przejawia prawdziwy głód doświadczeń poznawczych, czego nie można ignorować. W przypadku normalnie rozwijających się dzieci dowodzi tego duża aktywność zmysłowo-ruchowa i aktywne dążenie do pełnego, polisensorycznego obcowania z każdym interesującym przedmiotem, który znalazł się w polu uwagi. Aktywność eksploracyjna małego dziecka przypomina wielokierunkowy eksperyment badawczy, dzięki któremu młody odkrywca poznaje właściwości otaczającego go świata (Dryden, Vos, 2003).

Takiej okazji do obcowania zmysłowego ze światem potrzebuje każde dziecko, a jego stymulacja polisensoryczna nie wymaga jakichś specjalnych przedmiotów i technik. Wystarczy empatycznie spojrzeć na świat oczami dziecka – a właściwie także usłyszeć



świat jego uszami, poczuć go jego dotykiem itd., czyli wejść w jego sensorium, i zadbać, by było bogate i zróżnicowane. Psycholodzy zapewniają, że wystarczą do tego proste zabawy, z dostępnymi zabawkami lub przedmiotami z najbliższego otoczenia – plastikowa butelka z ryżem lub fasolą, miska z wodą lub krochmalem, tacka z piaskiem, barwne szmatki o różnych wzorach i fakturach, kłujące i pachnące gałązki świerku czy słoik z wonnymi skórkami pomarańczy czy cytryny. Namalowana mazakiem buźka zmienia zwykłe jajko na twardo, jabłko czy rękawiczkę w lalkę czy pacynkę. Dżem, miód, krem czekoladowy, a także sól, sok z cytryny lub grejpfruta to produkty do testowania smaków, ale też np. wykorzystywane przez logopedów do uczulania miejsc artykulacyjnych. Każdy dostępny obiekt może dostarczać stymulacji i w bardziej przemyślany sposób zostać włączony do pracy terapeutycznej z dzieckiem.

Chcąc dziecku pokazać las, nie muszę koniecznie jechać z nim do lasu – las może przyjechać do niego – trochę gałęzi, liści, kasztanów i mamy las. Wystarczy wysypać to na podłogę i pozwolić dziecku na swobodną zabawę. Pamiętajmy, że poznawanie świata zmysłami, czyli stymulacja polisensoryczna, to tak naprawdę wszystko to, co się wokół nas znajduje – drzewa, papier, folia aluminiowa, worki, farby, ziemia – to wszystko może nam posłużyć do zabawy z dzieckiem. Jeżeli do tych rzeczy dołożymy trochę naszej fantazji, stworzymy dziecku bezpieczny pozbawiony lęku świat (Rudnicka, 2017).

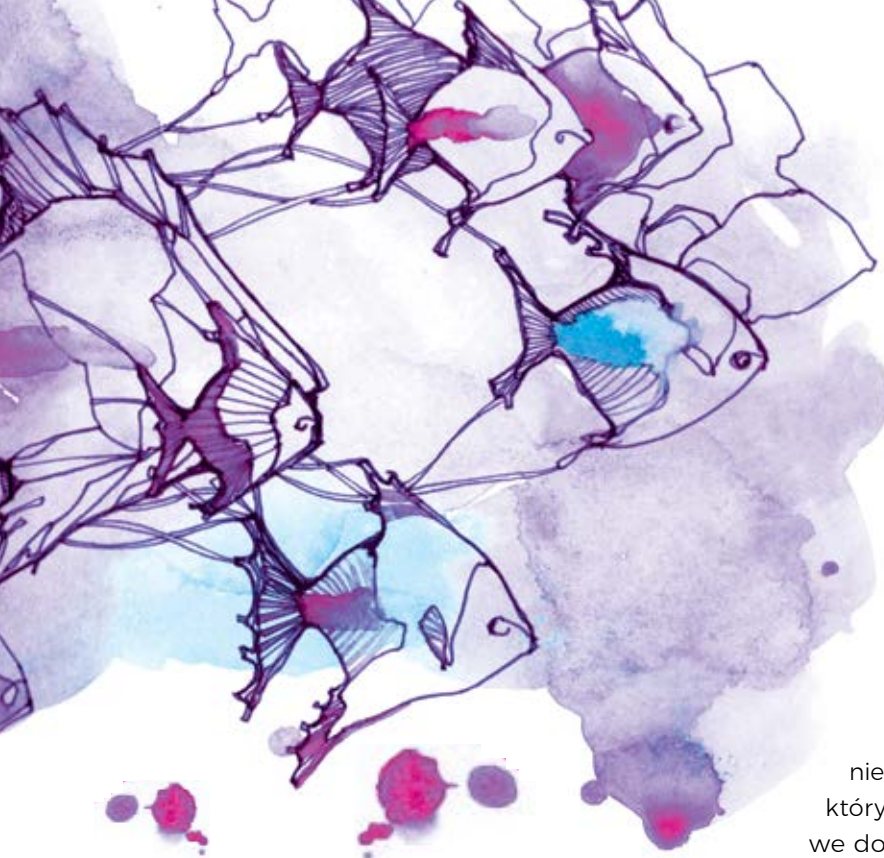
Drugi z przedstawionych wyżej wniosków kierowany jest do nauczycieli i terapeutów, a wynika z niego konieczność jak najwcześniejszego wychwycenia zagrożeń rozwojowych i podjęcia działań interwencyjnych. Terapeutyczne wykorzystanie stymulacji i stymulacji polisensorycznej różni się jednak od zwykłego wykorzystania zabaw stymulujących w wychowaniu przemyślanym doбором bodźców oraz świadomością ich miejsca w całości oddziaływania terapeutycznego. Wymaga to z jednej strony pogłębionej diagnozy problemów i potrzeb rozwojowych konkretnego dziecka, a z drugiej – określonej koncepcji wykorzystania technik stymulacji w ramach zastosowanej strategii terapeutycznej. Inaczej mówiąc, rodzicowi wystarczy przekonanie o roli dobrej, urozmaiconej, bogatej w bodźce polisensoryczne zabawy – terapeuta powinien wiedzieć, jak oddziałują na dziecko z zaburzeniami poszczególne bodźce, jaka jest ich

rola oraz uruchomiony mechanizm kompensacyjno-korekcyjny i usprawniający. Oznacza to, że każda propozycja terapeutyczna wykorzystująca stymulację polisensoryczną bazuje na jakiejś koncepcji zastosowania wielomodalnych bodźców i przewiduje jakąś ich strukturalizację (np. kolejność, natężenie) oraz powiązanie z innymi czynnikami terapeutycznymi lub obszarami nabywanych kompetencji. Obecnie jest już wiele różnych strategii i metod terapeutycznych. W dalszej części zostanie przedstawionych przykładowo kilka z nich, by pokazać, w jak różny sposób wykorzystywany jest w nich potencjał oddziaływań o charakterze polisensorycznym, który stanowi ich wspólny mianownik. Inny może być szczegółowy cel oddziaływań, inny mechanizm, zastosowania praktyczne. To zresztą wspólna cecha większości dobrych – tj. adekwatnych do fizjologii i prawidłowości rozwojowych procesów sensorycznych – programów stymulacji sensorycznej, które mogą być przeznaczone już dla najmłodszych, gdyż percepcja to fundament całego rozwoju poznawczego. Natomiast górnej granicy wieku nie wyznacza kalendarz, a poziom funkcjonalny osoby.

Wybrane metody terapeutyczne i edukacyjne wykorzystujące stymulację sensoryczną

Poranny Krąg – inaczej metoda stymulacji polisensorycznej według pór roku Jacka Kielina (1999) to metoda łącząca wielozmysłową stymulację i komunikację. Realizowana jest nie tylko z małymi dziećmi, ale także ze starszymi w przypadku zaburzeń rozwojowych, np. niepełnosprawnością intelektualną, nawet głębszą – usprawnia zmysły, ale także dostarcza wiedzy o przyrodzie, zmieniającej się wraz z porami roku. Również zmysły w różnych porach roku





stymulowane są odmiennie, a źródłem inspiracji do tworzenia scenariuszy tematycznych są właśnie zachodzące w przyrodzie zmiany. Każda pora roku może się kojarzyć z innymi obrazami, smakami, innymi kolorami czy zapachami, a nawet z innymi żywiołami (Kielin, 1999). W czasie zajęć następuje sensoryczne zanurzenie w tak intencjonalnie dobranych bodźcach. Świat przyrody jako źródło zróżnicowanych bodźców inspirowa do gromadzenia różnych rekwizytów i podjęcia narracji powiązanej tematycznie z aktualną porą roku, wpisanej w rytuał podchodzenia do każdego uczestnika zajęć, który ogląda rekwizyty z bliska, dotyka ich, wącha, smakuje, a także słucha opowieści terapeuty. Jest kilka stałych etapów Porannego Kręgu (zapalenie świeczki, powitalna piosenka kierowana imiennie do każdego uczestnika, opowieść o porze roku, spotkanie z żywiołem itd.) – tu jedynie wspominamy o ich występowaniu, aby ukazać rytualny charakter metody. Wyznacza go stała kolejność etapów, powtarzalna symbolika (np. kolor czy zapach przypisany do danej pory roku), powtarzanie tego samego fragmentu narracji z kolejnymi stymulującymi sensorycznie rekwizytami przy każdym uczestniku. To stwarza poczucie uporządkowania i bezpieczeństwa, a także możliwość antycypowania podejścia terapeuty w oczekiwaniu na swoją kolej. Metoda znakomicie sprawdza się zarówno w edukacji przedszkolnej dzieci rozwijających się prawidłowo, ale także z różnego rodzaju zaburzeniami rozwojowymi, jak i w placówkach specjalnych i rewalidacyjno-edukacyjnych, nawet w przypadku głębszej niepełnosprawności intelektualnej.

Snoezelen (Sala Doświadczania Świata) –

to terapia wielozmysłowa wspomagająca rozwój dzieci przez umożliwienie im poznawania świata za pośrednictwem zmysłu wzroku, słuchu, dotyku i węchu, a czasem także i smaku. Bodźce sensoryczne dostarczane są w zróżnicowanej, atrakcyjnej dla dzieci postaci interesujących efektów świetlnych, akustycznych, barwnych, zmieniających się na oczach dziecka obrazów, muzyki, łagodnych wibracji itd. Sala Doświadczania Świata zaaranżowana jest w ciemnym pomieszczeniu, dzięki czemu uzyskuje się efekt zanurzenia w fascynującym świecie, pełnym niezwykłych obiektów – pomocy terapeutycznych, których już nawet same nazwy sugerują nietypowe doznania sensoryczne. Interaktywne kolumny wodne wyposażone w mikrofony, świetlne węże, kurtyny lub prysznice, lustrzane domki, magiczne akwaria, tablice interaktywne, tory lub dywany multimedialne i inne niezwykłości mają wyciszyć emocjonalnie, stworzyć poczucie bezpieczeństwa, a jednocześnie dostarczyć niezwykłych wrażeń, zachęcić dzieci do działania, zaktywizować, stworzyć przestrzeń do nawiązania kontaktu i komunikacji. Możliwe jest organizowanie terapii indywidualnej, grupowej, a nawet całych starannie zaplanowanych seansów polisensorycznych, które w ocenie Centrum Terapii Dziecka Sensis w Rzeszowie stanowią precyzyjnie zaplanowaną i wyreżyserowaną przygodę dla wszystkich zmysłów. Centrum oferuje trzy takie spektakle: *Podwodny Świat*, *Kosmos*, *Wiosna* (<https://www.sensis.rzeszow.pl/oferta/terapia-snoezelen-sala-doswiadczania-swiata/>). Nie zawsze jednak terapia ta musi być przeprowadzana z takim rozmachem – możliwe są zajęcia oparte na niewielkich zestawach, nawet przenośnych. Część pomocy można również wykonać samodzielnie lub wprowadzać przedmioty, które dają podobne efekty do gotowych zestawów, pozwalające na poszerzenie gamy doznań.

Metoda Dobrego Startu – to opracowana przez polską badaczkę, Martę Bogdanowicz (2007), wersja holenderskiej metody *Bon Départ*, przygotowująca dzieci do nauki pisania. Jej istotą jest budowanie ruchowych schematów dynamicznych (towarzyszących np. kreśleniu danego symbolu lub litery) w powiązaniu ze stymulacją polisensoryczną: wzrokowo-słuchowo-dotykową. Aktywność dziecka opiera się na kreśleniu jednego (innego na danych zajęciach)

z opracowanych na potrzeby metody wzorów graficznych, a potem poszczególnych liter alfabetu, w rytmicznym powiązaniu z odpowiednio dopasowaną do wzoru popularną piosenką dziecięcą lub ludową. Ich zestaw stanowi również opracowaną część metody. W ćwiczeniach chodzi o koordynację ruchów i rytmu słyszanej piosenki pod kontrolą wzroku. Do wielozmysłowej stymulacji dołącza zatem także aktywność motoryczną. Dzięki temu tworzone schematy dynamiczne łatwiej się utrwalają, co pomaga

Marianny i Christophera Knillów oraz założeń pedagogiki zabawy. W metodzie tej wykorzystuje się zarówno platformę rezonansową dającą efekt wibracji, jak i zestawy nagrań muzycznych oraz zindywidualizowane przedmioty do stymulowania. Opiera się ona głównie na zmysłach dotyku i słuchu, ale oddziałuje także na propriocepcję, zmysł równowagi oraz wzrok i węch. Tworzy jednak przestrzeń do interakcji z rodzicem lub terapeutą, co łącznie autorka zestawia w cztery słowa-klucze: zabawa, stymulacja, komunikacja,

METODA DOBREGO STARTU STOSOWANA W PRACY Z KAŻDYM DZIECKIEM UŁATWIA NAUKĘ PISANIA, JEDNAK W PRZYPADKU OSÓB Z ZABURZENIAMI ROZWOJOWYMI – NP. ROZWOJOWYMI ZABURZENIAMI KOORDYNACJI, CZYLI TZW. DYSPRAKSJĄ, ZABURZENIAMI LATERALIZACJI, ANALIZY I SYNTEZY WZROKOWEJ, ZABURZENIAMI INTEGRACJI SENSORYCZNEJ, A TAKŻE ZABURZENIAMI UWAGI – PEŁNI FUNKCJĘ KOMPENSACYJNĄ, TERAPEUTYCZNĄ I USPRAWNIAJĄCĄ.

zapamiętać nie tylko kształty liter, ale i kolejność oraz kierunek kreślenia ich poszczególnych elementów, co zapobiega nieprawidłowemu zapisowi. W celu wzmocnienia efektu stymulacji dotykowej kreślenie elementów graficznych odbywa się nie tylko palcem po kartce ze wzorem, ale także na tacce wypełnionej piaskiem lub ryżem. Metoda ta stosowana w pracy z każdym dzieckiem ułatwia naukę pisania, jednak w przypadku osób z zaburzeniami rozwojowymi – np. rozwojowymi zaburzeniami koordynacji, czyli tzw. dyspraksją, zaburzeniami lateralizacji, analizy i syntezy wzrokowej, zaburzeniami integracji sensorycznej, a także zaburzeniami uwagi – pełni funkcję kompensacyjną, terapeutyczną i usprawniającą. Może być także stosowana w przypadku niepełnosprawności intelektualnej czy też zaburzeń ze spektrum autyzmu. Rozwija poszczególne sprawności – percepcję wzrokową, słuchową, wrażliwość dotykową i czucie powierzchniowe, a także powiązania funkcjonalne i koordynację zmysłowo-ruchową: wzrokowo-ruchową, słuchowo-ruchową i wzrokowo-słuchowo-ruchową.

Polisensoryczny Program Stymulacyjny SensoPaka – to interesująca propozycja ustrukturalizowanych zajęć stymulacji polisensorycznej dla dzieci i dorosłych z zaburzonym funkcjonowaniem zmysłów, autorstwa Joanny Serwińskiej (2018), nawiązująca w założeniach terapeutycznych do programu *Dotyk i Komunikacja*

interakcja. Organizacyjnie sesja terapeutyczna polega na polisensorycznych stymulacjach na tle dźwięków i muzyki – wszystko ujęte w sekwencje dostarczające różnorodnych doznań. Sesję kończy relaksacja przy muzyce. Autorka metody rekomenduje:

Dzięki ustrukturalizowaniu SensoPaka jest dla uczestnika bezpieczną emocjonalnie propozycją, by wszedł w kontakt ze swoim ciałem oraz ludźmi. Zachęca do otwarcia na relacje ze światem (Serwińska, 2018, s. 138).

Program znajduje zastosowanie dla dwóch podstawowych grup odbiorców: małych dzieci – zwłaszcza tych wymagających wspomagania rozwoju i zagrożonych niepełnosprawnością, a także młodzieży i osób dorosłych z głębszą niepełnosprawnością intelektualną.

Metoda Integracji Sensorycznej (SI) – opracowana przez Jean Ayres jest formą terapii, która kojarzy się z ukierunkowaną aktywnością zabawową, a stymuluje zmysły dziecka, usprawnia motorykę małą i dużą oraz koordynację wzrokowo-ruchową. W założeniach teoretycznych integracja sensoryczna jest jednak czymś więcej niż tylko aktualnym skoordynowaniem współdziałania zmysłów i aktywności ruchowej. Jest ona bowiem traktowana jako złożony i stadialny proces dojrzewania przetwarzania sensorycznego, dzięki

czemu zarówno doskonalili się u dziecka model postrzeganej rzeczywistości, jak i wyłaniają się kolejne, coraz bardziej złożone sprawności sensomotoryczne (Ayres, 2018). W terapii wykorzystuje się nie tylko stymulację wzroku, słuchu, dotyku, węchu i smaku, ale też tych zmysłów, których istnienie bywa pomijane w edukacji:

METODA SI STAŁA SIĘ BARDZO POPULARNA, GDYŻ ZABURZENIA INTEGRACJI SENSORYCZNEJ OBSERWUJE SIĘ W OBRAZIE FUNKCJONALNYM WIELU INNYCH ZABURZEŃ – SPEKTRUM AUTYZMU, KOORDYNACJI RUCHOWEJ, UWAGI, PRZETWARZANIA SENSORYCZNEGO I IN.

tw. zmysłu równowagi (stymulację przedsionkową) oraz propriocepcji (kinestezji, czucia głębokiego). Sala SI wyposażona jest w szereg atrakcyjnych pomocy i urządzeń (huśtawki, ruchome platformy, trampoliny, tunele, materiały o różnej fakturze itd.), które mogą być z powodzeniem stosowane przez rodziców i nauczycieli do atrakcyjnych i stymulujących zabaw. Jednak terapeuta wykorzystuje wiedzę o prawidłowościach rozwoju SI do diagnozy jej aktualnego poziomu, identyfikacji jej zaburzeń, optymalizacji doboru stymulacji do indywidualnych potrzeb przy większym lub mniejszym zapotrzebowaniu na stymulację (podwrażliwość i nadwrażliwość) w obrębie poszczególnych zmysłów (Charbicka, 2017). Tłumaczy to wiele trudności rozwojowych dzieci, także w nabywaniu umiejętności szkolnych, takich jak czytanie czy pisanie. Metoda SI stała się bardzo popularna, gdyż zaburzenia integracji sensorycznej obserwuje się w obrazie funkcjonalnym wielu innych zaburzeń – spektrum autyzmu, koordynacji ruchowej, uwagi, przetwarzania sensorycznego i in. Gabinety i sale SI powstają w wielu przedszkolach, szkołach i ośrodkach terapeutycznych.

Podsumowanie

W stymulacji i stymulacji wielozmysłowej dziecka tkwi nie tylko duży potencjał rozwojowy, ale także kompensacyjny i terapeutyczny. Warto więc wprowadzać różne, oparte na nich, działania edukacyjne, a jeśli trzeba to także terapeutyczne. W pracy z małym dzieckiem – poza pewnymi działaniami rehabilitacyjnymi – raczej nie stosuje się stymulacji izolowanych, ale wplata się

je w różne formy jego aktywności – przede wszystkim w zabawę. Poza atrakcyjnością formy zabawowej dla dziecka najłatwiej też obserwować jego zachowania, które sygnalizują utratę zainteresowania, zmęczenie, irytację, przeciążenie bodźcami. Sytuacja przeciążenia oraz doboru nieadekwatnych dla dziecka form stymulacji to najważniejsze sygnały do zaprzestania stymulacji (Piszczyk, 2006). Adekwatna do potrzeb rozwojowych stymulacja i oddziaływanie terapeutyczne często pozwalają wyrównać odstępstwa i zharmonizować rozwój dziecka. Jeżeli nie stwierdzono zagrożeń rozwojowych, aktywność stymulującą może podejmować każdy rodzic lub nauczyciel. W przypadku zaś dostrzeżonych zaburzeń warto sięgnąć po wsparcie doświadczonego terapeuty, który zarówno może rozpoznać istotę (patomechanizm) pojawiającego się problemu, jak i wykorzystać stymulację wielozmysłową w profesjonalny sposób, ujęty w formę określonej strategii czy metody terapeutycznej.

PROF. DOROTA PODGÓRSKA-JACHNIK

Pedagog specjalny, surdopedagog, psycholog i logopeda. Profesor uniwersytecki (Uniwersytet Łódzki, Katedra Badań Edukacyjnych) z doświadczeniem praktycznym w zakresie edukacji oraz wspomagania osób z niepełnosprawnościami, w tym m.in. małych dzieci w programie *Za życiem*. Przez kilka ostatnich lat łączyła pracę akademicką z działalnością nauczyciela-konsultanta do spraw specjalnych potrzeb edukacyjnych (WODN). Autorka wielu publikacji poświęconych problematyce niepełnosprawności.

BIBLIOGRAFIA:

- Ayres J.A., *Integracja sensoryczna a zaburzenia*, Harmonia Uniwersalis, Gdańsk 2018.
- Bogdanowicz M., *Metoda Dobrego Startu*, WSiP, Warszawa 2007.
- Charbicka M., *Integracja sensoryczna przez cały rok*, Difin, Warszawa 2017.
- Dryden G., Vos J., *Rewolucja w uczeniu*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2003.
- Kielin J., *Rozwój daje radość*, GWP, Gdańsk 1999.
- Piszczyk M., *Dziecko, którego rozwój emocjonalno-poznawczy nie przekracza pierwszego roku życia. Diagnoza, zasady terapii i ocena efektów zajęć*, CM PPP, Warszawa 2006.
- Podgórska-Jachnik D., *Uzasadnienie potrzeby wczesnych oddziaływań wspomagających rozwój dziecka jako jednego z głównych kierunków rozwoju współczesnej pedagogiki specjalnej*, „Niepełnosprawność” 1 (2009), s. 91-102.
- Rudnicka M., *Stymulacja polisensoryczna – istotny element w rozwoju dziecka*, [online] Pedagogika Specjalna – portal dla nauczycieli 2017, <https://pedagogika-specjalna.edu.pl/oligofrenopedagogika/stymulacja-polisensoryczna-istotny-element-w-rozwoju-dziecka/>, [dostęp: 20.02.2022].
- Serwińska J., *Stymulacja polisensoryczna oraz budowanie relacji przez zabawę w programie SensoPaka* [w:] Piotrowicz R., *Małe dziecko – poznanie w zabawie*, Wydawnictwo APS, Warszawa 2018, s. 125-152.

AUTORKA: MAŁGORZATA KUJAWIŃSKA

Jak wspierać rozwój mowy dziecka z NI z wykorzystaniem integracji sensorycznej?

„Dziecko niesprawne intelektualnie mało widzi – kiedy patrzy i mało słyszy – kiedy słucha.

Halina Borzyszkowska (1997)

Analiza wpływu odruchów ustno-twarzowych na czynności motoryczne narządów mowy pokazuje, jak istotna jest ich integracja dla rozwoju artykulacji. W artykule autorka zwraca uwagę czytelników na powiązanie wybranych odruchów ustno-twarzowych z odruchami tonicznymi oraz na rolę integracji sensorycznej we wspieraniu mowy dziecka, w tym tego z niepełnosprawnością intelektualną (NI). Praktycznym uzupełnieniem są scenariusze zajęć dla dzieci w wieku przedszkolnym rozwijające procesy przetwarzania sensorycznego oraz wspierające rozwój mowy.

Rozwój dziecka z niepełnosprawnością intelektualną przebiega najczęściej nieharmonijnie w stosunku do grupy typowo rozwijającej się. Dzieci te najczęściej przejawiają ogólne opóźnienie rozwoju psychofizycznego, którego jednym z objawów są zaburzenia odbioru i przetwarzania bodźców zmysłowych. **W badaniach przeprowadzonych na Wydziale Opieki Społecznej i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Haifa w Izraelu na temat: Zaburzenia przetwarzania sensorycznego obecne u dzieci z różnym stopniem niepełnosprawności intelektualnej** wykazano, że dysfunkcje przetwarzania sensorycznego mogą występować ze wszystkimi stopniami niepełnosprawności intelektualnej i że poziom głębokości niepełnosprawności minimalnie wpływa na zdolności przetwarzania sensorycznego. Ważniejszym wnioskiem wynikającym z tych badań jest to, że wczesna identyfikacja zaburzeń sensomotorycznych u dzieci z NI, niezależnie od jej poziomu, jest istotna w celu podjęcia wczesnej interwencji i ułatwienia lepszej integracji tych dzieci w zwykłych warunkach szkolnych.



Czym jest mowa? Kluczowe informacje

Zarówno dla rodziców, jak i specjalistów pracujących z dzieckiem z NI szczególnie ważny jest rozwój jego mowy, który zależy od wielu czynników, m.in.: uszkodzeń w obrębie OUN, zdolności intelektualnych, defektów narządów zmysłu, nieprawidłowości w zakresie budowy i funkcjonowania narządów mowy, całościowych zaburzeń rozwojowych (np. autyzm).

Mowa jest procesem złożonym. Składają się na nią dwa podstawowe systemy – nadawanie i odbiór.

W bardzo dużym uproszczeniu odbiór to rozumienie mowy, a nadawanie to budowanie wypowiedzi.

Rozumienie mowy to dekodowanie zróżnicowanych dźwięków i słów w zależności od zastosowanego kodu – języka (język mówiony, język pisany). Nadawanie mowy (budowanie wypowiedzi) to użycie kodu języka – mówienie, pisanie, miganie. W zależności od zastosowanego kodu, czyli użytego języka do odbioru i nadawania mowy, będziemy wykorzystywali odpowiedni zmysł:

- ▶ słuch – do tworzenia i rozumienia mowy werbalnej;
- ▶ wzrok – do rozumienia i tworzenia pisma czy symboli migowych.

Jeżeli rozwój dziecka przebiega harmonijnie, to zarówno nadawanie, jak i odbieranie mowy będzie przebiegało prawidłowo, ponieważ odbiór powiązanych ze sobą bodźców zmysłowych dziecko potrafi połączyć z doświadczeniem. W przypadku dziecka z NI, które często boryka się z wieloma deficytami, zdarza się, że słyszy ono mowę i jej nie rozumie lub widzi tekst, czyta go, ale nie potrafi powiedzieć, o czym on jest. Słyszy, widzi, ale nie umie powiązać ze sobą odbieranych bodźców z rozpoznaniem. Przykładem może być sytuacja, w której logopeda za pomocą wielu określeń zmysłowych opisuje dziecku rzecz, a następnie prosi je o wskazanie jej na ilustracji. Jeżeli dziecko wcześniej nie zetknęło się z nią albo poznanie ograniczyło się tylko do jednego zmysłu, to zbyt mała ilość posiadanych przez nie informacji o opisanej rzeczy utrudni bądź uniemożliwi rozpoznanie i wykonanie polecenia. Dlatego tak ważne jest, aby w pracy z dzieckiem z NI umożliwiać mu, by poznawało otaczający świat, o ile to będzie możliwe – wielozmysłowo. Dzięki integracji sensorycznej rozwija się mowa bierna dziecka.

Nadawanie mowy jest możliwe dzięki precyzyjnym, skoordynowanym ruchom aparatu mowy. W akt mowy zaangażowane są zmysły związane z motoryką (czucie powierzchniowe i głębokie), słuch (lub przedsionek) oraz dotyk (wzrok – pisanie).

Zaburzenia w obszarze rozwoju mowy mogą wiązać się z niezintegrowaniem bądź dysfunkcyjnym działaniem odruchów ustno-twarzowych.

Jak wybrane odruchy ustno-twarzowe wpływają na rozwój mowy i zachowanie?

Odruchy mają istotny wpływ na rozwój mowy dziecka, dlatego warto znać ich funkcje w prawidłowym rozwoju:

▶ **Odruch ssania** wygasa między 1. a 2. rokiem życia.

Prawidłowo realizowana czynność ssania usprawnia mięśnie artykulacyjne, kształtuje tor oddechowy i przygotowuje do rozwoju następnych odruchów związanych z kąsaniem, gryzieniem i żuciem. Na poziomie emocjonalnym zapewnia zdolność odczuwania satysfakcji i komunikację z ludźmi i światem. Powiązany jest z prawidłowym wzorcem przełykania i właściwą pionizacją języka. Niezintegrowany lub zintegrowany niewłaściwie powoduje, że realizowana funkcja ssania może wpływać u starszych dzieci na problemy z domykaniem warg i słabą kontrolą mięśni przedsionka jamy ustnej, co będzie znacząco rzutowało na artykulację. Częstym objawem przetrwałego odruchu jest stała potrzeba stymulacji oralnej, np. ssanie palca, które w późniejszym czasie jest odpowiedzialne m.in. za wadę zgryzu. Na poziomie emocjonalnym może przejawiać się strachem przed utratą miłości i izolacją.

▶ **Odruch przełykania** reguluje proces ssania, nasycenia i żucia, chroni przed krztuszeniem się podczas jedzenia. Niezintegrowany uniemożliwia rozwój odruchu ssania oraz odruchów związanych z jedzeniem. Patologicznie funkcjonujący odruch powoduje nieprawidłowe oddychanie i ułożenie języka: dziecko nie domyka ust, występuje u niego nadmierne ślinienie. W zachowaniu dziecka może przejawiać się pesymizmem.

▶ **Odruchy kąsania, gryzienia i zaciskania zębów** są podstawą do prawidłowego jedzenia i prawidłowej artykulacji głosek: d, b, p, l, s, c, z, sz, cz, rz. Zintegrowane pomagają w regulacji homeostazy, a brak ich integracji powoduje m.in. reakcję nadwrażliwości na jedzenie. Na poziomie emocjonalnym blokują stan spokoju, poczucie komfortu i radości. Dziecko z dysfunkcyjnie działającym odruchem tego typu może przejawiać zachowania agresywne i autoagresywne.

▶ **Odruch żucia** powstaje w okresie niemowlęcym w momencie wyrzynania się kłów i zębów trzonowych. Aby rozwijał się prawidłowo, inne odruchy związane z jedzeniem muszą być w pełni rozwinięte. Odruch ten pomaga w rozwoju mowy i artykulacji głosek: s, c, z, dz, sz, rz, cz, dż. Niezintegrowany powoduje uzależnienie niemowlęcia czy małego dziecka od płynów, przez co może ono odmawiać jedzenia twardych produktów.

