

integracja sensoryczna

w praktyce



Jak ćwiczyć z dziećmi
z obniżonym
napięciem
mięśniowym?

Wyregulowany
terapeuta kluczem
do wyregulowanego
dziecka - Self-Reg

Terapia integracji
sensorycznej
jako wsparcie
w terapii traumy
rozwojowej

Kwestionariusz
rozwoju
sensomotorycznego

TERAPEUTYCZNA MOC
NERWU BŁĘDNEGO,
CZYLI POZNAJ I ZASTOSUJ
GIMNASTYKĘ NEURONALNĄ



Ogólnopolska Konferencja
Integracji Sensorycznej

Terapia Integracji Sensorycznej u dzieci i młodzieży ze spektrum autyzmu

Diagnoza, postępowanie terapeutyczne oraz efektywna komunikacja

3 czerwca 2023

FORMUŁA: HYBRYDOWA

Hotel Lord Warszawa | ONLINE

TOP TEMATY KONFERENCJI



Diagnoza zaburzeń procesów integracji sensorycznej u dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu.



Postępowanie terapeutyczne dziecka w spektrum autyzmu z wykorzystaniem TUS.



Komunikacja włączająca w gabinecie terapeuty integracji sensorycznej.

Prelegenci

- Alicja Puścian
- Mirosława Bloch
- Paulina Zawadzka
- Agnieszka Lemańska
- Ewa Bartelmus



WEŹ UDZIAŁ

www.kongres-zaburzeniasi.pl

DRODZY TERAPEUCI – POSZUKIWACZE!

Przełom marca i kwietnia to taki czas w roku, kiedy w powietrzu coraz wyraźniej czuć wiosnę. Dni są coraz dłuższe, słońce śmielej wygląda zza chmur, temperatura rośnie, a świat wokół nabiera barw. Zrzucając kolejne warstwy odzieży, robiąc wiosenne porządki, czujemy, że wstępuje w nas nowa energia. Noworoczne postanowienia albo przynoszą już pierwsze rezultaty, albo właśnie uległy wiosennej korekcie. Czuć zmiany.

Wydaje się zatem, że wiosna to idealny czas na narodziny nowego czasopisma. I oto w Wasze ręce trafia całkiem świeżutki produkt. Czasopismo „Integracja Sensoryczna w Praktyce” powstało z myślą o terapeutach – poszukiwaczach, którym dzieci przychodzące do ich gabinetów stawiają wciąż nowe wyzwania, a oni sami aktywnie poszukują nowych, nieszablonowych rozwiązań i inspiracji. Znajdą tu coś dla siebie zarówno terapeuci, którzy są na początku swojej zawodowej drogi i wciąż mają więcej pytań niż gotowych odpowiedzi, jak i terapeuci, którzy chętnie podpatrzą przez dziurkę od klucza, co dzieje się w innych gabinetach, pożyczą sobie konkretne ćwiczenia i pomysły, jakie z czasem staną się inspiracją do rozwijania ich własnego warsztatu terapeutycznego. Przygotowaliśmy również coś dla doświadczonych terapeutów, którzy wiedzą, że rozwój to ruch, wyzwania i ciągłe wychodzenie z własnej strefy komfortu. Dlatego w naszym czasopiśmie zamieściliśmy nowinki z pola badań naukowych, informacje o nowych nurtach terapeutycznych mogących wspaniale uzupełnić warsztat każdego terapeuty integracji sensorycznej.

Nasz zespół redakcyjny to doświadczeni terapeuci – praktycy, którzy chętnie dzielą się swoją wiedzą i warsztatem.

Życzę przyjemnej lektury i mam nadzieję, że nasze czasopismo będzie rozwijało się razem z Wami, by sprostać Waszym oczekiwaniom.

**AGNIESZKA
LEMAŃSKA**

Z ZESPOŁEM AUTORÓW

BIEŻĄCE INFORMACJE O CZASOPIŚMIE DOSTĘPNE NA STRONIE: CZASOPISMOSI.PL

WYDAWCA

Forum Media Polska Sp. z o.o.
Sąd Rejonowy Nowe Miasto i Wilga w Poznaniu
VIII Wydział Gospodarczy KRS
KRS nr 0000037307
NIP 781-15-51-223
Kapitał zakładowy: 300 000 zł

PREZES ZARZĄDU

Magdalena Balanicka

CZŁONEK ZARZĄDU

Paulina Hinz-Zurowska

CZŁONEK ZARZĄDU

Radosław Lewandowski

DYREKTOR PRODUKTU I ROZWOJU

Edyta Żmuda

REDAKTOR NACZELNA

Agata Klimaszewska
agata.klimaszewska@forum-media.pl

KOORDYNATOR WYDAWNICZY

Jolanta Nawrot-Sprysak

NADZÓR GRAFICZNY

Maria Podemska

MARKETING I PROMOCJA

Paweł Maksym

REKLAMA

Adrianna Białas
adrianna.bialas@forum-media.pl

**BIURO OBSŁUGI KLIENTA
I PRENUMERATA**

e-mail boki@forum-media.pl
tel. 61 66 55 800

KOREKTA

Grażyna Jaworska

DTP

Noemis

DRUK

Poligrafia Janusz Nowak

NAKLAD

3000 egz.

SERWISY ZDJĘCIOWE

Adobe Stock, Shutterstock



SPIS TREŚCI

NOWOŚCI TERAPEUTYCZNE

- 6** Skuteczność metody integracji sensorycznej w terapii dzieci z ASD
dr n. med. i n. o zdr. Mirosława Bloch



PUŁAPKI DIAGNOSTYCZNE

- 11** Wywiad jako kluczowa forma zbierania informacji w diagnostyce sensorycznej
Marta Latek-Szałkucka

METODY TERAPII

- 20** Jak ćwiczyć z dziećmi z obniżonym napięciem mięśniowym?
Katarzyna Czech
- 26** Stres – co każdy terapeuta wiedzieć powinien?
Agnieszka Lemańska



TEORIA POLIWAGALNA

- 31** Jak lepiej rozumieć zachowania i trudności dzieci oraz zwiększyć efektywność terapii SI dzięki teorii poliwagalnej?
Krystyna Jacków-Sowa



WSPÓŁPRACA INTERDYSCYPLINARNA

- 38** Podejście interdyscyplinarne kluczem do sukcesu w pracy terapeutycznej z dzieckiem z trudnościami w zakresie przyjmowania pokarmów
Marta Baj-Lieder
- 44** Pomysły na zabawy i ćwiczenia z wykorzystaniem przedmiotów codziennego użytku
Elżbieta Konopacka, Beata Kuczevska-Kielbas
- 48** Pomysły na terapię polisensoryczną w gabinecie terapeuty SI dziecka z nieprawidłowym rozwojem mowy
Kamila Miszczyk

WARSZTAT TERAPEUTY

- 52** Moc samoregulacji – wyregulowany terapeuta kluczem do wyregulowanego dziecka, czyli co warto wiedzieć o Self-Reg
Agnieszka Lemańska
- 58** Terapia integracji sensorycznej jako wsparcie w terapii traumy rozwojowej – przykłady działań terapeutycznych
Kinga Stolarska

TOOLBOX TERAPEUTYCZNY

- 63** Kwestionariusz rozwoju sensomotorycznego



NASI AUTORZY



dr MIROSŁAWA BLOCH

Pedagożka specjalna, fizjoterapeutka, specjalistka w dziedzinie diagnozy i terapii SI. Założycielka i prezeska stowarzyszenia pomocy dzieciom z autyzmem SENSE.



MARTA LATEK-SZAŁKUCKA

Terapeutka i diagnostka Integracji Sensorycznej, terapeutka i diagnostka INPP, terapeutka i diagnostka integracji bilateralnej, terapeutka NDT Bobath, fizjoterapeutka, pedagożka specjalna.



KATARZYNA CZECH

Magister fizjoterapii. Nauczycielka Zintegrowanej Edukacji Wczesnoszkolnej i Wychowania Fizycznego. Absolwentka studiów podyplomowych z Oligofrenopedagogiki z Autyzmem i zespołem Aspergera. Członkini Polskiego Stowarzyszenia

NDT-Bobath. Certyfikowana terapeutka metody NDT-Bobath, certyfikowana terapeutka integracji sensorycznej, trenerka sensoplastyki.



AGNIESZKA LEMAŃSKA

Pedagożka specjalna, logopedka, terapeutka integracji sensorycznej. Właścicielka i założycielka Centrum Twórczego Rozwoju Dziecka „Kleks”. Współpracuje z Warszawskimi uczelniami, prowadząc zajęcia dydaktyczne dla studentów m.in. na APS,

SWPS, UKSW



KRYSZYNA JACKÓW-SOWA

Terapeutka Integracji Sensorycznej i Bilateralnej. Fizjoterapeutka, pedagożka, wykładowczyni akademicka, ekspertka promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, dyrektorka Ośrodka Terapii i Wspierania Rozwoju „Balans” w Poznaniu.



MARTA BAJ-LIEDER

Logopedka wczesnej interwencji, terapeutka SI, terapeutka karmienia, jedyna w Polsce terapeutka metody SOS Approach to Feeding. Międzynarodowa instruktorka Metody Butejki, terapeutka miofunkcjonalna (AOMT), terapeutka Empathy Dolls®, terapeutka ręki, instruktorka

masażu Shantala, doradczyni noszenia ClauWi®, autorka książek *Barwy Świata*, *Kręć się, biegaj, baw się z nami*.



ELŻBIETA KONOPACKA

Neurologopedka, oligofrenopedagożka i terapeutka integracji sensorycznej. Od 17 lat prowadzi terapię dzieci i młodzieży. Autorka publikacji logopedycznych i sensorycznych. Swoim doświadczeniem dzieli się prowadząc liczne szkolenia dla specjalistów.



BEATA KUCZEWSKA-KIELBUS

Ortoptystka, oligofrenopedagożka, terapeutka integracji sensorycznej, instruktorka gimnastyki korekcyjnej, terapeutka uwagi słuchowej. Z pasją doszła się i dzieli wiedzą z innymi terapeutami, nauczycielami i rodzicami dzieci.



KAMILA MISZCZYK

Surdopedagożka, logopedka, specjalistka WWRD. Od 11 lat pracuje z dziećmi jako nauczycielka i terapeutka. Posiada doświadczenie w pracy z dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych.



KINGA STOLARSKA

Psycholożka, terapeutka Integracji Sensorycznej, terapeutka Integracji Bilateralnej, absolwentka Studium Porozumienia Bez Przemocy (NVC). Z wykształcenia psycholożka, a z zamiłowania terapeutka Integracji Sensorycznej. Terapią oraz diagnozą procesów przetwarzania

sensorycznego zajmuje się od 2013 roku, nieustannie zdobywając doświadczenie na sali terapeutycznej oraz uzupełniając swoją wiedzę na licznych kursach i szkoleniach. Aktualnie poza działalnością diagnostyczną w ramach Pracowni Kontakt, prowadzi terapię w Niepublicznej Poradni Wspomagania Rozwoju „Po Drodze” w Gdańsku. Prywatnie jest mamą trójki dzieci, właścicielką ovczarka australijskiego, fanką jogi, spacerów po lesie i dobrej książki.

SKUTECZNOŚĆ METODY integracji sensorycznej w terapii DZIECI Z ASD



W dyskurs na temat skuteczności terapii metodą integracji sensorycznej (IS) w odniesieniu do dzieci ze spektrum autyzmu (ASD) od szeregu lat zaangażowani są specjaliści różnych dziedzin: lekarze, psychiatry i terapeuci pracujący zarówno metodą IS, jak i z wykorzystaniem innych strategii terapeutycznych. Ze względu na niewielką liczbę opublikowanych wyników badań zarówno w literaturze polskiej, jak i światowej oraz skąpą liczbę badań przeprowadzonych na dużych grupach osób, do niedawna brakowało dobrze udokumentowanych rezultatów, które potwierdzałyby skuteczność tej metody. W wyniku tego część badaczy i terapeutów kwestionowało jej skuteczność. Z drugiej strony, terapia IS stosowana jest na całym świecie i ma liczną grupę zwolenników zarówno w gronie specjalistów, jak również rodziców, którzy są najlepszym dowodem jej efektywności.

Dla specjalistów i rodziców istotne jest, aby praktyka terapeutyczna bazowała na dowodach wynikających z aktualnych badań naukowych, gdyż tylko taka postawa zapewnia podejmowanie właściwych decyzji związanych z planem terapii, warunkuje jej skuteczność, a często także możliwość ubiegania się o finansowanie usług terapeutycznych [1].

Dziś już wiadomo, że dzieci z ASD przejawiają wyraźne objawy zaburzeń SI. Wyniki badań wskazują, że u około 70–85% dzieci z ASD rozpoznaje się zaburzenia SI [2].

Wysoka częstotliwość występowania problemów w zakresie przetwarzania sensorycznego u osób z ASD wpłynęła na fakt, iż podczas prac nad klasyfikacją diagnostyczną DSM-5 (*American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013*) uwzględniono nietypowe reakcje na bodźce sensoryczne jako jeden z możliwych objawów ASD w obszarze ograniczonych, powtarzalnych wzorców zachowań, zainteresowań lub aktywności [3].

Zbadano, że u dzieci i dorosłych z ASD wrażliwość sensoryczna ma większy wpływ na ich życie niż problemy z zawieraniem przyjaźni, kierowaniem emocjami czy znalezieniem zatrudnienia [4]. Tony Attwood w swojej książce cytuje osoby z ASD, które opisują negatywny wpływ zaburzeń IS na ich funkcjonowanie emocjonalne, społeczne i psychofizyczne [5].

Dowell i współautorzy zasugerowali, że oprócz zaburzeń modulacji sensorycznej, nieprawidłowe wzorce IS, takie jak somatodyspraksja czy zaburzenia przed-sionkowo-posturalno-bilateralne, mogą również wpływać na życie i funkcjonowanie osób ze spektrum autyzmu. Mimo że zaburzenia te nie są wpisane jako cechy diagnostyczne, coraz więcej dowodów wskazuje, że znaczne trudności w funkcjonowaniu osób z ASD mogą mieć podłoże w tych nieprawidłowych wzorcach sensorycznych [6]. Badacze zauważyli, że dzieci z ASD wykazują deficyty w zakresie somatodyspraksji, zaburzeń posturalno-okoruchowych oraz bilateralnej integracji i sekwencjonowania równie często jak w zakresie reaktywności sensorycznej oraz że są one podstawą problemów związanych z uczestnictwem w życiu społecznym w szkole i w domu [7].

Dziś wiadomo, że metoda integracji sensorycznej jest jedyną formą oddziaływań terapeutycznych, która odpowiada na wyżej wymienione deficyty.

Czy zatem stosowanie metody integracji sensorycznej wpływa pozytywnie na funkcjonowanie osób z ASD? Czy można potwierdzić skuteczność stosowania tej metody w odniesieniu do osób z ASD?

Dziś już wiadomo, że dzieci z ASD przejawiają wyraźne objawy zaburzeń SI. Wyniki badań wskazują, że u około 70–85% dzieci z ASD rozpoznaje się zaburzenia SI.

Informacje na temat skuteczności różnych metod w terapii autyzmu ukazały się w 2009 r. w raporcie wydanym przez Międzynarodowe Centrum Autyzmu w Stanach Zjednoczonych. W ciągu następnych 6 lat uzupełniono raport o nowe wyniki badań i w 2015 r. opublikowano uaktualnienie. W raporcie zasugerowano zaliczenie terapii IS do metod nieustanowionych [8], co rozpoczęło falę dyskusji na temat zasadności stosowania tej strategii terapeutycznej, a jednocześnie skłoniło badaczy do dalszych poszukiwań odpowiedzi na ten temat. W rezultacie opublikowano liczne wyniki badań, które potwierdziły skuteczność stosowania metody IS w odniesieniu do dzieci z ASD.

Wyniki pracy badawczej

W 2020 r. opublikowano wyniki pracy badawczej, w której dokonano oceny skuteczności działania metody IS w terapii dzieci z ASD [9].

Grupę badaną stanowiło 62 dzieci ze średnią wieku 43,41 miesięcy ($\pm 43,67$) – 56 (90,32%) chłopców i 6 (9,68%) dziewczynek. Ocenę procesów IS u 31 dzieci przeprowadzono z wykorzystaniem Testów Południowo-Kalifornijskich, zaś u pozostałych dzieci, z uwagi na deficyty intelektualno-motoryczne oraz/

lub wiek, dokonano subiektywnej oceny modulacji bodźców zmysłowych.

Wyniki przeprowadzonych badań wskazały jednoznacznie, że wszystkie włączone do badania dzieci wykazywały zaburzenia sensoryczne w obrębie modulacji bodźców przedsionkowych, proprioceptywnych i słuchowych. W badanej grupie 94,4% dzieci z autyzmem i 100% dzieci z ZA wykazywało deficyty w zakresie modulacji bodźców dotykowych. Jednak w obrębie zmysłu wzroku, smaku i węchu nie wszystkie dzieci wykazywały deficyty. Ponadto badania wykazały, że wśród dzieci z autyzmem i ZA, oprócz zaburzeń w obrębie reaktywności układów zmysłowych, 54,83% dzieci wykazywało także objawy zaburzeń posturalnych, 41,93% – objawy zaburzeń integracji bilateralnej i sekwencjonowania, a 29,03% – objawy somatodyspraksji. Należy przy tym zauważyć, że niektóre dzieci wykazywały jednocześnie kilka zaburzeń.

Liczne badania potwierdzają, że terapia metodą IS jest skuteczną formą oddziaływań terapeutycznych, która wpływa na poprawę procesów sensorycznych w zakresie modulacji bodźców oraz ich percepcji, poprawiając umiejętności związane z przetwarzaniem bodźców sensorycznych, co przekłada się na poprawę funkcjonowania osób z ASD.

Do określenia natury dysfunkcji sensorycznej zastosowano Południowo-Kalifornijskie Testy Integracji Sensorycznej przeznaczone do badania dzieci w wieku od 4 do 11 lat. Ponadto w badanej grupie do diagnozy metodą IS wykorzystano: wywiad z rodzicem, Kwestionariusz rozwoju sensomotorycznego dziecka (opr. Z. Przyrowski), Kwestionariusz wrażliwości dotykowej (opr. Z. Przyrowski), Obserwację kliniczną (opr. Z. Przyrowski) oraz obserwację swobodną i kierowaną.

Z uwagi na odmienny od normalnego rozkład zmienności ciągłych (porządkowych) w analizie oceniającej zmiany w obserwacji klinicznej i Testach Południowo-Kalifornijskich wykorzystano Test znakowanych rang Wilcoxona. Ponadto, ze względu na trudności w wykonywaniu zadań przez niektóre dzieci zarówno w okresie początkowym, jak i po zakończeniu programu terapeutycznego, w analizach skuteczności uwzględniono jedynie te przypadki, w których dziecko wykonało test dwukrotnie, tj. na początku terapii i po okresie około 12 miesięcy od jej rozpoczęcia.

W związku z odmiennym od normalnego rozkładem zmiennych ciągłych (porządkowych) niemożliwe było wykorzystanie analizy kowariancji ANCOVA, w której zmienną zależną był parametr mierzony po 12 miesiącach terapii, a kowariantą – wartości mierzonego

parametru na początku okresu obserwacji (parametry przed terapią IS). Z tego względu w kolejnych analizach jako parametr oceny skuteczności terapii IS w każdym z parametrów Obserwacji klinicznej i Testów Południowo-Kalifornijskich wykorzystano różnicę w ich wartości na końcu i początku (Δ). W celu sprawdzenia różnicy wartości początkowych parametrów obu narzędzi zastosowano test Manna-Whitney'a. Wartości istotne statystycznie przyjęto dla $p < 0,05$.

Analizy korelacji między częstością uczestniczenia w zajęciach, a poprawą lub nie w zakresie badanych parametrów IS dokonano metodą rang Spearmana.

W badanej grupie deficyty sensoryczne dotyczyły zaburzeń modulacji w obrębie układów: przedsionkowego, proprioceptywnego, słuchowego, dotykowego, wzrokowego, węchowego i smakowego oraz zaburzeń posturalno-okoruchowych, bilateralnej integracji i sekwencjonowania oraz dyspraksji. Wykazano, że terapia przeprowadzona metodą IS istotnie statystycznie poprawiła wszystkie mierzone w obserwacji klinicznej parametry, poza: oczopląsem porotacyjnym, preferencją oko-ręka, stabilizacją tułowia i symetrycznym tonicznym odruchem szyjnym. Podobne rezultaty otrzymano w przypadku Testów Południowo-Kalifornijskich, gdzie wszystkie parametry, poza kinestezją oraz różnicowaniem prawo-lewo, uległy istotnej poprawie. Wyniki przeprowadzonych badań jednoznacznie wykazały poprawę w zakresie modulacji oraz percepcji bodźców sensorycznych w badanej grupie. Poprawę w zakresie układu przedsionkowego stwierdzono u 74% badanych, w obrębie układu dotykowego – u 83,9%, w obrębie wzroku – u 61%, w obrębie układu proprioceptywnego – u 66,7%, a w obrębie słuchu – u 10,3% dzieci. Stwierdzono, że zarówno wiek, jak i częstość uczestniczenia w zajęciach terapeutycznych miały wpływ na skuteczność ich oddziaływania. Wcześniejsze rozpoczęcie terapii wiązało się z lepszymi jej efektami.

Jak te wyniki mogą korelować z poprawą funkcjonowania osób z ASD?

Przyjmuje się, że nieprawidłowe parametry Obserwacji klinicznej oraz Testów Południowo-Kalifornijskich wskazują na nieprawidłowe wzorce IS: somatodyspraksję, zaburzenia posturalno-okoruchowe oraz zaburzenia bilateralnej integracji i sekwencjonowania. Te nieprawidłowe wzorce IS są uważane za przyczynę nieprawidłowości motorycznych, trudności w zakresie wykonywania niezbędnych czynności życia codziennego, trudności w budowaniu postaw i umiejętności społecznych oraz komunikacji [6]; trudności w zakresie kontroli postawy mogą zakłócić zdolność dziecka do uczestniczenia w czynnościach szkolnych [10]. Sugeruje to, że poprawa parametrów Obserwacji klinicznej oraz Testów Południowo-Kalifornijskich może wpłynąć na poprawę funkcjonowania osób z ASD. Wyniki przeprowadzonych badań jednoznacznie wskazywały na zdecydowaną poprawę w zakresie modulacji oraz

percepcji bodźców sensorycznych u badanych dzieci, co w sposób bezpośredni przekłada się na ich funkcjonowanie emocjonalne, społeczne, samodzielność, komunikację i uczenie się.

Analizy skuteczności terapii metodą integracji sensorycznej dokonali również inni badacze, m.in. Pfeiffer i współautorzy. Przeprowadzone przez nich badania wskazały na poprawę w zakresie zmniejszenia liczby zachowań stereotypowych i autostymulacyjnych u dzieci z autyzmem, które poddano interwencji metodą IS [11]. Zachowania autostymulacyjne pełnią funkcję regulacyjną, pozwalając na przetwarzanie informacji sensorycznych z otaczającego świata oraz uczestniczenie w nim bez ryzyka przeciążenia sensorycznego. Zatem ograniczenie manieryzmów należy rozumieć jako objaw poprawy modulacji bodźców sensorycznych.

Amel E. Abdel Karim i Amira H. Mohammed przeprowadziły badanie na grupie 34 dzieci ze spektrum autyzmu w wieku od 6 do 12 lat. Wyniki przedstawionych przez autorki badań sugerują, że po interwencji metodą IS dzieci wymagały znacznie mniej pomocy opiekuna podczas czynności samoobsługowych i umiejętności społecznych, a także samodzielnie, sprawniej realizowały się w zakresie wyższych umiejętności. Ponadto w wyniku terapii metodą IS zachowania autostymulacyjne zmniejszyły się u tych dzieci w porównaniu do dzieci z grupy kontrolnej [12].

Baban Kshefimehr, Hulya Kayahan, Meral Huri przeprowadzili badanie wśród dzieci z ASD w wieku 3–8 lat w grupie interwencyjnej ($n = 16$), która była objęta terapią IS, oraz grupie kontrolnej ($n = 15$). Do oceny deficytów sensorycznych posłużono się narzędziem oceniającym profil sensoryczny (SP), a do oceny profilu funkcjonowania dziecka wykorzystano *The Short Scale Occupational Profile* (SCOPE). Badania wykazały, że grupa interwencyjna osiągnęła znacznie większą poprawę we wszystkich domenach SCOPE, jak rów-

nież w profilu sensorycznym (SP), co potwierdziło skuteczność interwencji metodą IS u dzieci z ASD [13].

Sarah A. Schoen, Shelly J. Lane, Zoe Mailoux, Teresa May-Benson, L. Dianne Parham, Susane Smith Roley, Roseaann C. Schaaf udowodniły, że interwencja IS jest jedną z najczęściej stosowanych i pożądaną terapii w ASD. Jest metodą, która ma jasno określone wymagania co do kwalifikacji terapeuty oraz przebiegu procesu terapii oraz podkreśliły, że jest to praktyka oparta na dowodach, zgodna z kryteriami *Council for Exceptional Children* (CEC) [14].

Zaburzenia procesów IS występują często u dzieci z ASD. Problem dotyczy zarówno zaburzeń w zakresie modulacji, jak i różnicowania bodźców sensorycznych.