► **Odruch ryjkowy** wykorzystywany jest do poszukiwania piersi, ssania i wciągania. W okresie poniemowlęcym umożliwia nabycie umiejętności picia płynów ze szklanki, przez słomkę, dmuchania i całowania. Bierze udział w artykułowaniu głosek: j, l, o, u, w, a, e, s, c, z, dz, sz, rz, cz, dż. Stymuluje zbieżność oczu niezbędną do skupiania uwagi wzrokowej. Pobudza ekspresję twarzy. Patologicznie działający odruch będzie utrudniał kontrolowanie zamykania i otwierania warg, robienie przez dziecko „dzióbka”. Podczas jedzenia zamiast je wciągać będzie ono wykonywało ruch odwrotny. Jego nieprawidłowe działanie będzie skutkowało obniżonym napięciem mięśni twarzy i całego ciała. Brak integracji dłoniowo-bródkowego **odruchu Babkina** jest przyczyną nadwrażliwości dłoni na dotyk. Jednym z objawów niezintegrowania tego odruchu jest niemożność wykonania chwytu pęsetkowego. Nieprawidłowo działający odruch często powoduje nadmierne napięcie mięśni w obrębie twarzy, szyi i rąk. Jest przyczyną słabej koordynacji „ręce–usta”.

► **Odruch szukania ustami** kieruje ruchami głowy i całego ciała w poszukiwaniu pożywienia, kształtuje orientację w przestrzeni. Niezintegrowany blokuje potrzeby poznawcze i rozwój poznawczy, m.in.: skupiania uwagi, pamięci, myślenia, oraz procesy sensoryczne, a także spowalnia rozwój odruchów wzrokowych i słuchowych. Działający dysfunkcyjnie objawia się np. brakiem orientacji w przestrzeni, nieprawidłowym napięciem mięśni głowy i szyi.

Pierwszą i najważniejszą funkcją odruchów ustno-twarzowych jest odżywianie, które zapewnia organizmowi przetrwanie. Jeżeli odruchy są niezintegrowane, działają nieprawidłowo, uruchamiane są strategie przetrwania, za które odpowiada najstarsza ewolucyjnie część mózgu, tzw. mózg gadzi, blokując proces świadomego rozumowania, który zachodzi w nowej korze. Analiza wpływu odruchów ustno-twarzowych na czynności motoryczne narządów mowy pokazuje, jak istotna jest ich integracja dla rozwoju artykulacji.

Dziecko z niezintegrowanymi odruchami ustno-twarzowymi przejawiające niedowrażliwość będzie poszukiwało wrażeń sensorycznych. Wystąpią **auto-stymulacje**, trudności ze skupieniem uwagi i odbiorem mowy. Dziecko z podwrażliwością w obszarze jamy ustnej, nie czując jej przestrzeni, nie będzie potrafiło prawidłowo ułożyć języka.

U dziecka z nadwrażliwością w obrębie jamy ustnej i jej wnętrza artykulację będzie utrudniała obniżona sprawność motoryczna narządów mowy.

Normalizując u dziecka odbiór bodźców smakowych, efektem mającym wpływ na rozwój mowy będzie usprawnienie narządów mowy oraz rozwój funkcji poznawczych.

Odruchy ustno-twarzowe – podobnie jak asymetryczny toniczny odruch szyi (ATOS), symetryczny toniczny odruch szyi (STOS), toniczny odruch błędnikowy (TOB) – należą do grupy odruchów pierwotnych. Odruchy ustno-twarzowe stanowią reakcję twarzy, jamy ustnej i głowy. Reakcja głowy to ruchy szyi, które łączą w działaniu odruchy ustno-twarzowe z odruchami tonicznymi.

Masaż jako kluczowy element terapii odruchów ustno-twarzowych

W terapii odruchów ustno-twarzowych istotnym elementem w ich integracji jest masaż.

Masaż twarzy i wnętrza jamy ustnej reguluje odbiór bodźców czucia powierzchniowego, głębokiego oraz wzrokowych i słuchowych bądź przedsińkowych. Stymulację kompleksu ustno-twarzowego można przeprowadzić według różnych koncepcji, np.: R. Castillo Moralesa, Swietłany Masgutowej, Rosa Emmetta. Zastosowanie tych technik wymaga wiedzy i odpowiedniego przygotowania. Bożena Odowska-Szlachcic w swojej książce *Metoda integracji sensorycznej we wspomaganiu rozwoju mowy u dzieci z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego* opisała sposób najprostszej stymulacji twarzy niewymagającej specjalistycznego przygotowania, którą może wykonać każdy terapeuta i rodzic.

Usprawnianie strefy oralnej można również przeprowadzić przez pracę w obszarze motoryki małej oraz masaż dłoni i stóp. Jest to związane z lokalizacją i obszarem reprezentującym te części ciała w korze mózgowej.

Poniżej proponuję scenariusze zawierające ćwiczenia zmysłowo-ruchowe wspomagające rozwój mowy dziecka z NI – stanowiące korelację integracji sensorycznej z terapią logopedyczną.

SCENARIUSZ 1.

TEMAT: Zabawy dotykowe, proprioceptywne i podnoszące sprawność narządów mowy

CELE OGÓLNE: Niwelowanie podwrażliwości zmysłu smaku, zwiększanie poziomu koncentracji uwagi na zadaniu, usprawnianie narządów mowy

POMOCE: 1 marchewka, 1 ogórek, 6 małych talerzyków

(spodeczków), 3 małe pojemniki (talerzyk deserowy), przestona na pojemniki, etykiety z figurami geometrycznymi: koło, trójkąt, kwadrat, i z rysunkiem marchewki, ogórka, patyczki laryngologiczne, 2 kijki gimnastyczne, półkule sensoryczne języki, półkule gładkie, dłonie i stopy sensoryczne (mogą być wycięte z materiałów fakturowych), 2 piłeczki średniej twardości, mieszczące się w dłoni dziecka, piłka rehabilitacyjna, piłka skoczek, materac, trampolina, ławeczka gimnastyczna

PRZEBIEG ZAJĘĆ

Ćwiczenie 1.

Dziecko leży na materacu, terapeuta masuje jego twarz. Masaż wykonuje, zaczynając od okolic szyi w kierunku czoła, symetrycznie masując obie strony twarzy (dokładny opis masażu i przeciwwskazania do jego wykonania znajdują się we wcześniej wymienionej publikacji Bożeny Odowskiej-Szlachcic).

Ćwiczenie 2.

Dziecko leży na materacu, terapeuta układa dłonie na głowie dziecka i przesuwa je symetrycznie (pomijając okolice uszu) po jego ciele, zaznaczając jego granice. Dłonie terapeuty mają cały czas kontakt z ciałem dziecka, uciskiem dostosowanym do potrzeb dziecka terapeuta zaznacza kolejne części jego ciała, nazywając je. Przy powtórzeniu ćwiczenia terapeuta po ucisku nazywa część ciała, a dziecko powtarza nazwę. Kolejny raz wykonując ćwiczenie, zadaniem dziecka jest nazywanie miejsc uciśniętych.

Ćwiczenie 3.

Dziecko leży na materacu z zamkniętymi oczami, terapeuta dotyka części ciała dziecka, a jego zadaniem jest wskazanie i nazwanie tego miejsca. Terapeuta w trakcie ćwiczenia stosuje dotyk ze zmienną siłą nacisku.

Ćwiczenie 4.

Tor przeszkód:

- ▶ przejście w pozycji czworacznej po ścieżce sensorycznej ułożonej z półjeży balansowych, rąk i stóp sensorycznych oraz półkul;
- ▶ slalom na piłce do skakania z uszami między ustawionymi pachołkami;
- ▶ dziecko i terapeuta stoją przodem do siebie, po przeciwnych stronach ławeczki gimnastycznej; w dłoniach trzymają kijki gimnastyczne, jeden koniec kijka trzyma dziecko, a drugi – terapeuta; za pomocą kijków gimnastycznych podnoszą piłkę leżącą na kółku ringo na skraju ławeczki i przenoszą ją na drugi koniec ławeczki, po czym kładą na kółku ringo; poruszają się bokiem, krokiem dostawnym.

Ćwiczenie 5.

Terapeuta wykonuje różne, spowolnione ruchy z przekraczaniem linii środka ciała; dziecko dokładnie w taki

sam spowolniony sposób je naśladuje. Terapeuta zmienia prędkość wykonywania ruchów, dziecko dostosowuje tempo swoich ruchów.

Ćwiczenie 6.

Dziecko siedzi przy stoliku. Terapeuta zajmuje miejsce po jego prawej stronie. Na małych talerzykach leżą wycięte z marchewki i ogórka figury geometryczne: koła, trójkąty, kwadraty oraz podłużna tacka z trzema małymi miseczkami (talerzyk na przystawkę). Najpierw zadaniem dziecka jest rozpoznanie warzyw po smaku. Następnie przyporządkowuje etykiety z figurami do kształtów powycinanych z warzyw. Terapeuta wkłada do każdego pojemniczka pojedynczą figurę geometryczną z marchewki, dziecko przyporządkowuje etykiety figur w pojemniczkach. Zamyka ono oczy i otwiera usta, terapeuta na patyczku laryngologicznym kładzie mu na języku warzywną figurę (koło lub trójkąt), pojemniczki zakrywa przestoną. Zadaniem dziecka jest rozpoznać, jaki kształt ma w buzi. Przez chwilę dziecko przemieszcza figurę w jamie ustnej. Następnie terapeuta prosi o wskazanie przez nie figury, którą rozpoznało dzięki manipulacjom języka. Sprawdzenie poprawności odpowiedzi następuje przez zdjęcie przestony z pojemniczków. W identyczny sposób przebiega rozpoznawanie kształtów wyciętych z ogórka. Można zastosować tu również inne warzywa i owoce, uwzględniając ich twardość i różne faktury.



Zdj. 1.

Ćwiczenie 7.

Sytuacja zadaniowa jak w ćwiczeniu 6. Terapeuta w trzech pojemniczkach umieszcza wybrane figury z marchewki i ogórka. Zadaniem dziecka jest rozpoznanie i nazwanie figur oraz podanie nazwy warzywa, z którego je wykonano i ułożenie przed pojemnikami odpowiednich etykiet. Zamyka ono oczy i otwiera usta, terapeuta na patyczku laryngologicznym kładzie mu na języku warzywną figurę (koło lub trójkąt),

a pojemniczki zakrywa przestoną. Zadaniem dziecka jest podanie nazwy figury i warzywa, z którego ją wykrojono. Sprawdzenie poprawności odpowiedzi następuje w ten sam sposób jak w ćwiczeniu 6.



Zdj. 2.

Ćwiczenie 8.

Skoki na trampolinie. Na polecenie terapeuty dziecko dotyka wskazanego miejsca na swoim ciele.

Ćwiczenie 9.

Dziecko siedzi na piłce rehabilitacyjnej, w dłoniach trzyma piłeczki – kciuk ma w pozycji przeciwstawnej do pozostałych palców, a ręce zgięte pod kątem prostym przylegają do tułowia. Zadaniem dziecka jest rytmiczne ściskanie piłeczek całą dłońią 10 razy – powtarzamy trzykrotnie. Następnie dziecko ściska piłkę 4 razy palcami jednej dłoni, używając tylko kciuka i jednego palca przeciwnego. Sekwencję zaczynamy kciukiem i palcem wskazującym, a kończymy kciukiem i małym palcem. Następnie odwracamy kolejność sekwencji, tak by kończyć ją na kciuku i palcu wskazującym. Powtarzamy 3 razy i następuje zmiana ćwiczącej dłoni.

SCENARIUSZ 2.

TEMAT: Zabawy samogłoskami

CEL OGÓLNY: Rozwijanie sfer i czynności niezbędnych dziecku do podjęcia nauki czytania i pisania na pierwszym etapie edukacyjnym za pomocą aktywności rozwijających bazowe systemy zmysłowe

POMOCE: Duża kostka do gry z cyframi, duża kostka do gry z zamocowanymi etykietami z samogłoskami, karta z etykietami z zapisanymi samogłoskami, 12 zalaminowanych etykiet z literami: A, O, U/Ó, E, I, Y zapisanymi czcionką bezszeryfową, np. Arial, memory

fonemowo-obrazkowe (6 dźwiękowych płytek w jednokolorowym kolorze z nagrzanymi samogłoskami, obrazki z podmiotami, których nazwy rozpoczynają się na samogłoski), nożyczki, 12 kręgli z przymocowanymi na ich wierzchołkach etykietami z samogłoskami, 6 pustych butelek typu PET o poj. 1 l, kubek, pojemnik z wodą, plastikowa tacka, 12 dużych gumek recepturek, piasek kinetyczny, mała piłka, dysk sensoryczny, karimata, ławeczka gimnastyczna, deska rotacyjna, mały stołeczek

CZAS REALIZACJI: Jedno spotkanie terapeutyczne

PRZEBIEG ZAJĘĆ

Ćwiczenie 1. Gimnastyka z samogłoskami – odtwarzanie ciałem zapisu głosek

Losowanie kostką z samogłoskami samogłoski, a kostką do gry liczby powtórzeń ćwiczeń przypisanych samogłoskom.

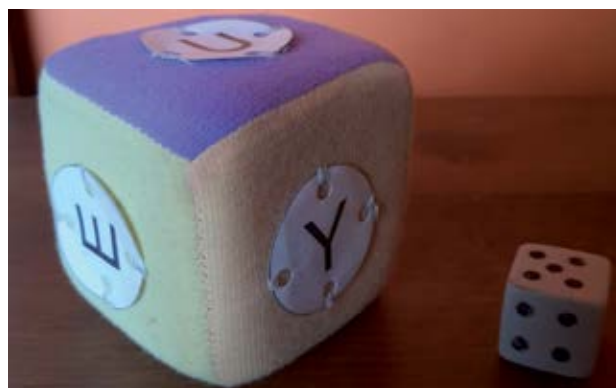
A – klęk podparty, uniesienie bioder do góry z wyprostem kolan;

O – leżenie na plecach, przejście do siadu skulnego;

U – siad ugięty, przejście do siadu równoważnego;

I – przysiad podparty, przejście do pozycji stojącej z uniesieniem ramion do góry i wspięciem na palce; E – leżenie tyłem, jednoczesne uniesienie ramion i nóg w górę, uniesienie głowy bez odrywania barków od podłoża z jednoczesnym zgięciem jednej nogi w kolanie i przywiedzeniem kolana jak najbliżej tułowia (przy powtórzeniach zmiana nogi zginanej);

Y – przysiad podparty, przejście do wyprostowania z wyprostem w górę i wyprostem ramion w bok.



Zdj. 3.

Ćwiczenie 2. Kręgle

• Przygotowanie kręgli

Dziecko rozcina etykiety z samogłoskami. Następnie odkręca nakrętkę z butelki i napełnia butelkę wodą za pomocą kubeczka do narysowanej linii. W ten sposób przygotowuje 6 kręgli. Końcowym etapem jest umocowanie na kręglach etykiet z samogłoskami. Terapeuta trzyma butelkę, przytrzymując etykietę,

dziecko rozciąga gumkę recepturkę, nakłada ją na butelkę, mocując w ten sposób etykietę.

● Przygotowanie zabawy

Dziecko bierze w każdą dłoń kręgiel w miejscu jego przewężenia. Przenosi kręgle na miejsce wyznaczone do ich ustawienia, przechodząc po ławeczce z wyprostowanymi w bok ramionami. Wraca po kolejne kręgle, przechodząc po ławeczce tip-topami.

● Zabawa

Wariant 1. Dziecko kładzie się na karimacie w leżeniu przodem, z piłką w dłoniach; unosi w górę łokcie i wypycha sprzed siebie piłkę w kierunku kręgli. Podnosi się i ustawia przewrócone kręgle na ich miejscu – odczytuje litery z etykiet.

Wariant 2. Dziecko wybiera kręgiel, który zamierza strącić, podając jego literowe oznaczenie.

Ćwiczenie 3.

Dziecko stoi na dysku sensorycznym, wokół którego ustawione są kręgle z umocowanymi na ich wierzchołku etykietami z samogłoskami. Zadaniem dziecka jest odczytanie z kręgla samogłoski, a następnie strącenie go stopą. Kręgle przewraca naprzemiennie stopą prawą i lewą.

Ćwiczenie 4.

Dziecko siedzi na desce rotacyjnej naprzeciwko terapeuty. Ten bezgłośnie wypowiada samogłoskę, zadaniem dziecka jest odczytanie jej z ruchu jego warg. Następnie dziecko odpycha się od dłoni terapeuty, wprawiając w ruch deskę, w kierunku ułożonego na stołeczku stosiku etykiet z samogłoskami; wybiera z niego tę z literą odpowiadającą odczytanej z ruchu warg terapeuty samogłosce; odpycha się od dłoni terapeuty, by powrócić na pozycję wyjściową.

Ćwiczenie 5.

Gra w memory fonemowo-obrazkowe. Po jednej stronie dziecka są ułożone płytki dźwiękowe z nagraniami samogłosek, a po drugiej – odwrócone

wierzchem do blatu obrazki. Zadaniem dziecka jest dobranie do odtworzonego nagrania fonemu obrazka z podmiotem, którego nazwa się na niego rozpoczyna. Dobieranie par rozpoczynamy zgodnie z kierunkiem linearnym. Do odtwarzania nagranych fonemów i odwracania obrazków angażujemy dominującą rękę dziecka, a do ich zbierania dziecko używa obu rąk.

Ćwiczenie 6.

Dziecko siedzi przy stoliku, a przed nim leży woreczek z foremkami w kształcie liter (A, O, U, E, I, Y). Po prawej stronie dziecka siedzi terapeuta z takim samym zestawem liter w woreczku. Zabawa polega na odszukiwaniu w woreczku bez udziału wzroku foremek-liter odpowiadających podanym samogłoskom. W trakcie zabawy terapeuta zamienia się rolą z dzieckiem.

Ćwiczenie 7.

Dziecko wypełnia foremki-literki piaskiem kinestetycznym i robi literkowe babki. Następnie terapeuta i dziecko naprzemiennie sprzątają literkowe babki – terapeuta wymawia samogłoskę, a dziecko sprząta babkę odpowiadającą jej zapisowi i na odwrót.

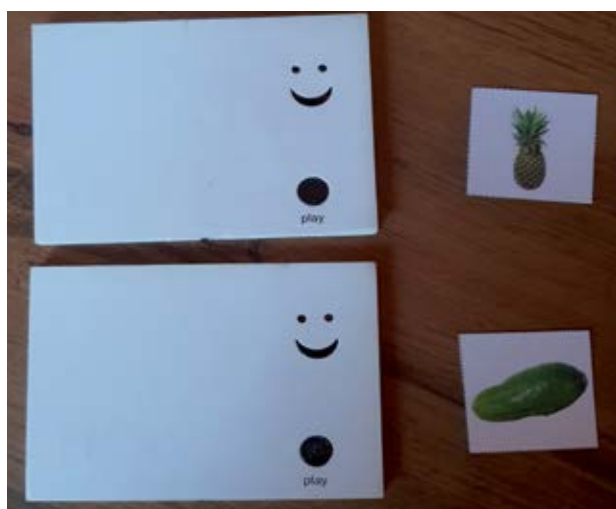
Ćwiczenie 8.

Przeniesienie przez dziecko wcześniej wykonanych kręgli w miejsce, gdzie były przygotowywane, w taki sam sposób jak przy zorganizowaniu zabawy (ćwiczenie 1.). Następnie zdejmuje etykiety z butelek, opróżnia je z wody i zakręca.

Zdjęcia pochodzą z archiwum autorki.

MAŁGORZATA KUJAWIŃSKA

Nauczyciel dyplomowany, neurologopeda, terapeuta SI, terapeuta BI, terapeuta MFT według A. Kittel.



Zdj. 4.

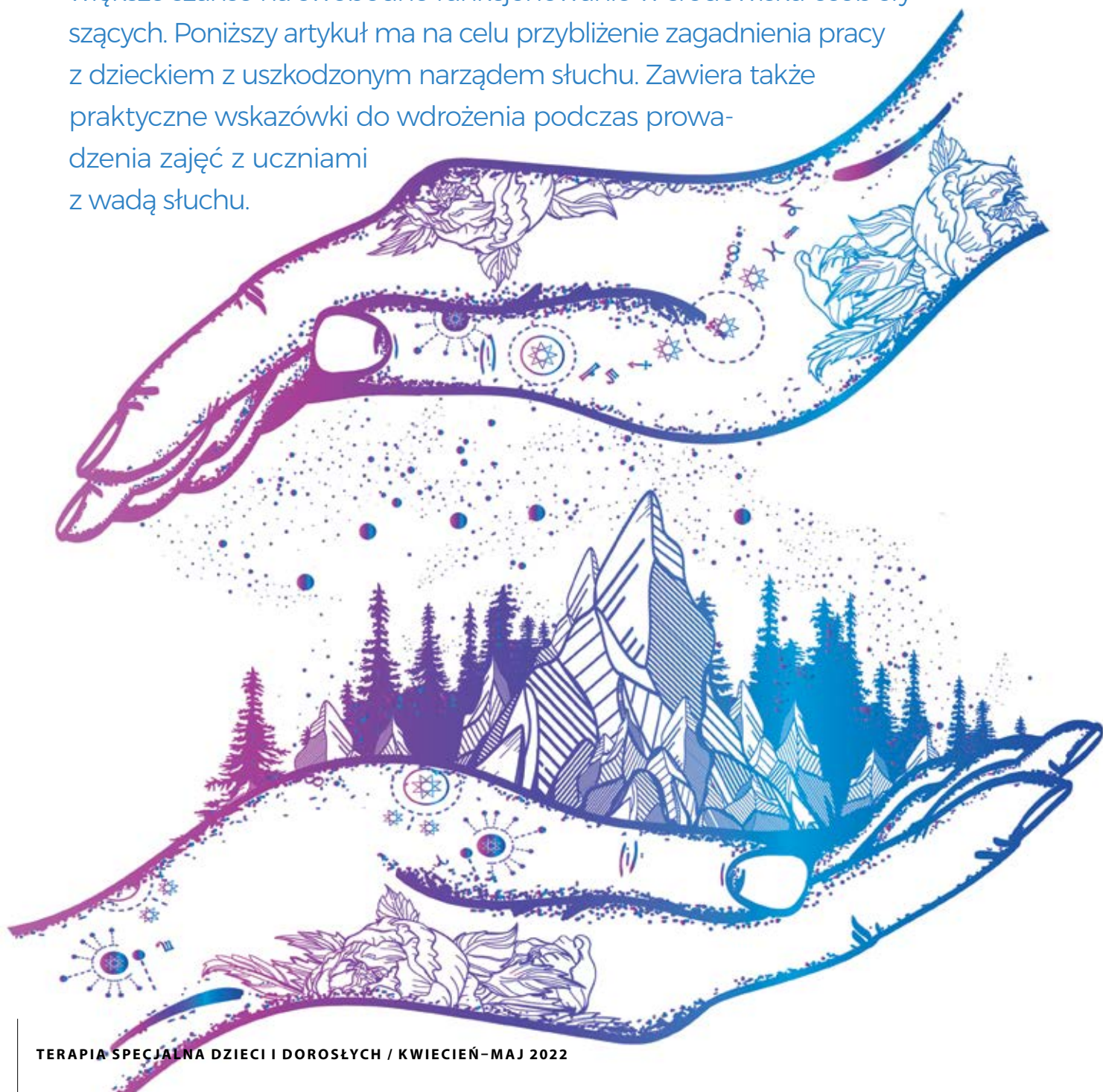
BIBLIOGRAFIA:

- Engel-Yeger B., Harald-Nasser R., Gal E., *Zaburzenia przetwarzania sensorycznego obecne u dzieci z różnym stopniem niepełnosprawności intelektualnej*, „Integracja Sensoryczna”. Biuletyn PSTIS, 3 (2011).
- Gacka E., *Zaburzenia rozwoju mowy u dzieci z porodów przedwczesnych. Diagnoza i efekty oddziaływań terapeutycznych*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2018.
- Jęczeń U., *Postępowanie logopedyczne w przypadkach oligofazji* [w:] Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2015.
- Masgutowa S., Regner A., *Rozwój mowy dziecka w świetle integracji sensomotorycznej*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2009.
- Odowska-Szlachcic B., *Metoda integracji sensorycznej we wspomaganiu rozwoju mowy dzieci z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010.
- Odowska-Szlachcic B., *Wczesne usprawnianie rozwoju mowy z zastosowaniem ustno-twarzowej terapii regulacyjnej (UTTR) wywiad z dr n. hum. Anną Regner*, „Forum Logopedy” 20 (2017).
- Stasik J., *Postępowanie logopedyczne w przypadkach alalii prolongaty* [w:] Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2015.

AUTORKA: KAMILA MISZCZYK

Jak działać polisensorycznie, aby odpowiednio stymulować rozwój dziecka z wadą słuchu?

Aktualnie dzięki możliwości wczesnego wykrywania wady słuchu oraz rozszerzeniu czasu i metod terapii, dzieci z uszkodzonym narządem słuchu mają większe szanse na swobodne funkcjonowanie w środowisku osób słyszących. Poniższy artykuł ma na celu przybliżenie zagadnienia pracy z dzieckiem z uszkodzonym narządem słuchu. Zawiera także praktyczne wskazówki do wdrożenia podczas prowadzenia zajęć z uczniami z wadą słuchu.



Wartykule używam sformułowań, takich jak dziecko z uszkodzonym narządem słuchu i dziecko z wadą słuchu, nie różnicując stopnia ubytku. Ma to na celu przekazanie ogólnych informacji o trudnościach, jakie napotyka dziecko z tą niepełnosprawnością w trakcie rozwoju i nauki. Oczywiście inne trudności będzie mieć dziecko z niedosłuchem lekkim, a inne z głębokim.

Od czego zależy zakres funkcjonowania dziecka z niedosłuchem?

Zakres funkcjonowania dziecka z niedosłuchem jest bardzo szeroki i zależy od wielu czynników. Dzieci z tą samą wadą mogą funkcjonować zupełnie inaczej. Zależy to od:

- ▶ momentu wykrycia wady;
- ▶ stopnia głębokości ubytku słuchu;
- ▶ czasu założenia protezy słuchowej (np. aparatu, implantu);
- ▶ czasu rozpoczęcia rehabilitacji;
- ▶ występowania dodatkowych sprzężeń.

Jeżeli u dziecka:

- ▶ wada słuchu została wykryta od razu po urodzeniu dzięki badaniom przesiewowym;
- ▶ nie występują dodatkowe niepełnosprawności;
- ▶ zadbano, by otrzymało ono protezę słuchową w ciągu kilku pierwszych miesięcy życia;
- ▶ od razu została wdrożona terapia słuchu;
- ▶ rodzice współpracują ze specjalistami i stosują wychowanie słuchowe w domu, ma ono szansę na rozwój porównywalny do słyszających rówieśników oraz na naukę w przedszkolu i szkole ogólnodostępnej lub integracyjnej.

Jeśli jednak:

- ▶ wada słuchu jest głęboka;
 - ▶ wystąpiła w późniejszym czasie po urodzeniu lub nie została od razu wykryta;
 - ▶ u dziecka występują inne zaburzenia;
 - ▶ dziecko pochodzi z rodziny niesłyszącej;
 - ▶ nie otrzymuje odpowiedniej liczby bodźców;
 - ▶ proteza słuchowa została wdrożona zbyt późno lub dziecko nie ma z niej korzyści;
- rozwój będzie mocniej zaburzony i niezbędna stanie się intensywna terapia, która obejmować będzie także okres szkolny. Prawdopodobnie może okazać się wskazanie do nauki w placówce specjalnej dla dzieci z wadą słuchu. W obu przypadkach niezbędna jest terapia z udziałem specjalistów,

m.in. surdopedagoga i surdologopedy. Decyzja o wyborze placówki (ogólnodostępnej, integracyjnej, specjalnej) będzie od indywidualnych możliwości samego dziecka oraz decyzji rodziców.

W mojej pracy wielokrotnie spotykałam dzieci, u których zdiagnozowano głęboki niedosłuch (powyżej 90 dB), ale u których korzyści z implantów ślimakowych oraz terapii były tak duże, że dzieci te z powodzeniem uczęszczają do szkół ogólnodostępnych. I odwrotnie, pracowałam z dziećmi z dużo mniejszym niedosłuchem, u których rozwój funkcji poznawczych przebiegał na niższym poziomie. Dzieci te często wymagają intensywnej terapii i wsparcia w placówkach specjalnych.

Jak rozwija się dziecko z wadą słuchu?

Temat rozwoju psychospołecznego dzieci z uszkodzonym narządem słuchu jest oczywiście bardzo złożony. Przedstawię pokrótce różnice między dzieckiem słyszającym a dzieckiem z wadą słuchu.

Percepcja: dzieci naturalnie rozwijają percepcję przez kontakt z najbliższym środowiskiem. Kontakt ten odbywa się z wykorzystaniem mowy werbalnej, mimiki, gestów. Małe dziecko słyszące w sposób naturalny zwraca uwagę na otaczający świat. Dziecko z uszkodzonym narządem słuchu ma zawężone pole odbioru wrażeń do tego, co jest w zasięgu jego wzroku lub zostaje mu bezpośrednio podane. Dźwięki mowy nie docierają do niego w pełni i są zniekształcone. Wpływa to negatywnie na ich rozumienie i zapamiętywanie.

Mowa: dziecko słyszące przyswaja mowę w sposób naturalny w trakcie kontaktu z innymi ludźmi. Dziecko z wadą słuchu napotyka problemy na tej drodze i proces nauki mowy jest zaburzony. Odbiór komunikatów jest mocno wpierany drogą wzrokową, ale nie daje to pełnego obrazu otaczającej rzeczywistości. Dziecko zapamiętuje przekazy słowne w nieprawidłowej postaci, a w umyśle tworzą się błędne wzorce. Wypowiedzi stają się niegramatyczne, nielogiczne.

Myślenie: dziecko, posiadając określony zasób słów, tworzy pojęcia. Wraz z poszerzaniem zawartości słownika biernego i czynnego rozwija się proces myślenia, abstrahowania, uogólniania. W ten sposób dziecko rozwija logiczne myślenie. U dzieci z wadą słuchu pojęcia i spostrzeżenia powstające w umyśle są niepełne. Wykorzystując w większym zakresie wzrok, zachodzi utrudnione rozumienie związków, np. czasu i przestrzeni. Zauważyć można sztywność i stereotypowość myślenia, wykonywanie zadań w sposób wyuczony, często nieadekwatny do sytuacji.

Pamięć: dzieci z wadą słuchu mają lepiej wykształconą pamięć wzrokową niż słuchową. Zapamiętują dużo szczegółów, które widzą. Jednak często nie rozumieją ich oraz nie umieją powiązać. Na przykład, czytając tekst, często nie potrafią opowiedzieć całości i odpowiedzieć na pytania. Przyswajanie treści odbywa się nierzadko bez zrozumienia. Trudność sprawia zapamiętywanie wyrazów, których dzieci z wadą słuchu nie rozumieją. Nie umieją utworzyć dla nich obrazu w umyśle (Kosowska 2011).

Jak wspierać rozwój dziecka z uszkodzonym narządem słuchu?

Jeżeli do grupy lub klasy trafi dziecko z wadą słuchu i jest ono jedynym takim dzieckiem, należy przygotować jego rówieśników na tę sytuację. Aby uniknąć nieprzyjemnych momentów, powinno się zapoznać dzieci z aparatem/implantem (za zgodą rodziców dziecka można go bezpośrednio pokazać innym uczniom) oraz uprzedzić, jakiej pomocy może wymagać nowy kolega czy koleżanka. Pomocne mogą okazać się książki z serii *Oliwier...* wydane przez firmę Phonac. Dzieci z grupy powinny zostać uświadomione na zachowywanie ciszy podczas lekcji, mówienie twarzą do kolegi/koleżanki z wadą słuchu, niesienie ewentualnej pomocy. Nie należy jednak przesadzać. Dziecko nie może czuć się inne, gorsze.

Nauczyciel pracujący z uczniem/uczennicą z wadą słuchu powinien zwrócić uwagę na:

- ▶ dominujący u dziecka kanał odbioru informacji (wzrokowy, słuchowy, wzrokowo-słuchowy, słuchowo-wzrokowy);
- ▶ przeważający sposób komunikacji (mowa werbalna, wspomagana gestami, język migowy, system językowo-migowy, komunikacja totalna itp.);
- ▶ poziom rozwoju językowego;
- ▶ poziom koncentracji;
- ▶ zakres rozumienia przekazywanych przez innych treści;
- ▶ zawiązywanie kontaktów z rówieśnikami.

W zależności od możliwości szkoły oraz rozwoju samego dziecka niezbędne są zajęcia logopedyczne oraz inne zajęcia przyznane w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego wydanego przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną, które placówka jest w stanie zapewnić (np. zajęcia wspierające rozwój poznawczy, tj. zajęcia z psychologiem, pedagogiem). Obowiązkowe jest stworzenie Indywidualnego Programu Edukacyjno-Terapeutycznego (IPET) na podstawie orzeczenia. Nauczyciele i specjaliści powinni natomiast reagować

od razu, gdy zauważą trudności w adaptacji i funkcjonowaniu dziecka z wadą słuchu. Mogą oni wnioskować także o dodatkowe zajęcia dla dziecka.

Praca podczas lekcji z dzieckiem z uszkodzonym narządem słuchu

Praca ta polega oczywiście na realizacji podstawy programowej. Zarówno w szkole ogólnodostępnej, jak i integracyjnej oraz specjalnej realizuje się taką samą podstawę programową. Niezbędne jest jednak dostosowanie metod i form nauki. Dodatkowo praca ta opiera się na stymulowaniu rozwoju językowego, poszerzaniu zasobu słownictwa biernego i czynnego oraz wiadomości o otaczającej rzeczywistości, umożliwieniu wielozmysłowego poznawania znaczenia, stosowaniu pozytywnych wzmocnień (pochwały, nagrody).

W jaki sposób dostosowywać metody i formy pracy?

Z mojego doświadczenia mogę powiedzieć, że:

- ▶ **z metod najlepiej sprawdzają się:** pogładowa, polisensoryczna, praktycznego działania, aktywizująca, wycieczki. Należy pamiętać, że w pracy z dzieckiem z wadą słuchu należy unikać nauczania wyłącznie słownego, długich wypowiedzi i zawiłego tłumaczenia. Niezbędne jest praktyczne przekazywanie treści. Wykorzystywanie pomocy dydaktycznych, które dziecko może zobaczyć czy dotknąć, jest kluczem do sukcesu. Ważne są metody aktywizujące dziecko, podczas których to ono jest aktywne oraz ma bezpośredni wpływ na wykonanie zadania. Taki sposób przekazywania wiedzy przyspiesza opanowanie materiału, powoduje także zaciekawienie dziecka lekcją;
- ▶ **środki dydaktyczne**, po które warto sięgać na każdych zajęciach, to: materiał obrazkowy (ilustracje i obrazki, albumy), słowno-obrazkowy (książki, słowniczeki słowno-obrazkowe, plakaty, mapy myśli, wykresy), filmowy (należy jednak pamiętać, że dźwięk z głośników może być źle odbierany przez protezy słuchowe), gry edukacyjne (często trzeba uprościć instrukcję, dostosować zasady), etykiety, tablice multimedialne, programy komputerowe, materiał tekstowy uproszczony, środki audiowizualne. Treści edukacyjne powinny być przejrzyste i uproszczone;
- ▶ **formy pracy** są stosowane tak jak w przypadku wszystkich uczniów, tzn.: indywidualna, grupowa,

zespołowa. Jednak dziecko z wadą słuchu najlepiej pracuje w mniejszej grupie. W dużej może czuć się przytłoczone, nie rozumieć wszystkiego, wstydzić się wypowiadać.

Nie można zapomnieć o indywidualizacji procesu nauczania, stopniowaniu trudności, systematyczności, pozytywnych wzmocnieniach dziecka. Na przykład błędy artykulacyjne i inne wynikające z niepełnosprawności nie powinny mieć wpływu na ocenę. Materiał gramatyczny i ortograficzny powinien zostać opracowany przede wszystkim na bazie ćwiczeń praktycznych. W tym wypadku reguły gramatyczne są drugorzędne. Należy unikać wprowadzania ograniczeń czasowych w trakcie sprawdzianów, a jeśli dziecko tego potrzebuje – wydłużyć mu czas. Z dużą dozą wyrozumiałości należy oceniać wszelkie recytacje, czytanie z odpowiednią intonacją i znakami przystankowymi.

W jaki sposób przygotować przestrzeń do pracy z dzieckiem z wadą słuchu?

Przygotowanie sali zajęciowej ma realny wpływ na koncentrację i funkcjonowanie dziecka.

Zalecane jest zadbanie o porządek w miejscu pracy, ograniczenie rozpraszających bodźców. Jednocześnie warto, aby na widoku były plansze z aktualnie ćwiczonymi zagadnieniami – dziecko utrzuca materiał, często patrząc na takie pomoce. Mogą one być także wsparciem podczas wypowiedzi, wykonywania zadań. Należy pilnować spokoju i ciszy w klasie oraz wyeliminować, na tyle, na ile to możliwe, przekrzykiwanie się innych dzieci itp. Ważne jest odpowiednie oświetlenie, a uczeń/uczenica powinni otrzymać miejsce w sali umożliwiające dobrą widoczność twarzy nauczyciela i prezentowanych przez niego treści.

Jak mówić do dziecka z wadą słuchu?

- ▶ Zwracając się do dziecka, należy czynić to bezpośrednio, upewniając się, że słyszy.
- ▶ Nauczyciel powinien unikać chodzenia, odwracania się tyłem podczas mówienia, zasłaniania ust rękami, książką, włosami, apaszką itp.
- ▶ Nie należy okazywać zniecierpliwienia w przypadku konieczności kilkurazowych powtórzeń pytań do dziecka; często niezbędne jest udzielanie dodatkowych wyjaśnień, stosowanie pytań pomocniczych czy naprowadzanie dziecka.
- ▶ Mówić należy w sposób wyraźny, ale bez przesadnej artykulacji oraz gestykulacji.

- ▶ Warto do wypowiedzi słownych dodawać ruchy ciała, tzw. mowę ciałem.
- ▶ Można upraszczać słownictwo, ale należy pamiętać, że dzieci muszą poznawać nowe pojęcia.
- ▶ Dłuższą wypowiedź należy skrócić, podzielić na krótsze polecenia, zdania. Należy unikać zdań wielokrotnie złożonych.
- ▶ Lepiej unikać pytań zaczynających się od „czy” – odpowiedź „tak”, „nie” może nie świadczyć o zrozumieniu przez dziecko pytania.
- ▶ Należy uwrażliwiać dziecko na polecenie „słuchaj”, w przypadku przekazywania istotnych treści, najlepiej połączone z gestem wskazywania na ucho.

Inne wskazówki do pracy

- ▶ Należy zapewnić dziecku odpowiednią ilość czasu niezbędną do zrozumienia polecenia lub zadania oraz do udzielenia odpowiedzi.
- ▶ Powinno się przygotowywać sprawdziany dostosowane do możliwości percepcyjno-poznawczych dziecka.
- ▶ Należy zwiększać motywację do podejmowania wysiłku i kończenia rozpoczętych zadań.
- ▶ Warto oddziaływać na wyobraźnię dziecka poprzez inscenizacje, dramy.
- ▶ Powinno się zachęcać do komunikowania się, informowania o napotkanych trudnościach i emocjach.
- ▶ Należy unikać zawstydzania, nacisku, przymusu, porównywania dziecka z innymi.
- ▶ Podczas lekcji nauczyciel powinien często podchodzić do dziecka i upewniać się, że wie ono, co ma robić.
- ▶ Powinno się zapisywać pracę domową w zeszytach, ponieważ dziecko może nie usłyszeć lub nie zrozumieć, co ma wykonać.

Praktyczne ćwiczenia z elementami integracji sensorycznej do zastosowania w pracy z dzieckiem z wadą słuchu

Elementy integracji sensorycznej można z powodzeniem wykorzystywać podczas lekcji lub zajęć indywidualnych. Zachęcam do wypożyczania pomocy z sali SI w szkole.

Nauka czytania, liczenia

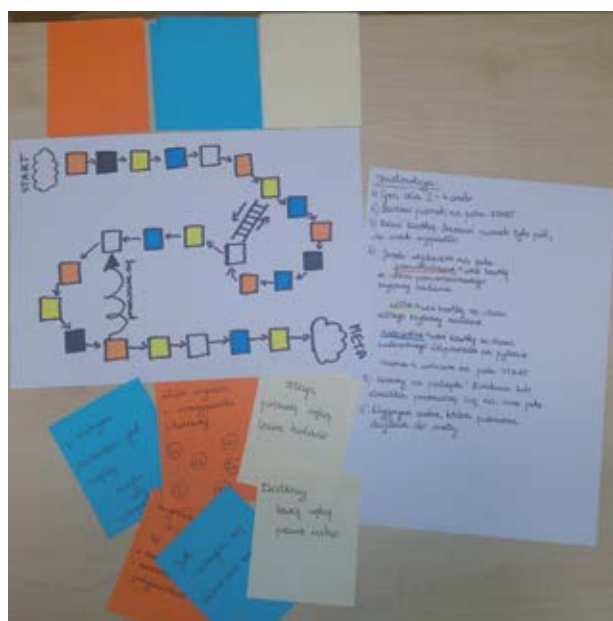
Wprowadzając litery, ćwicząc czytanie wyrazów lub zdań oraz wykonując działania matematyczne, można działać polisensorycznie, co przy okazji uatrakcyjni naukę. Proponuję:

1. Układanie plastikowych literek na talerzyku, nakładanie na nie pianki do golenia – dziecko wydobywa litery spod białej masy i czyta.
2. Ukrywanie literek, kartek z wyrazami lub działaniami matematycznymi w misce z ryżem – dziecko szuka, a następnie czyta lub liczy.
3. Wykorzystanie plastikowych jajek typu Kinder, obklejenie ich różnymi fakturami, chowanie w środku karteczek z literami/wyrazami/zdaniami – dziecko otwiera je, wyjmując etykiety, a następnie czyta lub liczy.
4. Skakanie dziecka na dużej piłce, a w tym czasie nauczyciel pokazuje plansze z napisami/działaniami, które ono czyta/oblicza. Zadanie można rozszerzyć: dziecko czyta etykiety pokazywane przez nauczyciela, następnie wstaje i szuka na stole takich samych etykiet, które czytało przed chwilą; lub skacząc, czyta ono ukazane na planszy matematyczne działanie, wstaje i szuka wyniku.
5. Zawieszenie liter lub wyrazów na ścianie na większej wysokości. Dziecko podskakuje i uderza dłońią wyraz, czyta, wysłuchuje wyraz przeczytany przez nauczyciela, szuka go, podskakuje i „zaklepuje”. Zadanie można urozmaicać, np. rzeczowniki/wyniki parzyste dziecko dotyka prawą ręką, a czasowniki/wyniki nieparzyste – lewą itp.
6. Rzucanie woreczkiem na plansze leżące na podłodze. Zadanie można wykonać na trenerze równowagi.
7. Słuchanie czytanki i za każdym razem, gdy dziecko usłyszy ustalony wyraz, podskakuje/kuca/klaszcze itd.
8. Zadawanie pytań i rzucanie piłki – dziecko łapie, odpowiada i odrzuca piłkę do nauczyciela/kolegi/koleżanki.
9. Przy dłuższych czytankach należy pamiętać, aby podzielić tekst na mniejsze fragmenty, uprościć zdania, nie zakłócając treści, czytać i omawiać pojedyncze zdania w danym fragmencie lub całe akapity (w zależności od możliwości dziecka), wyjaśniać niezrozumiałe słowa. Zachęcam do wycięcia osobno każdego omówionego fragmentu tekstu, następnie ułożenia wszystkich na podłodze (najlepiej na większej powierzchni, typu korytarz szkolny) i wykorzystanie deskorolki. Dziecko siada na desce, np. kolanami, potem odpychając się rękoma, podjeżdża do kartek i zbiera je. Na koniec układa fragmenty w odpowiedniej kolejności.
10. Stosowanie pomocy wizualnych: kolorów do zaznaczania ważnych treści, kolorowych plansz, map myśli – należy pamiętać, że wszelkie schematy wykorzystujące obrazki są dużym ułatwieniem w nauce.



Zdj. 1.

11. Warto także zadawać pytania do przeczytanych treści. Aby nie było to zbyt nudne dla dziecka, polecam wcześniej przygotować etykiety z takimi pytaniami. Można je schować do pudełka i podać dziecku do losowania/rozłożyć na stoliku, rzucać kostką do gry, wybierać etykietę z numerem pasującym do liczby oczek na kostce i wykonywać tym podobne ćwiczenia wzbudzające ciekawość ucznia/uczenicy.
12. Gry planszowe. Zachęcam nauczycieli do tworzenia własnych gier. Nie wymaga to dużych nakładów ani czasu, ani materiałów. Wystarczą proste gry rysowane na kartkach, z dodatkowymi załącznikami w postaci np. kart z pytaniami czy zadaniami. Można ćwiczyć za ich pomocą różne funkcje poznawcze, dodawać elementy dźwiękowe, wprowadzać elementy ruchowe, utrwalać materiał edukacyjny, językowy. Niestety, wiele gier dostępnych na rynku



Zdj. 2.

Kontynuacja bestsellerowego kursu
„Joga jako narzędzie terapeutyczne wspierające rozwój dziecka”



JOGA INTEGRALNA jako wielowymiarowe narzędzie W PRACY Z DZIEĆMI z zaburzeniami neurorozwojowymi, emocjonalnymi i społecznymi

Specjalistyczny kurs online dla nauczycieli, wychowawców,
pedagogów, psychologów i rodziców

Poznaj terapeutyczne właściwości jogi!

DOWIEDZ SIĘ



Jak w sposób bezpieczny i świadomy wprowadzić elementy jogi integralnej do codziennej pracy z dzieckiem



Jakie wprowadzić ćwiczenia na koncentrację, aktywności sensoryczne, opowieści ruchowe, ćwiczenia wyciszające i relaksacyjne



Jak z pomocą jogi rozładować u podopiecznych nadmiar energii i przekształcić ją w energię twórczą

Partnerzy:

 **Klasa PEDAGOGICZNY**

charaktery
magazyn psychologiczny

 **Życie Szkoły**
EDUKACJA Wczesnoszkolna

Wychowanie w Przedszkolu
ŻYWIENIE DLA NAUCZYCIELI



SPRAWDŹ SZCZEGÓŁY NA

WWW.UNIQSKILLS.COM





Zdj. 3.

nie jest dostosowana do możliwości dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, choć oczywiście wybór jest bardzo duży. Mogę polecić także platformy online, na których można tworzyć własne gry, np. Wordwall.net, Genial.ly. Korzystanie z komputera czy tablicy multimedialnej także pozwala na wielozmysłową naukę z wykorzystaniem integracji percepcyjno-motorycznej.

13. Memory słowno-obrazkowe ćwiczące zarówno pamięć wzrokową, jak i utrwalające aktualnie przerabiane słownictwo.
14. Zadania matematyczne tekstowe warto rozrysować lub wyraźnie zaznaczyć i rozdzielić zawarte w nim dane, pytanie.
15. Ćwiczenie stosunków przestrzennych i rozumienia dłuższych poleceń: takie zadania oczywiście powinno się wykonywać w ruchu. Można schować w klasie kopertę z zadaniem, którą dzieci będą szukać,

wykonując usłyszane polecenia, np. „idź 4 kroki do przodu, potem skręć w lewo i idź 5 kroków przed siebie”. Innym sposobem ćwiczenia tych funkcji jest rysowanie obrazka według słownej instrukcji.

16. Nauka prostych wierszy: warto na początku rytmicznie, sylabami wymawiać poszczególne zdania, zanim dziecko przystąpi do nauki pamięciowej całości. Na przykład: Sto – i na sta – cji lo – ko – mo – ty – wa...
17. Odgadywanie wygłoskowanych przez nauczyciela wyrazów.
18. Odtwarzanie rytmów prezentowanych ruchem rąk, nóg, np.: wykłaskiwanie, uderzanie dłońmi o uda, tupanie. Można układać rytmy do liczby dźwięków instrumentów, wykorzystując do tego klocki. Przykładowy układ dźwięków bębna: 1 uderzenie, cisza, 3 uderzenia, cisza, 2 uderzenia będzie wyglądał następująco:



19. Różnego rodzaju gry można modyfikować o elementy słuchowe, ćwiczyć uwagę słuchową. Realizacja taka jest możliwa np. z wykorzystaniem budzika w telefonie. Ustawiamy dźwięk, który zadzwoni za 2, 3 minuty, nie informując dzieci o tym czasie. Gdy budzik zadzwoni, pierwsza osoba, która podczas gry np. wstanie, otrzymuje dodatkowe punkty.

Podsumowanie

Funkcjonowanie dziecka z wadą słuchu w szkole w dużej mierze zależy od działań podjętych przez nauczycieli i specjalistów. Odpowiednie przygotowanie środowiska szkolnego, stosowanie w przebiegu zajęć elementów metody SI oraz polisensorycznych działań przyczyniają się do lepszych efektów kształcenia dzieci z wadą słuchu oraz zwiększenia poczucia własnej wartości uczniów i uczennic. Oprócz realizacji podstawy programowej, fundamentalne jest rozwijanie samodzielności i umiejętności radzenia sobie w otaczającym środowisku. To prymarny element edukacji dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

Zdjęcia pochodzą z archiwum autorki.

KAMILA MISZCZYK

Surdopedagog, specjalista wczesnego wspomaganie rozwoju małego dziecka, nauczyciel edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej. Od 10 lat pracuje w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym dla Dzieci Słabosłyszących nr 15 w Warszawie, w którym kształcą dzieci z wadą słuchu oraz zaburzeniami komunikacji i mowy.

AUTORKA: ALEKSANDRA KWIATKOWSKA

Model wdrażania AAC w placówkach edukacyjnych

– NA PRZYKŁADZIE ZESPOŁU NIEPUBLICZNYCH PLACÓWEK
OŚWIATOWYCH PSONI KOŁO W GDAŃSKU

Niniejszy artykuł stanowi opis warunków oraz założeń modelu wdrażania komunikacji alternatywnej i wspomagającej w placówce edukacyjnej na przykładzie Zespołu Niepublicznych Placówek Oświatowych PSONI Koło w Gdańsku¹. Prezentowana koncepcja jest pracą całego zespołu szkolnego (nauczycieli, specjalistów, asystentów, dyrekcji), którego działania koordynuje autorka artykułu.

Projektowanie oraz wdrażanie działań wspierających porozumiewanie się uczniów o złożonych potrzebach w komunikowaniu się jest zadaniem całego zespołu profesjonalistów pracujących w placówce edukacyjnej. Wykorzystanie strategii komunikacji alternatywnej i wspomagającej (AAC, *Augmentative and Alternative Communication*) – z przygotowanymi partnerami komunikacyjnymi – podczas wszystkich zajęć szkolnych umożliwia uczniom ze złożonymi potrzebami w komunikowaniu się pełną realizację programu nauczania.



Tworzenie systemowych rozwiązań dla osób z trudnościami w porozumiewaniu się, w tym zapewnienie edukacji rozwijającej ich indywidualne systemy komunikacyjne, wydaje się najważniejszym zadaniem szkoły. Należy podkreślić, że budowanie modelu AAC w placówkach edukacyjnych jest procesem wieloletnim oraz wieloetapowym, a ukazywanie tego procesu oraz dzielenie się dobrymi praktykami może okazać się użyteczne dla kolejnych ośrodków.

Jak rozwijać kompetencje kadry?

Praca nad indywidualnym rozwojem i edukacją uczniów z niepełnosprawnościami wymaga kompetentnych i dobrze wykształconych profesjonalistów, pedagogów, terapeutów. Zatem elementem warunkującym powodzenie wdrażania modelu AAC w placówce oświatowej jest **przeszkolenie kadry** z zakresu wspomagających i alternatywnych form komunikacji. Z uwagi na brak standaryzacji szkoleń AAC w Polsce kluczowe jest nawiązanie współpracy ze specjalistą-szkoleniowcem, który wyróżnia się wieloletnim doświadczeniem we wprowadzaniu AAC w różnych placówkach oświatowych – dobrze jest, gdy jest on również superwizorem.

Praca zespołowa w placówce edukacyjnej umożliwia wzajemne uzupełnianie się kompetencjami, zasobami, wiedzą i umiejętnościami. Powołanie zespołu zadaniowego – **zespołu ds. AAC** i wskazanie jego **koordynatora** może usprawnić organizację działań wokół wspólnego celu, jakim w przypadku wdrażania modelu AAC w placówce edukacyjnej powinno być zwiększenie szans edukacyjnych uczniów ze złożonymi potrzebami w komunikowaniu się przez rozwijanie ich indywidualnych systemów komunikacyjnych.

Różnorodność zawodowych doświadczeń, kwalifikacji, ukończonych kursów i szkoleń specjalistycznych sprawia, że wiele działań podwyższających kompetencje pracowników możliwych jest do przeprowadzenia wewnętrznymi siłami i zasobami kadry. W Zespole Niepublicznych Placówek Oświatowych (ZNPO) udaje nam się w roku szkolnym przeprowadzić wewnętrzne szkolenie z obsługi najpopularniejszych oprogramowań do komunikacji, warsztaty ze stosowania sygnałów uprzedzających, prezentacje dostępnego sprzętu wysokiej technologii. Zasadne jest, aby koordynator zespołu ds. AAC stale poszukiwał dostępnych na rynku szkoleń i warsztatów pogłębiających wiedzę z zakresu AAC oraz dbał o doszkalanie nowych pracowników.

Należy jednak pamiętać, że wiedza jest jednym z elementów kompetencji – obok postawy, umiejętności i doświadczenia. I to właśnie postawa wobec osób z wyzwaniami rozwojowymi wydaje się głównym elementem

kompetencji profesjonalisty. Fundament stanowi uznanie niezależności i samostanowienia tych osób, pewności, stabilności i bezpieczeństwa relacji (Frohlich, s. 30–31). Dopiero taka postawa partnerów komunikacyjnych pozwala zarówno na nabywanie kompetencji w zakresie budowania indywidualnych systemów porozumiewania się, jak i aranżowania sytuacji służących relacji i komunikacji.

Niezbędna dokumentacja komunikacyjna uczniów – składowe elementy

Komunikacja alternatywna i wspomagająca to system porozumiewania opierający się na sztywnych, powtarzalnych i ściśle zaplanowanych sytuacjach. Budowanie indywidualnego systemu porozumiewania się uczniów o złożonych potrzebach w komunikowaniu się wymaga od całego interdyscyplinarnego zespołu pracowników szkoły **opracowywania szczegółowej dokumentacji** (diagnoza, cele terapeutyczne, strategie komunikacyjne). Dopiero myślenie przez pryzmat celów terapeutycznych prowadzi do funkcjonalnej komunikacji osób o złożonych potrzebach w porozumiewaniu się.

W ZNPO dokumentacja komunikacyjna uczniów o złożonych potrzebach w komunikowaniu się (w zależności od celów terapeutycznych) zawiera:

- ▶ **diagnozę AAC** – *Sprawdź, jak się porozumiewam. Ocena efektywności porozumiewania się dzieci niemówiących wraz z propozycjami strategii terapeutycznych* – narzędzie do oceny skuteczności porozumiewania się, czyli efektywności przekazywania informacji, budowania wypowiedzi, funkcjonalnego współgrania z rozmówcą oraz ogólnego nastawienia i motywacji do komunikacji. Wyniki w skali od 0 do 1 określają niską skuteczność, od 2 do 3 – umiarkowaną skuteczność, a od 4 do 5 – wysoką skuteczność porozumiewania się (Grycman, 2009, 2015);
- ▶ **indywidualny system komunikacyjny** (ISK) – wieloelementowy twór uwzględniający wszystkie możliwości użytkownika w zakresie porozumiewania się. W skład ISK wchodzi elementy, takie jak: system motywacji, zachowania komunikacyjne, przekaz wspomagany, pomoce komunikacyjne, sposób dostępu, strategie komunikacyjne, partnerzy interakcji, pozycja i siedzisko, system symboli mowy czynnej (Jerzyk, 2013);
- ▶ **strategie komunikacyjne** (załącznik do diagnozy AAC) – zaplanowane, opisane i wielokrotnie powtarzane sytuacje komunikacyjne. Uwzględniają one wspomagające działania partnera, zachowania

docelowe użytkownika, kod komunikacyjny, organizację miejsca i pozycję, pomoce AAC oraz sposób ich wykorzystania (Grycman, Jerzyk, Bucyk, 2021);

- **paszport komunikacyjny** (znajduje się przy wózku lub/i siedzisku ucznia oraz w plecaku ucznia) – to rodzaj dokumentu dziecka, nośnik informacji o dziecku/ucznio (zawiera m.in. najważniejsze informacje dotyczące stanu zdrowia/funkcjonowania i indywidualnego systemu porozumiewania się oraz opis zachowań komunikacyjnych). Paszport jest cennym narzędziem dla wszystkich osób pracujących z uczniem, a szczególnie dla tych, którzy spotykają się z osobą o złożonych potrzebach w komunikowaniu się po raz pierwszy;
- **indywidualne pomoce** niskiej oraz wysokiej technologii;
- **nagrania z zajęć indywidualnych oraz grupowych**, podczas których realizowane są strategie komunikacyjne.

Dokumentacja komunikacyjna uczniów o złożonych potrzebach w komunikowaniu się zmienia się wraz z ich indywidualnym systemem komunikacyjnym. Wymaga aktualizacji, redefiniowania celów terapeutycznych,

we wspierających warunkach zapewnionych przez superwizora (Mutzeck, za: Chmielewska-Długosz, 2007).

Superwizja jest powszechnie wykorzystywaną oraz pożądaną formą rozwoju osobistego w terapii z zakresu komunikacji alternatywnej i wspomagającej. Podczas superwizji z terapii AAC superwizant – czyli osoba poddająca się superwizji – przedstawia proces budowania systemu komunikacyjnego z wybranym użytkownikiem komunikacji alternatywnej i wspomagającej, zadaje pytania, prezentuje pełną dokumentację (ocenę komunikacyjną, strategie komunikacyjne) oraz przedstawia proces terapeutyczny na materiale filmowym lub/i podczas zajęć prowadzonych na żywo.

Superwizje AAC, tak jak z założenia każdy rodzaj superwizji, nakierowane są zarówno na rozwój osoby poddającej się jej procesowi (przeanalizowania własnej pracy, relacji komunikacyjnej, skuteczności strategii komunikacyjnych), jak i na podwyższenie jakości oddziaływań terapeutycznych, w tym także podwyższenie jakości usług organizacji, placówki (Grycman, Jerzyk, 2021, s. 123). Superwizja stanowi okazję do korzystania z wiedzy i doświadczenia superwizora. Ważne zatem, aby był on autorytetem zawodowym i etycznym dla osoby superwizowanej.

NARZĘDZIAMI WSPIERAJĄCYMI CZŁONKÓW ZESPOŁU PROFESJONALISTÓW PRACUJĄCYCH Z OSOBAMI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI SĄ SUPER- ORAZ INTERWIZJE.

uzupełniania o nowe strategie i materiał filmowy. Spojrzenie na system komunikacyjny użytkowników AAC przez pryzmat dokumentacji pokazuje również, jak trudny, wieloetapowy i wymagający jest to proces. Szczegółowa dokumentacja ma kluczowe znaczenie podczas przekazywania strategii komunikacyjnych nowym partnerom oraz podczas procesu przejścia do kolejnych placówek edukacyjnych.

Superwizja oraz interwizja jako forma wspierania rozwoju profesjonalistów

Narzędziami wspierającymi członków zespołu profesjonalistów pracujących z osobami z niepełnosprawnościami są super- oraz interwizje. Przedmiotem superwizji są głównie trudne lub zaburzone procesy interakcji międzyludzkiej w płaszczyźnie relacji zawodowych. Superwizja jest formą profesjonalnej pomocy i wsparcia terapeutów poprzez ich motywowanie do uruchamiania swoich wewnętrznych zasobów i kompetencji, przepracowania doświadczeń zawodowych z dystansu

W ZNPO wszyscy nauczyciele, terapeuci oraz dyrekcja uczestniczą w superwizji grupowej minimum 2 razy w roku szkolnym (2 razy po 2 dni). Szkoła współpracuje cyklicznie z jednym superwizatorem. Podczas dwu dniowej pracy prezentowane i omawiane są indywidualne systemy komunikacyjne sześciorga uczniów. Superwizanci prezentują swoje zajęcia z uczniem – na żywo w obecności superwizora lub/i na materiale filmowym. Podczas wspólnego omawiania, w którym uczestniczy cała kadra pedagogiczna szkoły, omawiane są wyzwania komunikacyjne użytkowników AAC, relacja terapeuta-uczeń i najważniejsze cele. Omówienie jest również okazją do przećwiczenia strategii komunikacyjnych, zaplanowania przeniesienia działań z terapii indywidualnej do środowiska klasowego/grupowego lub/i domowego. Na podstawie otrzymanej od superwizora informacji zwrotnej, po zakończonym spotkaniu terapeuta AAC wraz z wychowawcą (w porozumieniu z innymi terapeutami – terapeutą wzroku, fizjoterapeutą) dokonują zmian w systemie oraz dokumentacji uczniów ze złożonymi potrzebami w komunikowaniu się. Z uwagi

Jak zorganizować superwizję? – zadania koordynatora ds. AAC

(doświadczenia własne oraz Henderson, Holloway, Millar, 2014, s. 145–157):

- **Poznaj potrzeby zespołu** – przedstaw ideę superwizji, jej założenia, cele, korzyści płynące z procesu, zapytaj członków zespołu o ich oczekiwania i lęki względem superwizora i procesu superwizji. Przedstaw warunki, które musi spełnić superwizant poddany procesowi (zgoda i gotowość na nagrywanie swojej pracy, nawiązanie współpracy opartej na otwartej komunikacji z empatią, wiarygodnością, skłonnością do refleksji i ewaluacji swojej pracy).
- **Stwórz porozumienie robocze lub umowę z superwizorem, poznaj sposób jego pracy** (etapy rozwoju zawodowego, doświadczenie szkoleniowe), aby zbudować bezpieczną przestrzeń współpracy. Warto porozmawiać o wartościach osobistych i zawodowych oraz etyce w stosunku do pracy.
- **Zidentyfikuj zasady i procedury współpracy z superwizorem**, upewnij się, czego możesz oczekiwać od superwizora, powiedz o swoich wyobrażeniach o dobrej współpracy oraz o lękach i niepokojach.
- **Zorganizuj spotkanie zespołu** – porozmawiajcie o potrzebach, zdefiniujcie problemy i trudności, wyznaczcie terapeutów, którzy będą superwizantami, ustalcie listę rezerwową. Uzgodnijcie, kto z zespołu profesjonalistów pracujących na co dzień z uczniem obowiązkowo powinien wziąć udział w omówieniu superwizji.
- **Przygotuj komplet dokumentów komunikacyjnych użytkownika AAC** – *Sprawdź, jak się porozumiewam. Ocena efektywności porozumiewania się dzieci niemówiących wraz z propozycjami strategii terapeutycznych*, ISK, paszport komunikacyjny.
- **Zbierz i uporządkuj materiały wideo z pracy z dzieckiem** – warto zgromadzić materiały z pracą z różnymi terapeutami.