W Polsce badania nad skutecznością terapii metodą IS prowadzili również Zawadzka i wsp. Na podstawie otrzymanych wyników, badacze zasugerowali, że po czteromiesięcznej terapii grupa badanych przez nich dzieci z autyzmem poczyniła postępy w zakresie twórczości oraz komunikacji, rozwoju poznawczego i społecznego. Ponadto autorzy stwierdzili, że terapia sensoryczna wpłynęła korzystnie na całokształt rozwój badanych dzieci [15].

Podsumowując, trzeba stwierdzić, że zaburzenia procesów IS występują często u dzieci z ASD. Problem dotyczy zarówno zaburzeń w zakresie modulacji, jak i różnicowania bodźców sensorycznych. Wpływa to na występowanie zaburzeń posturalnych, koordynacji, sekwencjonowania czy somatodyspraksji i wskazuje na potrzebę włączenia odpowiednich metod terapeutycznych, które będą skutecznie oddziaływać na istniejące dysfunkcje.

Reklama

Terapeutyczne karty pracy

Gotowe narzędzie do pracy profilaktycznej z dziećmi w wieku przedszkolnym i szkolnym

Difin



www.ksiegarnia.difin.pl



Liczne badania potwierdzają, że terapia metodą IS jest skuteczną formą oddziaływań terapeutycznych, która wpływa na poprawę procesów sensorycznych w zakresie modulacji bodźców oraz ich percepcji, poprawiając umiejętności związane z przetwarzaniem bodźców sensorycznych, co przekłada się na poprawę funkcjonowania osób z ASD.

Aktualnie stosuje się wiele metod w terapii ASD, ale żadna z nich nie prowadzi do wyleczenia. Mimo wielu badań do dziś nie ma jednoznacznej odpowiedzi dotyczącej etiopatologii ASD. Obraz kliniczny tych zaburzeń rozwojowych jest bardzo różnorodny, a oddziaływania terapeutyczne czy farmakologiczne często nie dają oczekiwanych efektów.

W dyskusji nad terapią dzieci ze spektrum autyzmu dochodzi do podziałów i wartościowania różnych oddziaływań. Jako praktyk pragnę zwrócić uwagę, że optymalnym działaniem na rzecz osób z ASD wydaje się łączenie różnych koncepcji i metod pracy dostosowanych do indywidualnych potrzeb i możliwości dziecka. Terapia sensoryczna jest jedyną metodą terapeutyczną, która odpowiada na deficyty w zakresie procesów IS, a badania nad jej skutecznością dały dowody, że powinna być uwzględniana w interdyscyplinarnej terapii dzieci ze spektrum autyzmu.

terns in children with autism, „Am J Occup Ther” 69(1), 2015, 6901220010; <http://ajot.2015.012476> (dostęp: 16.01.2023).

8. National Standards Report, www.nationalautismcentre.com (dostęp: 20.01.2013).
9. Boch M., *Skuteczność metody integracji sensorycznej w terapii dzieci z autyzmem i zespołem Aspergera*, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin 2020.
10. Ayres A.J., *Dziecko a integracja sensoryczna*, Wyd. Harmonia, Gdańsk 2015, strony: 21-23, 63-75, 67-75, 141-145, 155-164, 202.
11. Pfeiffer B.A., Koeing K., Kinnealey M., Sheppard M., Hender-son L., *Effectiveness of Sensory Integration Interventions in Children With autism Spectrum disorder: A Pilot Study*, „Am J Occup Ther” 65, 2011, 76-85; <https://dot.org/10.5014/ajot.2011.09205> (dostęp: 6.05.2020).
12. Karim A.E.A., Mohammed A.H., *Effectiveness of sensory integration program in motor skills in children with autism*, „Egyptian J Med Hum Genet” 16, 2015, s. 375-380.
13. Kashfimehr B., Kayihan H., Huri M., *The effect of Sensory Integration therapy on Occupational Performance in Children with autism*, „APR” 38(2), 2018, s. 75-83.
14. *A Systematic review of Ayres sensory integration intervention for children with autism*, „Autism res.” 12(1), 2019, s. 6-19.
15. Zawadzka D., Rymarczuk A., Bugaj R., *Ocena skuteczności integracji sensorycznej oraz metody Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherbone w usprawnianiu funkcjonowania psychomotorycznego dzieci z autyzmem*, „Fizjoterapia” 22(1), 2014, s. 3-17.

dr n. med. i n. o zdr. Mirosława Bloch

Literatura:

1. Sackett D., Rosenberg W., *The need for evidence - based medicine*, „J Royal Societ Med” 88, 1995, s. 621-622.
2. Smyth-Myles B., Tapscott-Cook K., Miller N., Rinner L., Robbins L., *Asperger syndrome and Sensory Issues: Practical Solutions for Making Sense of the World*, KS: Autism Asperger Publishing Company, Oweland Park, 2000, s. 20-24.
3. *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5 th ed., Washington 2013.
4. Dunn W., Smith-Myles B.S., Orr S., *Sensory processing issues associated with Asperger syndrome: A preliminary investigation*, „Am J Occup Ther” 56, 2002, s. 97-102.
5. Attwood T., *Zespół Aspergera. Kompletny przewodnik* (przekład Sawicka-Chrapkiewicz A), Harmonia Uniwersalis, Gdańsk 2015, s. 299-321.
6. Dowell L.R., Mahone E.M., Mostofsky S.H., *Associations of postural knowledge and basic motor skill with dyspraxia in autism: Implication for abnormalities in distributed connectivity and motor learning*, „Neuropsychology” 23(5), 2009, s. 563-570.
7. Smith R.S., Mailoux Z., Parham L.D., Schaaf R.C., Lane C.H.J., Cermak S., *Sensory integration and praxis pat-*



WYWIAD



jako kluczowa forma ZBIERANIA INFORMACJI w diagnostyce sensorycznej

Diagnoza procesów integracji sensorycznej przeprowadzana jest według określonych procedur. Przed przeprowadzaniem procedury diagnostycznej niezbędnym elementem jest zebranie wywiadu z rodzicem/opiekunem dziecka. Wywiad – jako forma zebrania najistotniejszych informacji o rozwoju i funkcjonowaniu dziecka – będzie jednym z czynników wpływających na ocenę pacjenta. Jak prawidłowo zbierać i wykorzystać w procesie diagnostycznym informacje zebrane podczas wywiadu?

Diaagnoza przeprowadzana jest standaryzowanymi testami. Standaryzacja ta jest zależna od wieku pacjenta. Dzieci powyżej 4. roku życia diagnozowane są za pomocą Południowokalifornijskich Testów Integracji Sensorycznej oraz Polskich Standaryzowanych Testów Integracji Sensorycznej. Oba te narzędzia wymagają przestrzegania procedury prowadzenia testów oraz – w przypadku Polskich Standaryzowanych Testów Integracji Sensorycznej – wykorzystania skrzyni z pomocami niezbędnymi do przeprowadzenia diagnozy. Oba testy wymagają ukończenia szkolenia umożliwiającego diagnozowanie pacjentów wyżej wymienionymi narzędziami. U dzieci młodszych – od 11. miesiąca życia do 4 lat – podczas diagnozy możemy skorzystać z systemu KATIS. Jest to pierwszy na świecie program diagnostyczno-terapeutyczny stworzony dla dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej. Do przeprowadzania diagnozy za pomocą systemu KATIS wymagane jest ukończenie kursu umożliwiającego pracę tym systemem oraz zakup standaryzowanych pomocy. W celu przeprowadzenia diagnozy wykorzystujemy też wypełniane przez rodzica/opiekuna kwestionariusze sensomotoryczne dostosowane do wieku pacjenta i oceniające rozwój dziecka zgodnie z normami rozwojowymi występującymi w danej grupie wiekowej. Zarówno testy diagnostyczne, jak i kwestionariusze sensomotoryczne są podstawowymi składowymi oceny procesów rozwoju funkcji sensorycznych u danego dziecka.

W mojej ocenie istotnym i niezbędnym narzędziem w procesie diagnostycznym jest prawidłowo przeprowadzony wywiad z rodzicem/opiekunem dziecka. Niestety, prowadzenie wywiadu i zbieranie informacji o obrazie funkcjonowania i trudnościach dziecka nie jest ustandaryzowane. Forma przeprowadzenia diagnozy oraz składowe czasowe jej wykonania zależne są od poszczególnych placówek terapeutycznych. Każdy gabinet, przychodnia czy placówka sama wyznacza sobie kanony przeprowadzania diagnozy. Liczba spotkań, ich rodzaj oraz forma przekazywania diagnozy (ustna czy pisemna) wyznaczane są indywidualnie dla każdej placówki. Każdy terapeuta potrzebuje inną ilość czasu na przeprowadzenie badania, zależne to jest w dużej mierze od doświadczenia terapeuty, a także możliwości rozwojowych pacjenta.

Dobre praktyki prowadzenia WYWIADU z rodzicem/opiekunem dziecka

W mojej praktyce najlepiej sprawdza się następujący model:

- 1** Przesłanie wywiadu terapeutycznego do rodzica/opiekuna wraz z kwestionariuszem sensomotorycznym odpowiednim do wieku dziecka.
- 2** Spotkanie z rodzicami/opiekunami w celu omówienia odesłanego wywiadu i kwestionariusza oraz rozmowy z rodzicem/opiekunem na temat treści i odpowiedzi w nim zawartych.
- 3** Spotkanie diagnostyczne z dzieckiem. Przeprowadzenie badania diagnostycznego odpowiednio dobranego do wieku dziecka. Wykonanie prób obserwacji dziecka. Obserwacja swobodnej aktywności dziecka na sali terapeutycznej. Przeprowadzanie obserwacji dziecka z wykorzystaniem dodatkowych narzędzi terapeutycznych, którymi dany diagnosta dysponuje oraz do wykonania których ma odpowiednie uprawnienia, a umożliwiających wykonanie poszerzonej oceny dziecka. Ważne jest, że dodatkowe obserwacje nie powinny być zawarte w treści diagnozy, a jedynie w dodatku – jako dodatkowe obserwacje. Diagnosta decydujący się na przeprowadzenie dodatkowych obserwacji musi mieć niezbędne kwalifikacje umożliwiające ich przeprowadzenie.
- 4** Analiza zdobytych przez terapeutę informacji z wywiadu, kwestionariusza sensomotorycznego, testów diagnostycznych i obserwacji klinicznej. Wykonanie obliczeń, wyciągnięcie wniosków i postawienie diagnozy na podstawie zebranych danych.
- 5** Przekazanie diagnozy rodzicowi/opiekunowi wraz z opisem poszczególnych składowych. Wymienienie zaleceń oraz możliwych form terapii. Na prośbę rodzica/opiekuna możliwe jest otrzymanie dokumentu diagnozy pisemnej z podpisem (w niektórych gabinetach forma pisemna diagnozy jest dodatkowo płatna).

Dla mnie jako diagnosty wywiad dotyczący dziecka jest pierwszym „obrazem” jego funkcjonowania oraz trudności. Zapoznanie się z nim powinno dać mi pierwszy opis dziecka. To rodzic/opiekun będący z dzieckiem od urodzenia da nam najlepszy opis jego funkcjonowania, który potem możemy zweryfikować podczas spotkań diagnostycznych z dzieckiem. Najlepszą formą odpowiedzi na pytania zawarte w wywiadzie jest wypełnienie go przez obojga opiekunów dziecka (gdy jest taka możliwość). W tej najbardziej dla nas komfortowej sytuacji otrzymujemy obraz funkcjonowania dziecka od obojga rodziców/opiekunów. W przypadku dzieci adopcyjnych zbieramy informacje o rozwoju dziecka od momentu przekazania go rodzicom oraz możliwe informacje z ośrodka adopcyjnego o wcześniejszym rozwoju dziecka.

Rodzic/opiekun mający możliwość wypełnienia wywiadu w domu ma mniejszą dozę „stresu” wynikającego z formy „przepytania” go w obecności terapeuty, ma także możliwość posiłkowania się

choćby książeczką zdrowia dziecka, filmami i zdjęciami z jego funkcjonowania lub także wypisami np. z szpitali, gdy odpowiada na pytanie dotyczące chorób i hospitalizacji. Pierwsze spotkanie rodzica/opiekuna z terapeutą powinno odbyć się w dogodnych warunkach, w możliwie spokojnym miejscu w gabinecie. Ważne jest, by w momencie omawiania wywiadu rodzicowi/opiekunowi nie towarzyszyło dziecko. Podczas wywiadu rodzic/opiekun powinien mieć także możliwość przekazania terapeutcie do wglądu pozostałych opinii i dokumentów dotyczących funkcjonowania dziecka.

Każdy terapeuta w swojej pracy stale poszerza wywiad o dodatkowe pytania, w miarę poszerzania swojego warsztatu wraz ze zdobywaniem dodatkowych kwalifikacji, dzięki czemu obraz diagnostyczny dziecka (i możliwość pomocy mu) będzie jak najbardziej obszerny.

O co warto zapytać?



PYTANIA WSTĘPNE

Poniżej przedstawiam informacje, które jako diagnosta zbieram od rodziców/opiekunów w trakcie wywiadu. Informacje te dają mi obraz pacjenta i pokazują, jak można wykorzystać daną wiedzę w procesie terapeutycznym.

W pierwszej części powinno się uzyskać dane personalne dziecka: jego imię i nazwisko (w przypadku niektórych imion pytam rodziców, którą formę imienia dziecko preferuje), datę urodzenia, miejsce zamieszkania (w celu możliwości kontaktu listownego z rodzicami).

Następnym punktem znajdującym się w przeprowadzanym przeze mnie wywiadzie jest powód zgłoszenia dziecka na diagnozę. Sprawdzam, czy rodzice zauważają trudności oraz czy np. placówka, do której uczęszcza dziecko (żłobek, przedszkole, szkoła), zgłasza objawy zaburzeń integracji sensorycznej.

W kolejnej części pytam o dane rodziców: imię i nazwisko, wiek, wykonywany zawód. Ma to znaczenie dla określenia stanu wiedzy merytorycznej na temat specyfiki trudności dziecka oraz świadomości pojęć wykorzystanych w momencie omawiania diagnozy. Pytam o choroby dziedziczne w rodzinie u obojga rodziców, o przebyte przez rodzica choroby somatyczne, psychiczne czy zaburzenia nastroju. Ma to olbrzymi wpływ

na środowisko, w którym funkcjonuje dziecko, a pośrednio także na jego rozwój poznawczy i emocjonalny. Dowiaduję się, jak przebiegał rozwój mowy i słuchu u rodziców oraz jaki jest ich obecny stan zdrowia. Zbieram informacje o tym, czy dziecko wychowuje się w rodzinie pełnej. Informacja ta istotna jest z przyczyn formalnych, choćby przy uzyskaniu zgody obojga rodziców/opiekunów prawnych do przeprowadzenia diagnozy dziecka i gdy w konsekwencji istnieje potrzeba prowadzenia terapii. W przypadku gdy jedno z rodziców/opiekunów ma ograniczone prawa rodzicielskie, powinniśmy mieć taką wiedzę, by ta osoba nie miała wglądu w dokumentację dziecka. Pytam, czy dziecko ma rodzeństwo, jeśli tak, warto spytać o ewentualne trudności rozwojowe u rodzeństwa. Pytam o warunki lokalowe w rodzinie pacjenta. Czy dziecko ma osobny pokój? Jest to ważna informacja terapeutyczna, która da odpowiedź na pytanie, czy dziecko posiada miejsce do wyciszenia czy wykonania zalecanych stymulacji. Warto spytać także rodzica o ocenę swoich warunków bytowych. Jest to ważne w doborze terapii – trzeba wziąć pod uwagę możliwości materialne rodziców oraz przedstawiać im dostępne na „rynku” możliwości pomocy dziecku.



ROZWÓJ PRENATALNY

Po uzyskaniu powyższych danych zbieram informacje o rozwoju prenatalnym. Ważna jest dla nas forma zapłodnienia – czy było to zapłodnienie naturalne czy metoda wspomagana, gdzie dochodzi do dodatkowych form farmakologicznych umożliwiających zapłodnienie.

Zbieramy informacje, czy matka podczas ciąży była pod opieką lekarską, a także czy prowadzone były badania w kierunku cukrzycy ciążowej, badania toksoplazmozy czy cytomegalii. W przypadku toksoplazmozy możliwe jest przekazanie pasożyta drogą przełożyskową do płodu. Objawy u płodu zależą od trymestru ciąży, w którym doszło do zakażenia. Zakażenie CMV w czasie ciąży może spowodować przejście wirusa przez łożysko, w wyniku czego może dojść do wad wrodzonych układu nerwowego, a w konsekwencji do zaburzeń rozwoju oraz padaczki. Pytamy, czy wykonywane były zalecane USG prenatalne wykluczające wady płodu.

Pytamy, czy matka podczas trwania ciąży poddawana była hospitalizacji i leczeniu farmakologicznemu. Wykluczamy przyjmowanie leków teratogennych. Zdobywamy informacje, czy podczas trwania ciąży matka nie przeszła znaczących traum, sytuacji silnie stresujących, mających wpływ na jej funkcjonowanie w trakcie ciąży.

Dowiadujemy się, czy w trakcie trwania ciąży mama dziecka przyjmowała używki, co może być konsekwencją wad rozwojowych u dziecka, zespołu FAS. Zbieramy też informacje na temat aktywności fizycznej kobiety podczas ciąży.

Czas trwania ciąży – czy dziecko jest urodzone przedwcześnie, tj. między 22. tygodniem życia płodowego a 37. tygodniem, czy też urodzone w terminie lub znacznie po nim. Dzieci urodzone przedwcześnie mogą w późniejszych latach być bardziej narażone na trudności z prawidłowym rozwojem funkcji OUN, z uczeniem się, koncentracją uwagi, statystycznie częściej borykają się też z nadpobudliwością. U dzieci tych występują także dysfunkcje w funkcjonowaniu narządów odbiorczych, jak np. w konsekwencji retinopatii wcześniaczej, wylewów krwi do mózgu, MPD.



PORÓD

Wywiad powinien zawierać informacje na temat porodu. Czy był on indukowany i dlaczego? Musimy pamiętać, że dzieci urodzone po podaniu syntetycznej oksytocyny mogą mieć zaburzenia rytmu



serca, krwotoki, obrażenia mózgu, u dzieci tych wzrasta ryzyko niedotlenienia. Czy nastąpił poród naturalny, czyli dziecko przeszło przez drogi rodne? Zauważalny jest mniejszy odsetek problemów związanych z zaburzeniami czucia ciała w przestrzeni, zaburzeniami równowagi oraz problemów z przetwarzaniem bodźców sensorycznych w przypadku porodów naturalnych. Poród przez cesarskie cięcie jest poważnym zabiegiem operacyjnym mającym wpływ zarówno na matkę, jak i noworodka. Dzieci urodzone przez cesarskie cięcie wg badań Miller stanowiły 21% dzieci z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego.

Ważną kwestią jest wykorzystanie kleszczy oraz próżniociągu VACUUM w porodzie wspomaganym. Dziecko, które przyszło na świat przy pomocy sprzętów wspomagania, może mieć odkształcenia na głowie, mogą również nastąpić pęknięcia czaszki, uszkodzenie nerwu twarzonego albo porażenie splotu barokowego. Do rzadszych powikłań należą krwiaki i krwawienia wewnątrzczaszkowe. U dzieci, u których w badaniu obrazowym stwierdzono krwawienia dokomorowe,

w konsekwencji obserwuje się hipotonię, zmniejszenie kąta podeszwowego, objawy MPD, uszkodzenie widzenia oraz słuchu, co stanowi podłoże problemów z przetwarzaniem sensorycznym.



INFORMACJE DOTYCZĄCE NOWORODKA

Skala Apgar dająca ocenę dziecka w 1-3-5-10 minucie po porodzie daje nam informacje na temat stanu noworodka tuż po porodzie. Ta 10-stopniowa skala wskazuje stan noworodka wg interpretacji wyników: 8-10 to stan dobry, 4-7 ocena średnia, natomiast 0-3 ocena zła (stan ciężki). Noworodek w stanie ciężkim może w konsekwencji wykazywać objawy mózgowego porażenia dziecięcego, padaczki czy też opóźnienia w rozwoju psychoruchowym.

Pytam również o masę urodzeniową i o długość ciała.

Dowiaduję się, czy dziecko przebywało w inkubatorze (zamkniętym lub otwartym) oraz co było tego przyczyną. U dzieci poddawanych czynnościom zabiegowym we wczesnym okresie noworodkowym mogą wystąpić zaburzenia czucia o charakterze nadwrażliwości.

Istotną informacją rzutującą na obraz dziecka i jego funkcjonowanie jest nasilona żółtaczką noworodkowa. Podwyższony poziom bilirubiny w krwi, przekraczający 25 mg, może skutkować głuchotą, MPD, a także doprowadzić do uszkodzenia mózgu.



ROZWÓJ PSYCHORUCHOWY

Kolejnym krokiem jest uzyskanie informacji na temat rozwoju psychoruchowego dziecka. Pytam o czas wystąpienia i jakość następowania po sobie elementów kamieni milowych. W rozwoju

dziecka jest to nabywanie umiejętności w określonej kolejności i czasie, odzwierciedlających interakcje rozwijającego się układu nerwowego z otaczającym je środowiskiem. Kamienie milowe dzielimy na konkretne obszary i umiejętności: motoryka duża, motoryka mała, komunikacja, obszar poznawczy, obszar społeczno-emocjonalny. Osiągnięcie przez dziecko prawidłowych faz rozwoju możemy nieestety jako rodzice/opiekunowie opóźnić przez błędy pielęgnacyjne i wychowawcze, mające dla nas jako terapeutów odzwierciedlenie w funkcjonowaniu dziecka trafiającego na diagnozę. Jako diagności powinniśmy zdobyć informacje, czy wobec dziecka stosowano prawidłowe sposoby pielęgnacyjne, z zachowaniem symetryczności, uwzględniające prawidłowe przenoszenie napięcia mięśniowego. Powinniśmy zwrócić uwagę na to, czy dziecko ma problemy z prawidłowym napięciem mięśniowym, prawidłowymi reakcjami nastawczymi głowy, przenoszeniem środka ciężkości, somatognozji, przekraczaniem linii środkowej ciała. Istotna jest też informacja, czy dziecko było noszone w nosidle (nieergonomicznym, przodem do świata), w chuście z nieprawidłowym sposobem wiązania, co w konsekwencji miało wpływ na jego napięcie mięśniowe, zmiany w ustawieniu stawów biodrowych oraz brak zachowania prawidłowego ustawienia kręgosłupa. U dziecka, które nie miało możliwości zdobywania umiejętności podczas swobodnego leżenia na macie (szczególnie w pozycji leżenia na brzuchu), możemy zauważyć obniżenie napięcia w mięśniach tułowia (obniżony w stosunku do rówieśników czas wykonywania pozycji wyprostnej). Brak możliwości swobodnej eksploracji na podłożu twardym utrudnia dziecku zdobywanie funkcji obracania się, podporu, pełzania, siadania czy czworakowania. Błędem jest także „przyspieszenie” przez rodziców występowania kolejnych etapów rozwoju dziecka poprzez nieodpowiednią stymulację: sadzanie dziecka, prowadzenie dziecka za ręce lub za miednicę, stosowanie chodzików utrudniających dziecku zdobycie umiejętności równoważnych, zakładanie obuwia dziecku niechodzącemu, przez co dziecko nie ma możliwości czucia swojego ciała poprzez dotykanie go, wkładanie stopy do buzi.

Bardzo istotne i niestety w ostatnich czasach nagminne jest wykorzystywanie w rozwoju dzieci zabawek interaktywnych. Dzieci w okresie niemowlęcym otacza nadmierna liczba bodźców, co

skutkuje przestymulowaniem. W konsekwencji dzieci mogą być nadmiernie pobudzone, mogą mieć trudności w zasypianiu, sen może być nieefektywny.

W momencie zdobywania informacji na temat rozwoju dziecka powinniśmy dowiedzieć się, czy dziecko w okresie niemowlęcym uczestniczyło w zajęciach fizjoterapii, jaka była tego przyczyna oraz jaką metodą dziecko było rehabilitowane.

Warto spytać również o występowaniu u dziecka wad wzroku. Umożliwi to ocenę percepcji workowej. Dowiaduję się, czy u dziecka przeprowadzone było przesiewowe badanie słuchu i czy w przypadku nieprawidłowości nastąpiła pełna diagnostyka słuchu. Dopytuję o trudności związane ze zmysłem smaku oraz węchu. U dziecka zmagającego się z trudnościami skórными, takimi jak AZS czy alergie skórne, możemy spodziewać się zaburzeń czucia, obronności dotykowej.

Diagnosta decydujący się na przeprowadzenie dodatkowych obserwacji musi mieć niezbędne kwalifikacje umożliwiające ich przeprowadzenie.

Ważne jest posiadanie wiedzy na temat form spędzania przez dziecko wolnego czasu. Czy jest to forma stacjonarna, mogąca świadczyć o obniżonym napięciu mięśniowym, trudnościach z planowaniem motorycznym, zaburzeniach równowagi, czy też dziecko potrzebuje ciągłej stymulacji ruchowej. Ważna jest informacja o wykorzystywaniu przez dzieci rowerów, hulajnóg (wskaźnik posiadanych umiejętności motorycznych).

Z perspektywy zachęcania dziecka do współpracy warto znać motywatory dziecka.