Na kilka dni przed wizytą superwizora:

- potwierdź obecność superwizora w placówce;
- potwierdź obecność i gotowość terapeutów – superwizantów oraz zespołu profesjonalistów pracujących z dzieckiem;
- potwierdź obecność ucznia, jeśli superwizja zakłada przedstawienie fragmentu pracy terapeutycznej na żywo;
- przygotuj nagrania wideo z fragmentami terapii. Materiały filmowe są szczególnie ważne, gdy niepewna jest obecność ucznia w dniu superwizji;
- przygotuj salę, w której odbędzie się omówienie superwizji – zadбай o sprzęt: rzutnik, komputer, głośniki, kamerę ze statywem, dodatkową kartę pamięci;
- ustal harmonogram godzinowy – zazwyczaj superwizja jednego terapeuty podzielona jest na dwie części: przedstawienie fragmentu terapii na żywo przed superwizorem lub/i przedstawienie fragmentu terapii na materiale filmowym oraz omówienie procesu terapeutycznego. Najcenniejsze jest, kiedy w omówieniu superwizji uczestniczą wszyscy pracownicy (superwizja jest formą doskonalenia zawodowego, ale również rozwoju osobistego – podnosi kompetencje w zakresie wyrażania swoich opinii opartych na komunikacji, empatii, pracy w grupie, śmiałości i otwartości na ewaluowanie swojej pracy), również ci, którzy dotychczas nie znali i nie brali udziału w superwizji;
- uzyskaj zgodę na nagrywanie oraz archiwizowanie nagrań z superwizji.

na szybkie tempo pracy podczas superwizji grupowej oraz stres superwizantów warto, by proces omawiania był nagrywany, a następnie archiwizowany na dyskach szkolnych. Doświadczenie pandemii wykazało, że organizowanie spotkań superwizyjnych w formie zdalnej z pracą na materiale filmowym również jest użyteczną formą rozwoju terapeutów z zakresu komunikacji alternatywnej i wspomagającej.

Obok superwizji wskazaną formą uzupełniającą jest interwizja. Ideą tej formy pracy jest budowanie wewnętrznego wsparcia w zespole profesjonalistów. W spotkaniach uczestniczą osoby o mniej więcej podobnym doświadczeniu. W grupie interwizyjnej nie ma osoby, która przyjmuje rolę superwizora (Kielin, 2013). Jednak jest osoba prowadząca spotkanie – w przypadku interwizji w ZNPO jest nią koordynator ds. AAC. Interwizja zawsze odbywa się według wspólnie ustalonych zasad.

W ZNPO interwizje stanowią stałą formę spotkań w ciągu roku szkolnego. Zespół merytoryczny spotyka się cyklicznie – średnio co dwa tygodnie – na początku roku szkolnego wspólnie ustalamy i dostosowujemy do organizacji dnia w szkole dni oraz godziny spotkań. W pierwszym miesiącu roku szkolnego koordynator ds. AAC ustala harmonogram interwizji – opracowuje tabelę, w której obok dat interwizji wyznacza jednego terapeuty/nauczyciela, który podczas spotkania będzie prezentował swoją pracę.

Prezentowanie swojej pracy dla wielu osób wiąże się z przeżywaniem stresu i silnych emocji. W pierwszych latach organizowania tego typu spotkań można napotkać na następujące trudności:

- formułowanie wypowiedzi na ocenach, a nie faktach. Po pewnym czasie osoby biorące udział w spotkaniach interwizyjnych doceniają wartość konstruktywnej i konkretnej informacji zwrotnej

Struktura interwizji w ZNPO (doświadczenia własne oraz J. Kielin, 2013)

1. Etap wstępny.

Terapeuta/nauczyciel przedstawia pokrótce informacje o uczniu, którego fragment terapii prezentuje na materiale filmowym (ocena funkcjonalna, dokumentacja komunikacyjna, przedstawiona strategia) – powinno to zająć nie więcej niż 10 minut.

2. Etap prezentacji materiału filmowego (fragmentu terapii).

Za dobór materiału filmowego, jego długość oraz jakość odpowiada wyłącznie osoba interwizowana. Podczas oglądania nagrania niedopuszczalne są dyskusje, rozmowy o filmie.

3. Etap odpowiedzi na pytania dotyczące obejrzanego fragmentu terapii.

Każdy z uczestników interwizji odpowiada na trzy pytania (należy unikać dyskusji oraz zadawania dodatkowych pytań osobie interwizowanej):

1. Co ci się podobało w obejrzanym fragmencie?
2. Co sprawiłoby ci trudność, gdybyś był(-a) na moim miejscu?
3. Co byś zrobił(-a) inaczej, będąc na moim miejscu?

Etap odpowiedzi na pytania jest jednocześnie najcenniejszą oraz najtrudniejszą częścią interwizji. Warto zatem, gdy zespół przestrzega poniższych reguł:

- Zasada jednej odpowiedzi – podczas odpowiadania na pytania uczestnicy wymieniają tylko jedną sytuację/moment, który im się podobał, jeden, który sprawiłby trudność, i jedną informację zwrotną – co zrobiłbyś(-abyś) inaczej. Jeśli po obejrzanym fragmencie uczestnicy chcą powiedzieć o kilku odpowiedziach, w pierwszej kolejności wybierają tę najważniejszą lub tę, której jeszcze nikt nie powiedział. Po etapie odpowiedzi jest czas na dopowiedzenie.
- Zasada nieoceniania – odpowiadając na pytania, uczestnicy formułują swoje wypowiedzi, posługując się faktami, np. podobało mi się, jak powiedziałaś do ucznia..., podobało mi się, jak zareagowałaś uśmiechem na uśmiech ucznia. Umiejętność formułowania faktów, a nie ocen, jest trudną kompetencją. Przydatne może tu być zorganizowanie dla zespołu szkolenia/warsztatów z metody Porozumienia bez Przemocy².
- Przestrzeganie kolejności pytań – każdy z uczestników odpowiada na wszystkie trzy pytania (przymus mówienia), dopuszczalne są odpowiedzi: nie wiem, co zrobiłabym inaczej. Pierwsze dwa pytania mają charakter wspierający, a trzecie jest formą profesjonalnego wsparcia, informacji zwrotnej.
- Nieodnoszenie się do wypowiedzi poprzedników – uczestnicy interwizji unikają wypowiedzi: uważam tak samo jak mój poprzednik. W takiej sytuacji odpowiadają na pytania swoimi słowami.
- Koleżeńska forma spotkania – uczestnicy nie stawiają się w roli ekspertów, unikają wypowiedzi typu: ja wiem, jak powinno się to zrobić; ja wiem, jak będzie lepiej.
- Podczas formułowania odpowiedzi, uczestnicy odnoszą się tylko i wyłącznie do obejrzanego fragmentu, a nie np. do osobistych doświadczeń w pracy z tym uczniem (tego typu wskazówki można powiedzieć po serii pytań).

4. Etap tzw. czasu dla osoby interwizowanej.

Może ona zadać pytania dodatkowe do konkretnych uczestników, dopytać np.: co miałeś na myśli mówiąc, że zmieniłbyś pozycję ucznia; czy możesz mi coś zaproponować.

To osoba interwizowana najlepiej zna zaprezentowaną sytuację terapeutyczną, nie musi zatem tłumaczyć się ze swoich działań, czy wyjaśniać wątpliwości, które miały osoby oglądające nagranie.

Osoba interwizowana decyduje również, co i ile zabiera dla siebie z tego spotkania, z których wskazówek skorzysta, a które odrzuci. Jeśli pewne wskazówki będą prowokowały do dyskusji, osoba prowadząca interwizję powinna przerwać taką polemikę, mówiąc np. nie musisz niczego tłumaczyć, zabierz dla siebie tyle, ile chcesz i potrzebujesz. Podczas czasu przeznaczonego dla osoby interwizowanej warto pozostawić przestrzeń na ewentualne dodatkowe odpowiedzi osób uczestniczących w interwizji.

5. Zakończenie interwizji.

Podziękowanie za spotkanie, przypomnienie zasady poufności, która obowiązuje wszystkich uczestników.

otrzymanej od innych uczestników, dostrzegają również, że oceny typu „świetne zajęcia” nie wnoszą nic do ewaluacji własnej pracy;

- w początkowych miesiącach, a nawet latach zespołowych interwizji dominują wyreżyserowane, ściśle zaplanowane nagrania filmowe z terapii. Profesjonaliści starają się zaprezentować swoją

pracę z jak najlepszej strony, będą więc nagrywać filmy kilkakrotnie, aby wybrać najlepszy moment. Jest to zupełnie zrozumiałe, wiele osób potrzebuje nabrania pewności zawodowej, poczucia akceptacji w grupie, zanim zdecyduje się przedstawić zajęcia, na których czują się bezradnie i prezentuje nierozwiązane problemy;

- ▶ oglądanie własnych zajęć w zespole terapeutów w obecności innych specjalistów dla wielu osób wiąże się z przeżywaniem negatywnych emocji. Zadbajcie więc jako zespół o relację opartą na zaufaniu, otwartości, szczerości, stosujcie wzmacniającą informację zwrotną;
- ▶ uznanie własnego oraz grupowego przyzwolenia na popełnianie błędów – regularna interwizja buduje świadomość, a z czasem akceptację i zgodę na popełnianie błędów, powiedzenie „nie wiem”;
- ▶ skłonności do wypowiadania się z pozycji autorytetu.

Doświadczenie pracy w regularnej formule superwizyjnej oraz interwizyjnej w ZNPO sprzyja gotowości zespołu do dzielenia się zawodowymi wątpliwościami, wpływa na wewnętrzną motywację, a także skłonność do refleksji oraz rozwoju zawodowego i osobistego, a w konsekwencji prowadzi do podwyższenia jakości terapii AAC wobec uczniów ze złożonymi potrzebami w komunikowaniu się. Warto zatem uwzględnić w rocznym budżecie środki wydatkowane na superwizję. Koszty te wahają się od 500 do 700 zł za dwugodzinną superwizję procesu jednego użytkownika AAC.

Z rekomendacji z ankiet ewaluacyjnych interwizji w ZNPO wynika, że należy kontynuować spotkania interwizyjne, ponieważ sprzyjają one wzrostowi kompetencji pracowników w zakresie AAC oraz dostarczają nauki nowych, innych umiejętności – m.in. uważnej obserwacji i udzielania informacji zwrotnej opartej na faktach.

#ŚrodazAAC – promocja działań wokół komunikacji AAC

Dokumentowanie procesu nabywania kompetencji komunikacyjnej użytkowników AAC jest bardzo ważnym i niezbędnym działaniem. Systematyczne nagrywanie terapii oraz poszczególnych strategii aranżowanych w codziennych powtarzalnych sytuacjach umożliwia ich późniejszą analizę. Nagrania zyskują również nieocenioną wartość podczas procesu przekazywania i uczenia strategii np. między terapeutą AAC a wychowawcą/rodzicem czy między wychowawcą a asystentem ucznia. Tymczasem publikowanie tych nagrań znacząco wpływa na dostrzeganie potencjału komunikacyjnego użytkowników AAC przez osoby z ich otoczenia oraz przez wszystkich mających dostęp do filmów.



DOSTĘP DO KOMUNIKACJI ORAZ DOSTOSOWANIE METOD NAUCZANIA DO INDYWIDUALNYCH FORM POROZUMIEWANIA SIĘ UCZNIÓW O ZŁOŻONYCH POTRZEBACH W KOMUNIKOWANIU SIĘ TO PRAWO TYCH OSÓB.

Promowanie działań wokół komunikacji alternatywnej i wspomagającej w mediach społecznościowych szkół jest ważnym elementem budowania modelu AAC w ZNPO. Od września 2020 r. systematycznie – w każdą środę – publikowane są posty w ramach #ŚrodazAAC. Treści zamieszczane w ramach #ŚrodazAAC na Facebooku ZNPO³ mają wartość merytoryczną oraz często metodyczną, budują świadomość obserwujących stronę w obszarze niezależności komunikacyjnej użytkowników AAC, ukazują dobre praktyki i działania zespołu, budują wizerunek szkoły, w której komunikacja jest prawem, a nie przywilejem. Dotychczas w ramach cyklu postów #ŚrodazAAC publikowane były również materiały filmowe ukazujące proces budowania indywidualnych systemów komunikacyjnych – #MiniserialAAC dwojga uczniów Niepublicznej Podstawowej Szkoły Specjalnej przy ZNPO. Podczas prezentacji #MiniserialAAC przez cztery dni z rzędu pokazywane były poszczególne strategie komunikacyjne użytkowników AAC. Głównym celem tych postów było ukazanie, że wprowadzenie oddziaływań wspomagających porozumiewanie się to złożony, wieloetapowy proces, w który zaangażowanych jest wielu profesjonalistów oraz osoby z najbliższego otoczenia użytkowników AAC.

Podsumowanie

Dostęp do komunikacji oraz dostosowanie metod nauczania do indywidualnych form porozumiewania się uczniów o złożonych potrzebach w komunikowaniu się to prawo tych osób. Bez komunikacji nie ma edukacji. Niezbędna jest zatem zmiana myślenia profesjonalistów odpowiedzialnych za edukację uczniów oraz postrzeganie przez

nich użytkowników AAC oraz ich systemu wspomagającego jako integralnej, nierozdzielnej całości. Wdrażanie modelu AAC w placówkach edukacyjnych warunkują działania wykorzystujące modele aktywne – rozwijające poczucie niezależności użytkowników AAC oraz kształtujące ich kompetencje komunikacyjne (Grycman, Jerzyk, 2021). Budowanie modelu AAC w placówce edukacyjnej jest zatem jednym z ważniejszych działań szkoły – dających prawo do edukacji i zmiany myślenia. Myślenia, w którym szkoła ma być miejscem nie tylko przekazywania wiedzy i umiejętności, lecz także **budowania wspólnego, aktywnego życia** (Frohlich, 1998).

ALEKSANDRA KWIATKOWSKA

Neurologopedka, pedagożka specjalna. Koordynatorka do spraw komunikacji alternatywnej i wspomagającej w Zespole Niepublicznych Placówek Oświatowych PSONI w Gdańsku. Pracuje z dziećmi i młodzieżą ze złożonymi potrzebami w komunikowaniu się, wieloraką niepełnosprawnością, afazją.

BIBLIOGRAFIA:

- Chmielewska-Długosz A., *Koleżeńskie doradztwo, czyli o kulturze uczenia się od siebie nawzajem*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2007.
- Frohlich A., *Stymulacja od podstaw. Jak stymulować rozwój osób głęboko wielorako niepełnosprawnych*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne S.A., Warszawa 1998.
- Grycman M., *Sprawdź, jak się porozumiewam. Ocena efektywności porozumiewania się dzieci ze złożonymi zaburzeniami komunikacji wraz z propozycjami strategii terapeutycznych*, Stowarzyszenie Rehabilitacyjne Centrum Rozwoju Porozumiewania, Kwidzyn 2015.
- Grycman M., Jerzyk M., Bucyk M., *Model aktywny. Komunikacja wspomagająca i alternatywna*, Stowarzyszenie Rehabilitacyjne Centrum Rozwoju Porozumiewania, Kwidzyn 2020.
- Henderson P., Holloway J., Millar A., *Jak zostać superwizorem w zawodach nakierowanych na wspieranie i pomaganie* [w:] Sołtys A. (red.), *Superwizja w praktyce*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2014.
- Jerzyk M., *Proces tworzenia Indywidualnych Systemów Komunikacyjnych dla osób z głęboką wieloraką niepełnosprawnością* [w:] Kielin J. (red.) *Rozwój daje radość. Terapia dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2013.
- Kielin J., *Superwizja* [w:] Kielin J., Klimek-Markowicz K., *Krok po kroku. Nauczanie i terapia dzieci z umiarkowaną, znaczną i głęboką niepełnosprawnością intelektualną*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2013.

¹ Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną (PSONI) Koło w Gdańsku realizuje edukację dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną od 1996 r. w ramach Ośrodka Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczego (OREW). W 2014 r. utworzono miejsce edukacji młodzieży w ramach Niepublicznej Szkoły Przysposabiającej do Pracy. 1 września 2018 r. powołano Zespół Niepublicznych Placówek Oświatowych przy PSONI. W jego skład wchodzi: Niepubliczna Podstawowa Szkoła Specjalna (NPSS), Niepubliczna Szkoła Przysposabiająca do Pracy, Niepubliczna Poradnia Wspomagania Rozwoju „Po drodze”.

² Porozumienie bez Przemocy (Nonviolent Communication, NVC), porozumienie współczujące – sposób porozumiewania się opracowany przez Marshalla Rosenberga, który dzięki skupieniu uwagi na pewnych aspektach komunikatu rozmówcy oraz własnego (na uczuciach i potrzebach), a także specyficznych formach postępowania się językiem, pozwala na całkowite wyeliminowanie lub co najmniej ograniczenie możliwości wystąpienia przemocy w dialogu w jakiegokolwiek formie, psychicznej lub fizycznej.

³ <https://www.facebook.com/NPSS.Gdansk> [dostęp: 15.02.2022].

AUTORKA: WIOLETA KARBIAK

Ocena i wspomaganie funkcji wzrokowych w pracy terapeuty SI

– PRAKTYCZNY PRZEWODNIK

Zmysłem wiodącym w rozwoju człowieka, zarówno w jego procesie uczenia się, jak i czerpania radości z otoczenia, jest wzrok. Poprawne widzenie wpływa na jakość życia, umożliwia optymalny rozwój społeczny i osobisty. W artykule zaprezentowano, jak przeprowadzić diagnozę wstępną mechanizmów posturalnych i funkcji wzrokowych oraz zestaw ćwiczeń usprawniających czucie ciała i ruchy naprzemienne.

Jeżeli chodzi o funkcje wzroku i widzenia, duże znaczenie i wpływ mają integracja odruchów (Moro, toniczny odruch błędnikowy, asymetryczny toniczny odruch szyjny, symetryczny toniczny odruch szyjny, błędnikowy odruch prostujący głowę, optyczny odruch prostujący głowę) oraz mechanizmy posturalne. Percepcja wzrokowa kształtuje się przez ruch. Dlatego prawidłowe funkcjonowanie układu przedsionkowego i proprioceptywnego jest tak istotne dla widzenia.

Próby okoruchowe a układ przedsionkowy – jak przeprowadzić wstępną ocenę?

Jedną z pierwszych prób diagnostycznych w obserwacji klinicznej (część diagnozy zaburzeń integracji sensorycznej) jest badanie ruchu oczu. Polega ono na obserwacji: wodzenia wzroku za przedmiotem, konwergencji, lokalizacji przedmiotu, przekraczania osi ciała wzrokiem. Terapeuta ocenia płynność ruchów oczu (czy występuje ruch szarpany oczu, mruganie, mruganie/ruch szarpany podczas przekraczania osi ciała), czas fiksacji, czy dziecko izoluje ruchy oczu od ruchów głowy. Badanie odbywa się w pozycji siedzącej bez oparcia, bez korekcji okularowej.

Dobrze jest zatrzymać się i wykonać próbę fiksacji wzroku na przedmiocie, tzn. poprosić badane dziecko, by stojąc, patrzyło przez ok. 5-10 s (5 s w przypadku 3-latka, a 10 s u 6-latka) na wyznaczony punkt, np. na pacynkę, wskaźnik, patyczek fiksacyjny. Uzyskany czas koncentracji wzroku na przedmiocie może być znaczącym elementem w diagnozie. Utrzymywanie fiksacji w jednym punkcie w pozycji stojącej



(widocznej w zachowaniach autostymulacyjnych). Nastolatek potrzebował danego ruchu, aby się skupić. To znacząca informacja dla rodziny i nauczycieli. Dostarczając bodźców do układu przedsionkowego i proprioceptywnego, chłopiec jest w stanie się skoncentrować, co pomaga mu w nauce. W takiej sytuacji warto zalecić chłopcu siadanie na poduszce sensorycznej lub piłce gimnastycznej (do 10 min) podczas uczenia się, czytania, zapamiętywania.

Podczas próby Romberga z oczami otwartymi nastolatek przenosił ciężar swojego ciała z jednej nogi na drugą, już po 10 s stania był pobudzony, skupiał wzrok po kolei na kilku przedmiotach (poszukiwał punktu odniesienia umożliwiającego złapanie równowagi). Świadczy to o problemach w mechanizmach posturalnych – chłopiec nie był w stanie ustabilizować swojego ciała. W trakcie próby Romberga z oczami zamkniętymi nastolatek dostarczał bodźców do układu przedsionkowego i proprioceptywnego, obracając głowę.

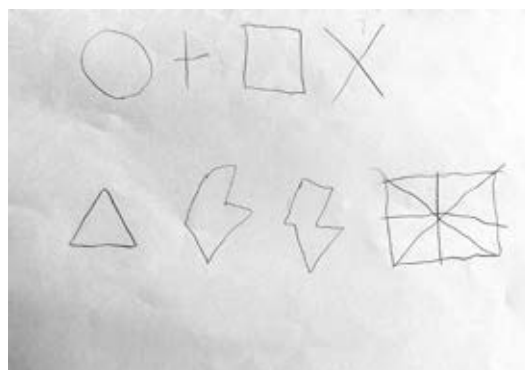
Próba rysunku

Chłopiec zrealizował kilka prób rysunku:

- ▶ Test postaci – w narysowanej postaci była wyraźnie zaznaczona szyja jako duży prostokąt, brak dłoni, stóp, włosów, jedno oko mocniej (z większą siłą) zaznaczone niż drugie. Co może sugerować taki rysunek? Przede wszystkim czucie swojego ciała. Nastolatek często zakręca włosy na palec, ponieważ prawdopodobnie nie czuje dość dobrze swoich dłoni i nie odczuwa części głowy. Wykonuje nietypowy chód, aby odczuć swoje stopy. Podczas fiksowania wzroku na przedmiocie lekko obracał twarz, co może wyjaśniać mocniejsze zaznaczenie jednego oka.
- ▶ Test figur Tansleya (sprawdzian poziomu rozwoju w zakresie percepcji wzrokowej – dla każdej figury ustalono wiek dziecka, w którym powinno być zdolne do odrysowania kształtu) – chłopiec nie był w stanie odrysować rombu ani równoległoboku. W kształcie „brytyjskiej flagi” nie wszystkie linie zbiegały się w środku, co może świadczyć o przeniesionym punkcie fiksacji.
- ▶ Test Bender Gestalt – pokazałam chłopcu wszystkie figury i poprosiłam, by przerysował je w identyczny sposób (od 8. roku życia tak można). Chłopiec zastanawiał się, w którą stronę ma sobie ułożyć kartkę, by wykonać zadanie. Romby zostały



Zdj. 2. Test wzrokowo-motoryczny Bender Gestalt chłopca
Źródło: własne.



Zdj. 3. Test figur Tansleya chłopca
Źródło: własne.

niepoprawnie odwzorowane, rozmieszczenie figur nie było prawidłowe, dwie zostały narysowane na sobie, kształt wielu figur był niewłaściwy. Z tej próby można wywnioskować, że chłopiec ma trudność w odnalezieniu się w przestrzeni, a jego percepcja wzrokowa jest zaburzona.

Przypadek 2.

Dziewczynka, 6,5 roku, spektrum autyzmu, obserwacja w kierunku niepełnosprawności intelektualnej, zaburzenia modulacji sensorycznej systemu przedsionkowego i słuchowego o charakterze nadwrażliwości, systemu proprioceptywnego o charakterze podwrażliwości, dyspraksja, wiotkość mięśniowa. Oprócz zaburzeń integracji sensorycznej zaobserwowano przetrwałe odruchy niemowlęce: TOB, ATOS, STOS, ssania, a także dłoniowo-bródkowy Babkina. Nosi okulary korekcyjne ze względu na zez zbieżny.

Badanie wzroku z omówieniem

Dziewczynka krótko fiksowała wzrok na przedmiocie (3–4 s). Patrząc na patyczek fiksacyjny, bujała się, traciła równowagę, korygowała postawę ciała wychyleniem nogi, uciekało jej lewe oko, nie wodziła płynnie wzrokiem, gubiła przedmiot z pola widzenia, lokalizowała przedmiot z opóźnieniem, nie izolowała ruchów głowy od ruchów oczu. Próba odbyła się w okularach i bez nich, bez wyraźnej różnicy.

Podczas próby Romberga z oczami otwartymi dziewczynka bujała się, równowagę starała się utrzymać przez odruch chwytny stóp, a także stojąc w rozkroku. Fiksowała wzrok na wybranym punkcie przed sobą. W trakcie próby Romberga z oczami zamkniętymi dziewczynka lepiej utrzymywała równowagę, co oznacza, że zaburzone funkcje wzrokowe mają wpływ na reakcje równoważne dziecka.

Próba rysunku

Dziecko odmówiło rysunku postaci (co już jest diagnostycznie znaczące, przy czym należy się zorientować co do przyczyn – prawdopodobnie jest to trudność dla dziecka), więc wykorzystano test H. Spionek. Dziewczynka, rysując, wysuwała język, podpierając głowę, mocno dociskała narzędzie pisarskie. Pierwsze dwie figury odtworzyła poprawnie, kwadrat nie miał ostrych kątów, zresztą większość figur ich nie miała. Najbardziej problemowe było dla dziecka odtworzenie figur złożonych, np. koło w kwadracie z krzyżykiem (figura 9) – kwadrat został pominięty w rysunku, a kwadrat z zawartymi „+” i „x” (figura 10) otrzymał kształt koła z kreskami rysowanymi od środka figury (duże trudności z przekraczaniem osi ciała). Poziom graficzny oraz poziom analizy i syntezy są obniżone i odpowiadają przedziałowi wiekowemu 3–4-letniego dziecka.

Jak wspomagać funkcje wzrokowe?

Terapia usprawniania wzroku i widzenia w ujęciu sensorycznym powinna się odbywać w określonej kolejności. Jako pierwsze warto zrealizować ćwiczenia usprawniające czucie ciała, następnie takie aktywujące ośrodki czynnościowe w obydwu płatach potylicznych, a na końcu przeprowadza się konkretne ćwiczenia oczu dla danej trudności w percepcji wzrokowej.

Metodami wspierającymi wzrok i widzenie są:

- ▶ terapia integracji sensorycznej (SI),
- ▶ terapia integracji bilateralnej (BI),
- ▶ terapia odruchów (MNRI, INPP),
- ▶ kinezylogia Dennisona,
- ▶ metoda V. Sherborne,
- ▶ terapia i rehabilitacja widzenia,
- ▶ manualna terapia twarzy.

Ćwiczenia usprawniające czucie ciała

Jedną ze strategii usprawniania układu proprioceptywnego są masaże terapeutyczne, m.in. masaż Wilbarger (terapia SI), masaż „mapa ciała” (terapia BI), masaż neurotaktylny (terapia odruchów MNRI) oraz masaż twarzy (facemodeling). Masaże mogą być wykonywane również przez toczenie piłki gimnastycznej po ciele dziecka oraz z wykorzystaniem bodźców termicznych: ciepłem i zimnem. Jeśli dzieci są w stanie to wykonać, warto zachęcić je do zabaw z oporowaniem (np. przesuwania ścian, zabaw z taśmą gimnastyczną, przesuwania ciężkich przedmiotów, siłowanek) oraz zabaw w ciemności.

W następnym etapie ćwiczeń skupiamy się na świadomości ruchu. Dobrze sprawdza się tu połączenie elementów terapii integracji sensorycznej, bilateralnej i kinezylogii Dennisona:

- ▶ leniwe ósemki częściami ciała, tzn. rękami wyciągniętymi do przodu, szyją, nosem, biodrami, całym ciałem;
- ▶ zwisy na trapezie, wałku podwieszanym;
- ▶ zabawa w „naleśnik”;
- ▶ turlanie, także po różnych fakturach;
- ▶ zabawy piłką Marsdena lub maskotką podwieszoną na sznurku (uderzanie wałkiem/łapanie w pozycji na plecach/stojącej)
- ▶ chodzenie tyłem;
- ▶ przyciąganie się do ściany za pomocą liny (siedząc na kocu);
- ▶ zabawy z zamkniętymi/zastłoniętymi oczami;
- ▶ tory przeszkód;
- ▶ ciągnięcie dużych zabawek;
- ▶ przekładanie przedmiotów z lewej strony na prawą w różnych pozycjach (na plecach, na brzuchu, w pozycji czworaczkiej, siedzącej);
- ▶ rzuty do celu;
- ▶ łapanie/turlanie do siebie piłki (również turlanie dookoła siebie);
- ▶ zeskoki z różnej wysokości podestów;
- ▶ skoki/stanie na jednej nodze;
- ▶ zabawy piłką gimnastyczną (siedzenie na niej, leżenie na brzuchu/plecach, balansowanie);
- ▶ odbijanie piłki/skarpetek o ścianę;
- ▶ zabawy „za” i „przeciw” metodą V. Sherborne;
- ▶ chodzenie według strzałek/mapy.

Propozycje zabaw usprawniających ruchy naprzemienne

Ruchy naprzemienne są kluczowe w widzeniu. Dlatego warto podczas wywiadu z rodzicem spytać, czy dzieci raczkowały, w jaki sposób (zdarza się raczkowanie asymetryczne, powłóczenie nóżką) i jak długo. Odpowiedź rodzica da informacje o tym, na jakich ćwiczeniach warto się skoncentrować. Ruchy naprzemienne wykorzystujemy na co dzień podczas poruszania się, ale ich jakość nie zawsze jest dobra.

Propozycje zabaw usprawniających ruchy naprzemienne:

- ▶ kolano–łokieć w pozycji leżącej (można w sposób bierny) i stojącej;
- ▶ pełzanie z przenoszeniem np. woreczków do wyznaczonego miejsca;
- ▶ zabawy w pozycji czworaczkiej: turlanie głową piłki, przesuwanie piłki lekarskiej;

- ▶ chód kraba;
- ▶ slalomy w pozycji czworacznej;
- ▶ przechodzenie przez tunele (np. miękkie, sensoryczne);
- ▶ unoszenie kończyny wyznaczonej dotykiem przez terapeutę (preferowane oczy zamknięte, można w sposób bierny);
- ▶ odbijanie balona z ręki do ręki;
- ▶ wchodzenie/schodzenie po drabinkach.

Główne dysfunkcje wzroku a integracja sensoryczna – na co zwrócić uwagę?

Według założeń teorii integracji sensorycznej A. Jean Ayres u wielu dzieci z trudnościami w nauce występują dysfunkcje wzrokowe. Dotyczą one: modulacji sensorycznej, dyskryminacji sensorycznej oraz funkcji wzrokowo-ruchowych (Odowska-Szlachcic, Mierzejewska, 2013, s. 126).

Zaburzenia modulacji sensorycznej

Zaburzenia modulacji sensorycznej układu wzrokowego mają charakter podwrażliwości lub nadwrażliwości. Dzieci z podwrażliwym układem wzrokowym lubią spoglądać na słońce i inne źródła światła, błyskotki, poruszające się zabawki, nie zauważają zmian w otoczeniu, preferują szybki ruch, często się kołyszają. W terapii dzieci z zaburzeniem modulacji tego rodzaju warto zastosować:

- ▶ jaskrawe, kontrastowe kolory;
- ▶ skarpety/rękawiczki w jaskrawych kolorach do zabaw, np. imitowania pozycji, nauki sekwencji ruchowych;
- ▶ używanie lupy, kalejdoskopu, lornetki;
- ▶ do zaznaczania kształtów: jaskrawe kredki, mazaki, latarkę;
- ▶ zabawy długopisem zostawiającym ślad widoczny tylko w świetle ultrafioletowym;
- ▶ zabawy lampą plazmową (prowadzenie promieni opuszkami palców);
- ▶ wodzenie wzrokiem za światłem z latarki (można gonić paluszkami i wzrokiem za światłem);
- ▶ łączenie kropek;
- ▶ labirynty.

Dzieci z nadwrażliwością wzrokową stronią od jasnych miejsc, mają trudności z patrzeniem na kontrastujące kolory (biel-czerń a czytanie), mrużą, zakrywają oczy pod wpływem światła, zamykają oczy, gdy rzuca się do nich piłkę. Podczas terapii z dzieckiem nadwrażliwym na bodźce wzrokowe warto:

- ▶ by terapia odbywała się w miejscu stonowanym kolorystycznie;
- ▶ na karty pracy lub teksty do czytania nakładać półprzezroczyste kolorowe maski, którymi można stopniowo poszerzać gamę akceptowanych kolorów i kontrastów;
- ▶ stosować naprzemienne otwieranie i zamykanie oczu;
- ▶ używać okularów przeciwsłonecznych;
- ▶ lokalizować punkty świetlne na ścianie w gabinecie (naklejki ultrafioletowe, lampki, kamyczki ogrodowe);
- ▶ wykorzystać zabawy balonem w akceptowanym kolorze/kolorach;
- ▶ toczyć kulki w leniwej ósemce;
- ▶ stosować ćwiczenie integrujące Moro.

Dyskryminacja sensoryczna

Dyskryminacja sensoryczna polega na organizowaniu informacji ze zmysłów. Dyskryminacja wzrokowa to selekcja istotnych bodźców wzrokowych. Łączy umiejętność różnicowania tego, co jest blisko, a co daleko (relacje przestrzenne), widzenia głębi, dostrzegania podobieństw, różnic, formy, kształtu, położenia oraz pamięć wzrokową i wyobraźnię.

Przy trudnościach z dyskryminacją terapeutyczne są:

- ▶ zabawy w detektywa, gdzie dziecko znajduje w gabinecie przedmioty, np. okrągłe;
- ▶ ćwiczenia polegające na wyszukaniu czegoś spośród wielu;
- ▶ karty pracy z różnicami i podobieństwami;
- ▶ zabawy ruchowe, podczas których zadaje się dziecku zagadki: „Co jest niebieskiego na sali?”, „Co jest prostokątne?” itp.;
- ▶ segregacja według kategorii;
- ▶ aktywność fizyczna z przerwą np. na: szukanie auta na sali, dotknięcie swojego prawego ucha, przyniesienie czegoś żółtego itp.;
- ▶ dopasowanie do obrazków przedmiotów schowanych w balonach;
- ▶ układanki podczas ruchu (jeżdżąc na deskorolce terapeutycznej, bujając się na platformie SI, biegając, czworakując, chodząc jak krab);
- ▶ odnajdywanie figur, przedmiotów, liter/wyrazów w płatinach graficznych;
- ▶ gry: domino, loteryjki, dyktanda graficzne, kodowanki;
- ▶ materiały edukacyjne: karty ćwiczeń percepcji wzrokowej.

Ćwiczenia kształtujące funkcje wzrokowo-ruchowe

Funkcje wzrokowo-ruchowe dotyczą koordynacji wzroku z ręką, nogą, uchem. Wspierająco działają sortery, zabawy z makaronem/koralikami (nawlekanie, sortowanie), chodzenie wzdłuż różnorodnie ułożonej liny, turlanie, rzucanie, łapanie, kopanie piłki, łapanie baniek, zabawy serpentynami, szarfami, chustami, konstruowanie według instrukcji, budowanie „fortecy” z chust na platformie SI, aktywności z dźwiękiem, muzyką, odbijanie piłki po koźle o ścianę, zabawa piłką zmyłką, gry zespołowe, rysowanie oburęczne, zabawy plastyczne, ćwiczenia integrujące ATOS/STOS.

Ćwiczenia oczu

Ruchy oczu – wzmacnianie mięśni oczu odbywa się przez ich ruchy.

Propozycje ćwiczeń:

- ▶ praca gałkami ocznymi prawo-lewo, po skosie, po drugim skosie, następnie góra-dół, każdy kierunek 10 razy;
- ▶ wodzenie wzrokiem po okręgu;
- ▶ patrzenie na czubek nosa (policzyć do 10), następnie w dal;
- ▶ wodzenie po krawędziach (zabawa np. z piosenką *Tyciutki pajęczek*);
- ▶ wodzenie wzrokiem po leniwej ósemce;
- ▶ rysowanie oczami/nosem koła, gwiazdy tybetańskiej lub czarnego płotka śniegu;
- ▶ wodzenie po gwiazdach fiksacyjnych – ćwiczenie polega na wodzeniu wzrokiem z punktu do punktu, a punktami mogą być: liczby, litery, sylaby, krótkie wyrazy;
- ▶ przesuwanie wzroku np. z prawej dłoni na lewą (ruchy skokowe oczu), w tym ćwiczeniu można wykorzystać naklejki, kolorowe patyczki;
- ▶ przenoszenie wzroku od punktu do punktu, wyznaczonych na tablicy suchościeralnej.

Akomodacja

Akomodacja jest jedną z funkcji widzenia, od niej zależy jakość widzianego obrazu:

- ▶ koncentrowanie wzroku na ponumerowanych/kolorowych pachołkach rozłożonych na sali (część pachołków należy ustawić blisko, a część daleko). Zadaniem dziecka jest przerzucanie wzroku na wyznaczone pachołki lub kolejno numerami;
- ▶ tablice Harta – to dwie karty, jedna formatu A4, druga pomniejszona do ok. A7/A8. Większą kartę umieszcza się na ścianie, w odległości ok. 4 m

(należy dostosować do dziecka), małą trzyma ono w odległości wyciągniętych ramion. Ćwiczenie polega na przenoszeniu wzroku z jednej karty na drugą;

- ▶ sznur Brocka – sznur o długości do 3 m, z min. 3 kolorowymi koralikami. Jeden koniec przywiązuje się do klamki, drugi ma być pod nosem, a sznur – napięty. Przykładowy rozstaw koralików: 50 cm, 1 m, 1,5 m, 2 m. Zadanie polega na skupianiu wzroku po kolei na koralikach. Powinny powstawać złudzenia skrzyżowania dwóch sznurów w miejscu koralika lub rozwidlenia sznura.

Widzenie obuoczne

Obuoczność warunkuje współpraca półkul mózgowych, dlatego ćwiczenia integrujące strony ciała są wskazane dla dzieci z trudnościami w tym zakresie. Ćwiczenia koordynujące ciało oraz ruchy naprzemienne zostały omówione wyżej. Do usprawniania obuoczności używa się kart lub paletek stereogramowych, jednak u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną może to być dość trudne.

Podsumowanie

Aktywność fizyczna ma nieoceniony wpływ na funkcjonowanie układu wzrokowego.

Innym rodzajem aktywności może być odpoczynek. Kojarzony jest on z oglądaniem filmu, bajek i to często przez telefon, jednak nie jest to odpoczynek dla oczu. Nasze oczy potrzebują dużej, naturalnej przestrzeni oraz relaksacji po intensywnym dniu. Uzyskujemy ją, zamykając oczy, dodatkowo można je zasłonić dłońmi i zrobić kilkanaście spokojnych oddechów. Przy zamkniętych oczach „widzi się” inne kolory, błyski, niekiedy pulsujące elementy. W takiej sytuacji warto wyobrazić sobie, że przychodzi „ktoś”, kto zamalowuje wszelki dyskomfort. Następnie odślaniamy zamknięte jeszcze oczy, liczymy do 10 i delikatnie otwieramy.

WIOLETA KARBIAK

Magister terapii pedagogicznej, oligofrenopeda-gog, diagnostyk i terapeuta integracji sensorycznej w Fundacji z ASPI-racjami w Łodzi, nauczyciel edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej, członek zarządu Polskiego Towarzystwa Dysleksji – oddział Łódź.

BIBLIOGRAFIA:

- Odowska-Szlachcic B., Mierzejewska B., *Wzrok i słuch – zmysły wiodące w uczeniu się w aspekcie integracji sensorycznej*, Harmonia, Gdańsk 2013.
- Pakuła B., *Widzenie: procesy i funkcje*, Akademia Ćwiczeń Oko, b.m. (b.r.).



AUTORKA: MAŁGORZATA DĄBROWSKA

Terapia integracji sensorycznej jako metoda wsparcia małego dziecka niewidomego z niepełnosprawnością intelektualną – case study

Terapeuta integracji sensorycznej (SI) diagnozujący trudności sensoryczne u małego dziecka niewidomego musi brać pod uwagę skutki ogólnej deprywacji zmysłowej będącej następstwem braku wzroku oraz problemów, które z tego wynikają. U części dzieci mogą jednak dodatkowo występować konstytucjonalne trudności z przetwarzaniem bodźców przez ośrodkowy układ nerwowy, dlatego należy zachowywać dużą uważność przy formułowaniu wniosków diagnostycznych. Na przykładzie 3-letniej, niewidomej dziewczynki z niepełnosprawnością intelektualną autorka prezentuje proces terapeutyczny, w którym z powodzeniem zastosowano techniki sensoryczne i ćwiczenia ruchowe.

Nieemożność korzystania ze wzroku ma ogromny wpływ na rozwój dziecka niewidomego od początku życia. Niemowlę pozbawione motywacji wzrokowej do działania dostarcza sobie mniej wrażeń dotykowych, proprioceptywnych i przedsionkowych,

przez co ma słabszą orientację w schemacie własnego ciała. Brak informacji wzrokowych utrudnia mu również zmiany pozycji i przemieszczanie się. Nawet gdy dziecko już osiągnie gotowość do pełzania i raczkowania, to nie widząc przestrzeni, w której ma się

poruszać, czuje się bezradne. Unikanie ruchu sprawia, że rozwój percepcji dotykowej, kinestezji, właściwych reakcji posturalnych i obronnych, orientacji przestrzennej oraz koordynacji motorycznej przebiega wolniej niż u dziecka widzącego. Tyflopomagody starają się pracować nad uruchomieniem kompensacyjnych zdolności percepcyjnych – przede wszystkim opartych na dotyku i słuchu, ale dziecko niewidome często przyjmuje postawę obronną wobec tego typu

wzrokiem. Jeżeli sprawnie raczkuje, to samo reguluje swój dystans wobec różnych źródeł dźwięku, dążąc do tego, co przyjemne, i oddalając się od tego, co nieprzyjemne. Dość szybko łączy obrazy z dźwiękami i reaguje z wyprzedzeniem na to, co zauważa. Dla dziecka niewidomego dźwięki pojawiają się w pewnym sensie znikąd – słyszy je, ale trudno mu określić, skąd pochodzą, nie potrafi przewidzieć, kiedy mogą się pojawić i uciknąć, nie wie, jak się od nich oddalić,

NIEMOŻNOŚĆ KORZYSTANIA ZE WZROKU MA OGROMNY WPŁYW NA ROZWÓJ DZIECKA NIEWIDOMEGO OD POCZĄTKU ŻYCIA. NIEMOWLĘ POZBAWIONE MOTYWACJI WZROKOWEJ DO DZIAŁANIA DOSTARCZA SOBIE MNIEJ WRAŻEŃ DOTYKOWYCH, PROPRIOCEPTYWNYCH I PRZEDSIONKOWYCH, PRZEZ CO MA SŁABSZĄ ORIENTACJĘ W SCHEMACIE WŁASNEGO CIAŁA.

doświadczeń. Bez udziału wzroku nie może ono przewidzieć, w którym momencie nastąpi kontakt dotykowy z jakimś obiektem i czy będzie on bezpieczny, czy nie. Nagłe dźwięki są dla dziecka niewidomego równie niepokojące jak bodźce dotykowe. Słuch jest zmysłem dystalnym – poza niewielką ilością dźwięków pochodzących z naszego własnego ciała, łączącymi się z doznaniem interoceptywnymi (np. burczenie w brzuchu, kichanie, odkasływanie itp.), większość stymulacji słuchowej dociera do nas z odległości. Dziecko słyszące i widzące już w drugim półroczu życia ma reakcję orientacyjną polegającą na zwracaniu głowy w kierunku źródła dźwięku i odnajdywaniu go

jeżeli budzą jego niepokój. Opisane tu pokrótce trudności sensoryczno-motoryczne tworzą mechanizm negatywnego sprzężenia zwrotnego między brakiem wzroku, deprywacją potrzeb somatosensorycznych a rozwojem ruchowym, poznawczym i emocjonalno-społecznym dziecka niewidomego. W rezultacie w pierwszych latach życia funkcjonuje ono często na niższym poziomie rozwojowym niż jego widzący rówieśnicy, również poniżej własnych potencjalnych możliwości.

Terapeuta SI diagnozujący trudności sensoryczne u małego dziecka niewidomego musi brać pod uwagę skutki ogólnej deprywacji zmysłowej będącej

następstwem braku wzroku oraz problemów, które z tego wynikają. U części dzieci mogą jednak dodatkowo występować konstytucjonalne trudności z przetwarzaniem bodźców przez ośrodkowy układ nerwowy, dlatego należy zachowywać dużą uważność przy formułowaniu wniosków diagnostycznych. Wyzwaniem dla diagnosty jest również brak wystandaryzowanych narzędzi diagnostycznych do oceny procesów sensorycznych u dzieci niewidomych, więc należy polegać na szczegółowym wywiadzie oraz obserwacjach zachowania dziecka w gabinecie i w domu (bardzo przydatne są w tym celu nagrania zrobione przez rodziców). O ile to możliwe, warto uzyskać również informacje od innych specjalistów zajmujących się dzieckiem: fizjoterapeuty, tyflop pedagoga, logopedy i psychologa. Zarówno w procesie diagnozy, jak i terapii szczególnie ważna jest wiedza i doświadczenie terapeuty SI co do zasad kontaktu i komunikowania się z dzieckiem niewidomym oraz sposobów, jakimi należy proponować mu różne aktywności, tak by miało poczucie bezpieczeństwa fizycznego i emocjonalnego.

Studium przypadku Melanii, 3-letniej, niewidomej dziewczynki z niepełnosprawnością intelektualną

Proces diagnostyczny

Rodziców niepokoiło to, że mimo gotowości do chodzenia uzyskanej podczas fizjoterapii dziewczynka stawiała opór nie tylko przed pionizowaniem się, ale także przemieszczaniem się w niższych pozycjach. Najczęściej spędzała czas, siedząc na podłodze między piętami, zgarbiona, z opuszczoną głową, wykonując sporo ruchów stereotypowych, takich jak: kiwanie się do przodu i do tyłu, kręcenie głową na boki, uderzanie się dłońmi po twarzy, uderzanie głową o podłogę oraz wydawanie nieartykułowanych dźwięków przy jednoczesnym uderzaniu się rączkami w klatkę piersiową. Melania denerwowała się w odpowiedzi na próby aktywizowania jej do zmiany pozycji, a zwłaszcza do stania – krzyczała, odchyłała głowę do tyłu i intensywnie nią kręciła. Dziewczynka lubiła słuchać dziecięcych piosenek, bujając się w ich rytm i wołając: „la, la, la”. Rozpoznawała ulubione utwory i cieszyła się, słysząc ich pierwsze dźwięki. Kiedy w pokoju było cicho, Melania głośno klaskała w ręce, nasłuchując odgłosu. Dziewczynka знаła kilka słów: mama, tata, daj, nie, ko-to (kot). Czasami komunikowała się za ich pomocą, a nieraz wykrzykiwała je głośno, sprawdzając efekt akustyczny. Melania, według rodziców, nie zawsze

akceptowała kontakt dotykowy. Lubiła przytulanie, ale złościła się podczas czynności pielęgnacyjnych. Była mało otwarta na sprawdzanie dotykiem nowych przedmiotów. Zazwyczaj cofała ręce i uderzała się nimi po głowie. Sięgała jedynie w kierunku znanych grających zabawek, które uruchamiała klepieniem całej dłoni. Dziewczynka chętnie próbowała nowych potraw, natomiast miała problem z żuciem, w związku z czym dostawała mocno rozdrobniony pokarm.

Na podstawie wywiadu i wstępnej obserwacji dziecka sformułowano pierwsze wnioski diagnostyczne. Charakter stereotypii ruchowych wskazywał na to, że dziewczynka miała duże potrzeby proprioceptywne i przedsionkowe, których nie potrafiła inaczej zaspokoić. Bujanie się w przód i w tył, kręcenie głową na boki oraz mocne odchylenie się do tyłu sugerowało, że Melania dążyła do intensywnej stymulacji zarówno w ruchu liniowym, jak i kątowym. Niepewność dziecka ujawniająca się przy próbach pionizacji i przemieszczania się wynikała nie tyle z nietolerancji ruchu, co raczej z braku możliwości kontrolowania pozycji ciała w przestrzeni (brak horyzontu), niskiego napięcia posturalnego, słabych reakcji równoważnych i obniżonej koordynacji ruchowej. U podłoża tych trudności leżała niewystarczająca ilość doświadczeń somatosensorycznych: dotykowych, proprioceptywnych i przedsionkowych. Klaskanie i nawoływanie inicjowane przez Melanię w momentach ciszy nie wyglądało na zachowania stereotypowe, ponieważ dziewczynka aktywnie wsłuchiwała się w efekty akustyczne swojego działania. Melania raczej próbowała wchodzić w ten sposób w kontakt z milczącym i niewidocznym otoczeniem. Prawdopodobnie dążyła również do uzyskania podstawowej orientacji przestrzennej, opierając się na echolokacji. Z obserwacji dziecka wynikało, że podstawowym, najlepiej rozwiniętym kanałem jego łączności ze światem była modalność słuchowa, z której Melania potrafiła korzystać w sposób celowy. Niechęć dziewczynki do eksploracji dotykowej była charakterystyczna dla dziecka niewidomego, jednak reakcje podczas zabiegów pielęgnacyjnych mogły wskazywać na zaburzenia modulacji w postaci nadwrażliwości na dotyk. Dziewczynka, co prawda, akceptowała przytulanie, ale ten rodzaj kontaktu mógł w większym stopniu uruchamiać odpowiedź układu proprioceptywnego niż dotykowego. W związku z wątpliwościami poszerzono moduł diagnostyczny o nagrania z domu. Poproszono rodziców, by nagrali sytuacje, które ich zdaniem były dla Melanii komfortowe sensorycznie, i te, w których pojawiał się niepokój. Okazało się, że rodzice bardzo często nie uprzedzali dziewczynki o tym, co zamierzają zrobić. Nagle wycierali jej buzię chusteczką, podnosili

ją do góry, wkładali do wanny itp. Zazwyczaj nazywali to, co robią, ale informacja pojawiała się jednocześnie z działaniem, czyli zbyt późno dla dziecka niewidomego. Z nagrań wynikało, że Melania była zaskakiwana przez rodziców w wielu sytuacjach, także podczas zabawy, co sprawiało, że krzyczała i wycofywała się z kontaktu oraz miała więcej stereotypii ruchowych. Gdy dziewczynka była uprzedzana i miała czas na oswojenie się z bodźcami, była spokojniejsza i bardziej skupiona.

Proces terapeutyczny

Planując zajęcia ustalono, że na początku wprowadzane będą różne aktywności z przewagą stymulacji proprioceptywnej i dotykowej, uzupełniane stymulacją przedsionkową, tak by wzmocnić u dziecka świadomość schematu własnego ciała i poprawić napięcie posturalne. Jednocześnie należało pamiętać o stymulacji dotykowej dłoni, by zwiększyć gotowość dziewczynki do badania otoczenia dotykiem i manipulowania przedmiotami. Spotkania rozpoczęto

jako przygotowanie ośrodkowego układu nerwowego do zwiększających się wyzwań przedsionkowych. Melania potrzebowała dość dużo czasu, by z pomocą terapeuty poznawać każdy kolejny sprzęt. Pierwszym z nich był elastyczny hamak – dziewczynka siedząc na podłodze, dotykała go rączkami, chowała się pod nim wraz z terapeutą i była nim otulana. Następnym krokiem było bujanie przez Melanię pustego hamaka, aż w końcu dziewczynka dała się do niego włożyć. Kolejno zapoznawała się z podwieszoną platformą oraz wałkiem o kwadratowym przekroju (ten kształt pozwalał jej łatwiej utrzymywać równowagę). Sprzęty były zawieszane na tyle nisko, by Melania siedząc na nich, mogła stabilizować pozycję, dotykając stopami podłoża. Zwiększało to u niej poczucie bezpieczeństwa grawitacyjnego i pozwalało samodzielnie regulować tempo oraz kierunek bujania. Pozycja ta poprawiała u dziecka napięcie posturalne i umożliwiała aktywne ćwiczenie reakcji równoważnych. Obciążniki związane wokół kostek u nóg dodatkowo poprawiały stabilizację i sprawiały, że Melania mogła lepiej czuć własne nogi. W trakcie stymulacji przedsionkowej

WYZWANIEM DLA DIAGNOSTY JEST RÓWNIEŻ BRAK WYSTANDARYZOWANYCH NARZĘDZI DIAGNOSTYCZNYCH DO OCENY PROCESÓW SENSORYCZNYCH U DZIECI NIEWIDOMYCH, WIĘC NALEŻY POLEGAĆ NA SZCZEGÓŁOWYM WYWIADZIE ORAZ OBSERWACJACH ZACHOWANIA DZIECKA W GABINECIE I W DOMU (BARDZO PRZYDATNE SĄ W TYM CELU NAGRANIA ZROBIONE PRZEZ RODZICÓW).

od zabaw podłogowych w bezpośrednim kontakcie fizycznym dziecka z terapeutą, ponieważ dziewczynka czuła się bardzo niepewnie w przestrzeni. Terapeuta poświęcił sporo czasu na nawiązanie z nią pozytywnego kontaktu, tak by Melania miała poczucie bezpieczeństwa emocjonalnego i chciała współpracować. Terapeuta potrzebował również czasu na poznanie reakcji Melanii w odpowiedzi na różne aktywności sensoryczne i motoryczne. Było to ważne ze względu na utrudnioną komunikację werbalną i niewerbalną z dzieckiem. Melania, jako dziecko niewidzące, miała ograniczoną mowę ciała, ponieważ nie miała okazji do rozwijania tej sfery przez naśladownictwo. To sprawiało, że na początku trudno było odczytywać jej komunikaty, widać było natomiast, że Melania reagowała nasilonymi stereotypiami na stres, więc trzeba było unikać sytuacji, które by ją do tego prowokowały.

Stopniowo włączano do terapii sprzęty podwieszane. Stymulacja proprioceptywna była wykorzystywana

szczególnie ważne były zmiany i nazywanie kierunków ruchów: do przodu, do tyłu, na prawo, na lewo, ponieważ dziecko niewidome nie jest w stanie rozwijać orientacji kierunkowej, opierając się na informacjach wzrokowych. Melania miała zwiększone zapotrzebowanie na ruch obrotowy, który również wprowadzano, jednak zwracano uwagę, by nie przestymulować nim dziecka. Należało pamiętać, że u dziewczynki nie funkcjonował mechanizm fiksowania wzroku na horyzoncie, który u osób widzących sprawia, że odczucia przedsionkowe są odczuwane jako mniej intensywne.

Podczas zajęć terapeuta cały czas wspierał autonomię dziecka. Nigdy nie sadzał Melanii na sprzęcie i nie zdejmował jej, lecz pomagał dziewczynce robić to samodzielnie, np. pozwalał, by asekurowała się przy jego ramieniu i lekko przytrzymywał sprzęt, by za bardzo się nie ruszał. Instruował Melanię, co musi po kolei robić, i dawał czas na działanie, dzięki czemu dziewczynka uczyła się planowania ruchów w przestrzeni.



Opanowanie poszczególnych czynności wymagało od dziecka wielu powtórzeń ze względu na brak kontroli wzrokowej, ale wraz z tym, jak Melania coraz lepiej sobie radziła, podpowiedzi były stopniowo wycofywane, co umożliwiało jej działanie oparte na ideacji sekwencji motorycznych. Melania była też zachęcana do wybierania aktywności. Terapeuta pozwalał jej np. dotykać różnych znanych sprzętów i obserwował reakcje dziewczynki. Na ich podstawie wnioskował, jakie ma preferencje i wówczas kładł dłoń dziecka na sprzęcie, mówiąc: „to”. Ku zaskoczeniu wszystkich Melania po pewnym czasie sama zaczęła w ten sposób komunikować, na co ma ochotę. Dziewczynka nie była zmuszana do czegoś, co sprawiało jej wyraźny dyskomfort. Nigdy nie polubiła np. basenu z piłeczkami (być może denerwowały ją dźwięki lub odczucie zapadania się), więc terapeuta proponował jej inne zabawy na niestabilnym podłożu, np. poduchy wypełnione gąbkami albo duży dmuchany materac. Zachęcał ją również do siedzenia na dysku sensorycznym. Dziewczynka unikała leżenia na brzuchu z podpojem na przedramionach, chociaż byłaby to bardzo korzystna pozycja dla wzmocnienia mięśni grzbietu. Czasami dawała się na to namówić, gdy miała podłożony pod klatkę piersiową szeroki klin, a rączkami manipulowała przy dźwiękowej zabawce (żaden inny przedmiot nie był wystarczająco motywujący). Terapeuta starał się wydłużać czas

przebywania dziecka na brzuchu poprzez interakcję polegającą na naprzemiennej, radosnej zabawie, ale gdy widział u Melanii oznaki zmęczenia, nie przeciągał na siłę tego, co sprawiało jej trudność.

Melania na sesjach cały czas poszerzała swoje doświadczenia dotykowe. Najpierw badała dotykiem pojedyncze maty fakturowe, by bez pośpiechu poznawać ich właściwości. Następnie skupiała się na różnicowaniu dwóch i więcej faktur. Wykorzystywano do tego elementy dotykowe dające się np. łączyć na rzepy. Stopniowo dziewczynka oswajała się z materiałami nieustrukturalizowanymi, takimi jak: kasze, makarony, korki, kamyczki itp. Początkowo były one rozsypywane na płaskich tackach, by mogła gładzić je dłońmi, a następnie zachęcano ją, by wkładała rączki do głębszych pojemników, co aktywizowało ruchy palców niezbędne do chwytania. Po pewnym czasie do pojemnika ze znany materiałem sypkim (np. kaszą) wkładano drobne przedmioty różniące się właściwościami dotykowymi, np. szklane kulki, i wówczas Melania różnicowała dotykiem nie tylko ich fakturę, ale także kształt, ciężar, temperaturę i wielkość. Stosunkowo szybko dziewczynka sama zainicjowała wyjmowanie tych przedmiotów z pojemnika, używając precyzyjnego chwytu.

Przygotowanie dziecka do pionizacji i chodzenia wymagało aktywności poprawiających koordynację ruchową. Wprowadzano więc zabawy ułatwiające

rotację, np. turlanie się i skręty tułowia w pozycji siedzącej – m.in. tańczenie z terapeutą trzymającym dziecko za rączki. Dziewczynka ćwiczyła też przy okazji przekraczanie środkowej linii ciała. Ważne było również wykonywanie ruchów naprzemiennych rękami (granie na dużym bębnie) i nogami (tupanie podczas siedzenia na krzeselku). Muzyka i piosenki nadawały rytm aktywności dziecka. Melania początkowo potrzebowała pomocy terapeuty przy inicjowaniu i wykonywaniu odpowiednich ruchów, ponieważ nie miała utrwalonych wzorców motorycznych, które dzieci widzące rozwijają podczas intensywnego obracania się, pełzania i raczkowania. Dziewczynka dzięki fizjoterapii osiągnęła podstawowe umiejętności w tym zakresie, ale spontanicznie z nich prawie nie korzystała.

W pracy z Melanią zwracano również uwagę na rozwój koordynacji słuchowo-ruchowej, która w przypadku dziecka niewidomego ma ogromne znaczenie dla orientacji przestrzennej. Terapeuta i dziewczynka siadali początkowo naprzeciwko siebie w rozkroku, stykając się stopami i toczyli między sobą piłkę z dzwoneczkiem. Przybliżający się i oddalający dźwięk pomagał Melanii odkrywać, czym jest odległość między nią a drugą osobą, której nie mogła zobaczyć. Terapeuta stopniowo zwiększał swoją odległość od dziecka i nieznacznie zmieniał kierunki, z których piłka się przybliżała. Dziewczynka siedząca w miejscu czuła, że jest centralnym punktem odniesienia wobec dźwięku i ruchu w przestrzeni. Kolejnym etapem było pokonywanie przez Melanię odległości w kierunku źródła dźwięku. Dziewczynka z pomocą terapeuty przemieszczała się w pozycji siedzącej na deskorolce, szukając np. ulubionej zabawki grającej.

Podsumowanie

Po sześciu miesiącach terapii SI Melania zaczęła sama pionizować się przy sprzętach, a następnie chodzić, pchając przed sobą drewniany wózek. Dzięki odpowiednio dobranym obciążnikom wokół kostek, dziewczynka lepiej czuła swoje nogi. Obciążniki obniżały środek jej ciężkości, w związku z czym czuła się stabilniej. Poprawa napięcia posturalnego wpłynęła na to, że Melania lepiej kontrolowała równowagę i mniej męczył ją wysiłek fizyczny. Wózek do pchania również został dociążony tak, by przesuwiał się z lekkim oporem, dając dziecku stabilniejszą asekurację. Przemieszczanie się przy pchaczu pomagało Melanii skutecznie chronić się przy zderzeniach z przeszkodami. Ta technika chodzenia zapewniała jej samodzielność przy poruszaniu się, dodawała odwagi i ułatwiała współpracę z terapeutą orientacji przestrzennej.

Aktywności dotykowe wprowadzane podczas terapii zmniejszyły obawy Melanii przed badaniem dotykiem otoczenia, ułatwiły różnicowanie faktur, kształtów, temperatury i ciężaru przedmiotów oraz przygotowały dłonie do manipulacji. Melania posługiwała się rączkami w sposób coraz bardziej celowy i precyzyjny. Wzrosła również jej aktywność poznawcza oraz zaangażowanie w zajęcia z tyflopedagogiem i logopedą. Terapia SI sprawiła, że Melania zaczęła lepiej żuć stałe pokarmy.

Ogromne znaczenie dla rozwojowych postępów dziewczynki miało nie tylko stosowanie odpowiednio przemyślanych technik sensorycznych i ćwiczeń ruchowych, ale również jakość kontaktu dziecka z terapeutą. Był on dla niego raczej wrażliwym przewodnikiem i towarzyszem zabaw niż wymagającym nauczycielem. Terapeuta zdawał sobie sprawę, że dziecko niewidome potrzebuje znacznie więcej czasu na osvajanie się z nowymi sytuacjami, a zdobywanie nowych umiejętności trwa u niego dłużej niż u dzieci widzących. Stawiał przed dziewczynką wyzwania, które pozwalały jej we własnym tempie posuwać się małymi krokami do przodu. Na zajęciach tworzył przyjazną atmosferę, dającą Melanii poczucie bezpieczeństwa. Był wrażliwy na jej sygnały, gdy czuła się niepewna, zmęczona lub zależało jej na kontynuowaniu jakiejś aktywności i dostosowywał do tego przebieg sesji. Pozostawał w ciągłej interakcji z dzieckiem, dzięki czemu czuło ono jego wspierającą obecność, chociaż nie mogło go zobaczyć. Wszystko to sprawiło, że dziewczynka z biegiem czasu stawała się coraz bardziej otwarta na kontakty społeczne i pojawiało się też u niej coraz więcej zachowań o charakterze komunikacyjnym.