Wywiad zebrany przez diagnostę powinien być (w momencie poszerzania jego wiedzy i umiejętności) sukcesywnie rozszerzany o nowe wiadomości umożliwiające holistyczną pomoc dziecku. Wywiad powinien nadawać kierunek obserwacji dziecka, a także umożliwić poszerzenie diagnostyki w momencie, gdy obserwacje innych specjalistów ułatwią nam prowadzenie terapii oraz umożliwią wykluczenie trudności terapeutycznych pojawiających się podczas trwania terapii.

Literatura:

1. Przyrowski Z., *Integracja sensoryczna. Teoria, diagnoza, terapia*, Warszawa 2019.
2. Przyrowski Z., *Kliniczna obserwacja. Podręcznik*, Warszawa 2013.
3. Ayres A.J., *Dziecko a integracja sensoryczna*, Gdańsk 2015.
4. Ayres A.J., *Integracja sensoryczna a zaburzenia uczenia się*, Gdańsk 2018.
5. Odowska-Szlachcic B., *Metoda integracji sensorycznej we wspomaganie rozwoju mowy u dzieci z uszkodzeniami ośrodka układu nerwowego*, Gdańsk 2013.
6. Wagh K., Borkowska M., *Integracja sensoryczna na co dzień*, Warszawa 2010.
7. Borkowska M., *Integracja sensoryczna w rozwoju dziecka. Podstawy neurofizjologiczne*, Gdańsk 2013.
8. Biel L., *Integracja sensoryczna. Skuteczne strategie w terapii dzieci i nastolatków*, Kraków 2015.
9. Goddard Blythe S., *Odruchy, uczenie się i zachowanie*, Warszawa 2019.
10. Goddard Blythe S., *Jak ocenić dojrzałość dziecka do nauki*, Warszawa 2015.

Marta Latek-Szałkucka



Dorastanie w środowisku, w którym występuje zbyt duże nagromadzenie różnych bodźców może prowadzić do poważnych konsekwencji rozwojowych dziecka.

WPŁYW HAŁASU

na prawidłowy rozwój słuchu dziecka

Przed pandemią COVID-19 do poradni psychologiczno-pedagogicznych rodzice przyprawiali swoje dzieci, gdy zaobserwowali nieprawidłowość, czy to w zakresie przyswajania wiedzy, czy zachowania. Zazwyczaj najczęstszymi przypadkami była np. dysleksja, różnego rodzaju problemy rozwojowe, ale też przypadki wysokiego ilorazu inteligencji. Po dwuletniej przerwie i okresie nauki w domowym zaciszu, w poradniach pojawiło się zaskakująco dużo dzieci cierpiących na nadwrażliwość słuchową.

- Długotrwała izolacja spowodowała, że dzieci mają obecnie obniżoną tolerancję na dźwięki - **mówi Ewa Rycombel, logopeda z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 19 w Warszawie.** - Niektóre z nich zasłaniają uszy z bólu, inne są nienaturalnie pobudzone. Takie zachowania ukierunkowują działania specjalistów, ponieważ nadwrażliwość słuchowa jest jednym z ośmiu

objawów zaburzeń przetwarzania słuchowego, czyli APD. Dzieci, które miały zdalną edukację, teraz cierpią i są bardziej wrażliwe na hałas. Powrót do głośniejszych szkół powoduje u nich na tyle silny dyskomfort, że zauważyliśmy, iż coraz więcej zaniepokojonych rodziców przyprawia swoje pociechy do poradni - **dodaje.**

Zmiana komfortu akustycznego w poradni

Poradnia, o której mowa, niedawno zmieniła siedzibę i obecnie mieści się w budynku po dawnym gimnazjum. Budynek pogłosowy, jak nadal zdecydowana większość budynków szkolnych. Dyrektor placówki, pani Beata Mierzejewska, wie, że warunki powinny i mogą być znacznie lepsze.

- W ramach stałej współpracy ze Szkołą Podstawową nr 340 na Ursynowie miałam okazję poznać przewodniczącego Rady Rodziców tej placówki, który wraz z innymi rodzicami zainicjował całkowitą modernizację akustyczną szkoły. Różnica w warunkach pracy i nauki była kolosalna. Posłaliśmy więc tym samym śladem - **podkreśla dyrektorka.** - Podjęłam starania w Urzędzie Dzielnicy o dofinansowanie podobnej modernizacji naszej poradni, gdyż dobre warunki akustyczne mają kluczowe znaczenie dla prawidłowej diagnostyki.

Po kilku miesiącach starań, udało się uzyskać pieniądze na remont trzech najbardziej strategicznych pomieszczeń: sali do zajęć ruchowych, sali do oceny rozwoju psychoruchowego najmłodszych podopiecznych w wieku 0-3 lat oraz korytarza na parterze.

– Nasza firma miała przyjemność brać udział w modernizacji akustycznej szkoły nr 340, która stała się przykładem dla kolejnych placówek oświatowych. Mamy świadomość, że komfort akustyczny jest istotny także we wszystkich placówkach, które wspomagają prawidłowy rozwój dzieci, również tych nadwrażliwych na dźwięki. Z entuzjazmem więc zaangażowaliśmy się w wyciszenie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 19 – **mówi Monika Sadłowska, ekspert ds. akustyki firmy Ecophon.**

wadzący do przestymulowania układu nerwowego bodźcami słuchowymi. Należy pamiętać, że mózg noworodka ma i tak bardzo dużo bodźców oraz informacji do przetworzenia na tym etapie rozwoju. Niemowlę nie powie nam, że dociera do niego zbyt dużo bodźców lub że są one zbyt głośne, dlatego układ nerwowy broniąc się przed dźwiękami, blokuje ich percepcję – **uczula specjalistka.**

Na bazie takich i innych doświadczeń pojawiających się na ścieżce rozwojowej dziecka mogą powsta-

nych i poradni jest tak istotne. Przed modernizacją ursynowskiej poradni pomieszczenia były wykończone twardymi materiałami, głównie odbijającymi dźwięk, które powodowały jego wzmocnienie i tworzenie się tzw. hałasu pogłosowego. Po instalacji materiałów dźwiękochłonnych w gabinecie do oceny psychoruchowej, czas pogłosu zmniejszył się z 2,12 s do 0,46 s, a wskaźnik zrozumiałości mowy poprawił się do ocenianego teraz jako doskonały. Podobne rezultaty uzyskano w sali do zajęć ruchowych oraz na korytarzu.

Szumujące zabawki mogą szkodzić rozwojowi dziecka

Zadbanie, aby przestrzeń, w której przebywają dzieci, była komfortowa akustycznie jest niezwykle ważne. Dorastanie w środowisku, w jakim występuje zbyt duże nagromadzenie różnych bodźców (wzrokowych, słuchowych, dotykowych), może prowadzić do poważnych konsekwencji rozwojowych dziecka.

– W uchu środkowym człowieka znajdują się dwa mięśnie – mięsień napinacz błony bębenkowej i najmniejszy mięsień w ciele, czyli mięsień strzemiączkowy. Gdy te dwa mięśnie prawidłowo pracują, uruchamiają mechanizmy, dzięki którym dochodzi do redukcji głośności docierających do nas dźwięków i do mózgu dochodzi dźwięk o mniejszym natężeniu, umożliwiając prawidłowe funkcjonowanie – **podkreśla Ewa Rycombel.** – Jednak nawet przeciągający się katar u dziecka może negatywnie wpłynąć na pracę obu mięśni i wówczas ochrona przed hałasem nie jest prawidłowa, a to może przyczynić się do powstania nadwrażliwości słuchowej – **dodaje.**

Logopeda przestrzega także przed nadmierną słuchową stymulacją dziecka w fazie niemowlęcej.

– Rodzice nie zdają sobie sprawy, że usypianie małych dzieci przy pomocy szumu – czy będą to szumujące zabawki, suszarka czy odkurzacze, nie jest obojętne dla prawidłowego rozwoju zmysłu słuchu. Postępując w ten sposób, dopro-



wać problemy, z którymi rodzice zwracają się do poradni. Są to np. wady wymowy, bo dziecko nie słyszy prawidłowo dźwięków mowy lub nie potrafi ich wypowiedzieć, impulsywne i agresywne zachowania, tendencje do płaczu, krzyku albo wycofanie i apatia. Przestymulowanie mózgu dziecka powoduje, że odbiera ono świat głośniejsze.

– Dodając do tego złe warunki akustyczne w szkole i pogłos, okazuje się, że maluch ma problemy z funkcjonowaniem w warunkach, które przez inną osobę uznawane są za normalne – **podkreśla logopeda.**

Cisza leczy i pomaga diagnozować

W hałasie nie sposób postawić prawidłowej diagnozy, dlatego zagadnienie wyciszenia placówek medycz-

– Zarówno pracownicy, jak i pacjenci słyszą wyraźną różnicę i są bardzo zadowoleni z nowych warunków w zaadaptowanych akustycznie pomieszczeniach – **przyznaje z uśmiechem Beata Mierzewska.** – Teraz każdy chciałby prowadzić zajęcia w wyciszonych salach, dlatego na pewno będę starała się o środki finansowe na wyciszenie kolejnych pomieszczeń – **podsumowuje dyrektor poradni.**

Dowiedz się więcej, jak zaprojektować wnętrza sprzyjające rozwojowi dziecka.

Skontaktuj się z nami.

 www.ecophon.pl

 info.ecophon@saint-gobain.com

 22 567 14 83

Ecophon
SAINT-GOBAIN



Profesjonalna diagnoza zaburzeń przetwarzania słuchowego

Platforma diagnostyczna Neuroflow ATS zapewnia wysoki standard diagnostyki i terapii dla dzieci z podejrzeniem CAPD.



Neuroflow ATS - Aktywny Trening Słuchowy

To pierwszy w Polsce interaktywny trening wyższych funkcji słuchowych.



Stworzona przez polskich specjalistów

Metoda Neuroflow ATS to efekt wieloletnich badań polskich specjalistów w dziedzinie audiologii i terapii pedagogicznej- dr n. med. Andrzeja Senderskiego oraz mgr Renatę Borowiecką, wprowadzona do praktyki klinicznej w 2015r.



Naszą wartością są badania naukowe

Platforma Neuroflow ATS jest certyfikowanym produktem medycznym opartym na najnowszych badaniach naukowych.



Neuroflow ATS to produkt medyczny kl IIA

Neuroflow ATS® - Aktywny Trening Słuchowy

(terapia zaburzeń przetwarzania słuchowego)

Terapia Neuroflow ATS® jest treningiem aktywnym, czyli wymaga współpracy z Rodzicem i zaangażowania dziecka w ćwiczenia. Nie stosujemy ćwiczeń biernych, tylko takie, które angażują koncentrację uwagi, pamięć, myślenie przyczynowo-skutkowe, poprawiają funkcje istotne dla poprawnego czytania i pisania, niezbędne w nauce języków obcych.

Terapia podzielona jest na etapy, każdy z nich składa się z 24 sesji ok. 30min.

Neuroflow ATS® polecany jest dzieciom, które mają trudności:

- w skupieniu uwagi
- w nauce, poprawnym pisaniu i czytaniu, w nauce języków obcych
- z rozumieniem mowy, gdy w otoczeniu jest szum, gwar lub hałas
- z rozumieniem dłuższych lub złożonych poleceń ustnych
- często proszą o powtórzenie pytania, sprawiają wrażenie niedosłyszających i nieobecnych

Neuroflow TRM- trening relaksacyjny z muzyką

(terapia dzieci z nadwrażliwością słuchową,
potrzebą obniżenia napięcia emocjonalnego/stresu)

Stan odprężenia, uspokojenia, który jest rezultatem ćwiczeń tej sesji, pozytywnie wpływa na większą tolerancję na bodźce dźwiękowe wywołujące nadmierne reakcje, poprawia koncentrację uwagi a w konsekwencji wpływa pozytywnie na proces uczenia się i funkcjonowanie dziecka.

Neuroflow TRM polecany jest dzieciom:

- z nadwrażliwością słuchową
- z potrzebą obniżenia napięcia emocjonalnego, stresu
- jeśli potrzebują przygotowania do podstawowej terapii Neuroflow ATS®
- jeśli potrzebują przerwy w podstawowej terapii Neuroflow ATS®

Dzięki profesjonalnej diagnozie opierającej się na kwestionariuszach, baterii znormalizowanych testów Neuroflow ATS oraz terapii, w której zastosowaliśmy zaawansowane algorytmy adaptacyjne, możemy indywidualnie odpowiedzieć na potrzeby dziecka.

Zostań Providerem Neuroflow ATS

Najbliższe szkolenie odbędzie się on-line w dniach 16-18. 10. 2023 r.

Zapraszamy także terapeutów SI!

www.neuroflow.pl

Jak ćwiczyć z dziećmi z OBNIŻONYM NAPIĘCIEM MIĘŚNIOWYM?



Ocena rozwoju psychomotorycznego dziecka odgrywa kluczową rolę w pracy fizjoterapeutów i terapeutów SI. Na rozwój psychomotoryczny dziecka składa się rozwój ruchowy i rozwój psychiczny, które są wzajemnie od siebie zależne, a ich właściwe wspomaganie jest znaczącym punktem terapii. Jakie ćwiczenia proponować dzieciom z obniżonym napięciem mięśniowym? Jak dobierać ćwiczenia, aby realnie przełożyły się na poprawę rozwoju dziecka?

Obniżone napięcie mięśniowe

Aby ocenić rozwój dziecka w okresie niemowlęcym, oceniamy tzw. motorykę dużą: postawę i lokomocję oraz motorykę małą: koordynację wzrokowo-ruchową oraz mowę i kontakty społeczne. Kluczową rolę odgrywa tutaj prawidłowy rozkład napięcia mięśniowego, prawidłowa dystrybucja napięcia mięśniowego. Obniżone napięcie mięśniowe, czyli hipotonia mięśniowa, to stan, w którym układ nerwowy nie współpracuje prawidłowo z układem mięśniowym. Uszkodzona zostaje droga impulsu nerwowego biegnącego z mózgu do mięśni. Konsekwencją tego jest niedostateczna odpowiedź na impuls, co przejawia się upośledzeniem zdolności do utrzymania kontroli postawy oraz ruchu przeciwko sile grawitacji. Zaburzenia w napięciu mięśniowym uniemożliwiają wykształcenie prawidłowego mechanizmu antygrawitacyjnego, który pozwala na zachowanie równowagi, oraz efektywne wykonywanie różnych czynności ruchowych, co z kolei prowadzi do nieprawidłowego doświadczania bodźców sensomotorycznych oraz nieodpowiedniego kształtowania się schematu ciała i orientacji przestrzennej. Hipotonia mięśniowa, czyli obniżone napięcie mięśniowe, nie jest chorobą, lecz objawem. Może być również objawem wielu różnych chorób wrodzonych, takich jak: zespół Downa, rdzeniowy zanik mięśni, dystrofia mięśniowa Duchenne'a, zespół Pradera-Williego. Obniżone napięcie mięśniowe (hipotonia) jest to deficyt zdolności do utrzymania kontroli postawy ciała przeciwko sile grawitacji. Inaczej można zdefiniować hipotonię jako wiotkość. Jest to zmniejszony opór na ruchy bierne kończyn, z często występującym zwiększonym zakresem ruchów w stawach. Choroba określana jest również jako „zespół dziecka wiotkiego” (*flopy infant, flopy child*). Stanowi niezwykle wyzwanie diagnostyczne, ponieważ jest to nieswoisty zespół objawów i nie stanowi on odrębnej jednostki chorobowej. Najistotniejsze jest ustalenie, czy obniżonemu napięciu mięśniowemu towarzyszą inne objawy. W początkowych stadiach chorób hipotonia może stanowić dominujący objaw, co tym bardziej utrudnia diagnostykę dziecka wiotkiego. Ustalenie rozpoznania wymaga współpracy wielu specjalistów, m.in.: neonatologa, neurologa, okulisty, genetyka, specjalisty chorób metabolicznych, ortopedy, jak również wykonania wielu badań dodatkowych.

Przyczyny

PRZYCZYNĘ OBNIŻONEGO NAPIĘCIA MIĘŚNIOWEGO MOŻNA ROZPATRYWAĆ W CZTERECH GŁÓWNYCH OBSZARACH:

- ▶ hipotonia pochodzenia ośrodkowego: w wyniku niedotlenienia, krwawienia śródczaszkowego, zakażenia ośrodkowego układu nerwowego, encefalopatii, czyli uszkodzenia mózgu wywołanego różnymi czynnikami, np. toksynami, truciznami, metalami ciężkimi,
- ▶ hipotonia pochodzenia obwodowego: choroby układu nerwowo-mięśniowego (rdzeniowy zanik mięśni, neuropatie, miopatie wieku niemowlęcego),
- ▶ zaburzenia genetyczne,
- ▶ choroby tkanki łącznej; elastopatie pierwotne, np.: zespół Ehlersa i Danlosa, lub elastopatie wtórne w wyniku przebiegu chorób metabolicznych.

Przy różnicowaniu przyczyn wiotkości należy również uwzględnić: wiek dziecka (noworodek, niemowlę, dziecko), obecność niedowładów, ocenić odruchy fizjologiczne (prawidłowe, wygórowane, osłabione, nieobecne), przeprowadzić dokładny wywiad rodzinny – choroby matki (miastenia, dystrofia miotoniczna), przeprowadzić dokładny wywiad okresu prenatalnego (ruchy płodu), okresu okołoporodowego (obniżona punktacja w skali Apgar, może sugerować obniżone napięcie mięśniowe od chwili narodzin) oraz ustalić lokalizację zmian.

OBJAWY KLINICZNE DZIECKA Z OBNIŻONYM NAPIĘCIEM MIĘŚNIOWYM:

- trudno wykrywalne odruchy toniczne, obecne są odruchy rdzeniowe,
- trudność w utrzymaniu prawidłowej pozycji ciała,
- deficyt reakcji prostowania, skłonność do przyjmowania pozycji nieprawidłowych i niezwykłych,
- duży, wypukły brzuch,
- koślawość kolan, dzieci te preferują siad W,
- dziecko jest ciche i mało ruchliwe,
- ma słabe ruchy oddechowe,
- cichy głos, otwarte usta, trudności z gryzieniem, wady wymowy,
- przeprosty w stawach kolanowych i łokciowych, dziecko często podpira głowę, w pozycjach wysokich szuka dodatkowej stabilizacji, np. zahacza nogą o krzesło, opiera się plecami o ścianę.
- u niemowląt dodatkowo obserwuje się niechęć do leżenia na brzuchu, trudności w podpieraniu się na przedramionach po 3. miesiącu życia, po 4. miesiącu pozostają zgięte kolana, dodatkowo dzieci stabilizują się, zaciskając pięści, niechętnie czworakują, jako formę lokomocji często wybierają *shuffling*, czyli przemieszczanie się na pośladkach.

Rozpoznanie

Rozpoznanie, badanie kliniczne dziecka z obniżonym napięciem mięśniowym to przede wszystkim wykonanie próby trakcji – dziecko leżące na plecach podciąga się za ręce tak, aby linia ciała utworzyła z podłożem kąt 45°. W tej pozycji głowa zdrowego niemowlęcia powinna być utrzymana w linii tułowia lub przygięta do mostka. Opadanie głowy do tyłu poza okresem noworodkowym świadczy o hipotonii osiowej (obniżone napięcie mięśniowe w obrębie osi ciała głowa – tułów). Dziecko z hipotonią charakteryzuje się małą aktywnością ruchową, dużo śpi, różnorodność jego ruchów jest uboga. Nie jest chętne do obserwowania świata i czerpania z niego doświadczeń. Prawidłowy rozkład napięcia mięśniowego u dziecka gwarantuje fizjologiczny rozwój ruchowy, czyli jego zmienność i wariantowość. Zarówno wzmożone, jak i zmniejszone napięcie mięśniowe jest przyczyną trudności w przeciwdziałaniu sile grawitacji na każdym etapie rozwoju. Do oceny prawidłowości napięcia mięśniowego najbardziej potrzebne jest doświadczenie kliniczne pozwalające na właściwą obserwację motoryki spontanicznej niemowlęcia. Rozkład napięcia mięśniowego w pierwszym roku życia w warunkach fizjologicznych ulega zmianie. W pierwszym miesiącu życia można zaobserwować zmniejszone napięcie w osi głowa – tułów, z kompensacyjnym zwiększeniem napięcia w kończynach górnych i dolnych. Niemowlę ma trudności z zachowaniem stabilnej pozycji na podłożu na plecach i brzuchu. Z czasem dziecko uzyskuje zdolność do tzw. kontroli głowy, tj. wykonywania niezależnych ruchów głową przeciw grawitacji, oraz zmniejszenie napięcia w kończynach z możliwością ich selektywnych ruchów. W ocenie dziecka należy również brać pod uwagę czynniki towarzyszące, które mogą wpływać niekorzystnie także na rozwój dziecka z prawidłowym napięciem mięśniowym. Są to: dysfunkcja narządu wzroku, słuchu, nieprawidłowa pielęgnacja czy wręcz deprywacja środowiskowa. Dzieci z obniżonym napięciem mięśniowym prezentują hipermobilność stawową spowodowaną wiotkością stawową. Uogólniona wiotkość stawów, zwana także zespołem hipermobilności konstytucjonalnej (ZHK) lub zespołem nadruchomości, opisana została po raz pierwszy w latach 60. ubiegłego stulecia. Hipermobilność dotyczy głównie osób młodych i u nich też najbardziej widoczne są objawy nad-

ruchomości. U dzieci z obniżonym napięciem mięśniowym obserwuje się opóźniony rozwój ruchowy, co przejawia się tym, że kompetencje związane z motoryką dużą, tzw. „kamienie milowe prawidłowego rozwoju”, są zdobywane przez dziecko w późniejszym czasie. Zestawienie tych umiejętności tworzy schemat rozwoju ruchowego dziecka.

W LEŻENIU NA BRZUCHU POJAWIAJĄ SIĘ NASTĘPUJĄCE KAMIEŃCE MIŁOWE:

- ▶ w 3.-4. miesiącu: podpór na łokciach i miednicy,
- ▶ w 6.-7. miesiącu: podpór na dłoniach i miednicy z wyprostowanym stawem łokciowym,
- ▶ w 9.-10. miesiącu: podpór na dłoniach i kolanach, tzw. pozycja czworaczka,
- ▶ w 12.-16. miesiącu: podpór na dłoniach i stopach, tzw. pozycja niedźwiedzia.

W LEŻENIU NA PLECACH OBSERWUJEMY NASTĘPUJĄCE KAMIEŃCE MIŁOWE:

- ▶ w 3.-4. miesiącu: kontakt oczu – dłonie – usta,
- ▶ w 6.-7. miesiącu: kontakt oczu – dłonie – stopy – usta.

Prawidłowe przechodzenie z pozycji do pozycji oraz zdobywanie kamieni milowych wpływa na kształtowanie motoryki dużej. Rozwój motoryczny dziecka jest więc ważny z wielu powodów, między innymi wpływa na umiejętności związane z ruchem oraz na sprawność fizyczną, czyli na motorykę dużą. Zdobywanie i dostosowywanie umiejętności ruchowych do potrzeb nazywane jest uczeniem motorycznym, a możliwość regulowania i kierowania mechanizmami niezbędnymi do jego wykonywania – kontrolą motoryczną. Prawidłowy rozwój motoryki dużej wpływa na takie umiejętności, jak: siadanie, stanie, chodzenie, bieganie, skakanie, gra w piłkę, rzucanie, jazda na rowerze. Nieprawidłowości w motoryce dużej wpływają na dysfunkcje właśnie w tych obszarach i przejawiają się w funkcjonowaniu dziecka w życiu codziennym. U niektórych dzieci rozwój ruchowy przebiega prawidłowo, co oznacza, że zdobywają one poszczególne umiejętności w swoim czasie, u innych jest znacznie przyspieszony. Obserwuje się wówczas nieharmonijność w rozwoju dziecka, a także zakłócenia w dynamice, np. dziecko zaczęło wcześniej siadać, ale późno nauczyło się samodzielnie chodzić. Rozwój ruchowy niektórych dzieci może być opóźniony, co objawia się niskim napięciem mięśniowym i słabą kontrolą motoryczną.

Najczęstsze objawy obniżonego napięcia mięśniowego

- U niemowlaków: dziecko położone na brzuchu nie próbuje unosić głowy, nie bawi się własnymi rękami, nie unosi nóżek do góry, „przelewa się przez ręce”, niechętnie ssie pierś, prawie nigdy nie płacze, nie chwyta zabawek; nie skupia wzroku, gdy ktoś się nad nim pochyla i mówi; gdy jego pozycja jest zmieniana, denerwuje się i płacze; nie przekręca się na boki i na brzuch, nie próbuje pełzać; gdy je posadzimy, przewraca się; siada znacznie później niż

Przykładowe ćwiczenia



Ćwiczenia z piłką. Dziecko siedzi na piłce i podnosi prawą nogę oraz lewą rękę i stara się wytrzymać kilka sekund, utrzymując ciało w symetrii, następnie zmienia kończyny.



Dziecko ma piłkę pod sobą (kładzie się na niej na brzuchu) i unosi prawą nogę i lewą rękę, wytrzymuje kilka sekund i zmienia kończyny. To samo można wykonać w pozycji na plecach na piłce.



Dziecko siedzi na piłce, stopy ustawione równolegle, ręce oparte na biodrach; dziecko stara się wstać z piłki najpierw do pozycji półprzysiadu, następnie do pozycji stojącej. Potem wraca do siadu na piłce z zachowaniem równowagi.