MAŁGORZATA DĄBROWSKA

Psycholog kliniczny, terapeutka SI. Specjalizuje się w pracy z małymi dziećmi z trudnościami rozwojowymi i ich rodzinami. Trenerka i superwizorka metody wideo-treningu komunikacji, wspierającego rodziców i nauczycieli w budowaniu pozytywnych relacji z dziećmi.

BIBLIOGRAFIA:

- Hadamik B., *Zanim dziecko pójdzie do szkoły – wsparcie dziecka niewidomego w wieku przedszkolnym w poszczególnych obszarach rozwoju* [w:] Paplińska M. (red.), *Jak przygotować niewidome dziecko do nauki brajla. Przewodnik dla rodziców i nauczycieli*, Fundacja Niewidomych i Stabowidzących „Trakt” 2012.
- Walkiewicz-Krutak M., Kalisz P., *Rozwijanie umiejętności w zakresie orientacji przestrzennej i poruszania się małych dzieci niewidzących* [w:] Czerwińska K. (red.), *Wybrane aspekty rozwoju małego dziecka z niepełnosprawnością wzroku*, Akademia Pedagogiki Specjalnej 2014, s. 194–232.

AUTORKA: KAROLINA MICHALAK

Wielozmysłowe wspomaganie rozwoju małego dziecka z opóźnionym rozwojem

– PRZYKŁADY ĆWICZEŃ WSPOMAGAJĄCYCH ROZWÓJ ZMYŚŁÓW

Kompleksowe wsparcie rozwoju dziecka z opóźnionym rozwojem powinno być holistycznym, spójnym oddziaływaniem specjalistów z różnych dziedzin, tj.: psychologa, pedagoga, logopedy, a także terapeuty integracji sensorycznej (SI). Kluczowa jest trafna diagnoza oraz zoperacjonalizowanie celów terapeutycznych, aby ukierunkować terapię na konkretne deficyty dziecka. W niniejszym artykule zostanie przedstawiona charakterystyka zaburzeń procesów integracji sensorycznej oraz zostaną omówione praktyczne wskazówki terapeutyczne możliwe do wykorzystania zarówno w gabinecie specjalisty, jak i w środowisku domowym.

U małych pacjentów z opóźnionym rozwojem charakterystyczne jest, że wiek metrykalny przewyższa wiek biologiczny. Zadaniem specjalistów we współpracy z rodziną dziecka jest, poprzez oddziaływania terapeutyczne, wyrównanie „rozdziewięku” między wiekiem chronologicznym a rozwojowym. Kluczowe jest podjęcie terapii nakierowanej na



kształtowanie komunikacji funkcjonalnej, rozwijanie procesów poznawczych, kompetencji społeczno-emo-cjonalnych, a także rozpoczęcie działań uwzględnia-jących stymulację procesów integracji sensorycznej.

Kluczowe przyczyny trudności

Zaburzenia w zakresie integracji sensorycznej spowo-dowane są dezorganizacją procesu samoaktualizacji, co pozostaje w ścisłej korelacji z trudnościami z rejestracją, modulacją oraz organizacją wejściowych bodźców sensorycznych. Prawidłowy rozwój procesów integracji sensorycznej jest kluczowy, bowiem rzutuje na tempo nabywania nowych umiejętności oraz sposób zacho-wania dziecka. Zazwyczaj z ryzykiem zaburzeń procesów sensorycznych mamy do czynienia, gdy w okresie okołoporodowym wystąpiły takie komplikacje, jak: żółtaczka, poród przedwczesny przed 37. tygodniem,

poród kleszczowy, a także poród przez cesarskie cię-cie i współwystępujące niedotlenienie. W badaniach (Benson i in., 2006) wykazano, że dzieci przejawiają-ce dysregulację stanu snu i czuwania, trudności z je-dzeniem, zaburzone funkcje ruchowe, np. skrócony czas raczkowania, a także problemy zdrowotne (za-palenie ucha, alergię, urazy, żółtaczka, kolki) znacznie częściej mają trudności z koordynacją ruchową oraz prawidłowym rozwojem zmysłów niż dzieci bez tych trudności. Oprócz powyższych obciążeń istotną rolę w prawidłowym, harmonijnym rozwoju odgrywa także stymulacja środowiskowa. Długoterminowe hospita-lizowanie niemowląt i związana z tym trauma mogą wpływać na poczucie deprywacji już od najmłodszych chwil życia, co może skutkować deficytami w obszarze integracji sensorycznej.

Jakie trudności pojawiają się na poszczególnych etapach rozwoju małego dziecka?

W okresie niemowlęcym często objawy deficytów roz-wojowych są trudne do wychwycenia i ciągle się zmie-niają. Stopniowo rodzice mogą zacząć dostrzegać, że ich pociecha ma niewłaściwą wrażliwość sensoryczną, zaburzony rozwój motoryczny, trudności percepcyjne, komunikacyjne oraz posiada dużą przerzutność uwagi połączoną z nadmiernym pobudzeniem. Niemowlęta nierozwijające się w sposób prawidłowy przejawiają deficyty w regulacji stopnia intensywności reakcji na bodźce, co ma swoje odzwierciedlenie w trudnych do zniesienia przez otoczenie zachowaniach. Niemowlęta takie charakteryzują się płaczliwością, nadwrażli-wością na dotyk, mogą mieć częste kolki, problemy ze snem i jedzeniem. Wbrew powszechnej opinii, że „z tego się wyrasta”, niestety, reakcje te ewoluują i cechy niepożądane nabierają większego nasilenia. Bardzo często nieprawidłowy rozwój motoryczny stanowi kluczowy czynnik ryzyka zaburzeń procesów integracji sensorycznej.

Na etapie przedszkolnym dzieci z trudnościami mogą preferować samodzielne, stereotypowe zaba-wy, mieć problemy ze snem i jedzeniem, narzekać np. na pewnego rodzaju ubrania, które w ich oce-nie są bardzo drapiące i nie do wytrzymania. Mogą mieć także zaburzone poczucie odczuwania nasilenia ciepła oraz zimna. Nierzadko pacjenci z diagnozą autyzmu czy ADHD mają również deficyty w prze-twarzaniu zmysłowym.

Symptomy, które powinny zapalić u rodziców „czer-woną lampkę” dotyczącą rozwoju motorycznego ich pociechy, to:



- ▶ brak raczkowania u dziecka;
- ▶ znacznie opóźniony okres samodzielnego siadania, chodzenia oraz wstawania;
- ▶ zaburzony chwyt pęsetowy;
- ▶ trudności grafomotoryczne;
- ▶ nieestetyczne jedzenie, trudności jedzenia pokarmu z łyżki;
- ▶ trudności z manipulacją przedmiotów;
- ▶ obniżona motywacja do zabaw konstrukcyjnych i rotacji przedmiotów;
- ▶ nierozwinięta zdolność wskazywania i nazywania części ciała.

rozwoju dalszych ważnych umiejętności. Bez prawidłowego ich funkcjonowania rozwój kolejnych umiejętności może być ograniczony. Dotyk jest jednym z czołowych źródeł wrażeń wpływających na pracę ośrodkowego układu nerwowego. System dotykowy spełnia funkcję defensywną (obronną) oraz dyskryminatywną (różnicującą). To właśnie dzięki niemu nasz organizm potrafi stanąć w gotowości w reakcji na zagrażający bodziec. Natomiast system różnicujący umożliwia nam identyfikację wszystkiego, czego dotykamy. Układ przedsionkowy odpowiedzialny jest za równowagę, prawidłowe napięcie mięśniowe oraz koordynację ruchów. Natomiast układ proprioceptywny umożliwia głębokie czucie, receptory

NIEMOWLĘTA NIEROZWIJAJĄCE SIĘ W SPOSÓB PRAWIDŁOWY PRZEJAWIAJĄ DEFICYTY W REGULACJI STOPNIA INTENSYWNOŚCI REAKCJI NA BODŹCE, CO MA SVOJE ODZWIERCIEDLENIE W TRUDNYCH DO ZNIESIENIA PRZEZ OTOCZENIE ZACHOWANIU.

Kwestionariusz sensomotoryczny – jak przeprowadzić wstępną diagnozę?

Im wcześniej rodzic lub specjalista zauważy niepokojące symptomy u dziecka, tym korzystniej będzie dla procesu terapii i jej efektów. Im młodsze dziecko, tym jego mózg jest bardziej podatny na wszelkie oddziaływania oraz próby modyfikacji zachowania. Przydatny we wstępnej diagnozie może być Kwestionariusz sensomotoryczny Zbigniewa Przyrowskiego, który pozwala ocenić nieprawidłowości w sferze dotykowej, w zakresie równowagi, koordynacji, napięcia mięśni, słuchu, węchu, wzroku oraz w obszarze zachowania i koncentracji uwagi. Jeśli na poziomie pytań w Kwestionariuszu dziecko uzyska słaby wynik, należy podjąć kroki, aby umówić się na konsultację ze specjalistą – terapeutą SI bądź psychologiem, który powinien „pokierować” rodzica odnośnie do kolejnych oddziaływań oraz zaplanować proces terapeutyczny. Kwestionariusz sensomotoryczny można pobrać ze strony internetowej Polskiego Stowarzyszenia Terapeutów Integracji Sensorycznej – SI.

Przykłady ćwiczeń oraz zabaw wspomagających rozwój zmysłów

Istotne jest, aby podczas różnorodnych ćwiczeń wspomagających uwzględnić stymulowanie bazowych układów sensorycznych, tj.: układ dotykowy, układ przedsionkowy, a także układ proprioceptywny. Nie można zapominać o stymulacji zmysłu wzroku, słuchu, węchu oraz smaku. W teorii integracji sensorycznej stanowią one podstawę

tego systemu zlokalizowane są w mięśniach, stawach, ścięgnach i przekazują informację o aktywności człowieka do mózgu. Odpowiednia stymulacja powyższych układów sensorycznych już od najmłodszych lat ma kluczowe znaczenie w tworzeniu szlaków komunikacyjnych w naszym ośrodkowym układzie nerwowym. Ma to wpływ na plastyczność neuronalną tworzącą pamięć naszego ciała oraz kształtującą zachowania i emocje.

Poniżej przytoczę propozycje ćwiczeń stymulujących bazowe systemy sensoryczne, które można zaproponować maluchowi.

➡ Układ dotykowy:

- ▶ Dotykowa „magiczna” skrzynka skarbów – z pudełka po butach można wykonać magiczną skrzynkę, do której wkładamy przedmioty o różnej fakturze i zastosowaniu, np.: bibułę, łyżkę, kauczukowe piłeczki, kredki. Zadaniem dziecka jest zamknąć oczy, wylosować z pudełka jeden przedmiot i zgadnąć, co to jest.
- ▶ Kolorowe stopy i dłonie – malowanie kreatywne farbą za pomocą całych dłoni lub stóp; można wykorzystać do zabawy duży karton, zmieszać farbę z ryżem, kaszą, piaskiem i tworzyć prawdziwe artystyczne kompozycje.
- ▶ Malowanie „jadalnymi farbami” – do przygotowania takich farb potrzebny będzie jogurt naturalny oraz barwniki spożywcze; jako zamiennik chemicznych składników możemy wykorzystać naturalne

barwniki, takie jak: kakao, kurkuma, burak w proszku; do malowania można użyć rączek, ale również skorzystać ze stempli, szyszek, patyczków.

- ▶ Zabawa w „hot doga” – dziecko zwijamy bardzo ciasno w kocyk, bawimy się w smarowanie kanapki keczupem i majonezem, następnie zwijamy mocno „hot doga” i odwijamy, aby dołożyć więcej składników.
- ▶ Kuchenne rewolucje – wspólne robienie babeczek, pierników, owsianych ciasteczek, owocowej sałatki, aktywizowanie dziecka w kuchni, stwarzanie możliwości przesypywania, mieszania, ugniatania; wspólne próbowanie przygotowanych smaczków i potraw.
- ▶ Wodny świat – zabawa podczas kąpieli różnymi gąbkami, mydełkami, ręcznikami, zapewnić dziecku dotykania różnych faktur i kształtów przedmiotów.
- ▶ Eksperymenty z płynami – zabawy z przelewaniem różnych płynów ze szklanki do szklanki, wsypywanie za pomocą łyżki kaszy z większego pojemnika do mniejszego.

➡ Układ przedsionkowy:

- ▶ Huśtawki – wspólne bujanie się na różnego rodzaju huśtawkach (wahadłowych, oponach, podwieszanych).
- ▶ Ścieżki sensoryczne, tory przeszkód – stworzenie razem z dzieckiem drogi pełnej wyzwań, z piasku, kamyków, szyszek, wymagające od dziecka pełzania, skakania, turlania, omijania ustawionych przeszkód.
- ▶ Skakanie na piłce – podskoki na dmuchanej piłce, robienie zawodów, kto dłużej potrafi skakać.
- ▶ Skakanie – zeskakiwanie ze schodków, zabawa w klasy, skakanie przez skakankę.
- ▶ Relaks w kocyku – dziecko leży na kocyku, a dwójka dorosłych łapie za końce koca i buja dziecko na boki.
- ▶ Wspólne zabawy ruchowe, gimnastyka smyka, ćwiczenia ruchowe przy muzyce – przykładowy link do ćwiczeń: <https://www.youtube.com/watch?v=EuCip5yI464&list=PL3aw9Beig8kxV-Ed7s7za7CSmY0DehUZy>.

➡ Układ proprioceptywny:

- ▶ Zabawa w chodzenie tyłem, bokiem, w klęku, na czworaka po ścieżkach fakturowych, np.: sztucznej trawie, płaskim pudełku z kasztanami, folii bąbelkowej.
- ▶ Zabawa w odbijanie piłki plażowej, balonów, balonów wypełnionych, np. konfetti, kaszą, brokatem,

odbijanie woreczków z grochem rakieta ping-pongową, gra w tenisa/badmintona.

- ▶ Ćwiczenia polegające na ciągnięciu – np. pchanie wózek z lalką czy wózka w hipermarkecie.
- ▶ Ćwiczenia polegające na siłowaniu – m.in. siłowanie się na rękę, np. „wyobraź sobie, że jedziesz ulicą i na środku stoi wielki kamień, musisz zsiść z roweru i go przepchnąć”; przepychanie się w siadzie plecami.
- ▶ „Bob Budowniczy” – do pudełka kartonowego wkładamy książki, klocki, inne zabawki, tak aby je obciążyć. Zadaniem dziecka jest przepychanie pudełka z jednego miejsca na drugie.
- ▶ Wkładanie butelek po napojach wypełnionych ciepłą i zimną wodą do torby z marketu i pchanie/ciągnięcie jej po podłodze.
- ▶ Zabawy z taczkami dziecięcymi – np. wkładamy do nich torebki strunowe wypełnione różnorodnymi materiałami i wozimy je.
- ▶ Zabawa w zakupy – wkładanie do torby butelek z zabarwioną wodą, torebek papierowych, w które możemy włożyć kamyki, kasztany, żółędzie, orzechy – dziecko kupuje towary i pakuje je do torby, zanosząc do domu.

➡ Przykłady zabaw stymulujących zmysł wzroku:

- ▶ Odbicia w lusterku – razem z dzieckiem robimy przed lustrem różne miny, zachęcamy naszą pociechę do naśladowania, obserwowania ruchów dorosłego.
- ▶ Łapanie baniek mydlanych – podczas dmuchania baniek mydlanych prosimy dziecko, aby starało się je złapać do kubka lub przebijało paluszkiem.
- ▶ Bibułki na latarce – zachęcamy malucha do patrzenia na przebijające, różnokolorowe cienie latarki.
- ▶ Magiczne barwy – do pudełeczek z wodą dodajemy barwniki spożywcze, zachęcamy dziecko do oglądania kolorowego efektu.

➡ Przykłady zabaw stymulujących zmysł słuchu:

- ▶ Zabawy dźwiękowe – bawimy się z maluchem wszelkimi instrumentami, zachęcamy go do uderzania w bębenek, potrząsania grzechotką, naciśnięcia grającej zabawki.
- ▶ Szelesty – bawimy się materiałami, tj.: gazety, suche liście, folia bąbelkowa, zgniatamy materiały, ściskamy, słuchamy wydobywających się dźwięków.

- ▶ Muzyczne puszkę – do słoików wsypujemy materiały, takie jak: piasek, kasza, groch, i motywujemy malucha do potrząsania nimi oraz odnajdywania wśród nich par.
- ▶ Zwierzątka – puszcza z kasety odgłosy zwierząt, pytamy dziecko, jakie zwierzątko wydało ten odgłos, zachęcamy dziecko do naśladowania.

➡ Przykłady zabaw stymulujących zmysł węchu:

- ▶ Zabawy w identyfikowanie zapachów – zakrywamy dziecku oczy i na podstawie zmysłu węchu bawimy się w zgadywanie zapachów, np.: pudełko z szyszkami, kubek z czekoladą na ciepło, koktajl z bananów.
- ▶ Odwiedzanie z dzieckiem lasów, ogrodów, parków – zachęcanie do wąchania różnych roślin i wspólnego nazywania ich.
- ▶ Sortowanie zapachów – dziecko wącha flakoniki z różnymi zapachami i jego zadaniem jest wskazać, które w jego ocenie są zapachami przyjemnymi, a które nieprzyjemnymi.
- ▶ Łączenie zapachów w pary – przygotowujemy kilka słoiczek, wśród których będą identyczne produkty, zadaniem dziecka jest odszukanie „zapachowych par”.

➡ Przykłady zabaw stymulujących zmysł smaku:

- ▶ Zabawa w zgadywanie „owoc czy warzywo” – prosimy, aby dziecko zamknęło oczy, spróbowało owoc lub warzywo oraz określiło, co to jest.
- ▶ Smaczne łyżeczki – na łyżeczkę nakładamy na zmianę różne produkty, np.: dżem, czekoladę, miód, i zachęcamy dziecko do próbowania smaków z różnych łyżeczek.
- ▶ Wody o różnych smakach – do wody mineralnej wsypujemy cukier, sól lub miód i motywujemy dziecko, aby spróbowało każdej z opcji.

Rozwijanie sfery komunikacyjnej

Warto również już od najmłodszych lat zadbać o to, aby rozwijać komunikację funkcjonalną u dziecka. Należy podkreślić, że komunikacja ta rozwija się u każdego dziecka znacznie wcześniej niż mowa werbalna. Formą komunikacji może być wskazywanie, ciągnięcie za rękę, krzyk, płacz. W ten sposób dziecko pragnie zaznaczyć swoją preferencję lub wyrazić niezadowolnienie. Na podstawie wiedzy z psychologii rozwojowej wiemy, że

między 2. a 3. miesiącem życia u niemowlaka pojawia się głuzenie i wydaje on z siebie dźwięki, takie jak np.: gu, gi, ki. Dziecko potrafi się głośno śmiać, reaguje na dźwięki. W późniejszym etapie, do 6. miesiąca życia, pojawia się gaworzenie, czyli dziecko próbuje naśladować mowę rodziców, wypowiada pojedyncze sylaby. Następny miesiąc życia to gaworzenie samonaśladowcze, dziecko powtarza identyczne sylaby, np. mamama, tatata. Na tym etapie dziecko nie potrafi przyporządkować słów zbliżonych do słowa mama do konkretnej osoby. Nie można uznać powyższych komunikatów za świadomą mowę dziecka. Na przełomie 8. i 10. miesiąca życia dziecko posługuje się echolalią, próbuje naśladować mowę rodziców przez kilkukrotne powtarzanie wypowiedzianych przez nich sylab. U większości dzieci prawidłowo się rozwijających do 1. roku życia pojawiają się pierwsze słowa wypowiedziane ze świadomością ich znaczenia.

U dzieci z opóźnionym rozwojem mowy warto aranżować jak najwięcej atrakcyjnych form aktywności w celu rozwijania okazji do komunikowania się z nami w sposób funkcjonalny. Warto, aby dziecko nie było w posiadaniu wszystkich wzmacniających i motywujących go przedmiotów. Gdy nasza pociecha ma wszystkie ciekawe zabawki na wyciągnięcie ręki, przejawia znacznie mniejszą motywację do formułowania komunikatów do drugiej osoby. Dobrze, aby część „motywatorów” umieścić w przezroczystych pudełkach poza zasięgiem dziecka. Jeśli chce otrzymać atrakcyjny przedmiot, wymagamy od niego komunikatu werbalnego o odpowiednim do jego możliwości stopniu zaawansowania, np. „ba”/„bańki”/„poproszę bańki mamo”. Każdy przejaw spontanicznej komunikacji silnie wzmacniamy społecznie („brawo, pięknie mówisz”) oraz konkretnie poprzez otrzymanie danego wzmocnienia (atrakcyjnej zabawki, przekąski). Warto również mówić do dziecka, np. opowiadać, co się robi w kuchni – np. „kroję ogórka, wrzucam do miski, dodaję pomidora”. Jednocześnie z komunikatem kierowanym do dziecka warto umożliwić mu wielozmysłowe doświadczanie danej sytuacji: czyli dać do ręki ogórka, pomidora w całości lub pokrojonego, tak aby pobudzać zmysły, kształtować wyobrażenie danej sytuacji w wielu zmysłach. Przydatne są także książeczki z obrazkami, które możemy wspólnie z dzieckiem przeglądać, czytać, wskazywać. Na rynku jest ich coraz więcej i mają za zadanie oddziaływać na zmysł dotyku. Można również samodzielnie przygotować dla maluchów książeczki i obrazki dotykowe tak, aby wspomóc wielosensoryczne poznawanie świata. Przykładowo: obrazek kotka może być wyklejony futerkiem, języka – papierem ściernym, rybki – folią bąbelkową itp. Maluchy z opóźnionym rozwojem potrzebują dużo różnych doświadczeń, które będą angażować

więcej niż jeden–dwa systemy sensoryczne. Dzięki takim zabawom mamy okazję do rozwijania zarówno mowy czynnej, jak i mowy biernej oraz doświadczania świata różnymi zmysłami. We wspomaganiu rozwoju nie można pominąć ćwiczeń uwzględniających naukę naśladowania z przedmiotem oraz imitacji motorycznej, które odgrywają znaczącą rolę w rozwijaniu mowy czynnej. Do nauki naśladowania z przedmiotami warto przygotować sobie po dwa identyczne zestawy, np.: dwa kubeczki, dwie łyżeczki, dwa identyczne misie. Nie można zapominać o ćwiczeniach z zakresu naśladowania motoryki dużej ze stymulacją dotykową, z wykorzystaniem piłeczek do masażu, szczotek oraz gąbek. Uczymy dziecko i na polecenie „zrób tak samo”, oczekujemy jego reakcji. Gdy ma ono trudność z naśladowaniem, warto zaangażować osobę trzecią do tzw. zacieniowania poprawnej reakcji przez dziecko – np. wzięcie jego rączki i wykonanie polecenia. Z każdym powtórzeniem należy zmniejszać podpowiedź fizyczną dorosłego za plecami, aby doprowadzić do pełnej samodzielności naszej pociechy. Należy także zmieniać polecenia, aby dziecko nie pracowało schematycznie, np. jednego dnia polecenie „zrób tak samo” na klaskanie w dłonie uczone jednocześnie z tym samym poleceniem na uderzenie ręką w kolanka. Zaleca się także ćwiczenie z dzieckiem umiejętności naśladowania z wykorzystaniem instrumentów muzycznych, takich jak bębenek czy grzechotka, które oprócz naśladownictwa zapewniają stymulację słuchową, która jest bardzo istotna dla rozwoju malucha.

Studium przypadku

Zosia (5 lat) to pacjentka funkcjonująca na poziomie poznawczym adekwatnym do wieku, bez diagnozy zaburzenia rozwojowego, z opóźnionym rozwojem mowy, nadwrażliwa na dotyk. Pochodzi z pełnej rodziny, ma starszego o 3 lata brata. Po porodzie była długo hospitalizowana z uwagi na przebytą żółtaczkę. Dziewczynka nie lubi przytulania, głaskania i innych form fizycznego kontaktu od każdego z wyjątkiem jej rodziców. Twierdzi, że brzydzi się rąk innych osób i nie chce wąchać ich zapachów. Podczas wycieczki z przedszkola do Sali Zabaw Zosia wpadła w histериę, ponieważ nie mogła znieść nadmiaru bodźców w postaci tłumy oraz dużej ilości kolorowych, według niej drapiących, piłeczek. Dziewczynka zazwyczaj preferuje samodzielną zabawę, ma kilka koleżanek, z którymi lubi się bawić. U pacjentki mowa rozwija się nieharmonijnie w porównaniu z innymi obszarami rozwoju oraz biorąc pod uwagę jej wiek metrykalny. Dziewczynka uczęszcza na terapię logopedyczną oraz

psychologiczną, motywowana bierze udział w ćwiczeniach artykulacyjnych i oddechowych, stopniowo udaje jej się wypowiadać proste zdania. Zosia ma trudności z adaptacyjną regulacją emocjonalną, szybko wpada w złość, ma trudności z akceptacją odmowy i spokojnym czekaniem na preferowaną aktywność.

Pacjentka została objęta kompleksowym wsparciem terapeutycznym polegającym na terapii psychologicznej, logopedycznej oraz terapii SI. Rodzice dziewczynki są aktywnie zaangażowani w terapię, wykonują wszelkie wskazówki od specjalistów, angażują się w kreowanie domowych ćwiczeń rozwijających komunikację, kompetencje społeczne oraz układ dotykowy córki. Terapeuci zaproponowali dla dziewczynki zestawy indywidualnie dopasowanych ćwiczeń i zabaw, które mogą być realizowane w domu przez rodziców. Zosia dzięki temu robi duże postępy i mimo trudności stara się pracować nad swoim rozwojem.

KAROLINA MICHALAK

Psycholog, oligofrenopedagog, certyfikowany trener umiejętności społecznych, w trakcie 4-letnich studiów podyplomowych z zakresu psychoterapii poznawczo-behawioralnej w Warszawie. Swoje doświadczenie zdobywała w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, na oddziale psychiatrycznym w Szpitalu im. J. Babińskiego w Łodzi, a także placówkach edukacyjnych i przedszkolach specjalistycznych dla dzieci ze spektrum autyzmu. Posiada uprawnienia diagnostyczne do przeprowadzania badań poziomu inteligencji i procesów poznawczych Skalą Inteligencji Stanford-Binet 5. Jest również przeszkolona w badaniu narzędziem VB-MAPP oraz w pracy nad rozwijaniem komunikacji funkcjonalnej u dzieci z deficytami mowy opartym na systemie komunikacji PECS. Zawodowo związana z Fundacją z ASPI-racjami w Łodzi, gdzie obecnie pracuje na stanowisku psychologa w Poradni dla Dzieci i Młodzieży, która działa w ramach tej placówki. Pracuje przede wszystkim w nurcie poznawczo-behawioralnym, łącząc jednak w swojej pracy także inne podejścia, w zależności od potrzeb pacjenta.

BIBLIOGRAFIA:

- Przyrowski Z., *Integracja sensoryczna. Wprowadzenie do teorii, diagnozy i terapii*, Wydawnictwo EMPIS 2015.
- Kwestionariusz sensomotoryczny do pobrania ze strony: http://www.pstis.pl/pl/html/index.php?v2=block&str=podstrona_kwestionariusz.
- Linki do ćwiczeń ruchowych dla dzieci:
- <https://www.youtube.com/watch?v=EuCip5y1464&list=PL3aw9Beig8kxV-Ed7s7za7CSmY0DehUZy>.
- <https://www.youtube.com/watch?v=MG6iPAU2b0I>.

AUTORKA: MAGDALENA CHARBICKA

Jakie strategie pracy mogą być pomocne podczas terapii integracji sensorycznej u dziecka z ASD?

(...) trzeba być bardzo cierpliwym. Na początku siedzisz w pewnej odległości ode mnie, ot tak, na trawie. Będę spoglądać na ciebie kątem oka, a ty nic nie powiesz. Mowa jest źródłem nieporozumień. Lecz każdego dnia będziesz mógł siadać trochę bliżej...

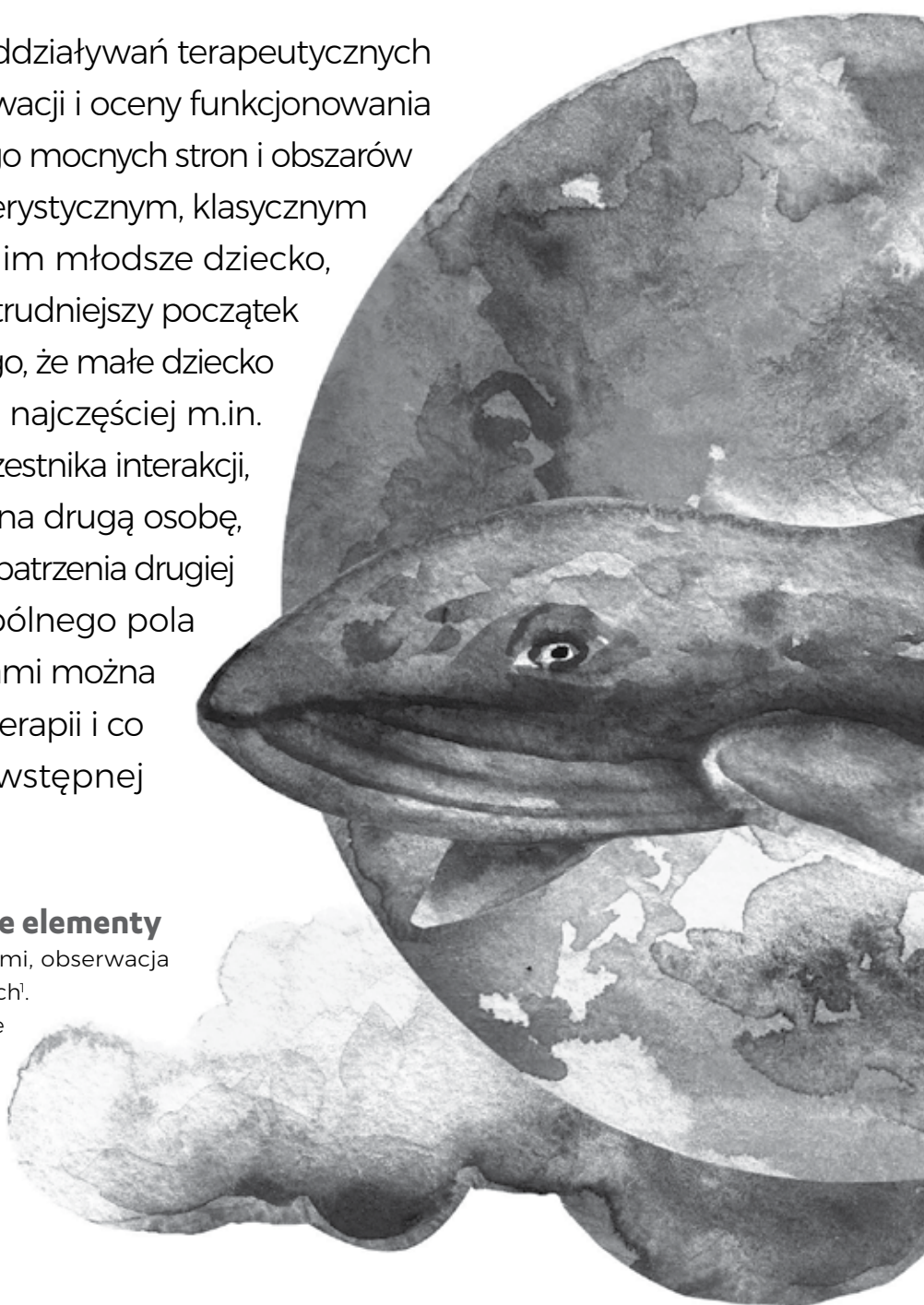
Antoine de Saint-Exupéry, *Mały Księżę*

Zaplanowanie procesu oddziaływań terapeutycznych wymaga wstępnej obserwacji i oceny funkcjonowania dziecka, uwzględnienia jego mocnych stron i obszarów deficytowych. W charakterystycznym, klasycznym obrazie autyzmu często im młodsze dziecko, krótko po diagnozie, tym trudniejszy początek terapii. Dzieje się tak dlatego, że małe dziecko z ASD charakteryzuje się najczęściej m.in. brakiem uważności na uczestnika interakcji, często nie zwraca uwagi na drugą osobę, nie podąża za kierunkiem patrzenia drugiej osoby oraz nie dzieli wspólnego pola uwagi. Z jakimi trudnościami można się spotkać na początku terapii i co może nam pomóc we wstępnej diagnozie?