Ćwiczenia z dyskiem równoważnym. Dziecko stoi na dysku i stara się utrzymać równowagę przez kilka sekund, następnie staje na jednej nodze i również stara się utrzymać równowagę przez chwilę. Powtarzamy ćwiczenie na drugiej nodze.



Ćwiczenie w leżeniu przodem (na brzuchu). Ręce ułożone na boki (powierzchnią dłoniową do podłoża), dziecko obraca głowę w prawą stronę, a lewą rękę unosi nad podłogę, następnie powtarza ćwiczenie na drugą stronę.



Ćwiczenie w leżeniu tyłem (na plecach). Dziecko wkłada między stopy małą piłkę/maskotkę i podnosi ją nogami do kąta 90 stopni (stara się utrzymać nogi proste w stawach kolanowych). Następnie przekazuje przedmiot do rąk, które wędrują za głowę (wyprostowane w stawach łokciowych). Potem podnosi ręce i nogi i przekazuje przedmiot z rąk między stopy i powoli opuszcza stopy; można zatrzymać stopy z przedmiotem na kilka sekund nad samym podłożem (przykładowe ćwiczenia zostały wykonane przez dwójkę dzieci w wieku 6 i 8 lat).



Ćwiczenia kształtujące świadomość ciała i orientacji w przestrzeni. Ślizganie się na brzuchu lub na plecach, kręcenie się w miejscu w siadzie skulnym, czołganie się i turlanie (dziecko stara się przetrulić rodzica, który na początku stawia lekki opór), maszerowanie z wysokim podnoszeniem kolan, uderzanie stopami o podłogę (raz palcami, raz piętami), przechodzenie pod „mostem” zbudowanym przez rodzica, ciągnięcie dziecka w kocu po podłodze, wspólny rowerek: stopy rodzica i dziecka stykają się, przepychanie się po podłodze do przodu i do tyłu w siadzie tyłem do siebie, przysiady w parze, wykonywanie pajacyków, pompek, brzuszków, przepychanie się nogami w siadzie prostym: zginanie i prostowanie nóg, wszystkie ćwiczenia i zabawy z zakresu motoryki małej (np. zabawy z różnymi materiałami typu piasek, groch, kasza, gazety, plastelina, ciasto itd., zapinanie guzików, nawlekanie koralików, zasuwanie zamków, przypinanie spinaczy).

jego rówieśnicy, krztusi się podczas posiłków, sprawia wrażenie „bezwładnego”; ma słabe odruchy oddechowe.

- U przedszkolaków i dzieci w wieku szkolnym: opóźniony rozwój mowy i trudności artykulacyjne, słaba siła głosu, wady wymowy, okrągłe plecy, wypukły brzuch, stopy płaskie lub płasko-koślawe, chodzenie na palcach, koślawość kolan, przeprosty w stawach, zwiększony zakres ruchomości w stawach, siadanie w literę W; ogólnie występują wady postawy (wady ustawienia kręgosłupa), trudności w jedzeniu, trudności z czynnościami samoobsługowymi, nieprawidłowy chwyt i docisk kredki, męczliwość i niechęć do zajęć z zakresu motoryki małej i ruchów precyzyjnych i niechęć do aktywności fizycznej, trudności w wykonywaniu prostych ćwiczeń, częste potykanie się i problemy z równowagą oraz koordynacją, trudności w czytaniu, pisanii, przepisywaniu z tablicy, trudności z koncentracją.

Napięcie mięśniowe jest regulowane przez ośrodkowy układ nerwowy nie tylko na drodze odruchowej, ale także przy udziale świadomości. Kształtuje się ono już od okresu wewnątrzłonowego i zmienia się w trakcie rozwoju dziecka. O dojrzałości noworodka świadczy przede wszystkim odpowiednie napięcie mięśniowe oraz możliwość dostosowania napięcia mięśniowego do aktualnych potrzeb ruchowych. Podstawowe zrównoważenie napięcia mięśni następuje w ciągu pierwszych 4-5 miesięcy życia. Zmienia się także rozłożenie napięcia mięśni w poszczególnych grupach mięśniowych. Wzdłuż głównej osi ciała stają się większe, a na obwodzie (w kończynach) – mniejsze. Główna oś ciała musi być ustabilizowana, a obwodowe części ciała swobodniejsze do ruchu. Odpowiedni rozkład napięcia mięśni poszczególnych części ciała, jak i wokół dużych stawów (kokontrakcja) oraz umiejętność precyzyjnych jego zmian jest podstawą dla wykonywania wszystkich ruchów. Zarówno napięcie obniżone poza stan uznany za normę (hipotonia), jak i podwyższone (hipertonia), utrudniają bądź uniemożliwiają wykonywanie czynności ruchowych.

Konsekwencje

Konsekwencje obniżonego napięcia mięśniowego to w szczególności wykształ-

cenie się nieprawidłowych wzorców postawy i mechaniki ruchu, opóźnienie rozwoju psychomotorycznego, a także poważne zaburzenia w oddychaniu. Leczenie polega przede wszystkim na regularnym wykonywaniu odpowiednio dobranych ćwiczeń. Dzięki ćwiczeniom uczymy się prawidłowego napięcia i zapamiętania wzorców ruchowych, wpływamy na tor rozwoju oraz jakość mechanizmów motorycznych, zapobiegamy powstawaniu wad postawy, poprawiamy ogólne funkcjonowanie organizmu. W pracy zarówno z obniżonym, jak i wzmożonym napięciem mięśniowym najczęściej wykorzystuje się następujące metody terapeutyczne: Vojty (uciskanie – stymulowanie określonych punktów na ciele), NDT-Bobath (dostarczanie bodźców czuciowych i ruchowych), PNF (odzyskiwanie utraconych umiejętności ruchowych, kształtowanie tych zaburzonych), metoda ruchu rozwijającego Weroniki Sherborne (rozwijanie przez ruch świadomości własnego ciała i poczucia w przestrzeni), a także masaż Shantala (normalizacja napięcia mięśniowego, poprawa rozwoju zdolności poznawczych). U dzieci z obniżonym napięciem mięśniowym świetnie sprawdza się środowisko wodne, np. koncepcja Hallwica (nauka pływania i terapia w wodzie oparta na 10-punktowym programie pozwalającym osiągnąć umiejętność niezależnego poruszania się w wodzie).

Działania terapeutyczne nie powinny być kierowane jedynie na poprawę samego napięcia mięśniowego, terapia powinna być ukierunkowana na rozwijanie i automatyzację reakcji posturalnych, z włączeniem stymulacji wielomodalnych z udziałem świadomości. Obecnie prace naukowe zwracają uwagę na ontogenetyczne różnice rozwojowe w mechanizmie kontroli postawy. Obserwujemy szczególną potrzebę badań obiektywizujących ocenę napięcia mięśniowego i poszukiwania właściwych programów terapeutycznych. Należy podkreślić fakt interdyscyplinarności – współpracy różnych specjalistów: fizjoterapeuty, terapeuty integracji sensorycznej, neurologopedy, neurologa. Taka współpraca ukierunkowana na działania wielokierunkowe jest kluczem do prawidłowego rozwoju naszych dzieci.

Literatura:

1. Podemski R., *Kompendium neurologii*, Via Medica, Gdańsk 2008.
2. Borkowska M., *Uwarunkowania rozwoju ruchowego i jego zaburzenia w mózgowym porażeniu dziecięcym*, Wydawnictwo Zaufek, Warszawa 2001.
3. Borkowska M., *Dziecko z niepełnosprawnością ruchową*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.
4. Domagalska M., Matyja M., *Kliniczne podstawy zaburzeń ruchowych pochodzenia ośrodkowego. Podstawy usprawniania neurorozwojowego według Berty i Karela Bobathów*, Akademia wychowania Fizycznego w Katowicach, Katowice 2005.
5. Singer H.S., Mink J.W., Gilbert D.L., Jankovic J., *Zaburzenia ruchowe u dzieci*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011.
6. Zukunft-Huber B., *Gimnastyka dla niemowląt. Zabawy wspierające rozwój ruchowy dziecka w wieku 3-16 miesięcy*, Wydawnictwo Fundacja Promyk Słońca, Wrocław 2018.
7. Shumway-Cook A., Woollacott M., *Motor control. Translating research into clinical practice*, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia 2016.
8. Białas-Paluch K., *Zaburzenia Praktyki u dzieci ze spektrum autyzmu w świetle teorii integracji sensorycznej*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo” nr 1, 2017.
9. Olchowik B., Sendrowski K., Śmigalska-Kuzia J., Jakubiuk-Tomaszuk A., Sobaniec P., *Neurofizjologiczne podłoże hipotonii mięśniowej w zespole Downa*, Klinika Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Vol 21, 2012.

Katarzyna Czech

STRES –

co każdy terapeuta wiedzieć powinien?

Stres jest fizyczną i psychiczną odpowiedzią organizmu na działanie różnorodnych wyzwań środowiska, które nazywamy stresorami.

Czy tego chcemy, czy nie, stres jest towarzyszem naszej codzienności.

Jednak rzadko zastanawiamy się nad procesami, które zachodzą w naszym organizmie w sytuacji stresowej i nad tym, jak procesy te wpływają na nasze reakcje i zachowanie. Jestem przekonana, że poznanie i zrozumienie tych procesów pozwoli nam bardziej adekwatnie reagować w wielu sytuacjach.

W naszej codziennej pracy terapeutycznej często jesteśmy fragmentem dłuższego łańcucha przeróżnych reakcji stresowych. Jesteśmy jednym z trzech wierzchołków swistego „trójkąta stresu”. Kolejnymi wierzchołkami są nasi mali pacjenci i ich rodzice, którzy codziennie przekraczają próg naszego gabinetu. Dla wielu dzieci takie pierwsze spotkanie z osobą zupełnie obcą w nieznanym miejscu może być powodem lekkiego lub większego stresu czy lęku. Oczywiście do gabinetów integracji sensorycznej trafiają bardzo różne dzieci i młodzież. Są to zarówno pacjenci neurotypowi, jak i tacy z poważniejszymi trudnościami czy zaburzeniami rozwojowymi. Dlatego też poziom stresu czy lęku, z jakim się spotkamy, może być bardzo zróżnicowany. Część dzieciaków szybko go przezwycięża, a inne przez dłuższy czas nie mogą sobie z nim poradzić. Dla wielu rodziców informacja o zdiagnozowanych u ich dziecka trudnościach rozwojowych jest rów-

nież sytuacją stresującą. Odnalezienie się w gąszczu tak wielu nowych informacji, rozmowy z kolejnymi specjalistami, często przeorganizowanie całego dotychczasowego życia, to ogromne wyzwanie, szczególnie wtedy, gdy diagnoza, którą otrzymało ich dziecko, jest poważniejsza niż tylko dysfunkcje procesów integracji sensorycznej. I w tym wszystkim, w samym środku tkwi terapeuta, który powinien jakoś ogarnąć tę sytuację i skutecznie poradzić sobie z własnym stresem oraz wypracować efektywne strategie, które wpłyną na obniżenie poziomu stresu zarówno u dziecka, jak i jego rodzica. Zanim jednak zaczniemy szukać konkretnych strategii pomocnych w radzeniu sobie ze stresem, warto nieco bliżej poznać samo zagadnienie stresu, przyjrzeć się mechanizmom, jakie nim rządzą.

W tym artykule chciałabym nieco przybliżyć procesy, które zachodzą w naszym ośrodkowym układzie nerwowym w związku z pojawiającym się stresem. Ponieważ jako terapeuci integracji sensorycznej pracujemy po prostu z drugim człowiekiem, a precyzyjnie mówiąc – z jego ciałem, musimy wiedzieć, czym jest stres i jak wpływa na nasz cały organizm.

Garść podstawowych informacji

Stres towarzyszy nam na co dzień i właściwie należy powiedzieć, że jest on niezbędny do prawidłowego i efektywnego funkcjonowania naszego organizmu. Ma on jednak różne oblicza. Może być niezwykle mobilizujący i dla niektórych z nas



Czym właściwie jest stres? Jak to często bywa w naukowym świecie, gdy konkretną tematyką interesują się naukowcy z różnych dziedzin, nie istnieje jedna uniwersalna definicja stresu. Można tu jednak wyróżnić trzy wiodące podejścia naukowe¹, które stres traktują kolejno jako bodziec, reakcję lub relację.

Stres jako bodziec

Twórcami tej koncepcji są amerykańscy psychiatry Thomas Holmes i Richard Rahe, którzy oparli swoją teorię na tzw. stresorach, czyli czynnikach wywołujących stres, oddziałujących na nas w różnym stopniu. Takimi stresorami mogą być różnorodne wydarzenia, które nam się przytrafiają w ciągu życia, zarówno te negatywne (konflikt w rodzinie, utrata pracy, mandat), jak i te pozytywne (ślub, awans, urlop). Może to być absolutnie wszystko – od błahych trudności dnia

codziennego po poważne zmiany w naszym życiu, wszystko to, co powoduje, że zaczynamy odczuwać napięcie. Koncepcja stresu stworzona przez Holmesa i Rahe'a zwraca również uwagę na korelację pomiędzy siłą stresu a naszym zdrowiem. W 1967 r. naukowcy przeprowadzili badanie na ponad

5000 pacjentach medycznych, w którym udowodnili związek między stresorami a stanem zdrowia. W wyniku tego badania powstała Skala Oceny Społecznego Reagowania (*Social Readjustment Rating Scale* – SRRS), bardziej znana jako Skala Stresu Holmesa i Rahe'a. Kwestionariusz wskazuje 43 konkretne stresujące wydarzenia życiowe, którym przypisano określoną liczbę punktów w zależności od poziomu stresu, jaki wywołują. Według autorów na jej podstawie można ocenić prawdopodobieństwo poważniejszych kłopotów zdrowotnych w najbliższej przyszłości. Skala ta jest łatwa do znalezienia w przestrzeni internetowej.

Stres jako reakcja

Pierwszym naukowcem, który opisywał stres z punktu widzenia reakcji organizmu na dane zdarzenie, był Walter Cannon – amerykański fizjolog, neurolog i psycholog, który jest twórcą powszechnie znanego terminu „walcz lub uciekaj”. To właśnie on pierwszy pisał o roli autonomicznego układu nerwowego i układu hormonalnego w przystosowaniu się organizmu do warunków stresu. Jest uznawany za prekursora medycyny psychosomatycznej.

Nieco później mieszkający i pracujący w Kanadzie Hans Hugo Selye – lekarz fizjopatolog i endokrynolog rozwinął tę koncepcję. Wyodrębnił on dwa główne rodzaje stresu: eustres i dystres. Eustres to tzw. „stres pozytywny”, który możemy odczuwać w sytuacjach uznawanych przez nas za pozytywne, ale związane z silnymi emocjami, np. podczas ślubu, po awansie w pracy. Eustres jest zjawiskiem mobilizującym. Drugie oblicze stresu to dystres – wynika z nadmiernego obciążenia organizmu i wyczerpania, związany jest z frustracją, niepokojem, zamartwianiem się, żalem. Jest paraliżujący i niezwykle destrukcyjny, szczególnie w zbyt dużej dawce lub długo trwający. Hans Selye określił również trzy podstawowe stadia rozwoju reakcji stresowej. Pierwsze to tzw. stadium alarmowe, w którym mamy do czynienia z umiarkowanym poziomem stresu. To faza, w której organizm mobilizuje swoje siły i zwiększa

niezbędny do osiągnięcia kolejnych stawianych sobie celów zawodowych i życiowych, podczas gdy permanentny i silny stres, z którym nie potrafimy sobie poradzić, może doprowadzić do pojawienia się szeregu dolegliwości ze strony wielu układów naszego organizmu.

wydolność funkcji poznawczych, by jakoś „ogarnąć sytuację”. Drugie to tzw. stadium odporności, w którym natężenie stresu wzrasta, osiągając stopień odporności na stres, dezorganizując nasze działania. Występuje wtedy szereg przejawów reakcji emocjonalnych: lęk, gniew, strach, frustracja. Trzecie to tzw. stadium wyczerpania, kiedy pojawia się wzmożony stan pobudzenia emocjonalnego objawiający się w postaci agresji, ucieczki lub wycofywania się.

Stres jako relacja

Najmłodsza koncepcja stresu opisywana w literaturze to tzw. nurt relacyjny stworzony i rozwijany przez Richarda S. Lazarusa i Susan Folkman, którzy twierdzą, że „stres to określona relacja między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi”². Naukowcy odkryli, że każdy z nas może inaczej ocenić tę samą sytuację, inter-

pretując ją jako zagrażającą lub nie. Oznacza to, że aby zaistniał stres, konkretna osoba, która znalazła się w konkretnej sytuacji, musi uznać ją za sytuację stresującą, czyli taką, która w jakiś sposób ją przerasta i może nieść ze sobą zagrożenie. W takim ujęciu radzenie sobie ze stresem jest ciągiem działań podejmowanych pod wpływem określonej oceny sytuacji. Oznacza to pewien proces, serię podzielonych na etapy odczuć i zachowań.

Przyczyny i objawy stresu u dzieci i młodzieży

Dzieci, podobnie jak dorośli, w bardzo różny sposób reagują na trudne sytuacje, które spotykają je w życiu. Wbrew pozorom stres u dzieci wcale nie jest zjawiskiem rzadkim. Dzieci stresują się z bardzo różnych powodów. U niemowląt najczęstszymi przyczynami stresu są: głód, pragnienie, ząbkowanie, zmęczenie, nuda, hałas, mokra pieluszka,

brak reakcji rodziców na wysyłane sygnały, niedopasowane ubranie czy inny dyskomfort. Starsze dzieci może stresować sytuacja w domu rodzinnym, w przedszkolu, w szkole czy na placu zabaw. Każda nowa sytuacja, jak np.: rozstanie z rodzicem, odwiedziny u kolegi w domu, wycieczka, udział w szkolnym przedstawieniu, wizyta u lekarza czy innego specjalisty, może być dla dziecka niezwykle stresująca. Napięcia związane ze spełnianiem oczekiwań bliskich i ważnych dla dziecka osób czy presja ze strony najbliższego otoczenia, jak np.: kłótnia z kolegą, rywalizacja, krytyka, zbyt trudna praca domowa czy krzyk i złość rodziców, to również częsta przyczyna stresu u dzieci. Istotne jest, że duże napięcia mogą również wywoływać sytuacje, które często nie dotyczą dziecka bezpośrednio, ale które w istotny sposób wpływają na atmosferę w najbliższym otoczeniu dziecka. Mogą to być konflikty między rodzicami, niestabilna sytuacja finansowa rodziny czy trudna sytuacja zdrowotna

Tab. 1. Najczęściej występujące u dzieci reakcje behawioralne na stres, z podziałem na grupy wiekowe

NAJCZĘSTSZE REAKCJE NA STRES W RÓŻNYCH GRUPACH WIEKOWYCH ³			
0–3 lata	4–6 lat	7–12 lat	13–17 lat
- większa niż zwykle nieporadność i nierozłączność od opiekunów, - powrót do zachowań charakterystycznych dla wcześniejszego etapu rozwoju, - zaburzenia snu i odżywiania, - większa drażliwość, - zwiększona nadpobudliwość, - silniejszy lęk, - zwiększona potrzeba uwagi, - częstszy płacz	- Ignięcie do osób dorosłych, - powrót do zachowań charakterystycznych dla wcześniejszego etapu rozwoju, - zaburzenia snu i odżywiania, - większa drażliwość, - słabsza koncentracja, - dziecko staje się bardziej bierno lub bardziej pobudzone, - przerywanie zabawy, - przyjmowanie ról dorosłych, - ograniczona chęć do rozmowy, - zwiększony niepokój lub martwienie się	- wycofanie, - częsty niepokój o inne osoby dotknięte trudną sytuacją, - zaburzenia snu i odżywiania, - narastający lęk, - większa drażliwość, - częsta agresja, - nerwowość, - słaba pamięć i koncentracja, - objawy fizyczne, psychosomatyczne, - częste rozmowy o stresującym wydarzeniu lub powtarzające się zabawy, - poczucie winy lub obwinianie się	- obniżony nastrój, - wykazywanie nadmiernej troski o innych, - poczucie winy i wstydu, - coraz częstsze przeciwstawianie się autorytetom, - podejmowanie zwiększonego ryzyka, - agresja, - zachowania autodestrukcyjne, - poczucie beznadziei

kogoś bliskiego. Powyższa lista oczywiście nie wyczerpuje tematu, ma być tylko podpowiedzią dla nas, dorosłych, gdzie możemy poszukiwać przyczyn stresu u dzieci.

Co w zachowaniu dzieci może być dla nas sygnałem, że nie radzą sobie ze stresem? Najczęstszymi objawami stresu u dzieci są dolegliwości somatyczne. Mogą to być między innymi: bóle i zawroty głowy, bóle brzucha, zmęczenie, suchość w ustach, osłabienie mięśni, wymioty, duszności, zgrzytanie zębami. Oczywiście warto wziąć pod uwagę, że mogą to być także objawy choroby. Dlatego też pierwszym krokiem powinna być wizyta u lekarza w celu wykluczenia ewentualnych problemów zdrowotnych. Oprócz objawów somatycznych, warto przyglądać się również zmianom w zachowaniu dzieci. W tabeli zebrane zostały najczęściej występujące u dzieci reakcje behawioralne na stres, z podziałem na grupy wiekowe.

Oczywiście, jeżeli powyższe reakcje pojawiają się sporadycznie i trwają krótko, są dla nas tylko sygnałem, że dany moment, aktywność, sytuacja czy zabawa budzą w dziecku jakiś rodzaj napięcia. Jeżeli wykorzystując proste i znane techniki radzenia sobie ze stresem, jesteśmy w stanie poradzić sobie z tymi reakcjami, to wszystko jest w porządku. Pamiętajmy jednak o tym, że dzieci, którym takie objawy towarzyszą przez dłuższy czas, prawdopodobnie potrzebują bardziej specjalistycznej pomocy.

Sporą grupę naszych małych pacjentów w gabinetach terapii integracji sensorycznej stanowią dzieci z ASD. Warto wiedzieć, że w tej grupie dzieci możemy często zaobserwować bardzo specyficzne oznaki stresu, poza tymi, o których pisałam wyżej. Zaliczyć możemy do nich zachowania autoagresywne, wzmożenie zachowań kompulsywnych (jak np. układanie zabawek w rzędy), nasilenie się tików, nasilenie się zachowań autostymulacyjnych, pogłębione wycofanie społeczne, ciągłe zadawanie tych samych pytań, szybsza i głośniejsza mowa, uciekanie w fiksję (pociągi, dinozaury

i inne). Natomiast najczęstszymi przyczynami stresu w tej grupie dzieci, jak pisze w swojej książce Christopher Lynch⁴, nazywając te przyczyny „pięcioma winowajcami”, są: sztywność, wrażliwość sensoryczna, wyzwania społeczne, bariery komunikacyjne i frustracja wykonywanym zadaniem. Można zatem powiedzieć, że przyczyną stresu u dzieci ze spektrum autyzmu jest właściwie ich autyzm.

Stres a procesy neurobiologiczne

Najistotniejszą rolę w sytuacji stresowej odgrywają dwa główne systemy biologiczne: układ współ-

czulny i oś HPA (podwzgórze-przysadka-nadnercza).

Układ współczulny zostaje aktywowany już w pierwszych chwilach po zadziałaniu stresora i odpowiada za tzw. reakcję „walki lub ucieczki”. Pobudza nadnercza do produkcji adrenaliny i noradrenaliny, wywołując konkretne skutki, takie jak: rozszerzenie źrenic, przyspieszenie tętna i oddechu, przyspieszenie akcji serca.

Oś HPA (podwzgórze-przysadka-nadnercza) zostaje aktywowana po kilku minutach lub godzinach od zadziałania stresora. Podwzgórze produkuje kortykoliberynę (CRH),



która pobudza przysadkę do produkcji kortykotropiny (ACTH), która z kolei stymuluje korę nadnerczy do produkcji glukokortykoidów, wśród których znajduje się między innymi kortyzol, często nazywany „hormonem stresu”.

kampu, który z kolei odpowiada za takie procesy, jak: zapamiętywanie, uczenie się i zdolność orientacji w przestrzeni. Dlatego tak trudno nam skutecznie rozwiązywać problemy, kiedy jesteśmy zestresowani. Nauczenie czegokolwiek naszych

mamy jeszcze kilka „asów w rękawie”, które mogą być niezwykle pomocne w radzeniu sobie ze stresem naszym i naszych małych pacjentów. Warto po nie sięgnąć podczas zajęć. Pamiętajmy o organizujących strategiach sensorycznych, a szczególnie o propriocepcji, która wszak ma moc obniżania poziomu kortyzolu, a podnosi poziom oksytocyny, serotoniny i dopaminy we krwi. Ponadto warto sięgnąć po proste ćwiczenia oddechowe, techniki treningu uważności czy techniki Self-Reg.

Aby zaistniał stres, konkretna osoba, która znalazła się w konkretnej sytuacji, musi uznać ją za sytuację stresującą, czyli taką, która w jakiś sposób ją przerasta i może nieść ze sobą zagrożenie.

Adrenalina i noradrenalina oddziałują głównie na układ krążenia, przez co poprawiają krążenie krwi, wzmacniają napięcie mięśni, a także zwiększają częstotliwość rytmu serca. Wydzielona adrenalina zwiększa zapotrzebowanie organizmu na tlen, podwyższa temperaturę ciała. Natomiast kortyzol wzmacnia działanie adrenaliny i noradrenaliny, dzięki czemu organizm łatwiej radzi sobie ze stresem. Kortyzol powoduje też podwyższenie stężenia glukozy we krwi, by dostarczyć organizmowi niezbędnej energii do ewentualnej „walki lub ucieczki”. W dawnych czasach, kiedy przeżycie zależało od tego, czy człowiek zdobędzie pożywienie podczas polowania, działało to świetnie. Nadwyżkowa energia z działania kortyzolu i adrenaliny była szybko i skutecznie wykorzystywana. W wyniku intensywnej aktywności ruchowej poziom kortyzolu i adrenaliny spadał i wszystko wracało do normy. Dziś jest nieco inaczej i często nasze codzienne sytuacje stresowe, takie jak: rozmowa o pracę, reprimenda od szefa, spóźnienie na ważne spotkanie z powodu stania w korku czy publiczne wystąpienie, nie pozwalają na szybkie fizyczne odreagowanie stresu. Wynikiem tego jest utrzymujący się zbyt długo wysoki poziom hormonów stresu, szczególnie kortyzolu, powodujący różnorodne wyzwania i zagrożenia dla naszego organizmu.

Poza układem współczulnym i osią HPA, istotną rolę w stresie odgrywa również ciało migdałowe, które odpowiada za rozpoznanie stresora i przypisanie mu znaczenia emocjonalnego. Nadmierne pobudzenie ciała migdałowego prowadzi do zahamowania czynności hip-

podiecznych z ASD, kiedy są pod wpływem dużego stresu, jest właściwie niemożliwe.

Skuteczne regulowanie i kontrolowanie poziomu stresu

Na szczęście nasz ośrodkowy układ nerwowy ma ogromne możliwości regeneracyjne i pozostaje plastyczny właściwie do końca naszego życia. Jeżeli przyczyna stresu zostanie usunięta lub zmniejszony się natężenie stresora, to możemy dość szybko zniwelować skutki przewlekłego stresu. Wielu lekarzy i badaczy wymienia trzy podstawowe sposoby na szybką i skuteczną regenerację naszego ośrodkowego układu nerwowego, a przez to również na kontrolowanie i regulowanie poziomu stresu na co dzień:

- **Aktywność fizyczna** – już 30 minut aktywności fizycznej dziennie może zahamować działanie kortyzolu i wyraźnie poprawić nasz nastrój.
- **Głębokie oddychanie, medytacja** – spokojne, miarowe, głębokie oddychanie przez kilka minut pomaga w przywróceniu równowagi i zmniejszeniu poczucia niepokoju.
- **Sen** – właściwa jakość i długość snu jest niezbędna, aby organizm skutecznie się zregenerował; dobry sen pełni znaczącą funkcję w regulowaniu działania hormonów stresu.

Jako terapeuci integracji sensorycznej w swojej codziennej pracy

Mam nadzieję, że dawka informacji zawartych w tym artykule przyczyni się do lepszego zrozumienia procesów, które dzieją się wokół sytuacji stresowej. Być może zainspiruje kogoś do głębszego ich poznawania, bo oczywiście temat nie został tu wyczerpany. Ważne, abyśmy potrafili dostrzegać u naszych podopiecznych pierwsze objawy stresu i w miarę naszych możliwości skutecznie regulować jego poziom. Obniżenie poziomu stresu u naszych małych pacjentów wydaje się warunkiem niezbędnym do prowadzenia jakichkolwiek efektywnych działań terapeutycznych.

Przypisy:

- ¹ Opracowanie na podstawie Heszen I., *Psychologia stresu*, Warszawa 2022.
- ² Lazarus R.S., Folkman S., *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer, 1984.
- ³ Opracowanie na podstawie artykułu: *Jak rozpoznać objawy stresu u dzieci i młodzieży?* z dn. 10.05.2022; www.unicef.pl (dostęp: 15.01.2022).
- ⁴ Lynch Ch., *Lęk u dzieci ze spektrum autyzmu. Praktyczne porady dla rodziców*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2021.

Literatura:

1. Heszen I., *Psychologia stresu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2022.
2. Lazarus R.S., Folkman S., *Stress, Appraisal, and Coping*, Wydawnictwo Springer Publishing Company, Nowy Jork 1984.
3. Lynch Ch., *Lęk u dzieci ze spektrum autyzmu. Praktyczne porady dla rodziców*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2021.
4. Sampolsky R.M., *Dlaczego zebry nie mają wrzodów*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2019.

Agnieszka Lemańska

Jak lepiej rozumieć zachowania i trudności dzieci oraz zwiększyć efektywność terapii SI dzięki **TEORII POLIWAGALNEJ?**



Termin teoria poliwagalna pochodzi od najdłuższego w naszym ciele nerwu błędnego. Jest to nerw czuciowy, ruchowy i przywspółczulny. Twórcą teorii i nazwy jest dr Stephen Porges – amerykański lekarz psychiatra. Jak się okazuje, wykorzystanie w terapii aktywności określanej mianem gimnastyki neuronalnej realnie przekłada się na sukcesy terapeutyczne. Od czego zacząć?

Nerw błędny jest najdłuższym i najbardziej złożonym nerwem w naszym ciele. Łączy mózg z wieloma ważnymi organami, unerwia krtań, przełyk, tchawicę, oskrzela, płuca, serce, żołądek, wątrobę, jelita. Odgrywa także kluczową rolę dla układu przywspółczulnego, który jest odpowiedzialny za rozwój, kontakty społeczne, komunikację, empatię, ciekawość, odpoczynek organizmu i poprawę trawienia. Pomaga ciału spowolnić rytm i rozluźnić się. Wpływa na oddech, funkcje trawienne, bicie serca, co może mieć duże znaczenie dla zdrowia psychicznego. Dlatego należy szczególnie zwrócić uwagę na to, jaki jest stan napięcia nerwu błędnego. Stymulowanie tego nerwu umożliwia bowiem ciału znacznie szybsze dojście do siebie po przeżytym stresie. Istnieje sprzężenie zwrotne pomiędzy stanem napięcia nerwu błędnego, pozytywnymi emocjami i dobrym zdrowiem. Im lepszy stan nerwu błędnego, tym lepiej radzimy sobie z emocjami.

Nerw błędny uczestniczy w bardzo wielu procesach w naszym ciele, a jego prawidłowe funkcjonowanie jest niezbędne dla:

- utrzymania zdrowia psychofizycznego,
- dobrego samopoczucia,
- skutecznej regulacji i współregulacji emocji,
- interakcji społecznych i budowania relacji,
- przełykania i trawienia (oraz wpływa na wydzielanie serotoniny),
- mówienia (poprzez pobudzenie mięśni głosowych),
- oddychania,
- bicia serca i krążenia (mechanizm zwalniania tętna, kontrola przepływu krwi),
- trawienia,
- wydalania,
- zmniejszenia stanów zapalnych (kontroluje układ odpornościowy),
- prawidłowego odbioru wrażeń dotykowych (zawiera receptory oksytocyny),
- pokonywania stresu,
- zapobiegania lękom i depresji,
- zaangażowania społecznego,
- dobrej komunikacji jelit z mózgiem (80% informacji do mózgu).

Objawy i zaburzenia wynikające z nieprawidłowej pracy nerwu błędnego to m.in.:

- zaburzenia trawienia,
- utrata apetytu,
- trudności w połykaniu,
- skłonności do dławienia,
- ściskanie w gardle,
- zgrzytanie zębami,
- zimne dłonie i stopy,
- nieuzasadniona potliwość,
- zaparcia,

- zaburzenia lękowe,
- nerwowość,
- skłonność do płaczu,
- strach,
- koszmary nocne,
- nadmierne fantazjowanie,
- brak zaufania,
- trudności z podejmowaniem decyzji,
- kłopoty z pamięcią,
- ADHD, autyzm.

Autonomiczny układ nerwowy składa się z dwóch gałęzi nerwu błędnego: brzusznej (zasilającej narządy powyżej przepony) i grzbietowej (zasilającej narządy poniżej przepony oraz układ współczulny).

1. Część brzuszna nerwu błędnego:

- odpowiada za trawienie, odpoczynek i regenerację,
- kiedy działa prawidłowo, czujemy się bezpiecznie,
- unerwia mięśnie w gardle, struny głosowe, krtań, gardło,
- aktywność tego obwodu ma kojący wpływ, sprzyja odpoczynkowi, trawieniu i regeneracji,
- odpowiada za emocje: radość, satysfakcja, współdziałanie, współdzielenie (wspólne posiłki),
- występuje tylko u ssaków,
- hamuje działanie dwóch niższych poziomów (o tym będzie więcej w kolejnych artykułach).

2. Część grzbietowa nerwu błędnego odpowiedzialna jest za:

- zastygnięcie w bezruchu,
- poczucie bezradności, apatii,
- wycofanie, zamknięcie,
- „paraliżujący strach”,
- zmniejszenie dopływu krwi do płatów czołowych, co utrudnia jasność myślenia,
- omdlenia,
- zimne, lepkie dłonie i stopy,
- słabą prozodię głosu.

3. Układ współczulny odpowiedzialny jest za:

- reakcję „walcz lub uciekaj” (uruchamia się wtedy, gdy nam coś zagraża),
- pobudzenie ze strachu,
- przyspieszone bicie serca,
- emocje: lęk, gniew.

Celem terapii jest wyjście ze stanu **stresu** i doprowadzenie do stanu zaangażowania społecznego. Opisał to m.in. Stanley Rosenberg w swojej książce *Terapeutyczna moc nerwu błędnego*.

Okazuje się, że ćwiczenia angażujące obręcz barkową (np. skręty), kiedy pracują m.in. mięśnie mostkowo-obończykowo-sutkowe (MOS) i najszerszy grzbietu, przywracają zaangażowanie społeczne. Umożliwiają i ułatwiają patrzenie w oczy, słuchanie zakresu głosu ludzkiego (a nie skupianie się na hałasach wokół), mówienie i jedzenie.

Z praktyki terapeutycznej

Ćwiczeniem, którym ja często zaczynam terapię, taką „rozgrzewką ruchową”, jest odbijanie przez dziecko zawieszanej na sznurku piłki, najpierw w dowolny sposób, także w parze ze mną lub rodzicem, a potem odbijanie piłki otwartą dłońią na boki (skręty obręczy barkowej). Następnie pytam dziecko, w jaki jeszcze sposób można odbijać piłkę, a jeśli trzeba, podpowiadam, by użyło innych części ciała.

Potem w trakcie zajęć, w zależności od możliwości i potrzeb dziecka, wykorzystuję aktywności określane wspólnym mianem: **gimnastyka neuronalna**. Jest to zestaw ćwiczeń opartych na Teorii poliwagalnej Porgesa.

Ćwiczenia te pomagają stymulować nerw błędny brzuszny, wpływać na nasz układ nerwowy i angażować go do działania. Nerw błędny brzuszny reaguje na wskaźniki bezpieczeństwa i wspiera poczucie bezpiecznego zaangażowania się w relacje z innymi ludźmi i kontakty społeczne. Dzięki tym ćwiczeniom możemy odzyskać równowagę w obszarze psychicznym i fizjologicznym, stworzyć organizmowi warunki do poprawy zdrowia, uczenia się i jedzenia, poczuć się dobrze, uwolnić stres i napięcie z ciała, poprawić koncentrację.

Gimnastyka neuronalna to aktywacja nerwu błędnego, system działań, które sprzyjają poczuciu bezpieczeństwa i pozwalają ciału ponownie dostroić układ nerwowy, a co za tym idzie – zoptymalizować zachowanie, zdrowie psychiczne i homeostazę fizjologiczną.

Nasze zachowanie zależy od właściwego funkcjonowania i możliwości adaptacyjnych układu nerwowego. Istotny dla adaptacji, zwłaszcza wobec stresu, jest nerw błędny. Pozwala m.in. tworzyć głębokie więzi z innymi.

NA GIMNASTYKĘ NEURONALNĄ SKŁADAJĄ SIĘ:



RUCH

- **Ćwiczenie podstawowe*.**
- **Ćwiczenie Salamandra**.**
- **Ćwiczenie obrotowe***.**
- Huśtanie (huśtawka, hamak, liny itp.).
- Huśtanie dziecka w kocu.
- Ćwiczenia równoważne (dysk, platforma, równoważnia, „grzybki” itp.).
- Podskakiwanie w siadzie na piłce.
- Skoki na trampolinie.
- Ściskanie gniotków, rozciąganie taśmy fitness.
- Taniec.
- Joga.
- Pilates.
- Zabawa (ze śmiechem).
- Zabawy z rotacją tułowia, obręczy barkowej i szyi.
- Oczy: joga oczu, ćwiczenia mięśni gałek ocznych („rozmrzanie” grzbietowej części nerwu błędnego), np. „wytrzeszczanie” oczu, otwieranie i zamykanie, patrzenie w prawo, w lewo, w górę, w dół, po skosie.





- „Leniwe ósemki” nosem, oczami.
- Skręty głowy w lewo i w prawo (tik-tak), w górę i w dół (bim-bam).
- Ruszanie żuchwą: opuszczanie i unoszenie – na boki, do przodu i do tyłu.
- Codzienna, umiarkowana aktywność fizyczna, najlepiej na dworze.
- Kojący, swobodny, dający radość ruch: spacer, taniec, pływanie, jazda na rowerze.

Ćwiczenie podstawowe*

W leżeniu na plecach

Ręce splecione za głową, bez poruszania głową, patrzymy tylko oczami:

1. W prawo, utrzymać ok. 15–30 sekund, do ziewnięcia lub westchnięcia.
2. W lewo, utrzymać ok. 15–30 sekund, do ziewnięcia lub westchnięcia.

Korzyści

- Poprawia pozycję dźwigacza i obrotnika (ich skrzywienie powoduje ucisk tętnicy dostarczającej krew do płatów czołowych i rdzenia przedłużonego).
- Poprawia zakres ruchu szyi i całego kręgosłupa.
- Normalizuje napięcie AUN.
- Rozluźnia górną część przełyku.
- Przywraca aktywność części brzusznej nerwu błędnego (zielona strefa).
- Zwiększa dopływ krwi do rdzenia przedłużonego (gdzie biorą początek nerwy V i VII).
- Wspiera prawidłowe funkcjonowanie nerwów V, VII, IX, X, XI, niezbędnych do tzw. zaangażowania społecznego (szczególnie u osób ze spektrum autyzmu).

- Rozluźnia napięcie między podstawą czaszki a kręgami szyjnymi (które wzrasta w stresie).
- Dla efektywniejszego oddychania.
- Dla odstresowania.
- Dla lepszego snu.
- W terapii depresji.
- Dla poprawy odporności.
- Dla łagodzenia migrenowych bólów głowy.

W ćwiczeniu poruszamy oczami, bo między mięśniami oczu a mięśniami podpotylicznymi istnieje neurologiczne połączenie.

Ćwiczenie Salamandra**

Na siedząco

1. Bez poruszania głową skieruj oczy w prawo.
2. Przechyl głowę w prawo, by ucho zbliżyło się do barku.
3. Utrzymaj głowę w tej pozycji 30–60 sekund, patrz w dół.
4. Wprostuj głowę, popatrz na wprost (może pojawić się ziewanie, westchnięcie lub przełknięcie śliny, jako znak rozluźnienia UN).
5. Powtórz wszystko w drugą stronę.

Wersja 2

1. Bez poruszania głową skieruj oczy w prawo.
2. Przechyl głowę w lewo, by ucho zbliżyło się do barku.
3. Utrzymaj głowę w tej pozycji 30–60 sekund, patrz w górę.
4. Wprostuj głowę, popatrz na wprost.
5. Powtórz wszystko w drugą stronę.

Korzyści

- Poprawia ułożenie kręgów szyjnych.
- Zmniejsza ból szyi, barków, pleców.
- Zwiększa zakres ruchu w połączeniu między kręgami a mostkiem.
- Niweluje wychylenie głowy do przodu.
- Poprawia elastyczność kręgosłupa.
- Zwiększa swobodę ruchu żeber i przyczynia się do poprawy wydolności oddechowej (mózg otrzymuje sygnał, że jesteśmy bezpieczni, organy wewnętrzne pracują prawidłowo, włączone jest trawienie, korzystne warunki do uczenia się).
- Aktywizuje część brzuszną nerwu błędnego (ważne szczególnie dla dzieci z ASD).
- Zmniejsza nacisk na nerwy biegnące z rdzenia kręgowego do serca, płuc i organów wewnętrznych.

Ćwiczenie obrotowe*****Na stojąco**

1. Ręce opuszczone, zgięte, dłonie układamy na przeciwnych łokciach, skręcamy obręcz barkową i ręce w prawo i w lewo – 6 razy (ruch „prowadzi” obręcz barkową).
2. Podnieś ręce, trzymając się nadal za łokcie na wysokości serca – po 3 skręty w prawo i w lewo.
3. Łokcie w górę – po 3 skręty obręczy barkowej w każdą stronę.

Korzyści

- Niweluje wychylenie głowy do przodu i poprawia postawę ciała.
- Poprawia napięcie mięśnia czworobocznego.
- Rozciąga mięśnie kręgosłupa.
- Poprawia wydolność oddechową.
- Zmniejsza ból barków i pleców.
- Wykonujemy je za każdym razem po dłuższym siedzeniu.
- Ćwiczenie stymuluje nerwy nadmiernie rozluźnionego mięśnia czworobocznego.

**DŹWIĘK**

- Śpiewanie + wspólne śpiewanie (chór), mantry, kołysanki, nucenie, mruczenie, śpiewanie samogłosek.
- Gwizdanie.
- Granie na instrumentach (dzwonek, kamerton, cymbałki, inne wysokie tony).
- Granie na instrumentach dętych.
- Słuchanie muzyki, śpiewu ptaków.
- Mruczenie „mmm” (nerw błędny jest połączony ze strunami głosowymi i tylną częścią gardła; mruczenie, śpiewanie, nucenie itd. aktywuje mięśnie, a więc i sam nerw).
- Zabawy z misami tybetańskimi.

- Rytmiczne zabawy z bębenkami.
- Czytanie z dbaniem o bogatą prozodię i mimikę.
- Rytmizowane wierszyki, wyliczanki.
- Wibracje.

**MASAŻ I TECHNIKI MANUALNE**

- Rolowanie ciała – zrównoważenie napięcia w tkance łącznej: nowy zakres ruchu i większa elastyczność emocjonalna.
- Masaż twarzy i oczu rolerem (+ stymulacja ciepłem i zimnem).
- Delikatne gładzenie twarzy.
- Masaż uszu: „Kapturek myśliciela” (ugniatanie ucha podobnie jak lepienie pieroga, z góry na dół, 3 razy).
- Masaż stawów skroniowo-żuchwowych i żucie.
- Zatykanie uszu i oklepywanie tyłu głowy.
- Dłoni ułożonymi w miseczki zatykanie uszu, przytrzymywanie i odsuwanie dłoni.
- Płukanie gardła wodą, gulganie.
- Stymulacja wydzielania śliny: żucie, ciamkanie, połykanie śliny (wskazane w pozycji półleżącej).
- Gryzienie twardych przekąsek (np. suszone jabłka, morele, rodzynki, żurawina).
- Żucie gumy (także rozpuszczalnej).
- Ćwiczenia mięśni mimicznych twarzy: uśmiechanie, miny, ćwiczenia logopedyczne, ruchy żuchwą, zaciskanie ust/oczu, nabieranie powietrza w policzki i wypuszczanie.
- Delikatny masaż ciała.
- Rozluźnianie mięśnia czworobocznego, masaż karku.
- Koci grzbiet.
- Rozciąganie/przeciąganie w górę.
- W leżeniu na plecach przenoszenie ugiętych kolan na boki.
- Leżenie na plecach z przyciągniętymi do brzucha nogami.
- Rolowanie stóp/ciała.
- Refleksologia stóp.
- Strzepywanie rąk, nóg.
- Stymulacja termiczna: zimno-ciepło.
- Wibracje: ręczne, masażerem.
- Masaż czoła między brwiami. Naciskaj punkt między brwiami i przesuwaj palec w górę przez 45 sekund – **poprawia koncentrację**, uwalnia napięcie, łagodzi bóle głowy, rozluźnia mięśnie oczu, wzmacnia intuicję, przywraca harmonię w całym ciele. Masaż ten aktywuje jądro migdałowe (emocje) i oddziałuje na układ limfatyczny, pomagając w usuwaniu zbędnych produktów przemiany energii, aktywuje procesy regeneracji.



ODDECH

- Ćwiczenia oddechowe.
- Wąchanie: przedmiotów, kosmetyków, olejków eterycznych, jedzenia.
- Aromaterapia.
- Trening zapachowy.
Cztery zapachy: np.:
 - lawenda,
 - cytryna/pomarańcza,
 - mięta,
 - eukaliptus/rozmaryn.

Uważnie wąchamy zapach 2-3 razy dziennie, przez ok. 15 sekund, skupiając się na zapachu (Czy znasz już ten zapach? Co jeszcze tak pachnie? Czy to jest zapach owocowy, czy ziołowy? Gdzie tak pachniało? Co tak pachniało? Jaki to zapach?).

Ewentualnie kilka razy nosem wdychamy:

- lawendę, a wydychając, mówimy „aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa”,
- cytrynę, a wydychając, mówimy „yyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyy”,
- miętę, a wydychając, mówimy „eeeeeeeeeeeeeeeeeeee”,
- rozmaryn, a wydychając, mówimy „oooooooooooooooooooo”.

Bardzo ważna jest jakość olejków eterycznych. Zalecane są olejki klasy terapeutycznej. Ich proces wytwarzania jest kosztowny i choć nie jest to jedyne kryterium, to kosztują więcej niż słabej jakości tanie olejki.



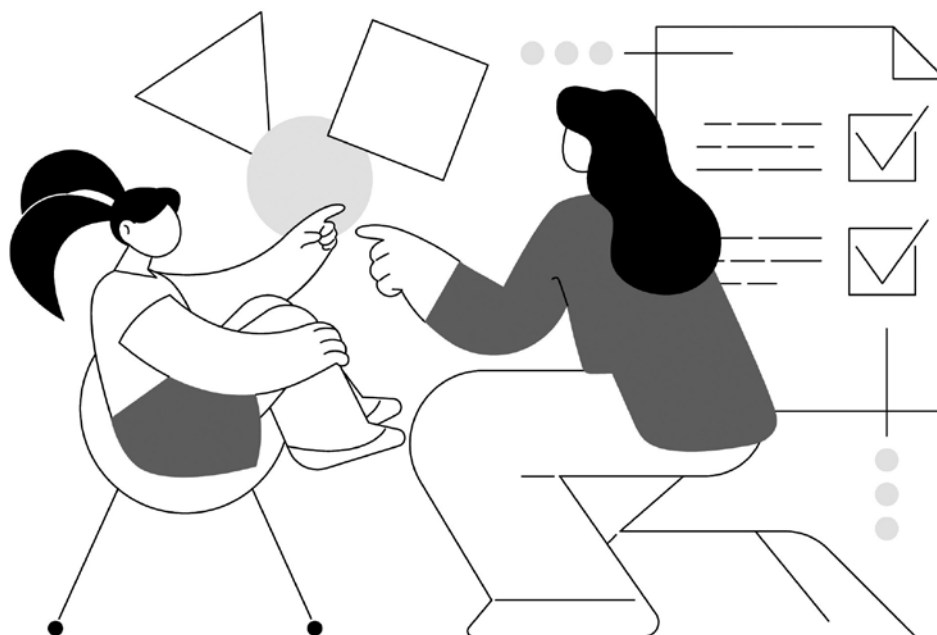
INNE

- Robienie dziwnych min – mięśnie mimiczne mają bezpośredni związek z regulacją rytmu serca, dobrym funkcjonowaniem oskrzeli i płuc.
- Przyjmowanie probiotyków.
- Spożywanie kwasów omega-3.
- Uzupełnianie niedoborów cynku, który jest niezbędnym minerałem pomagającym regulować apetyt. Badania na szczurach pokazały, że wpływa on na stymulację nerwu błędnego u gryzoni cierpiących na niedobór tego pierwiastka.
- Suplementacja witaminy D₃ i codzienna co najmniej 15-minutowa ekspozycja na słońce (wydzielanie endorfin) – zabawa na dworze, w lesie, na plaży itp.
- Jedzenie bogate w tryptofan (banany, kakao, kasze, ryby, pełnoziarniste pieczywo, rośliny strączkowe, awokado, orzechy) zapewnia budulec do prawidłowej syntezy serotoniny. Ten hormon potrafi kontrolować nasz apetyt – rodzicu, terapeuto, nie zapominaj o sobie!

- Dobre towarzystwo i śmiech to najlepszy sposób na redukcję hormonu stresu. Skupianie się na pozytywnych relacjach z innymi ludźmi stymuluje nerw błędny i zwiększa pozytywne emocje.
- Medytacja/modlitwa to jedna z technik relaksacyjnych stymulująca nerw błędny, wpływająca na pozytywne emocje oraz poczucie przychylności i dobrej woli dookoła nas. Medytacja/modlitwa obniża również reakcję „walcz albo uciekaj”.
- Śmiech.
- Cyfrowy detoks (zaczynij od zasady: co najmniej jedna, a najlepiej dwie godziny przed snem nie używamy „ekranów”; wpływa to na jakość snu).
- Dmuchanie baniek, piórek, świeczki itp.
- Dmuchanie balona.
- Jazda na rowerze.
- Skoki na trampolinie.
- „Poduszka parzy” – zabawy ze śmiechem.
- Ściskanie gumowych zabawek, gniotków.
- Ściskanie folii bąbelkowej.
- Zabawy kolczastymi piłkami z recepturkami.
- Zabawy ciężkimi maskotkami.
- Rozciąganie taśm fitness i gumowych zabawek.
- Przykrycie ciężkim kocem/położenie ciężkiej poduszki na kolanach, ciężkiej kołderki/zabawki na ramionach.
- Wdychanie ulubionego zapachu.
- Wydychanie strachu: aaaaaa...
- Wytupywanie złości.
- Zgniatanie papieru w kulkę.
- Ściskanie i otwieranie pięści.
- Kolorowanie mandali.
- Mówienie przez papierową tubę.