Od czego zacząć? Kluczowe elementy

Pomocne będą: wywiad z rodzicami, obserwacja dziecka i znajomość kamieni milowych¹.

Najczęściej zachowania towarzyszące dzieciom z ASD, charakteryzujące ich odbiór sensoryczny świata, są tożsame z tymi występującymi u osób z typowym rozwojem. Dziecko z nadwrażliwością



dotykową będzie unikać niektórych faktur, zabiegów pielęgnacyjnych, konsystencji pokarmów, może mieć mniejszą tolerancję na ubrania. Przy niepewności grawitacyjnej, podobnie jak dziecko z typowym rozwojem, będzie obawiać się oderwania stóp od podłoża, bać się nierównych powierzchni, huśtawek, kładek czy drabinek. Przy obniżonym napięciu mięśniowym będzie się szybciej męczyć, wybierać pozycje niskie lub leżące przy różnych aktywnościach, mieć problemy z gryzieniem, przeżuwaniami itp. Te zachowania będą najczęściej podobne, jednak u dzieci z ASD są one bardziej spektakularne, często reakcje są intensywniejsze, przerysowane w stosunku do pojawiających się bodźców, mocno wygórowane. Może też być tak, że nawet bardzo silny bodziec nie wywołuje reakcji i często jest on tak silny, że aż nieprzyjemny, silnie inwazyjny, wręcz szkodliwy. Nierzadko też u dzieci z autyzmem występuje zmienna reaktywność na bodźce sensoryczne:

od intensywnego poszukiwania doznań do dużej nadreaktywności na bodziec, która może pojawiać się w obrębie tego samego systemu zmysłowego. Dlatego najlepszą formą oceny jest wnikliwa obserwacja zachowań dziecka, jego preferencji, wyborów, których dokonuje, czy unikania proponowanych aktywności. Obserwację najlepiej rozłożyć w czasie i poświęcić na nią kilka spotkań – pozwolą nam one poznać dziecko i troszeczkę zbudować wzajemne zaufanie. Nie spieszymy się z oceną, proponujemy różne aktywności podczas kilku sesji, przyjrzymy się wyborom malucha. Czy korzysta z nich, kiedy mu proponujemy, czy może odmawia, ale pozostawiony sam sobie spontanicznie do nich powraca. Zebrane informacje pomogą nam wstępnie zorientować się, jakie potencjalne problemy mogą się pojawiać u dziecka. W toku kolejnych spotkań będziemy mieć okazję, aby pogłębić naszą wiedzę o pacjencie. Ważne, żeby nie nastawiać się, że oceny musimy dokonać od razu. W pracy z małym dzieckiem z ASD potrzebny jest czas. Ponieważ, jak wspomniałam wcześniej, początki terapii mogą być trudne, chciałam podzielić się swoimi doświadczeniami z pracy własnej.

Strategie pomocne w rozpoczynaniu terapii

I Informacje od rodziców dziecka

Przed rozpoczęciem zajęć warto poświęcić czas na zebranie wywiadu z rodzicem/opiekunem dziecka. W tym celu najlepiej zaaranżować spotkanie bez udziału malucha. Pozwoli nam to zdobyć nie tylko wiadomości dotyczące historii sensorycznej dziecka, ale przede wszystkim uzyskać informacje na temat zainteresowań malucha. Zebranie wiadomości o tym, co dziecko interesuje, na czym mu zależy, co go najbardziej fascynuje i „nakręca” do aktywności – są to ważne informacje, gdyż pomogą nam w procesie „parowania się” z dzieckiem. W przypadku dzieci z ASD zainteresowania mogą być zupełnie nietypowe i mocno zindywidualizowane, więc bez rozmowy z rodzicem może być trudno „trafić w gust dziecka”. Niektóre z nich są zafascynowane literami lub cyframi, ale tylko określonymi dwiema-trzema, inne lubią dinozaury, gady czy inne zwierzęta, jeszcze inne uwielbiają postacie z bajek, a niektórych fascynują znaki drogowe lub mapy. Czasami może się wydawać, że nie ma związku między upodobaniami dziecka a procesem terapii sensorycznej. Jednak pamiętając o tym, jak trudny jest początek terapii małego dziecka z ASD, warto zaplanować kilka spotkań na zbudowanie relacji i zdobycie

zaufania malucha. Często różne atrakcyjne przedmioty mogą się wydawać nieosiągalne, bo są to np.: telefony komórkowe, tablety, reklama w TV, napisy programów telewizyjnych symbole znanych marek, m.in. samochodów itp. Moja ulubiona myśl, którą przekazuję zawsze podczas terapii, to ta, że nie ma rzeczy niemożliwych, a tym, co nas ogranicza, jest nasza wyobraźnia. Jeśli są to trudne rzeczy, szukajmy zastępników: etykietek, modeli, zabawek, zdjęć i ilustracji, własnoręcznie wykonanych odpowiedników. Czasami sprawdzają się one idealnie, uruchamiają kreatywność dziecka i mogą mieć większą wartość niż te oryginalne. Dobrze jest zgromadzić dużą ilość różnorodnych „wzmocniaczy”, czyli atrakcyjnych gadżetów, tak aby dziecko miało wybór. Jeden z moich pacjentów lubił określone cyferki, dlatego do zajęć miałam zawsze przygotowane duże ilości różnorodnych cyfr fascynujących chłopca. Były z kartonu, duże i małe, zalaminowane i wycięte z gazetek reklamowych, wykonane z gipsu i kupione plastikowe, wyklejane na kartkach plasteliną, ziarenkami fasoli, zrobione z kolorowych włóczek. Jednym słowem, w każdej kieszeni spodni i w zamkniętych pudełkach były ukryte cyfry 4 i 8, które byłam gotowa wyjąć w razie potrzeby. Inny chłopiec bardzo lubił kolor niebieski i analogicznie miałam niebieskie figury

nic – lepiej poświęcić więcej czasu na kształtowanie relacji z dzieckiem – na pewno nam to zaprocentuje. Ćwiczenia zawsze zdążymy nadrobić. Dużo zebranych od rodziców informacji przed rozpoczęciem terapii pozwoli nam dobrze przygotować się do zajęć.

2 Organizacja sali terapeutycznej

Organizacja przestrzeni terapeutycznej, w której będziemy pracować z dzieckiem, wbrew pozorom jest ważna. Małe dziecko z ASD charakteryzuje duża podatność na dystraktory. Warto zatem poświęcić trochę uwagi na oczyszczenie sali z nadmiaru bodźców. Materiał sypki i nieustrukturyzowany najlepiej zamknąć w pojemnikach i umieścić poza zasięgiem małych rączek. Inne drobne sprzęty dobrze jest pochować w pudełkach i po zakończeniu aktywności natychmiast włożyć je tam z powrotem, a część dużych rzeczy wynieść z pomieszczenia na czas zajęć adaptacyjnych, tak aby ograniczyć rozpraszające wrażenia wzrokowe. Pomocne jest też zasłonięcie okien i luster, gdyż często przykuwają uwagę maluchów i trudno jest je od nich odciągnąć. Lepiej coś usunąć, niż martwić się, że dziecko nie jest zainteresowane innymi propozycjami, które dla niego przygotowaliśmy. Rozpoczynając zajęcia z dzieckiem, lepiej mieć kontrolę nad otoczeniem.

ORGANIZACJA PRZESTRZENI TERAPEUTYCZNEJ, W KTÓREJ BĘDZIEMY PRACOWAĆ Z DZIECKIEM, Wbrew POZOROM JEST WAŻNA. MAŁE DZIECKO Z ASD CHARAKTERYZUJE DUŻA PODATNOŚĆ NA DYSTRAKTORY. WARTO ZATEM POŚWIĘCIĆ TROCHĘ UWAGI NA OCZYSZCZENIE SALI Z NADMIARU BODŹCÓW.

geometryczne, małe i duże piłki, obrazki niebieskich przedmiotów z gazetek i przygotowanych samodzielnie, niebieskie pomponiki, małe autka, kubeczki, kulki itp. Dziewczynka zafascynowana figurkami kucyków przyniosła je na zajęcia i tylko z nich korzystała podczas zajęć terapeutycznych. Dodatkowo zadbałyśmy o naklejki, wydrukowane i zalaminowane obrazki kucyków, kolorowanki z kucykami, dmuchane balony, puzzle i inne drobiazgi. Te doświadczenia pokazują, że możemy zgromadzić naprawdę spory zapas ciekawych dla dziecka zabawek. Kiedy zaopatrzymy się w takie atrakcyjne dla dziecka przedmioty, łatwiej będzie nie tylko angażować je w niektóre ćwiczenia, ale też zachęcić do zwracania uwagi na nas i nasze propozycje zabaw. Często tak się dzieje, że na początku terapii nie udaje się przeprowadzić z dzieckiem żadnych ćwiczeń, które zaplanowaliśmy na sesję. To

Uporządkowana przestrzeń jest bardziej przewidywalna i bezpieczna, nie przeciąża systemu nerwowego dziecka i pozwala mu się skupić na nas i tym, co mamy mu do zaoferowania. Pamiętając o tym, że dla dziecka z ASD przedmioty mogą być bardziej atrakcyjne, musimy „powalczyć” o swoją atrakcyjność, dlatego lepiej wycofać niepotrzebną „konkurencję”. Z moich doświadczeń wynika, że w pracy z maluchem początkowo wystarczą: huśtawka terapeutyczna, beczka, w której można się schować, deskorolka, kocyk obciążeniowy i puf z granulatem; przydaje się też dmuchany materac i pudła kartonowe, do których można wejść. Dzieci na ogół lubią trampolinę, jednak w przypadku bardzo ruchliwych maluchów może być trudno „ze ściągnięciem” ich ze sprzętu. Na początku terapii z drobnego sprzętu mnie osobiście dobrze sprawdzają się: masażer na baterie, woreczki sensoryczne, koła sensoryczne, ścieżka

Diagnoza i terapia dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

Rozwijaj umiejętności skutecznej komunikacji dziecka, zapoznaj się z działaniami zespołu diagnozującego oraz zdobądź wiedzę niezbędną do prawidłowego wdrożenia postępowania terapeutycznego

Tematy przewodnie kursu:

MODUŁ 1.

Charakterystyka, obserwacja i diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu – perspektywa psychiatry, psychologa i logopedy

MODUŁ 2.

Narzędzia przesiewowe i diagnostyczne w ASD

MODUŁ 3.

Diagnoza i terapia logopedyczna małego dziecka z ASD

MODUŁ 4.

Skuteczne metody terapeutyczne w pracy z dziećmi z autyzmem i zespołem Aspergera

MODUŁ 5.

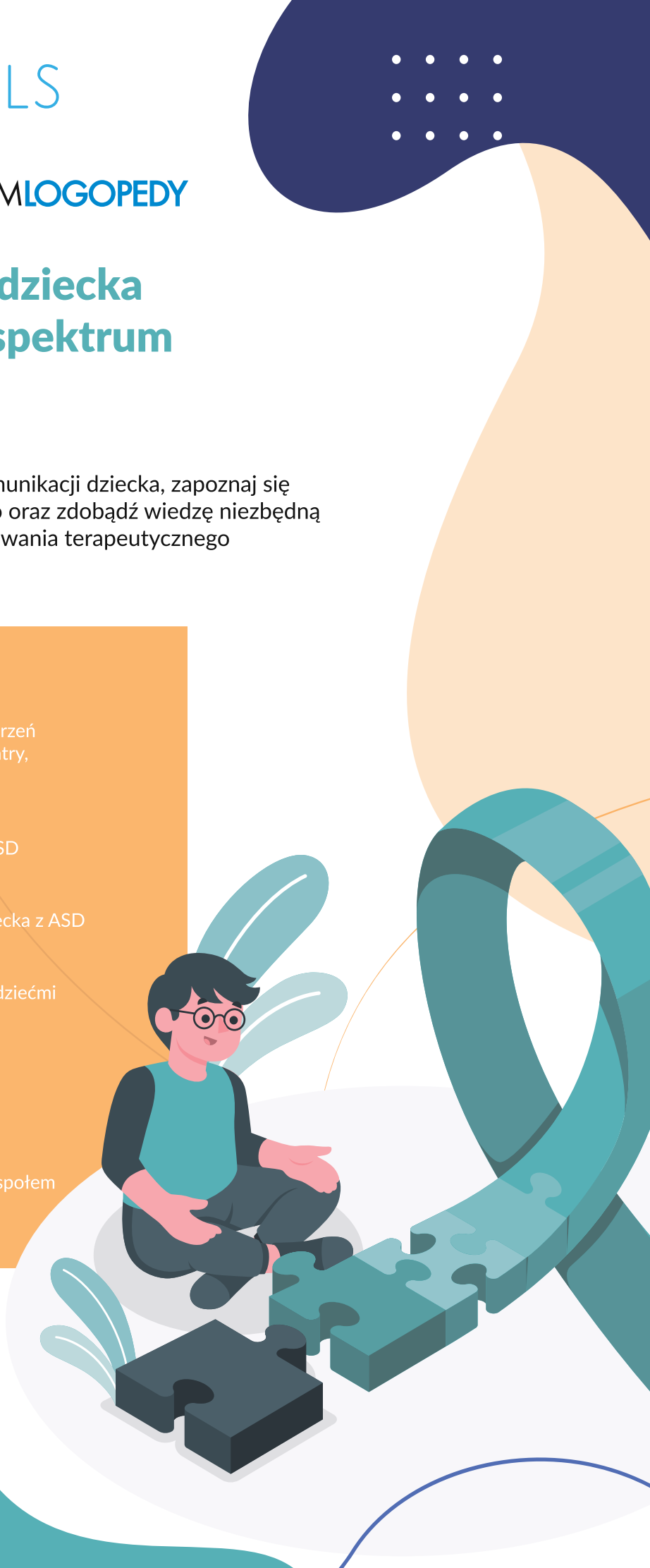
Terapia zaburzeń komunikacji. Komunikacja wspomagająca i alternatywna

MODUŁ 6.

Praca logopedy z dzieckiem z autyzmem i zespołem Aspergera – studia przypadku

Rozpocznij naukę!

www.uniqskills.com



sensoryczna, butelki z wodą i kolorowym wypełnieniem, głębokie pudełko z materiałem przyrodniczym (orzechy, kasztany, żółędzie) i elastyczna masa sensoryczna. Staram się zarządzać tymi atrakcjami w taki sposób, aby prezentować je dziecku stopniowo, po kolei, proponując mu zabawę lub pozostawiając do własnej eksploracji.

3 Skarbczyk sensoryczny

To pudełko pełne skarbow potencjalnie atrakcyjnych dla dzieci w spektrum (i nie tylko). Na przestrzeni ponad dziesięciu lat pracy terapeutycznej zgromadziłam tych kuferków już z siedem, każdy pełen skarbow. Znajdują się w nim różnorodne zabawki sensoryczne, takie jak: gniotki, glutki, brokatowe masy plastyczne, pudełka z literkami i cyframi, elastyczne dinozaury i gady, małe wirujące bączki, piórka, świecące okulary, żelowe klepsydry, zabawki, grające, świecące i wibracyjne oraz wiele innych drobiazgów. Ponieważ każde dziecko ma zindywidualizowane preferencje, do skarbczyka chowam takie przedmioty, które kiedykolwiek zainteresowały dzieci, i takie, które moim zdaniem wydają się atrakcyjne. Do skarbczyka trafiają również takie rzeczy, które są wyjątkowo fascynujące dla konkretnego dziecka – czyli te informacje z wywiadu są tu niezwykle potrzebne. Zasada korzystania ze skarbczyka opiera się na założeniach zabawy *Attention Bucket*² opracowanej przez Ginę Davies. Zabawa pozwala przede wszystkim przywołać uwagę dziecka i utrzymać ją przez określony czas, zbudować i utrzymać z dzieckiem wspólne pole uwagi, skupić się na zabawie. Aktywność opiera się na bodźcach wizualnych, atrakcyjnych sensorycznie, podsyca zainteresowanie dziecka i tym samym zwiększa jego motywację do zaangażowania się w interakcję. Pudełko utrzymywane jest w polu widzenia dziecka, terapeuta śpiewa piosenkę *Co ja w moim koszyku mam, pokażę ci*, a następnie wyjmuję i pokazuje dziecku wybrane zabawki i chowa je do koszyka. W przypadku działań terapeutycznych na sali do integracji sensorycznej daję dziecku wybraną zabawkę, żeby w czasie, kiedy się nią zajmuje, móc trochę „zorganizować dziecko” poprzez masaż, stymulację przedsionkową i proprioceptywną. W ten sposób zwiększa się szansa na lepsze funkcjonowanie w interakcji małego pacjenta przez klikanie minut. Jest to też świetna zabawa pozwalająca kształtować relację między dzieckiem a terapeutą.

4 Wsparcie wizualne, plan zajęć i dokonywanie wyborów

Mocną stroną osób z ASD jest lepsze reagowanie na bodźce wizualne i dobra pamięć wzrokowa. Niektóre dzieci znacznie lepiej radzą sobie

z przetwarzaniem zwizualizowanej informacji niż komunikatu werbalnego. Dlatego zastosowanie zdjęć, obrazków, rysunków, różnorodnych ilustracji jest bardzo pomocne w każdej formie oddziaływań terapeutycznych w stosunku do dziecka z ASD. Proste obrazki pozwalają mu zrozumieć otaczającą go rzeczywistość oraz wymagania, jakie przed nim stawiamy, i dzięki nim lepiej radzą sobie z sekwencjami zadań i płynnym przechodzeniem od jednej aktywności do drugiej. Obrazki stanowiące plany aktywności pozwalają na dokonywanie wyborów, lepszą kontrolę tego, co się będzie działo, a tym samym obniżają poziom lęku dziecka i zmniejszają liczbę zachowań zakłócających funkcjonowanie. Obrazki regulują też kontrolę upływu czasu, wraz ze znikającymi symbolami wykonanych zadań dziecko uczy się ważnych pojęć czasowych: najpierw–potem, odraczania gratyfikacji, wydłużania umiejętności oczekiwania, świadomości początku, przebiegu i końca zajęć. Jak zatem widać, zastosowanie wsparcia wizualnego ma wiele zalet. Przyjrzyjmy się im po kolei. Obrazki pomagające zrozumieć zadanie do wykonania to ilustracje aktywności sensoryczno-motorycznych lub ćwiczeń, które dziecko ma wykonać. Mogą to być karty ruchowe, wykonane prostą kreską, niezawierające zbyt wielu szczegółów. Mogą to być gotowe pomoce, samodzielnie wykonane zdjęcia lub rysunki przedstawiające konkretne ćwiczenie³. Można również wykonać album z ulubionymi ćwiczeniami dziecka i w ten sposób uczy się ono kolejności, w jakiej wykonywane są znane mu aktywności, lepiej rozumie następujące po sobie zmiany i zasady obowiązujące na terapii⁴.

Album zajęć jest formą planu, którego wykonywania w kolejności dziecko uczy się podczas zajęć. Tak jak w przypadku pracy z każdym planem wizualnym – podczas zajęć na terapii SI możemy również skorzystać z tej formy. Dziecko może samodzielnie wybierać ulubione ćwiczenia, widzi, w jakiej kolejności po sobie następują, może zaobserwować, kiedy będzie zbliżać się do końca zajęć. Są to zasady porządkujące dziecko i organizujące jego pracę podczas zajęć terapeutycznych.

5 Porządkowanie zajęć i zabawki wspomagające organizację pracy dziecka z ASD

Jak wspomniałam powyżej, wsparcie wizualne jest niezwykle pomocne w terapii dziecka z ASD, działa na nie porządkująco i organizująco. Zasada ta sprawdza się również podczas pojedynczych ćwiczeń. Tam, gdzie można ją zastosować, warto z takiej opcji skorzystać. Natomiast ćwiczeń z wizualnymi



podpowiedziami może być dużo. Poniżej podaję kilka przykładów w celu zilustrowania tej strategii.

1. **Tor przeszkód** – zbudowany z różnych sprzętów terapeutycznych, na początku którego ustawiamy po jednym pachołku. Na pachołku znajdującym się na początku toru zakładamy pięć obręczy sensorycznych. Zadaniem dziecka jest przeniesienie po kolei każdej z nich na pachołek znajdujący się na końcu toru przeszkód. Pięć obręczy, pięć przejść po torze przeszkód – dziecko widzi znikające obręcze, ostatnie koło i... koniec zadania.
2. **Dokarmianie zwierząt** – na jednym końcu sali układamy kilka figurek ulubionych zwierzątek, a przy każdym z nich stawiamy papierowy talerzyk. Szykujemy tyle woreczków, ile jest zwierzątek. Zadaniem dziecka jest przewiezenie na deskorolce woreczka na talerz każdego zwierzątka. Dzięki temu zabiegowi dziecko widzi, jak zadanie dobiega końca.
3. **Poszukiwacz skarbów** – w pojemniku z materiałem sypkim ukryte są drobne skarby (kulki, klocki itp.), a na kartonie formatu A3 rysujemy kółka-komórki; zadaniem dziecka jest odnalezienie tylu skarbów, ile jest pustych komórek.
4. **Kolorowanki-malowanki** – w przypadku dzieci, które nie lubią zadań rysunkowych i grafomotorycznych, sprawdza się zastosowanie tej techniki. Pokazujemy dziecku, ile jest kredek, ołówków, które leżą w koszyczku po jednej stronie rysunku. Umawiamy się z nim, że wykonuje każdą kredką rysunek, jeden szlaczek i użytą kredkę odkłada do drugiego koszyczka. Po wykorzystaniu wszystkich kredek, ołówków zadanie jest zakończone. Podobnie możemy zastosować farby podczas malowania.
5. **Nawlekanie koralu** – podajemy dziecku tyle koralu, ile chcemy, żeby nawlekło; zamiast wydawać polecenie: „Nawlecz dwa koralu”, przekazujemy komunikat: „Nawlecz tyle, ile jest w miseczce”, ostatni koral kończy zadanie.

Zasadę tę można uogólniać na niemal wszystkie ćwiczenia. Dziecko może wykonywać tyle ćwiczeń, ile jest obrazków-symboli przedstawiających poszczególne sprzęty, oraz tyle powtórzeń, ile jest elementów itp. Najważniejsze, żeby dziecko widziało, jak wykonane ćwiczenia „znikają”, i miało poczucie, że zbliża się do końca zajęć.

Pamiętaj, że osoby z ASD lubią ład, porządek i pewną przewidywalność. W zabawach terapeutycznych możemy im zapewnić dostęp do tego typu aktywności. Będą one działały wyciszająco w przypadku dużego poziomu pobudzenia czy niepokoju. Do tego typu zabaw zalicza się wszelkiego rodzaju sortery, pojemniki, do których można wrzucać klocki, patyczki, wykałaczki, nakrętki, płaskie patyczki po lodach, kartoniki czy obrazki. Rytmiczna powtarzalna czynność działa na większość dzieci wyciszająco. Dodatkowym atrybutem mogą być wprowadzane modyfikacje do tego typu zadań. Poniżej przedstawiam propozycje zmian.

1. **Szpatułki/patyczki po lodach z literkami, sylabami napisanymi na jednym końcu** – dziecko wrzuca do pojemnika ze szczelinami ustawionymi pod różnym kątem – pionowo, poziomo, diagonalnie. Zadaniem dziecka jest odczytywanie liter przed wrzuceniem.
2. **Kolorowe patyczki** – patyczki do szaszłyków malujemy na różne kolory; zadaniem dziecka jest chwytanie pojedynczych patyczków i wrzucanie do plastikowej butelki (mogą to być również kolorowe kredki).
3. **Sortery do drewnianych klocków** – do pudełka lub puszki dziecko wrzuca drewniane klocki, na których napisane są różne cyfry. Zadaniem dziecka jest nazwanie cyfry przed wrzuceniem klocka.
4. **Obrazki do szczeliny** – do tej zabawy można wykorzystać pudła po butach, opakowania po kapsułkach do prania, w przykrywce których wycinamy otwór/szczelinę. Na kartach lojalnościowych naklejamy obrazki lub sylaby czy cyferki. Zadaniem dziecka jest nazwanie tego, co widzi na obrazku, i wrzucenie go do pudełka przez otwór. Mogą to być również zalaminowane ilustracje lub obrazki na sztywniejszym kartonie. Idea jest taka sama – rytmiczne, powtarzalne zadanie porządkuje dziecko, tym samym działa ono uspokajająco.
5. **Sensoryczne klocki** – wycinamy otwór w pokrywie dowolnego pojemnika, w którym gromadzimy przedmioty o podobnej wielkości i kształcie, np.: klamerki do bielizny, wałki do włosów wykonane z różnych materiałów, korki od wina, drewniane

klocki typu walce (zakupione w markecie budowlanym i pocięte na ok. 7-centymetrowej długości). Walce można okleić papierem ściernym lub owinąć sznurkiem, żeby nadać im fakturę. Podobnie jak we wcześniejszych zabawach, dziecko zbiera elementy i wrzuca je do pojemnika, dodatkowo zdobywając doświadczenia sensoryczne.

6. **Sensoryczne piłeczki** – zabawa podobna do powyższej, tylko do pojemnika z okrągłym otworem wrzucamy piłeczki sensoryczne. Możemy w tym celu przygotować piłki do ping-ponga lub styropianowe oklejone różnego rodzaju materiałem sensorycznym: włóczką, ziarnami, cekinami itp.

Wskazane powyżej pomysły wynikają z mojej praktyki i mam nadzieję, że okażą się pomocne niektórym przy rozpoczynaniu zajęć terapeutycznych.

MAGDALENA CHARBICKA

Oligofrenopedagog, terapeuta integracji sensorycznej, wiceprezes i współzałożyciel Fundacji z ASPI-racjami działającej na rzecz osób ze spektrum ASD. Od ponad 20 lat pracuje z dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Koordynatorka autorskich studiów podyplomowych w Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi *Diagnoza, terapia i edukacja dzieci, młodzieży i dorosłych z autyzmem i zespołem Aspergera*. Bierze udział w projektach walidacyjnych mających za zadanie wprowadzenie różnych narzędzi diagnostycznych pomocnych w pracy terapeutów, m.in.: ADOS-2, PEP-3, System Oceny Zachowań Adaptacyjnych ABAS-3. Jest autorem książek *Dziecko z zespołem Aspergera* oraz *Integracja sensoryczna każdego dnia*. Na co dzień zajmuje się diagnozą i terapią osób z ASD.

BIBLIOGRAFIA:

- Pisula E., *Autyzm u dzieci*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
- Pisula E., *Małe dziecko z autyzmem. Diagnoza i terapia*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
- Winczura B., *Dziecko z autyzmem. Terapia deficytów poznawczych a teoria umysłu*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2008.

¹ W książce *Tworzenie więzi poprzez integrację sensoryczną* E. Yack i in. można znaleźć wiele pomocnych kwestionariuszy, które pomogą nam ustalić problemy z przetwarzaniem sensorycznym u dzieci z ASD.

² https://www.youtube.com/watch?v=B1OWr_IBjFc – pod tym linkiem znajduje się film, w którym pokazano, jak wykorzystywany jest kosz z zabawkami w celu zdobycia uwagi dziecka.

³ Zarówno w internecie, jak i w sklepach można znaleźć wiele gotowych zestawów takich kart. Dostępne są karty opracowane przez Martę Wiśniewską *Ćwiczenia z Brunem i Łucją. Aktywności ruchowo-przedmiotowe – zestaw 32 kart*. Karty drukowane do jogi – <https://www.arante.pl/drukowane-karty-do-jogi.html>.

⁴ W książce *Tworzenie więzi poprzez integrację sensoryczną* E. Yack i in. można znaleźć gotowe rysunki do wykorzystania w ćwiczeniach z integracji sensorycznej.

AUTORKA: AGNIESZKA GŁUKOWSKA-SOBOL

Jak rozmawiać z dziećmi z niepełnosprawnościami o wojnie?

Zbrojna napaść Rosji na Ukrainę spowodowała, że wielu z nas próbuje zrozumieć sytuację, w której się znalazło, oraz ocenić swoje emocje. Niemało osób zadaje sobie pytanie, co aktualnie czują ich dzieci, jak powinni się nimi zaopiekować, one bowiem nie mają jeszcze dobrze rozwiniętych strategii regulowania emocji. Myślę, że podobne pytania zadaje sobie wielu dorosłych, funkcjonujących na co dzień w różnych rolach społecznych z dziećmi, m.in. nauczyciele i terapeuci. Obowiązkiem dorosłych, rodziców, opiekunów i terapeutów jest tłumaczenie wszystkim dzieciom otaczającej je rzeczywistości, w szczególności dzieciom z niepełnosprawnościami.

Dopasowanie komunikatu do wieku i funkcjonowania dziecka

Dobra wiadomość jest taka, że z każdym dzieckiem można, a nawet trzeba rozmawiać, bo każde na swój sposób tego potrzebuje. Zła natomiast jest taka, że nie ma uniwersalnej recepty, przepisu, algorytmu, który możemy zastosować do wszystkich naszych podopiecznych. Dzieci są różne – ważny oczywiście

jest ich wiek, a w przypadku dzieci z niepełnosprawnościami szczególnie poziom funkcjonowania zarówno społeczny, jak i emocjonalny oraz poznawczy. Ze swojej praktyki mam dużo przykładów dzieci z zaburzeniami rozwoju, które pomimo osiągnięcia określonego wieku, w którym wydawać by się mogło, że powinny rozumieć proste komunikaty, nie były w stanie ich przyswoić. Wynika to m.in. z rodzaju zaburzenia, możliwości



intelektualnych dziecka oraz tego, w jakim środowisku codziennym ono dorasta, jaki ma zasób wiedzy i wrażliwość oraz na jakim poziomie faktycznie funkcjonuje. Równie często zdarzały się sytuacje, w których dzieci nieposługujące się komunikacją werbalną dobrze rozumiały kierowane do nich komunikaty.

Nie możemy zapominać o tym, że wśród dzieci z niepełnosprawnościami są również osoby z zaburzeniami lękowymi. Pamiętać należy też o tym, że dzieci w procesie rozwoju przeżywają różne emocje i muszą sobie z nimi radzić, gdyż występowanie lęku w umiarkowanym zakresie stanowi element normalnego rozwoju człowieka. Dzieci z zaburzeniami lękowymi przeżywają go nadmiarowo w codziennym funkcjonowaniu i to już jest często dla nich dużym wyzwaniem. Zwielokrotnienie lęku spowodowane trudną sytuacją konfliktu zbrojnego może być dla nich nie do udźwignięcia. Powinniśmy takimi dziećmi opiekować się szczególnie delikatnie.