Rola nerwów i ich zadania

- **Nerwy czaszkowe: V, VII, IX, X, XI** **gromadzą informację z narządów** – czy jesteśmy bezpieczni, czy coś nam grozi, czy są zaburzenia równowagi, ból, dysfunkcja lub choroba. Jeśli jesteśmy bezpieczni i zdrowi, nerwy te aktywują stan zaangażowania społecznego.
- **Nadwrażliwość słuchowa:** dysfunkcja mięśnia strzemiączkowego (VII) lub napinacza błony bębenkowej (V).
- **Przywrócenie stanu zaangażowania społecznego** najszybciej uzyskamy przez pracę z nerwami: IX, X, XI (np. ćwiczenie obrotowe).
- **Dysfunkcja nerwu XI** (kontroluje on mięśnie mostkowo-obojęczkowo-sutkowe i czworoboczny) i brak właściwego napięcia mięśni to:



- ból, sztywnienie barków i szyi,
- migreny,
- wysunięcie głowy do przodu,
- trudności z oddychaniem,
- chroniczne pobudzenie układu współczulnego,
- chroniczny stan aktywności części grzbietowej nerwu błędnego,
- wpływ na stan zdrowia kręgosłupa,
- kształt tyłu głowy (napiecie po jednej stronie to spłaszczenie głowy).

- Jeśli ból lub sztywność odczuwamy po stronie przeciwnej do kierunku ruchu głowy, winny jest **mięsień czworoboczny lub mięsień MOS** (mostkowo-obończykowo-sutkowy) z tej strony, w którą obraca się głowa.
- Jeżeli ból jest odczuwany po tej samej stronie, problem raczej dotyczy **mięśnia dźwigacza** łopatki.

Jeśli wiemy, jak coś funkcjonuje, jest nam łatwiej poruszać się w różnych obszarach, znajdować fizjologiczne, zgodne z naszymi wartościami rozwiązania, mniej się boimy i zamartwiamy, a mamy więcej otwartości dla tego, co nas otacza i dla innych ludzi.

Teoria poliwagalna w neuronaukowy sposób wyjaśnia nasze reakcje na niebezpieczeństwo i zagrożenie. Dzięki niej możemy zrozumieć, dlaczego reagujemy w taki, a nie inny sposób, skąd to się bierze, a także podpowiada, jak możemy sobie z daną sytuacją poradzić.

Dzięki głębszemu zrozumieniu własnego układu nerwowego (i układu nerwowego naszych dzieci) możemy znacznie poprawić stan naszego zdrowia (zarówno fizycznego, jak i psychicznego) oraz spr-

wić, że będziemy w stanie gotowości do uczenia się, kreatywności i nawiązywania kontaktów społecznych.

Teoria poliwagalna pomaga nam również zrozumieć, że nie wszystkie nasze reakcje są dobrowolne i że nasze (i dzieci) zachowania w dużym stopniu zależą od stanu naszego układu nerwowego, a zatem są niezależne od naszej woli.

Wiele dzieci zmagają się z różnymi problemami zdrowotnymi, trudnościami w zachowaniu i uczeniu się. Zajmujemy się jednym obja-

wem, potem pojawiają się następne. Zajmując się po kolei objawami, otrzymujemy chwilową poprawę, nie likwiduje to jednak źródeł problemu.

Traumatyczne wydarzenia, a także długotrwały stres, mogą spowodować nadmierną reakcję układu nerwowego i doprowadzić do stanu, w którym słuchanie, mówienie, jedzenie, odporność, regeneracja oraz nawiązywanie kontaktu są po prostu niemożliwe.

Do osiągnięcia trwałej poprawy funkcjonowania dziecka może nam posłużyć niewykorzystany potencjał leżący w zrozumieniu działania układu nerwowego. Mówiąc w skrócie, przyczyną wielu dysfunkcji jest nieprawidłowa praca nerwu błędnego i nerwów czaszkowych, które regulują ważne funkcje organizmu, a ich nieprawidłowa praca wpływa m.in. na: nadmierne napięcia, zgrzytanie zębami, trudności z koncentracją, zapomnianie, drażliwość, strach, lęk, depresję, zaburzenia snu, autyzm, zespół Aspergera czy ADHD.

Przyczyny tych trudności mogą więc leżeć w rozregulowanym układzie nerwowym.

Jeśli nauczymy się regulować swój (i dziecka) układ nerwowy, będziemy mieli w rękach klucz do zdrowego, harmonijnego i szczęśliwego życia.

Więcej o teorii poliwagalnej w kolejnych numerach, zapraszamy do śledzenia naszego cyklu!

Krystyna Jacków-Sowa

PODEJŚCIE INTERDYSCYPLINARNE

**kluczem do sukcesu w pracy terapeutycznej
z dzieckiem z trudnościami
w zakresie przyjmowania pokarmów**



Trudności w zakresie przyjmowania pokarmów, z którymi borykają się dzieci, są złożone i wieloczynnikowe. Ciężko jest zatem efektywnie wspierać dziecko i jego rodzinę z perspektywy jednej dyscypliny, kiedy charakter zaburzenia jest właśnie wieloczynnikowy. Terapia karmienia, mająca na celu nie tylko naukę jedzenia, ale też oswajająca z jedzeniem, budująca prawidłowe relacje w kontekście dziecko – jedzenie, powinna być wieloetapowa i interdyscyplinarna.

Odziaływanie terapeutyczne nie powinny dotyczyć wyłącznie dziecka, ale też rodzica. Tylko w ten sposób jesteśmy w stanie prawidłowo zdiagnozować problem oraz opracować

odpowiednie i efektywne strategie terapeutyczne dla konkretnego przypadku. Oczywiście nie każde dziecko będzie wymagało wsparcia kilku specjalistów, co więcej, nie każde dziecko będzie potrzebowało regularnej terapii. Ważne jed-

nak, aby wspierając dziecko z trudnościami w zakresie jedzenia, nie przekraczać swoich kompetencji, nie bać się szukania wsparcia innych specjalistów i wreszcie – nie obawiać się mówić „nie wiem”.

Kasia, 5 lat. Dziewczynka karmiona pokarmami o konsystencji gładkiej papki, często reaguje odruchem wymiotnym, nie sygnalizuje głodu, negatywnie reaguje na porę posiłku.

Przez pewien czas karmiona przez zgłębnik, ma za sobą wiele hospitalizacji, w tym też operacji spowodowanych wrodzoną wadą serca. Rodzice przyznają, że dziecko było karmione na siłę.

Krzyś, 4 lata. Dieta chłopca to głównie pokarmy mdłe i beżowe o konsystencji papki. Pokarm nie może zawierać grudek ani kawałków. Chłopiec nie chce jeść samodzielnie. Często reaguje odruchem wymiotnym, jest wyczulony na intensywne zapachy. Właśnie zdiagnozowano u niego zaburzenia integracji sensorycznej.

Tomek, 2 lata. Chłopiec nigdy nie wykazywał trudności z jedzeniem, był otwarty na nowe smaki i ciekawy tego, co jedzą osoby w jego otoczeniu. Od pewnego czasu boi się jednak nowości, niechętnie je warzywa i owoce, w jego diecie dominują beżowe produkty. Rodzice martwią się, że dzieje się z nim coś poważnego.

Ania, 8 miesięcy. Od ponad dwóch miesięcy rodzice podejmują próby wprowadzenia produktów uzupełniających, niestety bezskutecznie. Dziecko odmawia przyjmowania nowych pokarmów, reaguje odruchem wymiotnym. Od początku pojawiały się trudności z przyjmowaniem pokarmów. Karmienie piersią nie udało się, dziecko jest karmione sztucznie. Często płacze, jest niespokojne, ma rozdęty brzuszek, było podejrzenie refluksu. Właśnie zdiagnozowano u niej skrócone wędzidełko językowe.

Jaś, 4,5 roku. Chłopiec nigdy nie był dzieckiem lubiącym jeść. Rodzice wspominają, że rozszerzanie diety zajęło im sporo czasu, a Jan nigdy nie polubił wszystkich produktów. Chłopiec nie lubi nowości. Cztery miesiące temu zakrztusił się kawałkiem jabłka, od tego czasu wykluczył większość produktów, które wymagają gryzienia i żucia. Jego dieta zawęża się coraz bardziej, doprowadziło to do spadku masy ciała oraz niedoborów witamin. W opinii rodziców jest dzieckiem lękowym i wycofanym.

Co łączy opisane powyżej przypadki? Kasia, Krzyś, Ania, Jan i Tomek w opinii rodziców są niejadkami. Jednak każde z tych dzieci ma swoją historię, ulubione produkty, ale też i pokarmy, których nie chcą jeść. Każde z nich ma też inną diagnozę. Kasia to dziecko z awersją pokarmową, Krzyś je wybiórczo, Ania nie jest w stanie przyjmować efektywnie pokarmów ze względu na ograniczoną pracę języka, Jan ma diagnozę ARFID, a Tomek to dziecko na etapie neofobii rozwojowej.

Niemowlęta i małe dzieci z zaburzeniami karmienia mogą odmawiać przyjmowania pokarmów np. z powodu słabego apetytu, mogą nadmiernie reagować odruchem wymiotnym lub wymiotować, mogą nie radzić sobie z pewnymi

konsystencjami i jeść selektywnie, mogą panicznie reagować na porę posiłku i wszystko to, co jest z nim związane. Sam posiłek może trwać zbyt długo lub może kończyć się dosłownie po chwili. Wszystko to nie tylko wzbudza ogromny niepokój i lęk wśród rodziców takiego dziecka, ale też niesie ze sobą ryzyko konsekwencji zdrowotnych, w tym niedożywienie, które negatywnie wpływa na prawie wszystkie układy i narządy w organizmie. Skutkiem niedożywienia u dzieci może być nie tylko zahamowanie wzrostu, ale też opóźnienie w rozwoju funkcji motorycznych i poznawczych, a niedożywienie, które wystąpiło we wczesnym dzie-

pojawiają się u dzieci z ASD już w 1. roku życia (Emond). W grupie tej najczęściej obserwuje się selektywne jedzenie, które charakteryzujące się preferowaniem ograniczonej ilości pokarmów i wynika z cech sensorycznych produktu, np. jego tekstury, konsystencji, koloru, smaku, zapachu (Mari-Bauset). Dodatkowo dzieci z ASD bardzo często odmawiają jedzenia produktów z konkretnych grup lub całych grup spożywczych, np. nie jedzą warzyw. Charakter zachowań żywieniowych jest silniejszy i częstszy w porównaniu do dzieci bez ASD i nawet jeśli problem z jedzeniem pojawia się na etapie neofobii, co jest rozwo-

żone napięcie mięśniowe, kłopoty z kontrolą mięśni jamy ustnej i prakcją), niską odporność na zmiany, nadmierną koncentrację na szczegółach, impulsywność i lęk (Cumine, Leach, Stevenson). Zaburzeniu ASD mogą towarzyszyć inne zaburzenia czy choroby współistniejące, najczęściej wspomina się tutaj problemy gastrologiczne. Zaburzenia żołądkowo-jelitowe mogą być wynikiem wybiórczego jedzenia, ale mogą też je powodować z racji złego samopoczucia dziecka, dyskomfortu czy pogorszenia łaknienia. Zaparcia, biegunki, przewlekłe bóle brzucha i refluks to najczęstsze dolegliwości dzieci z ASD. Nasilenie problemów żołądkowo-jelitowych może objawiać się również wzmocnieniem się trudnych zachowań.

Kompilacja wielu czynników będących przyczyną trudności z jedzeniem może sprawić, że wieloetapowa diagnoza będzie długim procesem.

ciństwie, może powodować między innymi zmniejszenie sprawności intelektualnej oraz wydolności w pracy u osoby dorosłej. Niedożywienie występuje, kiedy dieta dziecka jest nieprawidłowa lub kiedy otrzymuje ono wraz z pożywieniem niedostateczną ilość składników odżywczych. Warto zaznaczyć, że niedożywienie nie musi być wynikiem zaniedbania czy ubóstwa. Dzieci wykazujące trudności w zakresie przyjmowania pokarmów i płynów bardzo często również dotyka ten problem (Grajeta).

Trudności z przyjmowaniem pokarmów u dzieci z ASD

Kompilacja wielu czynników będących przyczyną trudności z jedzeniem może sprawić, że wieloetapowa diagnoza będzie długim procesem. Dla przykładu przyjrzyjmy się dzieciom z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Jest to populacja bardzo niejednorodna. Szacuje się, że problemy z jedzeniem w przypadku autyzmu dotyczą około 90%, z czego 70% je wybiórczo (Kodak, Piazza, Twachtman-Reilly). Nietypowe zachowania związane z karmieniem i jedzeniem

jowe, to w tym przypadku może nie minąć samoistnie i utrzymywać się, jeżeli dziecko nie uzyska stosownego wsparcia terapeutycznego (Kuschner). Do innych wzorców żywieniowych dzieci z ASD zaliczymy też zachowania obsesyjne, np. naleganie na specyficzny wygląd dania, domaganie się picia z konkretnego kubka czy jedzenie zawsze z tego samego talerzyka, jak również ruminacje, przetrzymywanie pokarmu w buzi, trudno akceptowalne rytuały związane z jedzeniem czy szereg problematycznych zachowań żywieniowych (Kazek, Kapinos-Gorczyca, Brzóska, Emich-Widera). Część dzieci z ASD bardzo restrykcyjnie ogranicza swoją dietę, spełniając kryteria diagnostyczne zaburzenia ARFID, inne natomiast dotyka zaburzenie PICA, czyli spaczne łaknienie polegające na jedzeniu produktów niejadalnych, takich jak: piasek, glina, włosy czy brud. Coraz częściej podkreśla się również nakładanie się zaburzeń odżywiania na ASD. Mowa tu nie tylko o wspomnianym wcześniej zaburzeniu ARFID, ale też o anoreksji.

Wśród czynników powodujących wspomniane trudności wymienia się problemy sensoryczne, zaburzenia związane z motoryką oralną (obni-

dużym problemem jest sytuacja, kiedy dziecko nie może zakomunikować swoich dolegliwości. W takich przypadkach ważna jest analiza zachowania dziecka, które najczęściej się zmienia. Oczywiście symptomy pewnych zaburzeń widać. W przypadku zaparcia będzie to rzadsze wypróżnianie, ból w trakcie defekacji, zabrudzenie bielizny czy obfite stolce. Jednak sporo zmian nastąpi również w zachowaniu dziecka. Dzieci cierpiące na zaparcia nie tylko mają słabszy apetyt, towarzyszą im nudności i wymioty, unikają aktywności ruchowej. Mogą też wspinać się na palce, siadać w nietypowy sposób, np. na swojej pięcie, chodzić na sztywnych, wyprostowanych nogach, kołysać się czy dociskać swój brzuch np. do brzegu stołu czy ramy łóżka. Dosyć często obserwuje się również postawę retencyjną. Zachowanie retencyjne spowodowane jest uczuciem parcia i polega na przerwaniu wykonywanej aktualnie czynności (zabawa, rysowanie), zastąpieniu w bezruchu, w nietypowej pozycji, np. skrzyżowane nogi lub zaciśnięcie pośladków. Po ustąpieniu uczucia parcia dziecko wraca do wykonywanej wcześniej czynności (Ryżko, Czerwionka-Szaflarska, Romańczuk).

Biorąc pod uwagę różnorodność problemów z jedzeniem dzieci z ASD, jak również odmienne podłoże tych trudności, ciężko nie zgodzić się z tym, że bez multi-

dyscyplinarnego podejścia szanse na poprawną diagnostykę a następnie wsparcie terapeutyczne będą marne.

Kto może brać udział w diagnostyce trudności dotyczących przyjmowania pokarmów przez dzieci:

- ✓ terapeuta karmienia,
- ✓ logopeda,
- ✓ dietetyk,
- ✓ fizjoterapeuta,
- ✓ terapeuta SI,
- ✓ doradca laktacyjny,
- ✓ terapeuta traumy,
- ✓ psycholog,
- ✓ psychiatr,
- ✓ lekarze różnych specjalizacji.

Na czym może polegać wsparcie poszczególnych członków zespołu interdyscyplinarnego:



LOGOPEDA. Dokonuje oceny napięcia mięśniowego, warunków anatomicznych jamy ustnej, dojrzałości odruchowych reakcji oralnych. Diagnostyka umiejętności niezbędne do pobierania pokarmów i płynów, ocenia, czy przyjmowanie pokarmów jest bezpieczne dla dziecka. Dobiera konsystencję pokarmu do możliwości i umiejętności dziecka oraz pozycję i akcesoria do karmienia. Logopeda odpowiedzialny jest również za przygotowanie do ewentualnych zabiegów, np. podcięcie wędzielka językowego, usprawnianie motoryki oralnej, wsparcie umiejętności niezbędnych do przyjmowania pokarmów i płynów. Zajmuje się również edukacją rodziców, np. w zakresie poprawnej pozycji do karmienia i jedzenia czy techniki karmienia.



DIETETYK. Zadaniem dietetyka jest dokonanie oceny sposobu karmienia dziecka pod kątem ilościowym i jakościowym. Zdarza się, że w opinii rodzica dziecko

je za mało, jednak po dokonaniu oceny dietetycznej może okazać się, że jest to błędna ocena rodzica, a dziecko przyjmuje odpowiednią ilość pokarmu, która w zupełności pokrywa jego zapotrzebowanie. Do dietetyka kierowane są również dzieci, które jedzą małe ilościowo porcje, wówczas specjalista może podpowiedzieć, jak podbić kaloryczność takiego posiłku; ważne, aby rodzic nie robił tego na własną rękę. Dietetyk dokonuje również analizy zachowań żywieniowych pozostałych członków rodziny, planuje i monitoruje dietę dziecka, ocenia organizację posiłków, może też edukować opiekunów w celu kształtowania prawidłowych nawyków żywieniowych.



LEKARZE. Odpowiedzialni są za diagnostykę trudności z karmieniem i jedzeniem dziecka, kierowanie na dalsze badania specjalistyczne (w tym badania laboratoryjne czy obrazowe), do poradni specjalistycznych, wskazania do ewentualnego włączenia żywienia dojelitowego. W przypadku niemowląt ocena, czy dziecko ma rozszerzaną dietę zgodnie z wytycznymi zawartymi w schemacie żywienia niemowląt, również stanowi zadanie lekarza.



FIZJOTERAPEUTA. Jako specjalista może wspierać dziecko, ale też mamę, zwłaszcza po porodzie, kiedy dąży ona do rozwinięcia i utrzymania laktacji. Fizjoterapeuta dokonuje oceny wzorców ruchowych dziecka pod kątem jakościowym i ilościowym, co stanowi fundament wyłapania nieprawidłowości w rozwoju tak małego dziecka. Wspiera je w zakresie rozwoju ruchowego, pomaga też dopasować odpowiednią pozycję do karmienia czy innych czynności wykonywanych przy dziecku, bo wiadomo, że prawidłowa pielęgnacja jest doskonałym wsparciem rozwoju dziecka.



TERAPEUTA TRAUMY. Zdarza się, że dzieci borykające się z trudnościami w zakresie przyjmowania pokarmów wymagają terapii traumy. Traumatyczne przeżycia, których

doświadczły, wpływają na ich życie, mogą zakłócać rozwój poznawczy, zaburzać autoregulację. Wszelkie interwencje personelu medycznego tuż po porodzie mogą być przyczyną głębokiej traumy i negatywnie wpłynąć na tworzenie więzi między matką a dzieckiem (Peirsman). Wszystko, co w życiu dziecka było zbyt intensywne, co wydarzyło się niespodziewanie i za szybko, czego było za dużo, co przekracza zdecydowanie umiejętność i możliwość adaptacji i regulacji, będzie stanowiło traumę dla naszego układu nerwowego (Palicka). Przy tej okazji warto pomyśleć o dzieciach przedwcześnie urodzonych, które oczywiście nie tylko, ale w sposób szczególny narażone są na różne kategorie traumy rozwojowej, w tym traumę prenatalną i okołoporodową. Dzieci z problemami z jedzeniem słabiej czują swoje ciało, gorzej odczuwają sygnały cielesne, często próbują je ignorować lub błędnie je rozumieją, a to wszystko jest źródłem stresu i przytłoczenia. Jak podkreśla Iwona Palicka, to przecież „(...) ciało i reakcje płynące z ciała są naszym największym przewodnikiem w pracy z układem nerwowym”.



PSYCHOLOG. Praca psychologa może polegać na zaopiekowaniu dziecka z problemem w zakresie jedzenia, jego rodziców lub całej rodziny. Psycholog odpowiedzialny jest nie tylko za diagnozę rozwoju dziecka czy jego zachowań. Na proces przyjmowania pokarmów musi spojrzeć z szerszej perspektywy (np. ocena relacji i więzi między rodzicami a dzieckiem, ocena stylu karmienia prezentowanego przez daną rodzinę) i dopiero na tej podstawie podjąć stosowane działania, np. wsparcie kompetencji rodzicielskich, modyfikowanie zachowań rodziców i ich podejścia do karmienia dziecka. Może stanowić wsparcie dla rodzica np. w przypadku konieczności włączenia karmienia dojelitowego, co jest bardzo trudną sytuacją dla rodzica.



TERAPEUTA INTEGRACJI SENSORYCZNEJ. Posiłek to doznanie wielozmysłowe, a w proces przyjmowania pokarmów zaangażowane są wszystkie nasze zmysły

WYBIÓRCZOŚĆ POKARMOWA. Aktualnie nie dysponujemy jedną, uniwersalną definicją wybrednego jedzenia u dzieci. Z całą pewnością jest to stały i dość specyficzny wzorec zachowania polegający na wykluczaniu z diety pewnych pokarmów oraz przyjmowaniu pokarmów, które należą do grupy preferowanej. Wybiórczość może mieć różnorodne podłoże, między innymi sensoryczne.

NEOFobia POKARMOWA. To naturalny etap w życiu każdego dziecka, zazwyczaj pojawia się między 2. a 3. rokiem życia, chociaż wyróżnia się również wczesną fazę neofobii, która swój początek ma już między 9. a 12. miesiącem życia. Neofobia charakteryzuje się dużą niechęcią do nowości; dzieci na tym etapie dosyć często wykluczają ze swojej diety produkty czerwone, zielone, gorzkie i obślizgłe, zwracają uwagę na szczegóły produktów, preferują dania serwowane w sposób zdekonstruowany. Etap ten mija samoistnie około 6. roku życia, pod warunkiem jednak, że ma miejsce ekspozycja na pokarmy nowe, wspólne posiłki, a wobec dziecka nie jest stosowana presja i przymus do jedzenia.

ARFID (*avoidant restrictive food intake disorder*). Jest zaburzeniem odżywiania diagnozowanym u dzieci i osób dorosłych. Polega na restrykcyjnym ograniczeniu przyjmowania pewnych pokarmów, co niesie ze sobą szereg konsekwencji medycznych. Osoby z ARFID prezentują wysoki poziom lęku, często nieadekwatny do sytuacji, np. kiedy oferowany jest nowy pokarm. Zwracają uwagę na cechy sensoryczne jedzenia, są bardzo lojalne wobec marek produktów. Osoby z tym zaburzeniem bardzo często izolują się z życia społecznego z powodu jedzenia, np. niechęć do nocowania u kolegi czy wyjazdu na szkolną wycieczkę. Zaburzenie ARFID może pojawić się nagle na skutek traumatycznego wydarzenia, jak np. zakrztuszenie pokarmem. Osoby dotknięte tym zaburzeniem są często lękowe. Zaburzenie ARFID diagnozowane jest przez lekarza psychiatrę na podstawie konkretnych kryteriów diagnostycznych.

AWERSJA POKARMOWA. Na skutek wcześniejszych bolesnych, negatywnych czy stresujących doświadczeń może występować silna i niepożądana reakcja na przyjmowanie pokarmów drogą doustną, którą nazywamy awersją. Wiele dzieci z awersją do jedzenia ma problemy medyczne, które przyczyniają się do odmowy jedzenia. Dzieci z awersją mogą ignorować wewnętrzne oznaki głodu. Irene Cha-toor zaobserwowała, że niektóre dzieci na skutek epizodu zakrztuszenia się czy po wielokrotnych, silnych wymiotach rozwijały pourazowe zaburzenia jedzenia.



śły. Dodatkowo część problemów z jedzeniem może być wynikiem nieprawidłowego przetwarzania sensorycznego, dlatego wsparcie terapeuty integracji sensorycznej może być czasami niezbędne. Zadaniem terapeuty jest dokonanie oceny przetwarzania sensorycznego i przeprowadzanie ewentualnej terapii integracji sensorycznej. Terapeuta jest odpowiedzialny również za opracowanie dopasowanej indywidualnie do dziecka diety sensorycznej oraz wsparcie w zakresie modyfikacji otoczenia, które powinno być sensorycznie przyjazne dla dziecka. Swoimi działaniami zmniejsza nadwrażliwość zmysłową w zakresie różnych układów sensorycznych. Podpowiada, jak obniżyć lub podwyższyć poziom pobudzenia przed posiłkiem, aby dziecko było w stanie usiąść przy stole i zjeść. Sugeruje, jak pomóc dziecku w regulacji. Współpracując z logopedą i terapeutą karmienia, pomaga w diagnostyce oraz sprawia, że oddziaływania terapeutyczne są bardziej efektywne.



DORADCA LAKTACYJNY.

Jest odpowiedzialny za przygotowanie kobiety do karmienia piersią, jak również do pozyskania pokarmu w przypadku mam przebywających na oddziale patologii ciąży w wyniku zagrożenia przedwczesnym porodem. W przypadku trudności z karmieniem piersią doradca laktacyjny konsultuje mamy, ocenia pozycję do karmienia, sposób przystawienia do piersi, koordynację ssania-polykania-oddychania i efektywność pobierania mleka przez dziecko. Wspiera w zakresie stymulowania laktacji, odciągania mleka. Jest odpowiedzialny za edukację w zakresie prawidłowej techniki karmienia. Dokonuje oceny anatomicznej i funkcjonalnej jamy ustnej, bada odruchy ustno-twarzowe. Wspiera emocjonalnie. Może edukować rodziców w zakresie rozpoznawania sygnałów, które wysyła dziecko np. sygnalizujące głód (Osuch, Muszyńska, Nehring-Gugulska).

Oczywiście dla rodzica diagnostyka interdyscyplinarna może być trudna. Możemy spotkać się ze zdziwieniem i brakiem zrozumienia z jego strony, warto więc nie tylko wytłu-

maczyć mu, skąd taka potrzeba się bierze, ale też szerzyć wiedzę w tym obszarze.

Literatura:

1. Borys-Iwanicka A., *Trudności w karmieniu dzieci najmłodszych*, [w:] Krzesiek E., *Dieta w chorobach przewodu pokarmowego dzieci*, Wrocławskie Wydawnictwo Naukowe Atla 2, Wrocław 2018.
2. Chatoor I., Conley C., Dickson L., *Food refusal after an incident of choking: a posttraumatic eating disorder*, „Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry” 27(1), 1988, s. 105-110.
3. Chatoor I., Ganiban J., Harrison J., Hirsch R., *Observation of feeding in the diagnosis of posttraumatic feeding disorder of infancy*, „Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry” 40(5), 2001, s. 595-602.
4. Cumine V., Dunlop J., Stevenson G., *Autism in the Early Years*, Routledge Taylor & Francis Group, 2010.
5. Czerwionka-Szaflarska M., Romańczuk B., *Postępowanie w zaparciu czynnościowym stolca u dzieci i młodzieży*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2(5), 2008, s. 349-357.
6. Emond A., Emmett P., Steer C., Golding J., *Feeding symptoms, dietary patterns, and growth in young children with autism spectrum disorders*, „Pediatrics” 126(2), 2010, s. 337-342.
7. Grajeta H., *Przyczyny, konsekwencje zdrowotne i leczenie niedożywienia*, „Bromatologia i Chemia Toksykologiczna” 54(2), 2021, s. 133-147.
8. Kazek B., Kapinos-Gorczyca A., Brzóska A., Emich-Widera W., *Żywnienie i odżywianie dzieci z autyzmem*, [w:] Emich-Widera W., Kazek B., Paprocka J., *Autyzm u dzieci wiedza kliniczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2022.
9. Kodak T., Piazza C.C., *Assessment and behavioral treatment of feeding and*

sleeping disorders in children with autism spectrum disorders, „Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America” 17(4), 2008, s. 887-905.

10. Kushner E.S., Eisenberg I.W., Orionzi B., Simmons W.K., Kenworthy L., Martin A., Wallace G.L., *A preliminary study of self-reported food selectivity in adolescents and young adults with autism spectrum disorder*, „Research in Autism Spectrum Disorders” 15, 2015, s. 53-59.
11. Mari-Bauset S., Zazpe I., Mari-Sanchis A., Llopis-Gonzales A., Morales-Suarez-Varela M., *Food selectivity in autism spectrum disorders: a systematic review*, „Journal of Child Neurology” 29(11), 2014, s. 1554-1561.
12. Osuch K., Muszyńska A., Nehring-Gulgulska M., *Opieka laktacyjna w szpitalu w sytuacji porodu przedwczesnego. Zakres kompetencji doradcy laktacyjnego, położnej, pielęgniarki z uzyskanym certyfikatem CDL lub IBCLC lub po kursie specjalistycznym edukator karmienia piersią*; artykuł dostępny:

<https://cnol.kobiety.med.pl/>, data dostępu 11.01.2023 r.

13. Palicka I., *Możliwości terapii ARFID z wykorzystaniem terapii somatycznych/neurofizjologicznych (np. Somatic Experiencing, SOMA-Embodiment)*, [w:] Baj-Lieder M., Ulman-Bogusławska R., *Czy to już ARFID? Praktyczny przewodnik dla rodziców i specjalistów*, Wydawnictwo Pestka i Ogryzek, Gdańsk 2021.
14. Peirsman N., Peirsman E., *Terapia czaszkowo-krzyżowa u dzieci i niemowląt*, Wydawnictwo Virgo, 2022.
15. Ryżko K., *Zaparcia u dzieci*, „Medycyna Praktyczna”; artykuł dostępny na www.mp.pl, data dostępu 13.01.2023 r.
16. Twachtman-Reilly J., Amaral S.C., Zebrowski P.P., *Addressing feeding disorders in children on the autism spectrum in school-based settings: physiological and behavioral issues*, „Language Speech and Hearing Services in Schools” 39(2), 2008, s. 261-272.

Marta Baj-Lieder

Reklama



Muzeum Wsi Mazowieckiej w Sierpcu

25^{lat} Mazowsze

JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA SAMORZĄDU
WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

Interaktywna ścieżka
zwiedzania o charakterze
animacyjno-edukacyjnym

CICHA ŚCIEŻKA

Zajęcia w plenerze
maj-wrzesień

Program dla osób w spektrum autyzmu i/lub niepełnosprawnością intelektualną

www.mwmskansen.pl



SPONSOREM MUZEUM WSI
MAZOWIECKIEJ W SIERPCU



Realizacja zadania pn. "Poszerzenie oferty edukacyjnej o interaktywną ścieżkę zwiedzania dedykowaną osobom w spektrum autyzmu i/lub z niepełnosprawnością intelektualną" dofinansowana ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego

POMYSŁY

na zabawy i ćwiczenia z wykorzystaniem przedmiotów codziennego użytku

Terapia integracji sensorycznej jest formą terapii, w której podążamy za potrzebami dziecka. W czasie spotkania terapeutycznego specjalista wykorzystuje do stymulacji dziecka różnego rodzaju sprzęt i akcesoria. Kreatywność terapeuty pozwala wielokrotnie wykorzystywać pomoce dostępne w gabinecie w celu zaspokojenia potrzeb dziecka będącego w terapii. Bawiąc się i proponując aktywności, należy pamiętać o bezpieczeństwie dziecka, równocześnie wprowadzając zasadę naprzemiennego działania, stopniowania trudności i indywidualizacji proponowanych działań. Chcemy pokazać Państwu szereg możliwości stymulacji układów sensorycznych dziecka przy wykorzystaniu najbardziej popularnych sprzętów i pomocy sensorycznych.

Z przyjemnością otwieramy dla Państwa cykl artykułów, w których każdorazowo zaprezentujemy różnorodne pomysły z wykorzystaniem jednego rodzaju pomocy terapeutycznej. W dzisiejszej odsłonie będą to **piłki i piłeczki**. Ten rodzaj pomocy terapeutycznej daje możliwość stymulacji wiodących zmysłów: układu przedsionkowego, proprioceptywnego oraz dotykowego, ale także pozostałych znaczących systemów, czyli wzrokowego i słuchowego. Ruch, który przy okazji zabawy piłkami wykonuje dziecko, zmiana ułożenia ciała i głowy, balansowanie na piłkach, bieganie, turlanie się z piłkami oraz różnego rodzaju skłony są doskonałą okazją do dostarczania dziecku wrażeń przedsionkowych. Dotykając piłek o różnej fakturze, giętkości czy twardości, dziecko stymuluje swój układ dotykowy. Siłując się, przepychając piłki, nosząc te, które są ciężkie i używając siły swoich mięśni podczas zabawy z tego rodzaju sprzętem, dziecko stymuluje układ proprioceptywny. Zabawy z piłkami dostarczają też dziecku możliwości rozwoju funkcji wzrokowych, gdyż łączą się z wodzeniem, śledzeniem trajektorii ruchu, konwergencją oraz akomodacją. Dźwięki zaś, które przy okazji aktywności wydają dziecko oraz terapeuta i które także generują same piłki, dodatkowo urozmaicają nam zabawy i będą wpływały na stymulację układu słuchowego.

Mamy świadomość, że dla wielu terapeutów niektóre propozycje okazać się znajome, ale mamy też nadzieję,

że część z nich będzie przypomnieniem, inspiracją czy podstawą do stworzenia czegoś własnego, na miarę potrzeb podopiecznych.

Każdy pomysł można modyfikować o dodatkowe elementy, łączyć zabawę z pracą na materacu w leżeniu na brzuchu, w delikatnym huśtaniu na platformie czy w innej pozycji dostosowanej do możliwości i obszaru stymulacji.

1. TURLANIE DUŻEJ PIŁKI

Przygotuj dużą piłkę.

Przeprowadzenie zabawy

Dziecko staje naprzeciwko terapeuty w pewnej odległości. Obydwójce naprzemiennie turlają do siebie piłkę. Początkowo aktywność wykonujemy symetrycznie obiema rękami. Następnie, na sygnał, zaczynamy turlać piłkę raz prawą, raz lewą ręką. Turlanie piłki może odbywać się w pozycji stojącej, w siadzie lub w klęku.



2. TOCZENIE DUŻEJ PIŁKI PO ŚLADZIE

Przygotuj dużą piłkę i taśmę malarską.

Przeprowadzenie zabawy

Terapeuta wraz z dzieckiem przy pomocy taśmy malarskiej wyznaczają tor, po którym będą toczyć dużą piłkę. Tor może być prosty, zygzakowaty lub w formie wymyślonej przez uczestników zajęć.



Przeprowadzenie zabawy

Terapeuta naprzemiennie z dzieckiem toczą dużą piłkę po wyznaczonym torze, początkowo obiema rękami, potem jedną ręką. W zabawie można wprowadzić element rywalizacji – kto szybciej doprowadzi piłkę do celu.

3. GRANIE NA PIŁCE

Przygotuj dużą piłkę i instrumenty.

Przeprowadzenie zabawy

Terapeuta na wybranym instrumencie wystukuje rytm, który dziecko odtwarza, stukając rękami w piłkę. W tej aktywności należy pamiętać o stopniowaniu trudności i dostosowaniu głośności dźwięków do możliwości i potrzeb dziecka. Zabawę przeprowadzamy, zamieniając się rolami.

4. ZABAWY NA PIŁCE LUB RZUTY DO CELU*

*Ćwiczenie dla dzieci, które są gotowe oderwać nogi od podłogi.

Przygotuj dużą piłkę, układankę, proste puzzle albo woreczki lub piłeczki.

Przeprowadzenie zabawy

Terapeuta pozwala dziecku wybrać proste puzzle/układankę/zabawkę manualną i kładzie je przed piłką w niewielkiej rozsypance. Następnie pomaga dziecku ułożyć się na piłce w pozycji na brzuchu, tak aby ze swojej wysokości dziecko dosięgało do puzzli. Dziecko dobiera puzzle/klocki pojedynczo, przenosi ciężar ciała i układa elementy układanki we właściwym miejscu.

Inną propozycją jest rzucanie woreczkami lub piłeczkami do pojemnika ustawionego przed piłką.



5. RZUTY DO CELU W SIEDZENIU NA PIŁCE

Przygotuj dużą piłkę, małe piłeczki lub woreczki i pojemnik.

Przeprowadzenie zabawy

Terapeuta ustawia pojemnik, do którego dziecko będzie celowało małymi piłkami, woreczkami gimnastycznymi lub innymi elementami. Dziecko siada na piłce, a terapeuta je asekuruje, ustawiając się z boku. Następnie prowadzi terapię podając dziecku przedmioty do rzucań, prowokując przekraczanie linii środkowej ciała (jeśli dziecko chwyta przedmioty prawą ręką, warto ustawić się z jego lewej strony, i odwrotnie – jeśli dziecko chwyta lewą ręką, terapeuta ustawia się z prawej strony dziecka).



6. TOCZENIE PIŁKI STOPAMI I DOCISKANIE JEJ DO ŚCIANY

Przygotuj dużą piłkę i miejsce przy ścianie.

Przeprowadzenie zabawy

Dziecko kładzie się na plecach (na macie, lub materacu) przy ścianie. Terapeuta umieszcza piłkę między ścianą a nogami dziecka. Zadaniem dziecka będzie toczenie piłki stopami w górę i w dół. Po każdym przetoczeniu piłki dziecko dociska ją stopami do ściany kilka razy.



7. RZUCANIE I ŁAPANIE PIŁKI

Przygotuj średniej wielkości piłkę oraz naklejki.

Przygotowanie zabawy

Terapeuta wspólnie z dzieckiem naklejają naklejki na piłkę.

Przeprowadzenie zabawy

Terapeuta i dziecko rzucają do siebie piłkę. Zadaniem uczestników zabawy jest złapanie piłki oburącz i nazwanie obrazka na naklejce znajdującej się między rękami. Dziecko rzuca piłkę do tera-



peuty w sposób, o jaki zostanie poproszone: rzut znad głowy, rzut po przełożeniu piłki pod kolaniem, rzut z prawego/lewego ramienia, rzut po przełożeniu piłki wokół pasa.

8. ODBIJANIE PIŁKI STOPAMI

Przygotuj dużą piłkę.

Przeprowadzenie zabawy

Dziecko kładzie się na plecach na dość twardym podłożu, przyciągając kolana do klatki piersiowej. Zadaniem dziecka jest odbijanie piłki stopami. Terapeuta rzuca piłkę w kierunku przywiedzionych do klatki piersiowej nóg dziecka, a ono, prostując nogi, odbija piłkę w kierunku terapeuty.



9. PRZENOSZENIE MAŁYCH PIŁEK

Przygotuj małe piłki, drewniane łyżki oraz dwa pojemniki.

Przeprowadzenie zabawy

Terapeuta rozsypuje piłki po sali i ustawia dwa pojemniki – po jednym dla dziecka i dla siebie. Każdy z uczestników otrzymuje drewnianą łyżkę. Na sygnał zaczyna się zabawa w zbieranie piłek. Przy pomocy drewnianych łyżek dziecko i terapeuta przenoszą piłki do swoich pojemników ustawionych na środku sali.



10. PIŁECZKOWE MEMORY

Przygotuj pary sensorycznych piłeczek, pudełko lub worek i opaskę do zasłonięcia oczu.

Przeprowadzenie zabawy

Pierwszym krokiem w zabawie jest podzielenie piłeczek na dwie grupy – po jednym rodzaju piłeczki w każdej z nich. Następnie terapeuta wkłada wydzieloną połowę piłek do worka lub pudełka. Dziecko, któremu terapeuta zasłonił oczy opaską, otrzymuje ko-



lejno po jednej piłce i zapoznaje się z jej fakturą. Zadaniem dziecka jest wyszukanie w worku lub pudełku piłeczki do pary.

11. MEMORY POD PIŁECZKAMI*

*Dla młodszych dzieci.

Przygotuj piłeczki sensoryczne, nakrętki od słoików, pary naklejek lub obrazków.

Przygotowanie zabawy

W środek nakrętek terapeuta wraz z dzieckiem wklejają obrazki, tworząc pary.

Przeprowadzenie zabawy

Terapeuta układa nakrętki obrazkiem do góry i każdy z nich przykrywa piłką. Terapeuta i dziecko na zmianę podnoszą dwie piłki, sprawdzając, jaki obrazek jest na nakrętce. Osoba, która znajdzie parę, zabiera piłki i nakrętki jako znak wygranej. Zabawę wygrywa uczestnik, który ueziera więcej piłek.



12. UŁOŻ TAK SAMO

Przygotuj małe, lekkie piłki i nakrętki od słoików.

Przeprowadzenie zabawy

Terapeuta układa wzór z nakrętek, np. kwiatek, serce czy domek i wypełnia je kolorowymi piłkami. Dziecko na swoich nakrętkach odtwarza wzór, zachowując kolory piłek.

Zadanie można wykonać na platformie lub w leżeniu na brzuchu na materacu, wzmacniając obręcz barkową.



W wersji trudniejszej dziecko próbuje zapamiętać kolory piłek. Terapeuta zasłania kocikiem ułożony wzór, a dziecko z pamięci odtwarza zapamiętany obrazek. Po skończeniu odkrywa kocik i dziecko sprawdza poprawność ułożenia piłek.

13. ZABAWA KOLCZASTĄ PIŁECZKĄ

Przygotuj sensoryczną piłkę z kolcami i małe gumki recepturki.

Przeprowadzenie zabawy

Dziecko nakłada na kolce małe gumki, tworząc ciekawe kształty.



Ćwiczenie można wykonywać, utrudniając w sposób dostosowany do potrzeb i możliwości dziecka (układanie przy równoczesnym huśtaniu, sięganie po recepturki, które są poza zasięgiem ręki – po prawej i lewej stronie, przyczepione spinaczami czy w miejscu, do którego dziecko będzie dobiegać lub jechać na deskorolce).

14. PIŁECZKOWE KRĘGLE

Przygotuj małe, lekkie piłeczki oraz rolki po papierze toaletowym.

Przeprowadzenie zabawy

Terapeuta wspólnie z dzieckiem układa z „kręgów”, stawiając rolkę, a na niej piłkę. Dziecko wybiera piłkę, która posłuży za kulę do „kręgów” i próbuje zbić kręgle, trafiając w wybrane kolory piłek.



15. PRZEKŁADANIE PIŁKI STOPAMI

Przygotuj 4 małe piłeczki, 8 talerzyków oraz taśmę malarską.

Przygotowanie zabawy

Terapeuta przykleja na podłodze linię z taśmy izolacyjnej lub malarskiej. Po obu stronach taśmy terapeuta układa talerzyki. Na talerzykach po jednej stronie terapeuta układa piłeczki (na każdym po jednej sztuce).



Przeprowadzenie zabawy

Dziecko siedzi na podłodze na początku linii, podpira się rękami z tyłu, a stopami przekłada po kolei piłki z talerzyka po jednej stronie taśmy na talerzyk po stronie przeciwnej.

16. MINISŁALOM PALUSZKAMI

Przygotuj małą piłeczkę sensoryczną i kredki lub ołówki.

Przygotowanie zabawy

Terapeuta przygotowuje kredki i układa je na podłodze w równej odległości od siebie. Dziecko wybiera piłkę (dobłą do turlania).

Przeprowadzenie zabawy

Dziecko turla piłkę ślalomem pomiędzy kredkami (prawą/lewą ręką).



17. MASAŻ PIŁKĄ

Przygotuj różne piłki oraz materac.

Przeprowadzenie zabawy

Dziecko kładzie się na materacu, a terapeuta masuje różne części ciała dziecka, nazywając je. Ważne, aby pytać o odczucia dziecka.



18. DO DZIURY PIŁKO, DO DZIURY

Przygotuj lekką piłeczkę (np. do ping-ponga) oraz pudełko z otworem.

Przygotowanie zabawy

Terapeuta przygotowuje małą piłkę i pudełko z nieco większym otworem od średnicy piłki (można znaleźć w sklepie pudełko z otworem lub wyciąć odpowiedniej wielkości kółko nożykiem do tapet).

Przeprowadzenie zabawy

Dziecko może pracować na platformie lub siedzieć na dużej piłce. Poruszając pudełkiem, dziecko stara się trafić piłką do otworu.



Elżbieta Konopacka
Beata Kuczevska-Kiełbus

POMYSŁY NA TERAPIĘ POLISENSORYCZNĄ

w gabinecie terapeuty SI dziecka
z nieprawidłowym rozwojem mowy



Motoryka mała oraz duża, czyli cały rozwój ruchowy, są nierozdzielnie połączone z rozwojem mowy. W przypadku zaburzeń tego procesu doskonale sprawdza się metoda SI. Poniższy artykuł ma na celu przybliżenie zagadnienia pracy podczas zajęć SI z dzieckiem o nieprawidłowym przebiegu rozwoju mowy.

Metoda SI jest często wykorzystywana w terapii zaburzeń kształcenia się mowy. Dlaczego? Ponieważ podczas tych zajęć integrują się zmysły, w tym te odpowiadające za rozwój mowy, np. związane z motoryką, takie jak: zmysł równowagi, słuchu, wzroku, dotyku. Czynność mówienia, używania znaków języka migowego czy systemów wspomagających mowę, takich jak m.in. werbogesty, wymaga dużej integralności zmysłów oraz precyzji ruchów. Podczas prowadzenia terapii logopedycznej wskazane jest wykorzystanie elementów metody SI, aby podczas zajęć prawidłowo rozwijać mowę dziecka.

Umiejętne połączenie metody integracji sensorycznej z terapią logopedyczną może wyregulować nieprawidłowe napięcia mięśni aparatu artykulacyjnego, usprawnić koordynację wzrokowo-słuchowo-ruchową oraz stymulować wielozmysłowo.

33 zabawy polisensoryczne

Przedstawiam moje propozycje zabaw polisensorycznych ukierunkowanych na wspomaganie rozwoju mowy w gabinecie terapeuty SI. Należy pamiętać o tym, że każde ćwiczenie specjalista powinien dostosować do wieku i możliwości ruchowych oraz komunikacyjnych danego pacjenta.

1 Chodzenie wzdłuż sznurka/linii/nierównoliniowego wzoru i zbieranie obrazków/napisów. Następnie czytanie/nazywanie rzeczowników i czasowników przedstawionych na obrazkach. Czynności można później pokazać ruchem.

2 Chodzenie wzdłuż linii i wybrzmiewanie wybranej samogłoski tak długo, ile trwa ruch (głośno lub cicho).

3 Pokonywanie torów przeszkód wraz z artykułowaniem wybranych słów, np. hop, bach, góra, dół, prawo, lewo, nisko, wysoko, szybko, wolno itp.

4 Chodzenie po zróżnicowanych fakturach z jednoczesnym rozwojem słownictwa, np. ała, oj, kłuje, miłe, twarde, miękkie.

5 Memory dotykowe. Szukanie z zamkniętymi oczami w worku lub pudełku przedmiotów o takiej samej fakturze, temperaturze oraz ćwiczenie słownictwa, np.: zimne, ciepłe, twarde, miękkie, szorstkie, gładkie, mokre, suche.

6 Szukanie elementów ukrytych w pojemniku z ryżem, kaszą, piaskiem. Wyjmowanie ich ręką lub szczypcami, nazywanie, czytanie etykiet. Dodatkowo polecam zafarbowanie ryżu na różne kolory, co wzmocni zainteresowanie dziecka. Przy okazji można ćwiczyć nazewnictwo barw.

7 Wyjmowanie elementów pokrytych pianką do golenia lub bitą śmietaną. Jeśli dziecko nie ma nietolerancji pokarmowych, a rodzice wyrażają zgodę, pacjent może dodatkowo zlizać śmietaną z dłoni (przykładowe słownictwo: mniem, dobre, pyszne, smaczne, słodkie, lepkie, białe). Jeżeli ukryjemy w pianie np. małe figurki zwierząt, możemy później oprócz nazewnictwa ćwiczyć układanie historyjek z wykorzystaniem tych zwierzęcych bohaterów.

8 Malowanie palcami pokrytymi różnymi substancjami. Tu także można wykorzystać substancje jadalne, np.: miód, dżem, czekoladę, kolorowy lukier, a oprócz tego tradycyjne farby. Dziecko może malować cokolwiek według własnego pomysłu (i później wypowiadać się na temat swojego dzieła) lub według instrukcji słownej terapeuty – tutaj dodatkowo ćwic-

zona jest uwaga słuchowa i rozumienie mowy oraz orientacja na kartce papieru.

9 Wykonanie lodowca z zamrożonymi zabawkami. Jeżeli w naszym miejscu pracy znajduje się zamrażalnik, dzień wcześniej przygotowujemy nasz lód. Wlewamy wodę do (najlepiej) przezroczystej miski. Zatapiamy w niej dowolne zabawki odporne na zniszczenie przez wilgoć, np. plastikowe figurki zwierząt, auta, piłeczki itp. Podczas naszych zajęć dotykamy lodu i ćwiczymy słowa, takie jak: lód, zimne, zimno, brrrr. Następnie wyjmujemy bryłę na tacę i wykuwamy nasze zamrożone przedmioty. Przykładowe dodatkowe słownictwo: kuje, mocno, lekko, uderza, bam. Przy każdym uderzeniu możemy ćwiczyć samogłoski, typu o – o – o. A potem czeka nas rozwijająca zabawa – układanie wydobytych zabawek według usłyszanej kolejności, zabawa w „co zniknęło?”, wymyślanie historyjek.