Strach jest potrzebną emocją, ale bardzo często strach antycypacyjny powoduje nasze stany lękowe. Warto uświadomić sobie, co jest faktem, a co wytworem naszej wyobraźni i odczuciem.

Trzeba zebrać informacje i przemyśleć sobie, co chcielibyśmy przekazać dziecku i jaki cel ma ta rozmowa. Inaczej bowiem będziemy rozmawiać z dzieckiem, które zadaje pytania i naszą rolą jest udzielenie odpowiedzi w sposób wyczerpujący i zrozumiały dla niego, a inaczej będziemy planować rozmowę z dzieckiem, które nie zadaje pytań, można by nawet powiedzieć, że nie wydaje się zainteresowane sytuacją. Oczywiście są takie dzieci, jednak warto pamiętać, że jest też bardzo dużo takich, do których dochodzą codzienne wiadomości, rozmowy w domu, w mediach czy w szkole, i powodują u nich na tyle silny stres, że stosują one strategię unikania i wycofania. Zatem brak zadawania przez dziecko pytań nie jest jednoznaczny z potrzebą wiedzy i wewnętrznym przeżywanym niepokojem. Myślę, że bardzo dynamiczna sytuacja, która dzieje się na naszych oczach, powoduje, że nie

MY JAKO RODZICE POWINNIŚMY ZADBAĆ O SIEBIE I NIE PRZENOSIĆ SWOJEGO NIEPOKOJU NA DZIECI. STOSUJMY WIĘC STRATEGIE RADZENIA SOBIE Z TYM PROBLEMEM, POLEGAJĄCE NA ROZMOWIE Z INNYMI DOROSŁYMI, CZY INNE ZNANE METODY, CO POZWOLI WYREGULOWAĆ NASZE EMOCJE, LĘKI I NIEPOKOJE.

Zatem od poziomu faktycznego funkcjonowania dziecka i jego wrażliwości zależy, w jaki sposób będziemy przekazywać mu szczególnie trudne informacje i rozmawiać z nim o tych niełatwych wydarzeniach.

W jaki sposób prowadzić rozmowy?

Warto rozważyć przygotowanie się do takiej rozmowy zarówno emocjonalnie, jak i faktograficznie. Podobnie jest zresztą w przypadku każdego konfliktu – dużego, jakim jest wojna, i małego, jakim są dziecięce kłótnie, bójki czy zatargi. Rodzic jest tu niezbędny jako dorosły, którego stan emocjonalny oraz rozumienie sytuacji ma ogromne znaczenie dla rozumienia i poczucia bezpieczeństwa dziecka. My jako rodzice powinniśmy zadbać o siebie i nie przenosić swojego niepokoju na dzieci. Stosujmy więc strategie radzenia sobie z tym problemem, polegające na rozmowie z innymi dorosłymi, czy inne znane metody, co pozwoli wyregulować nasze emocje, lęki i niepokoje. Nie udawajmy, że my dorośli nie czujemy lęku, ale nie epatujemy nim przy

możemy zwlekać i czekać na idealny moment na taką rozmowę. Oczywiście, dobrze jest, kiedy możemy wykorzystać naturalne sytuacje, ale nie zawsze jest na to sposobność.

Warto pamiętać o tym, że nasi podopieczni często chodzą do szkoły albo spotykają się z innymi ludźmi w przestrzeni społecznej, w której teraz sporo dorosłych i dzieci wymienia poglądy na temat trwającej wojny. Prawdopodobieństwo, iż do dziecka wychodzącego z domu nie dotrą takie informacje, jest bardzo niskie, tylko wtedy nie mamy wpływu na to, jak dziecko to zinterpretuje i jakie nada znaczenie tym informacjom. Wśród moich pacjentów szczególnie intensywnie na wszelkie doniesienia, wiadomości, rozmowy, zdjęcia i filmy reagują dzieci z zespołem Aspergera, które wojniom, działaniami wojennymi czy uzbrojeniem są szczególnie zainteresowane. W takim przypadku trzeba wykazać się dużą uwagą i ostrożnością, gdyż często dzieci bardzo „nakręcają się” takimi informacjami, bardzo dużo o nich myślą, przewidują zawite scenariusze, analizują, co się stanie, i wskutek tego odczuwają silne emocje. Niestety,

bardzo nierzadko ich cała uwaga skupia się na temacie wojny tak silnie, że potrafią, rozmawiając o czymś innym, ciągle do niego wracać. Pracując z dzieckiem, staram się krótko odpowiadać lub potwierdzać, że słyszę, mówiąc „aha”, „rozumiem”, „no tak”, i wracać do głównego wątku. Jeśli jest to kolejne spotkanie, próbuję się nie poświęcać go w całości na rozmowę o wojnie i umawiam się, że na koniec spotkania przeznaczymy jakiś czas na rozmowę o aktualnej sytuacji, tak aby pokazać ważność potrzeby dziecka, odpowiedzieć na jego wątpliwości, nazwać emocje, ale jednocześnie uczyć zachowania proporcji w funkcjonowaniu.

**W PRZYPADKU NIECO STARSZYCH
DZIECI WARTO DAWKOWAĆ
INFORMACJE I PRZEKAZYWAĆ
TYLKO TE SPRAWDZONE, KTÓRYCH
JESTEŚMY PEWNI NA 100%.**

Praca z dzieckiem z silnym lękiem

Może zdarzyć się tak, że dziecko nierozumiejące sytuacji będzie reagowało silnym lękiem. Młodsze dzieci mające problem z zadawaniem pytań mogą zmienić swoje zachowanie, często obserwujemy wtedy ogólny niepokój, drażliwość, grymaszenie, marudzenie, lęki nocne czy niechęć do spędzania czasu na aktywnościach, które dotychczas sprawiały im przyjemność. U starszych dzieci i młodzieży w takich sytuacjach można zauważyć w zachowaniu wzrost napięcia, drażliwość, częste nieporozumienia, sprzeczki czy zachowania buntownicze.

Takie reakcje mogą świadczyć o przeżywanych trudnych emocjach w obecnej sytuacji i braku umiejętności poradzenia sobie z nimi i na takie zachowania powinniśmy być szczególnie wyczuleni. Warto zatem przy każdej nadarzającej się okazji, a nawet i bez niej rozmawiać z dziećmi o codziennych sprawach i odczuwanych emocjach.

W przypadku dzieci korzystających z terapii zawsze można, pytając o miniony tydzień czy okres, który minął od ostatniego spotkania, nawiązać do aktualnych wydarzeń. Ja w swojej pracy pytam dzieci bezpośrednio, czy wiedzą, co się dzieje, czy już z kimś o tym rozmawiały, jak się czują w tej sytuacji i czy chciałyby ze mną na ten temat jeszcze porozmawiać. Interesuję się również, czy mają jakieś pytania, i zachęcam do dzielenia się swoimi przeżyciami, a także dzielę się z nimi swoimi odczuciami – modelując sposób, w jaki można o tym

mówić. Moje doświadczenie wskazuje na to, że dzieci chętnie podejmują rozmowę. Należy jednak pamiętać, że powinniśmy sprawdzać, czy dziecko rozumie to, co do niego mówimy, i dopytywać się o to. Trzeba pomóc dzieciom identyfikować i nazywać swoje uczucia, ponieważ często mają z tym problem, w szczególności osoby z niepełnosprawnością. Nie zawsze potrafią nazwać niepokój i lęk, który powodują zasłyszane komunikaty. Często spotykałam się z dziećmi, którym trzeba było wyjaśnić znaczenie zasłyszanych przez nie słów, z uwagi nie tylko na mały zasób ich słownictwa, ale również z powodu wieloznaczności danego słowa. Dobrym przykładem może być pojęcie wojny. Dzisiaj dzieci mogą mieć skojarzenia z zabawą na podwórku czy grą komputerową i w odniesieniu do tego znaczenia interpretują pojęcie i nadają mu znaczenie inne niż dorośli mogliby oczekiwać. Warto rozmawiać o tym, że prawdziwa, rzeczywista wojna powoduje smutek, stratę, lęk o najbliższych, często konieczność opuszczenia domu albo jego utratę zarówno u dzieci, jak i u dorosłych, i nie jest zabawą czy grą, w której mamy kilka żyć.

Forma komunikatu

Trzeba pamiętać, że to powinien być dialog, a nie komunikat. Takich rozmów musi być wiele, nie jedna, czyli należy przeprowadzać je cyklicznie, w zależności od sytuacji. Aby zostały dobrze przyjęte, nie mogą być za długie, nudne czy monotonne. Warto więc wielokrotnie, na bieżąco wyjaśniać, dzielić się swoimi przemyśleniami i pytać o wrażenia dziecka. Powinno się mówić dzieciom prawdę. Również o tym, że w Ukrainie wybuchła wojna. Oczywiście język, którym komunikujemy się z dzieckiem, rozmawiając o wojnie, trzeba dostosować do jego wieku oraz do możliwości rozumienia otaczającego świata, a przede wszystkim – odnosić się do faktów, na które jest ono emocjonalnie i poznawczo gotowe.

Dzieciom bardzo małym, chodzącym do żłobka czy początkowych grup przedszkolnych do wieku 3 lat, nie ma potrzeby mówić o wojnie zbyt dużo. Niewiele rozumieją one bowiem z takiej rozmowy, więc nie warto ich niepokoić.

Jak rozmawiać ze starszymi dziećmi?

W przypadku nieco starszych dzieci warto dawkować informacje i przekazywać tylko te sprawdzone, których jesteśmy pewni na 100%. Ograniczamy oglądanie telewizji. Uważajmy na obrazy, unikajmy szczególnie tych drastycznych, by nie zapisywały się w ich głowach, w wyobraźni. Zamiast wizji używajmy słowa,

rozmawiamy z dziećmi, tłumaczymy pojęcia, opowiadamy o rządzących w Ukrainie i w Rosji, wyjaśniamy, co to jest armia, sojusz, NATO. Nie ma też potrzeby unikać nazwisk czy faktów.

Im dziecko jest starsze, tym odpowiedzi rodziców i opiekunów mogą być bardziej szczegółowe. Jeśli rodzice mają wątpliwość, czy dziecko jest odpowiednio dojrzałe do rozmowy, to warto wy badać, co już wie na ten temat, jakie obrazy kojarzą mu się ze słowem „wojna”, jak sobie ją wyobraża, i na tej podstawie przekazywać informacje. Zawsze należy odnosić się do indywidualnego doświadczenia każdego dziecka. Wyjaśniając sytuację konfliktu między państwami, można przywołać konkretną sytuację konfliktową z doświadczenia naszego podopiecznego, w której brał udział. Wtedy łatwiej jest przypomnieć sobie, jakie towarzyszyły mu emocje – gniew, złość czy smutek.

Podczas rozmowy z nastolatkiem warto sprawdzić, jakimi informacjami już dysponuje, i zapewnić, że jeśli będzie potrzebował wsparcia i rozmowy, to zawsze może się do nas – rodziców – zwrócić.

Niezależnie od wieku dziecka należy skupiać się na tym, co dzieje się tu i teraz, nie panikować i nie wybiegać za daleko w przyszłość. Jeżeli istnieje obawa, że dane informacje są za trudne dla dziecka, można na jego pytania odpowiedzieć na bardziej ogólnym poziomie. Jednak dobrze jest nie zostawiać bez odpowiedzi pytań typu „co będzie dalej”. Można powiedzieć, że nie wiemy, bo trudno jest przewidzieć przyszłość, jednak mamy nadzieję, że wszystko się dobrze ułoży i będzie można to wszystko ponaprawiać. Trzeba dać mu nadzieję i poczucie bezpieczeństwa.

Pomóżmy nazwać dziecku emocje, powiedzieć, że rozumiemy, co przeżywa, iż jest to trudne itp. Zadbajmy również o to, żeby poczuło się bezpieczne, powiedzmy mu, że jesteśmy przy nim i zadbamy o nie. Dajmy dziecku bliskość, przytulmy je, spróbujmy ukoić emocje, zapewniamy o naszych uczuciach – większość dzieci nie jest emocjonalnie gotowa na takie informacje.

Postaw na działania pomocowe

Zaangażujmy się w pomoc i działania pomocowe. Pamiętajmy, że dzieci z niepełnosprawnościami, podobnie jak dzieci młodsze, myślą na konkretach. Zatem wojna jest dla nich bardzo abstrakcyjna, co u niektórych z nich może wzmacniać poczucie niepewności i antycypację lęku. Pomoc, jeśli jest zorganizowana i zaplanowana mądrze, będzie wsparciem nie tylko dla osób potrzebujących, lecz pomoże też naszym podopiecznym. Ważne jest, abyśmy na początku wspólnie z dzieckiem poszukali informacji i sprawdzili,

co aktualnie jest potrzebne. Tak, abyśmy zaplanowali działanie pomocowe i aby dziecko nie traktowało tego jako „akcję czyszczenia szafy”. Można oczywiście pomagać, przysyłając pieniądze, jednak to znowu dla dzieci może być zbyt abstrakcyjne. Lepiej byłoby poszukać nawet konkretnej rodziny, poznać ją, porozmawiać i wtedy oferować pomoc. Młodsze dzieci na pewno chętnie zrobią coś same, narysują jakiś obrazek, wywieszą flagę. Działanie, realna pomoc i podejmowanie aktywności dają nam wszystkim wrażenie wpływu i zmniejszają poczucie beznadziei.

WSKAZÓWKI DLA RODZICÓW I OPIEKUNÓW

- ▶ Rozmawiaj z dzieckiem o aktualnej sytuacji na bieżąco i wielokrotnie, nie czekaj na okazję.
- ▶ Używaj zrozumiałego języka, dopasowanego do wieku, poziomu funkcjonowania i potrzeb, upewnij się, że dziecko rozumie używane pojęcia.
- ▶ Rozmawiaj z otwartością i szczerością.
- ▶ Przygotuj dziecko do rozmowy na temat wojny w różnych środowiskach.
- ▶ Wyjaśniaj tyle, ile uznasz za konieczne.
- ▶ Włącz do rozmowy pozostałych opiekunów.
- ▶ Ucz oddzielania rzeczywistości od fikcji, podawaj przykłady z doświadczenia dziecka.
- ▶ Zauważaj nietypowe zachowania.
- ▶ Otwarcie rozmawiaj o swoich uczuciach i sposobach ich rozumienia.
- ▶ Zaplanuj i razem z dzieckiem podejmij wspólne aktywności, które pomagają wzmacniać poczucie wpływu przez działanie.
- ▶ Staraj się zachować dotychczasowy rytm dnia dziecka.

AGNIESZKA GŁUKOWSKA-SOBOL

Psycholożka, psychoterapeutka CBT w procesie certyfikacji, analityczka zachowania, terapeutka EEG-Biofeedback, członkini Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej. Pracuje z dziećmi, młodzieżą oraz dorosłymi z lękiem, depresją, problemami emocjonalnymi, zaburzeniami osobowości, całościowymi zaburzeniami rozwojowymi, specyficznymi trudnościami w nauce oraz niepełnosprawnością. Specjalizuje się w diagnozie m.in. całościowych zaburzeń rozwoju, nadpobudliwości oraz ocenie potencjału poznawczego. Prowadzi terapię par i rodzin w podejściu poznawczo-behawioralnym. Jest założycielką terapeutycznego przedszkola dla dzieci z całościowymi zaburzeniami rozwoju.

AUTORKI: BARBARA OLSZEWSKA, MAGDALENA WYDRA

JAK CIĘ WIDZĄ, TAK CIĘ PISZĄ

SCENARIUSZ ZAJĘĆ DLA DZIECI Z TRUDNOŚCIAMI W ZAKRESIE UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH W WIEKU 7–12 LAT

Pierwsze wrażenie towarzyszy nam zawsze, kiedy poznajemy nową osobę. Jest ono bardzo ważne, ponieważ pozwala na prawidłowe postrzeganie osoby w przyszłych kontaktach. Podczas pierwszego spotkania chcemy zaprezentować się jak najlepiej, dlatego ważne jest zadbanie o każdy element – mowę ciała, wygląd, zachowanie oraz nasze wypowiedzi.

CEL GŁÓWNY	Doskonalenie umiejętności robienia pozytywnego pierwszego wrażenia
CELE SZCZEGÓŁOWE	Uczeń: • wie, co to jest pierwsze wrażenie, • potrafi ocenić na zdjęciach i w usłyszanej historii, kto zrobi dobre pierwsze wrażenie, • wymienia elementy wyglądu i zachowania, które wpływają na zrobienie dobrego pierwszego wrażenia, • potrafi zrobić dobre pierwsze wrażenie
METODY PRACY	Metody asymilacji wiedzy, metody samodzielnego dochodzenia do wiedzy, metody praktyczne
FORMY PRACY	Indywidualna i grupowa

PRZEBIEG ZAJĘĆ

1. PRZYWITAJ SIĘ

Uczestnicy zajęć zajmują miejsce w kole. Nauczyciel tłumaczy zadanie, które polega na przedstawieniu się według odpowiedniego schematu. Każdy uczeń po kolei wypowiada swoje imię oraz cechę charakteru, np. Kasia – punktualna, Wojtek – kreatywny. Zadaniem kolejnej osoby jest powtórzenie wypowiedzi swojego poprzednika oraz przedstawienie się. Ostatnia osoba ma za zadanie wymienić imiona i cechy wszystkich uczestników, a także dodać swoje dane.

2. ROZSZYFRUJ HASŁO

Nauczyciel dzieli uczestników na 3–4-osobowe grupy. Zadaniem każdej z nich jest rozwiązanie hasła, które jest tematyką zajęć.

7	11	3	19	0	2	5	9	12	15	4	20	14	10	22	16	21	24	23	1	13	18	25	17	6	8
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	Ó	P	R	S	T	U	W	Y	Z	Ż	Ź

21	12	0	24	18	23	17	0

18	24	7	8	0	10	12	0

3. PIERWSZE WRAŻENIE – CZYLI CO?

Nauczyciel rozpoczyna rozmowę z uczestnikami zajęć na temat pierwszego wrażenia. Zadaje kolejno pytania dotyczące zajęć:

- ▶ Co to jest pierwsze wrażenie?
- ▶ Jak zrobić pozytywne pierwsze wrażenie?
- ▶ Jakie macie skojarzenia z pierwszym wrażeniem?
- ▶ Czy udało Wam się zrobić pozytywne pierwsze wrażenie?

Zadaniem uczestników zajęć jest wspólna rozmowa poprzez udzielanie odpowiedzi na pytania zadane przez nauczyciela.

4. ELEMENTY PIERWSZEGO WRAŻENIA

Każdy uczestnik zajęć otrzymuje kartę pracy. Zadaniem dzieci jest ich uzupełnienie poprzez wypisanie informacji dotyczących ubioru, mimiki i gestykulacji, wypowiedzi oraz zachowania, które mogą robić pozytywne i negatywne wrażenie.

Ubiór (wygląd zewnętrzny)	
Pozytywne wrażenie	Negatywne wrażenie

Mimika i gestykulacja	
Pozytywne wrażenie	Negatywne wrażenie

Wypowiedzi	
Pozytywne wrażenie	Negatywne wrażenie

Zachowanie	
Pozytywne wrażenie	Negatywne wrażenie

5. KTO ROBI DOBRE PIERWSZE WRAŻENIE?

Terapeuta pokazuje dzieciom zdjęcia i prosi, aby w każdym duecie wybrali te osoby, które robią lepsze pierwsze wrażenie, i uzasadnili, dlaczego dokonali takiego wyboru.



6. HISTORYJKI – KOMU UDAŁO SIĘ ZROBIĆ POZYTYWNE PIERWSZE WRAŻENIE?

Nauczyciel odczytuje opisy osób (zachowanie, mowa ciała, wypowiedzi, wygląd). Zadaniem dzieci jest dokonanie oceny, które osoby z opisów zrobiły pozytywne pierwsze wrażenie. Jeśli pojawiły się osoby, których pierwsze wrażenie było negatywne lub obojętne, zadaniem uczestników zajęć jest przeprowadzenie analizy i znalezienie argumentów, dlaczego wrażenie nie było pozytywne.

- ▶ Jacek rozpoczyna naukę w nowej szkole. Klasa, do której będzie uczęszczał chłopiec, zna się już od kilku lat. Janek wchodzi uśmiechnięty, przedstawia się i pyta, gdzie mógłby usiąść.
- ▶ Na urodziny Marty zostały zaproszone wszystkie osoby z jej klasy oraz sąsiadka Małgosia. Kiedy rozpoczęła się już impreza, wszystkie zaproszone osoby z klasy były już obecne. Nagle pojawiło się bardzo ciche pukanie do drzwi – była to sąsiadka Małgosia. Dziewczynka weszła do pokoju, położyła nieśmiało prezent i usiadła na kanapie, nie mówiąc nic. Zapytana o swoje imię, udzieliła cichej odpowiedzi „Gośka”.
- ▶ Chłopcy rozgrywali mecz piłki nożnej. Na boisku pojawił się nieznany nikomu chłopiec. Wbiegł na murawę, trzaskając za sobą furtką. Chłopiec podniesionym tonem przedstawił się, a następnie wykopał piłkę grających dzieci i powiedział, że teraz jego kolej.

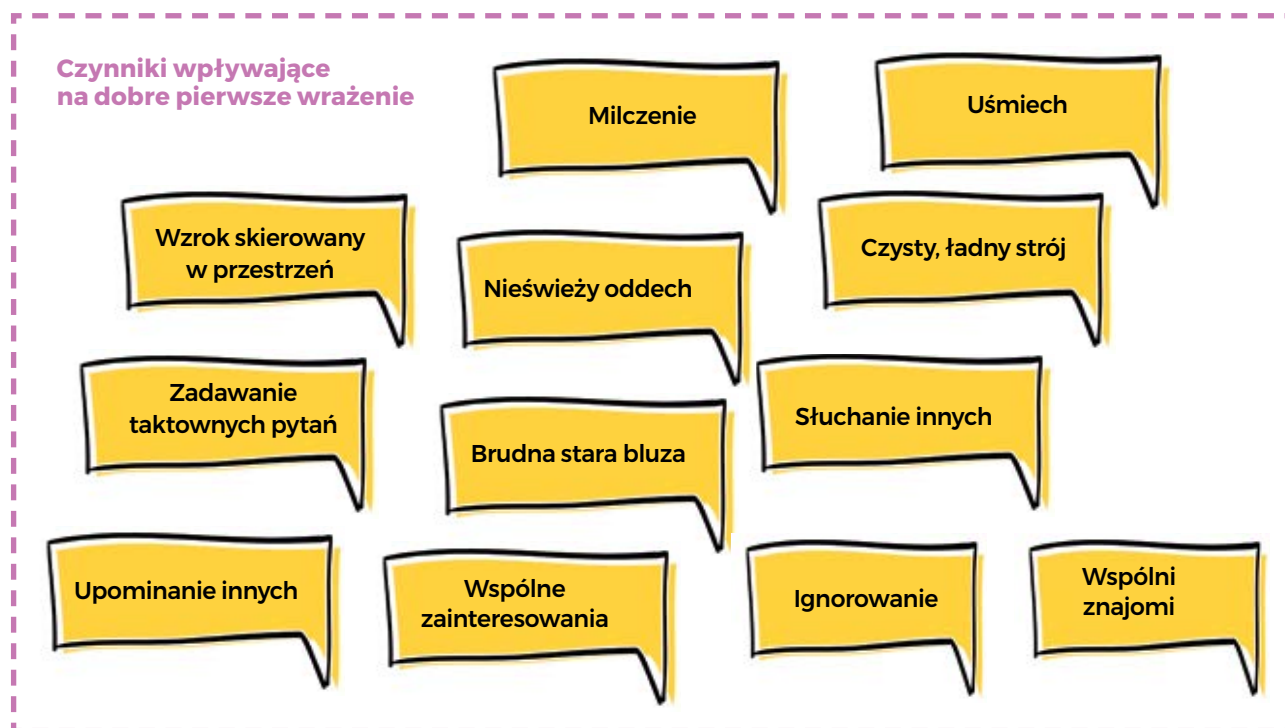
7. CZY ROBIMY DOBRE PIERWSZE WRAŻENIE?

Terapeuta rozdaje dzieciom karty i prosi, aby wypisały, co może powodować dobre pierwsze wrażenie.



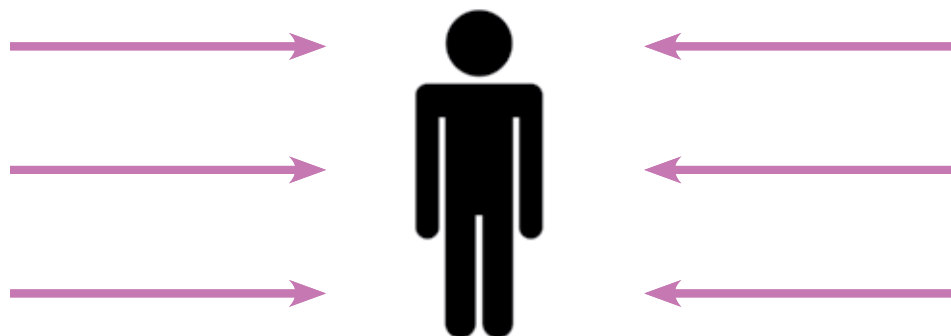
8. JAKIE CZYNNIKI WPŁYWAJĄ NA TO, ŻE ROBIMY POZYTYWNE PIERWSZE WRAŻENIE?

Nauczyciel rozdaje karty pracy i prosi uczniów, aby zaznaczyli elementy, które wpływają na to, że ktoś robi dobre pierwsze wrażenie.



9. ODGRYWANIE DOBREGO PIERWSZEGO WEJŚCIA

Nauczyciel rozmawia z dziećmi, jak powinna wyglądać osoba, która zrobi pozytywne pierwsze wrażenie (wyprostowana postawa, uśmiech, nawiązywanie kontaktu wzrokowego). Opisują ważne elementy na karcie.



Następnie każdy uczeń wchodzi do sali tak, aby zrobić dobre pierwsze wrażenie. Po czym wszyscy omawiają, czy zrobił dobre pierwsze wrażenie, czy nie.

10. KARTA PIERWSZEGO WRAŻENIA

Nauczyciel dzieli uczestników zajęć na trzy mniejsze grupy. Każda z nich otrzymuje do uzupełnienia „Kartę pierwszego wrażenia”. Dodatkowo nauczyciel każdej z grup przydziela osobę. Zadaniem uczestników zajęć jest uzupełnienie „Karty pierwszego wrażenia”, czyli opisanie danych elementów pierwszego wrażenia, tak by były dopasowane do danej osoby.

- I GRUPA – nowy kolega lub nowa koleżanka
- II GRUPA – nowy nauczyciel
- III GRUPA – koleżanka mamy

KARTA PIERWSZEGO WRAŻENIA

Ubiór:

Obuwie:

Emocje:

Gestykulacja:

Mimika:

Postawa ciała:

Ton głosu:

Zachowanie:

Wypowiedzi:

11. PRAWDA CZY FAŁSZ?

Uczniowie otrzymują karty pracy. Zadanie polega na przeczytaniu haseł i zaznaczeniu, czy wypowiedź jest prawdziwa czy fałszywa.

Pierwsze wrażenie nie jest ważne, kiedy poznajemy drugiego człowieka	PRAWDA	FAŁSZ
Kiedy poznaję po raz pierwszy osobę, zwracam uwagę jedynie na jej charakter	PRAWDA	FAŁSZ
Mowa ciała to element, który towarzyszy pierwszemu wrażeniu	PRAWDA	FAŁSZ
Aby zrobić dobre pierwsze wrażenie, powinienem zadbać o swój wygląd	PRAWDA	FAŁSZ
Kiedy jestem uśmiechnięty, inne osoby odbierają mnie bardziej pozytywnie	PRAWDA	FAŁSZ
Osoba, które nie zwraca uwagi na czystość i świeżość swojej odzieży, również może wywołać pozytywne pierwsze wrażenie	PRAWDA	FAŁSZ
Patrzeć prosto w oczy jest pomocne przy robieniu pierwszego wrażenia	PRAWDA	FAŁSZ
Będąc punktualny, będę uważany za osobę kulturalną	PRAWDA	FAŁSZ
Chętniej będziemy dążyć do kontaktu z osobami, które wywarły na nas pozytywne wrażenie	PRAWDA	FAŁSZ
Jeśli postaram się uważnie słuchać drugiej osoby podczas pierwszej rozmowy, wpłynie to na pozytywne odebranie mojej osoby	PRAWDA	FAŁSZ

MAGDALENA WYDRA

Pedagog specjalny, licencjonowany terapeuta behawioralny, nauczyciel i wychowawca w przedszkolu specjalnym, terapeuta w Centrum Terapii Behawioralnej, gdzie prowadzi terapię indywidualną, punkt konsultacyjny oraz trening umiejętności społecznych. Absolwentka Wyższej Szkoły Pedagogicznej. Na co dzień pracuje z małymi dziećmi ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, z ukierunkowaniem na pracę z dziećmi z zaburzeniami rozwoju i zachowania.

BARBARA OLSZEWSKA

Pedagog specjalny, licencjonowany supervisor PLTB, certyfikowany terapeuta behawioralny, nauczyciel wspomagający kształcenie integracyjne oraz tyflopedagog. Absolwentka Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie. Pracuje zawodowo z dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych, z ukierunkowaniem na pracę z dziećmi z zaburzeniami rozwoju i zachowania. Pracownik Centrum Terapii Behawioralnej w Gliwicach, gdzie prowadzi terapię indywidualną, grupową (trening TUS), punkt konsultacyjny oraz przeprowadza diagnozy funkcjonalne dzieci.



zaufany
terapeuta

PATRONAT: **charaktery**

5 powodów, dla których warto wybrać się do psychoterapeuty

1

Dostrzeżesz swoje mocne strony. Wtedy okaże się, że możesz o wiele więcej, niż zakładałeś. Podwyższona samoocena daje MOC, której potrzebujesz do zmian.

2

Lepiej zrozumiesz świat, w którym żyjesz. Terapeuta pomoże Ci znaleźć zależności między Tobą a nieprzyjemnymi sytuacjami, jakie Cię spotykają. Dotarcie do źródła przynosi ulgę i łatwość do wprowadzania zmian.

3

Poznasz nową perspektywę. Jeśli utknąłeś w sytuacji pozornie bez wyjścia, psychoterapeuta wesprze Cię w odnajdywaniu nowych ścieżek, dzięki czemu zobaczysz tę sprawę w nowym świetle.

4

Znajdziesz wewnętrzny spokój. Psychoterapeuta podpowie Ci, jak zadbać o relaks w trudnych momentach.

5

Ugruntujesz siłę do zmian. Gdy przychodzi upragniona zmiana, zwykle się okazuje, że nie ona była najważniejsza, ale nabyte w terapii umiejętności do samodzielnego radzenia sobie. Są nimi wiara w siebie, zrozumienie siebie i szersza perspektywa myślenia, dzięki temu trudności napotkane w przyszłości będą łatwiejsze do pokonania.



Umów wizytę online albo stacjonarnie na: zaufanyterapeuta.eu

Nowy magazyn psychologiczny dla dzieci w wieku 5–11 lat

Dołącz do ekipy Małych Charakterów!

Nauczymy Twoje dziecko, jak budować bliskie i trwałe relacje.
Sprawdź Nas, zapoznaj się z przykładowymi artykułami!



www.malecharaktery.pl

Patronat:

charaktery
magazyn psychologiczny dla dzieci

**akademia
przyszłości**
głowa do góry!

**Fundacja
Dzieci
i Pociąg**

„CzasDzieci

KLANZA