10 Wykorzystywanie zmysłu węchu. Dziecko z zamkniętymi oczami wacha różne zapachy i nazywa je. Istnieją gotowe gry, takie jak „Nos w nos” firmy Granna, ale można zastosować intensywnie pachnące owoce, warzywa czy olejki eteryczne. Podczas tego ćwiczenia proponuję ćwiczenie pamięci węchowej (jakie zapachy były po kolei?) oraz słowne: układanie różnych wyrazów z pierwszych sylab nazw zapachów, ewentualnie wysłuchiwanie sylab nagłosowych, śródgłosowych oraz wygłosowych w danych wyrazach.

11 Pisanie/rysowanie palcem na plecach, dłoni. Terapeuta u starszych dzieci pisze, a u młodszych rysuje. Dziecko odgaduje literę, napis, prosty wzór, obrazek. U małych dzieci polecam najpierw ułożenie przed nimi np. dwóch rysunków, z których jeden zostanie narysowany na plecach. Ma to na celu zwiększenie możliwości wyobrażenia i odgadnięcia zagadki.

12 Skakanie przez dziecko na piłce i czytanie etykiet lub nazywanie ilustracji pokazywanych przez terapeutę. Ćwiczenie można urozmaicić – dziecko skacze, terapeuta pokazuje np. 2, 3, 4 obrazki (lub napisy) w kolejności, a pacjent później ma za zadanie wymienić zapamiętaną kolejność. Jeżeli mowa pacjenta jest opóźniona lub zaburzona, może on wyszukać zapamiętane ilustracje wśród innych rozłożonych na dywanie, a terapeuta SI stara się omówić z dzieckiem obrazek, wskazując najważniejsze elementy, zaciekawiając głosem.

13 Zawieszenie liter, wyrazów, ilustracji na ścianie na większej wysokości. Dziecko podskakuje i uderza dłonią wyraz, czyta, wysłuchuje słowo wypowiedziane przez nauczyciela, szuka go, pod-

skakuje i „zaklepuje”. Zadanie można urozmaicać, np. rzeczowniki/elementy czerwone lub duże – dziecko dotyka prawą ręką, a czasowniki/elementy zielone lub małe – lewą itp. W tym ćwiczeniu można wykorzystać także małą trampolinę.

14 Zabawy słuchowo-ruchowe. Tańce do rytmu muzyki i rytmiczne wypowiadanie samogłosek czy ćwiczonych sylab z zaburzoną głoską.

Umiejętne połączenie metody integracji sensorycznej z terapią logopedyczną może wyregulować nieprawidłowe napięcia mięśni aparatu artykulacyjnego, usprawnić koordynację wzrokowo-słuchowo-ruchową oraz stymulować wielozmysłowo.

15 O ile warunki w sali na to pozwalają, polecam wykorzystać możliwość jej zaciemnienia i z użyciem latarki **ukazywać na ścianie cienie** (układem rąk, ciała, przedmiotów). Komentujemy głośno to, co widzimy, układamy historyjki. Z małymi dziećmi z nieharmonijnym rozwojem mowy należy wykazywać dużą ekspresję w mówieniu, zaciekawienie i stosowanie onomatopei (oooo co to? Uuuuu lata; hop hop skacze; bach! spada; eeeeeee płacze; e! e! e! ciągnie; hau hau piesek szczeka; wilk wyje aauuu! kic kic zając skacze; tttt traktor jedzie itp.). Obecnie popularne są załaminowane obrazki z ukrytą wewnątrz częścią, którą widać dopiero po podświetleniu latarką.



16 Ukrycie różnych przedmiotów (kubek, tyżka, gąbka itp.) pod kolorowymi chustami lub w kolorowych pudełkach. Dziecko rzuca różnobarwną kostką, następnie podnosi wieczko odpowiedniego pudełka lub chustę. Bierze przedmiot i mówi, do czego on służy – do picia, jedzenia, mycia...

17 Ćwiczenia gramatyczne. Wiele dzieci z zaburzonym lub opóźnionym rozwojem mowy ma trudności z odmianą wyrazów według określonych przypadków. I tak mogą mówić np. miś jest (w) pudełko. Auto leży (na) dywan. Proponuję zabawę zabawkami i jednocześnie rozmowę kierowaną na ćwiczenia gramatyczne: Co to? Tak, to lala. Co robi lala? Lala idzie. Ooo, gdzie teraz jest lala? Jest w domu. Na czym siedzi lala? Na kanapie. Gdzie są ubrania lalki? W szafie. Z małymi dziećmi sami wchodzimy pod stół, na stół, stajemy obok krzesła i nazywamy relacje przestrzenne (jesteśmy pod stołem, na stole, obok krzesła, za krzesłem).

18 Terapeuta SI może bardzo pomóc logopedzie, **ćwicząc z dzieckiem funkcje gryzienia, żucia**, podając odpowiednio twarde produkty. Jedzenie twardszych pokarmów, takich jak: jabłka, skórki od chleba, marchewki, jest bardzo istotne w rozwoju twarzoczaszki, prawidłowego zgryzu oraz pracy mięśni aparatu artykulacyjnego.

19 Powrót do przeszłości? Dlaczego nie! Jeżeli ktoś posiada, może w terapii wykorzystać maszynę do pisania, na której starsze dziecko będzie pisało usłyszane słowa lub po prostu wybrane litery. Taka maszyna jest o tyle lepsza od klawiatury, że wymusza mocniejszy docisk palców, a także wspaniale ćwiczy koordynację wzrokowo-ruchową. No i nie potrzebujemy do niej żadnego ekranu – a wiemy, że im mniej bodźców elektronicznych, tym lepiej.

20 Ćwiczenia nazewnictwa części ciała. Dziecko zamyka oczy, terapeuta dotykiem wskazuje u niego wybraną część ciała, np. głowę, ramię, plecy, a dziecko nazywa ją. Polecam zamienić się rolami, aby dziecko przejęło czynności specjalisty. Zazwyczaj sprawia mu to wiele radości!

21 Masaże – są one istotnym elementem pracy terapeuty SI oraz logopedy. Podczas zajęć z integracji sensorycznej masaże w obrębie aparatu artykulacyjnego (twarzy, wewnątrz jamy ustnej), ale także całego ciała, pozytywnie wpłyną na usprawnienie pracy mięśni odpowiadających za pracę aparatu artykulacyjnego lub wspomagających ją. Uważliwanie i usprawnianie strefy orofacialnej można także przeprowadzić poprzez masaże dłoni i stóp. Wynika to z lokalizacji obszaru odpowiadającego za te części ciała w korze mózgowej.

22 Zabawy oddechowe. Wyścigi pomponików/papierowych aut/papierowych statków w misce z wodą – dmuchanie na te elementy; ćwiczenia prawidłowego toru oddechowego przez nos poprzez zdmuchiwanie powietrzem wydychanym nosem lekkich elementów ze stolika czy dłoni, dmuchanie nosem w trąbkę (gwizdek) urodzinową.

23 Paluszkowe piłkarzyki. Polecam wykonać miniboisko z pudełka, a palce wskazujące i środkowe posłużą nam jako nogi piłkarzy. Jako piłkę możemy wykorzystać większy pomponik, kulkę z papieru. Podczas meczu ćwiczymy słownictwo, takie jak: hop, opa, piłka, biega, kopie, gol, szybko, mam, podaj, daj, bramka.

24 Zabawy z instrumentami i ćwiczenie pamięci słuchowej. Zapoznajemy pacjenta z dźwiękami poszczególnych instrumentów. Następnie dziecko odwraca się, terapeuta gra na wybranym lub kilku przedmiotach. Zadaniem dziecka jest zagranie w tej samej kolejności lub na tych samych instrumentach. Można także grać głośno, cicho, długo, krótko, obrazować natężenie dźwięku ruchem i jednocześnie ćwiczyć te pojęcia.

25 Rymowanki-pokazywanki. Rytmiczne wypowiadanie wierszyków z jednoczesnym pokazywaniem treści. Polecam także wszelkiego rodzaju paluszkowe wierszyki. Urozmaicić je można w bardzo prosty sposób – wystarczy wykorzystać rękawiczkę i do każdego palca przykleić lub przyczepić na rzepy potrzebne do danego wierszyka elementy, np. rysunkowe głowy zwierząt. Wierszyki można wymyślać samemu, jednak internet obfituje w gotowe pomoce. Przedstawiam wierszyk mojego autorstwa:

Było sobie świnek pięć,

(z pozycji zamkniętej dłoni odrywamy po kolei każdy palec)

na zabawę miały chęć.

(„podskakujemy” paluszkami)

Najpierw pierwsza, potem piąta

(podnosimy tylko kciuk i mały palec)

zatańczyły blisko kąta.

(kręcimy dłonią w nadgarstku)

Teraz mała świnka czwarta

(ruszamy palcem serdecznym, dla ułatwienia pozostałe także mogą być podniesione)

o tę pierwszą jest podparta,

(łączymy palec serdeczny i kciuk)

a na koniec trzecia z drugą

(podniesiony tylko palec wskazujący i środkowy)

zaraz w tańcu nogi zgubią!

(ruch wycinania jak nożyczkami)

26 Zadawanie pytań i rzucanie piłki. Dziecko łapie, odpowiada i odrzuca piłkę do terapeuty.

27 Memory słowno-obrazkowe. Szukanie par takich samych obrazków i nazywanie lub wyszukiwanie obrazka i odpowiadającej zapisanej nazwy.

28 Wykorzystanie deskorolki. Dziecko siada lub kładzie się na desce, potem odpychając się rękoma, podjeżdża do wykorzystywanych elementów i zbiera je (np. fragmenty kartki). Na koniec układa części w odpowiedniej kolejności. To mogą być elementy obrazka lub sylaby, których dziecko wysłuchuje i zbiera etykiety.

29 Gry planszowe. Zachęcam specjalistów do tworzenia własnych gier. W zupełności wystarczy proste gry rysowane na kartkach, z dodatkowymi załącznikami w postaci np. kart z pytaniami czy zadaniami. Można rozwijać za ich pomocą różne funkcje poznawcze, dodawać elementy dźwiękowe i ruchowe, utrzymywać materiał językowy.

30 Lustrzane odbicia. Pokazujemy dziecku z wykorzystaniem lusterka, jak wygląda lustrzane odbicie na kartce. Następnie pacjent otrzymuje na papierze połowę prostego wzoru lub rysunku, który nazywamy. Jego zadaniem jest narysować drugą połowę, symetrycznie. Ćwiczony materiał językowy będzie zależał od zawartości kartki.

31 Magnetyczny labirynt. Będziemy potrzebować wydrukowanego na technicznym papierze labiryntu, papierowego pionka z wpiętym spinaczem biurowym oraz magnesu. Prowadzący zajęcia trzyma kartkę z wydrukiem, dziecko układa pionek na startowej pozycji i przesuwając nim z pomocą magnesu pod spodem kartki. Możemy ćwiczyć wydłużanie fazy głosowej i jak najdłużej podczas przesuwania pionkiem wybrzmiewać wybraną samogłoskę, np. ooooo, aaaaa.



32 Produkcja różnych rodzajów mas plastycznych, tworzenie sztucznego śniegu, ciasta, dodawanie barwników i zapachów. Następnie zabawy w zimowe sporty, lepienie bałwana, pieczenie ciasteczek. A przy tym oczywiście rozwijanie mowy!

33 Balonowe gniotki. Na balonach rysujemy oczy, nos, usta. Do środka wsypujemy wybrany produkt, jak: mąka, kasza, ryż. Następnie zawiązujemy balony. Gniotki gotowe! A ponieważ mają usta, mogą... rozmawiać! I w taki oto prosty sposób ćwiczymy umiejętność dialogowania, zadawania pytań i odpowiedzi na nie.

Pamiętajmy, że aby wpieranie terapii logopedycznej podczas zajęć SI przyniosło jak najlepszy skutek, najlepiej skontaktować się z logopedą prowadzącym naszego pacjenta. Podczas rozmowy należy wymienić swoje spostrzeżenia oraz dowiedzieć się więcej na temat aktualnego etapu terapii mowy.

Literatura:

1. Odowska-Szlachcic B., *Metoda integracji sensorycznej we wspomaganiu rozwoju mowy dzieci z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego*, Harmonia, Gdańsk 2016.
2. Jodzis D., *Dysfunkcje integracji sensorycznej a sprawność językowa dzieci w młodszym wieku szkolnym*, Harmonia Universalis, Gdańsk 2013.
3. Karga M., *Podstawowe zasady obserwacji i terapii zaburzeń integracji sensorycznej u małego dziecka*, [w:] Cytowska B., Winczura B. (red.), *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.
4. Maas V.F., *Uczenie się przez zmysły*, WSiP, Warszawa 1998.

Kamila Miszczyk

MOC SAMOREGULACJI – wyregulowany terapeuta kluczem do wyregulowanego dziecka, czyli co warto wiedzieć o SELF-REG

Dawno temu, podczas jednego ze szkoleń prowadzonego przez amerykańskiego terapeutę pracującego z dziećmi ze spektrum autyzmu, usłyszałam słowa: „*Happiness is a choice...*”. Pamiętam, że pomyślałam wtedy: „Czy to naprawdę jest takie proste? Szczęście jest wyborem?”. Pod koniec dnia szkoleniowego postanowiłam, że zapamiętam te słowa na zawsze. I tak rzeczywiście się stało. To konkretne szkolenie skierowało mój rozwój zawodowy w nurt podejścia niedyrektywnego, terapii relacyjnej, przyjmowania perspektywy dziecka. Przyznaję, że w nurcie tym tkwię do dziś i jest mi w nim bardzo dobrze. Jak to osiągnąć?



Kiedy jakieś cztery lata temu wpadła mi w ręce książka doktora Stuarta Shankera opisująca podejście Self-Reg, przypomniałam sobie właśnie te słowa: „szczęście to wybór”. W naszej codziennej pracy terapeutycznej spotykamy się z bardzo różnym zachowaniem naszych małych pacjentów. Nasze reakcje na te konkretne zachowania to bardzo ważne wybory,

których w procesie terapeutycznym dokonujemy bez przerwy. Każdy taki wybór przynosi konkretny efekt. Warto zatem dokonywać tych wyborów świadomie i na podstawie nauki. I właśnie tego uczy Self-Reg. Stuart Shanker w swojej książce pisze: „Zamiast się zirytować, zaczniesz zadawać pytania. Zaczniesz słuchać, zamiast dyscyplinować lub wydawać pole-

cenia. Całym sobą, wszystkimi zmysłami. Zamiast reagować w sposób, który tylko dodaje dziecku stresu i powoduje, że zużywa ono więcej energii, możesz pomóc mu się uspokoić, przywrócić równowagę i odprężyć się. Dzięki samoregulacji”. Jeżeli jeszcze nie czytaliście tej książki, to być może już ten krótki wstęp Was do tego zainspirował. W dalszej części artykułu postaram się przybliżyć Wam podejście Self-Reg i przekonać Was do jej wykorzystywania w gabinetach integracji sensorycznej.



Czym właściwie jest Self-Reg?

Najprościej rzecz ujmując, Self-Reg jest to podejście pomagające w sposób całościowy zarządzać procesami, które dzieją się w naszych mózgach i ciałach w związku z sytuacją stresową. Dla terapeutów to szczególnie cenne, gdyż pozwala skutecznie obserwować te procesy zarówno u siebie, jak i u małych pacjentów i ich rodziców. Celowo używam tu sformułowania podejście, a nie metoda (jak często opisywane jest Self-Reg), ponieważ nie dostajemy tu do rąk konkretnych narzędzi, ale poznajemy wiele istotnych mechanizmów działania naszego ośrodkowego układu nerwowego. Podejście Self-Reg daje nam ogrom wiedzy dotyczącej ścieżek poszukiwania przyczyn trudnych zachowań naszych dzieci i ich właściwej interpretacji. Dzięki tej wiedzy będzie nam łatwiej znaleźć skuteczne narzędzia, które pomogą nam i dziecku wyjść z konkretnej sytuacji stresowej, jak i zadziałać profilaktycznie, by do takiej sytuacji nie dopuścić. Podejście Self-Reg jest mocno osadzone w nauce, a precyzyjniej mówiąc – w neurobiologii. Aby zatem dobrze je zrozumieć, należy poznać procesy, na których oparto założenia Self-Reg.

Samoregulacja i zielona strefa

Podejście Self-Reg, jak wskazuje jego nazwa (z ang. *Self-Regulation*), opiera się przede wszystkim na procesie samoregulacji. Według definicji doktora Shankera samoregulacja „to umiejętność rozpoznawania własnych stanów pobudzenia i regulowania ich, czyli zmieniania tak, aby optymalnie zarządzać swoimi emocjami, stresem i energią”. To umiejętność uruchamiania procesów kompensacji, by odzyskać równowagę i pójść do przodu. Niezwykle ważne jest tu pojęcie równowagi, zwanej inaczej homeostazą. Tylko w stanie równowagi, czyli optymalnego stanu pobudzenia, jesteśmy w stanie działać racjonalnie i skutecznie. W osiągnięciu homeostazy pomagają nam nasz autonomiczny układ nerwowy, który dzieli się na część współczulną i przywspółczulną.

Część współczulna zwana jest także układem sympatycznym lub pobudzającym, ponieważ jego działanie objawia się głównie w sytuacjach zagrożenia, pobudzenia, stresu czy zwiększonej aktywności fizycznej. Jest naszym wewnętrznym pedałem gazu. Układ przywspółczulny zwany jest inaczej parasympatycznym lub hamującym, ponieważ jego działanie przejawia się głównie w sytuacjach relaksu, spokoju, gdy organizm nie jest zmuszany do działania. Jest naszym wewnętrznym hamulcem.

O stanach pobudzenia człowieka niezwykle obrazowo pisze Daniel Siegel¹, opisując je jako strefę zieloną, czerwoną i niebieską. Strefa zielona to nasz optymalny stan pobudzenia, czyli właśnie równowaga. Będąc w tej strefie, mamy dostęp do kory nowej, czyli możemy się uczyć, racjonalnie ocenić sytuację, efektywnie rozwiązywać problemy i pokonywać trudności. Współczulny pedał gazu i przywspółczulny hamulec współpracują ze sobą prawidłowo. Strefa czerwona to sytuacja, kiedy emocje biorą górę i pedał gazu jest wciśnięty maksymalnie, a hamulec nie reaguje. To stan wysokiego poziomu pobudzenia, w którym uaktywnia się gwałtowna reakcja na stres. Tracimy wtedy dostęp do kory nowej, a naszym zachowaniem rządzą niższe struktury mózgu (układ limbiczny, tzw. mózg ssaczy i pień mózgu, tzw. mózg gadzi²). Uruchamia się pierwotna reakcja obronna „walcz lub uciekaj”. Wzrasta nasze tętno i temperatura ciała, oddech przyspiesza, mięśnie się napinają. Nasze zachowanie jest nieracjonalne, bardzo emocjonalne. Wtedy krzyczymy, płaczemy, zaciskamy dłonie w pięści, bywamy agresywni. Natomiast strefa niebieska to stan niskiego pobudzenia. To również sytuacja, kiedy naszym zachowaniem rządzą niższe piętra mózgu, ale reakcja jest bierna. Tu uruchamia się inna pierwotna reakcja obronna, którą – w kontrze do „walcz albo uciekaj” – można nazwać „stój albo zemdlej”, w psychologii często określana „zamrożeniem”. Tu reakcją na trudną sytuację nie jest wybuch, lecz wycofanie. Nasz oddech jest płytki, obniża się tętno i ciśnienie krwi. Unikamy wtedy kontaktu wzrokowego,

milniemy, nieruchomiejemy, odcinamy się od bodźców. W tej sytuacji hamulec jest wciśnięty maksymalnie. Co istotne, w tej strefie nasza reakcja może mieć zmienne natężenie – od pełnego zastygnięcia, ale w dużym napięciu emocjonalnym, aż po ucieczkę w sen.

Mózgowe Wi-Fi

Niezwykle istotne jest to, że procesy samoregulacji u dzieci do trzeciego roku życia są sterowane praktycznie całkowicie z zewnątrz za sprawą ważnych bliskich osób dorosłych. Dzieje się tak za sprawą efektu rezonansu limbicznego, czyli tendencji do synchronizowania się naszych mózgów z mózgami innych ludzi przebywających w naszym najbliższym otoczeniu. Im bardziej znaczący są dla nas ludzie wokół, tym silniejsza tendencja do synchronizowania wzajemnych stanów emocjonalnych. Dr Shanker nazywa to mózgowym Wi-Fi i rzeczywiście tak to działa. Kiedy u niemowlaka widoczne są pierwsze objawy dyskomfortu czy niepokoju, które wyraża płaczem lub krzykiem, to zwykle mama lub tata, odczytując stan emocjonalny dziecka, tak sterują swoim zachowaniem, aby ze stanu nadmiernego pobudzenia dziecko wróciło do równowagi. Prawdą jest, że im bardziej zestresowani są rodzice, tym bardziej niepokoi się dziecko. I odwrotnie – jeśli rodzice są spokojni i zrelaksowani, to i dziecko jest w zielonej strefie, czyli w równowadze. Osobiście widziałam to w gabinecie niejednemu raz. Co ważne, stan pobudzenia terapeuty ma również olbrzymi wpływ na to, jak będzie się zachowywało dziecko w jego towarzystwie. To też miałam okazję obserwować na sobie i własnych podopiecznych. Drodzy terapeuci, pamiętajcie więc o tym, że im bliżej własnej zielonej strefy jesteście, tym efektywniej wpłyniecie na rozwój Waszych małych pacjentów. Oczywiście, im dziecko jest starsze, tym bardziej sprawnie i samodzielnie jest w stanie regulować swoje stany pobudzenia, pod warunkiem, że go tego nauczono. To, jak dziecko będzie radziło sobie ze stresem w przyszłości, zależy w dużej mierze od umiejętności, jakie zdobędzie w najmłodszych latach.

Czego uczy nas podejście Self-Reg?

Self-Reg to jedno z tych podejść, które daje nam przysłowiową wędkę, a nie rybę. Po pierwsze pokazuje obszary, w których należy poszukiwać stresorów, a po drugie podpowiada, jakie kroki wykonać, żeby efektywnie pomóc dziecku i sobie w sytuacji stresowej.

Zacznijmy zatem od omówienia **pięciu obszarów samoregulacji** w Self-Reg. Doktor Stuart Shanker wskazuje, w jakich płaszczyznach naszego życia należy szukać przyczyn napięć i utraty równowagi. Co istotne, wszystkie one wpływają na siebie nawzajem.



Pierwszy z nich to **obszar biologiczny**, który związany jest bezpośrednio z funkcjonowaniem naszego układu nerwowego i procesami fizjologicznymi. W przypadku dzieci, szczególnie tych, które trafiają do gabinetów integracji sensorycznej, to właśnie w tym obszarze będziemy najczęściej odnajdywać „winowajców” wyjścia z zielonej strefy. Najczęstszymi stresorami w tym obszarze są: braki w zakresie ilości i jakości snu, głód, choroba, hałas, zbyt wysoka lub zbyt niska temperatura otoczenia, zbyt mało ruchu, trudności motoryczne i sensoryczne, a więc generalnie wszystko to, co wiąże się z ciałem i zmysłami. Oznaki stresu, jakie możemy zaobserwować w tym obszarze, to: ospałość, nadmierna ruchliwość, bóle brzucha lub głowy, trudności z przechodzeniem między czynnościami wymagającymi większej i mniejszej aktywności.



Drugi obszar naszych poszukiwań to **obszar emocjonalny**, który jest ściśle związany z tym, jak rozumiemy nasze emocje i jak sobie z nimi radzimy. Tutaj stresorami są po prostu aktualnie przeżywane silne emocje, nowe i nieznane jeszcze dziecku emocje czy też uwikłanie emocjonalne w jakąś trudną sytuację. Warto pamiętać o tym, że wytrącić dziecko z zielonej strefy mogą zarówno negatywne, jak i pozytywne emocje. Oznaki nadmiernego stresu w tym obszarze mogą

przyjmować bardzo różnorodny charakter: od obniżonego nastroju, depresji poprzez nadmierne wpadanie w złość po agresję czy furię.



Kolejny obszar to **obszar poznawczy**, który wiąże się z takimi procesami, jak: myślenie, uwaga, pamięć, uczenie się, przetwarzanie informacji, rozwiązywanie problemów. Najczęstsze stresory poznawcze to: zbyt dużo informacji podanych jednocześnie, informacje zbyt abstrakcyjne, podane chaotycznie, oczekiwanie od dziecka zbyt długiego, nieadekwatnego do wieku dziecka czasu koncentracji na zadaniu, zadania zbyt trudne lub zbyt łatwe, duże tempo pracy bez przerw regeneracyjnych. Oznaki nadmiernego stresu w tym obszarze to m.in.: trudności z utrzymaniem uwagi, trudności w uczeniu się, niska motywacja, problemy w przełączaniu się pomiędzy zadaniami. Dzieci, które mają kłopoty w obszarze poznawczym, zazwyczaj doświadczają także nadmiernego stresu w obszarze biologicznym i emocjonalnym.



Przedostatni już obszar, w którym będziemy poszukiwać przyczyn stresu naszych podopiecznych, to **obszar społeczny**. Dotyczy on wszelkich kontaktów społecznych, umiejętności nawiązywania i podtrzymywania relacji. Stresorami w tym obszarze najczęściej są: konflikty rówieśnicze, bycie ofiarą lub świadkiem przemocy, zmiana szkoły czy też wszystkie nowe, nieznane dziecku sytuacje społeczne, w których uczestniczy po raz pierwszy. Oznakami stresu w tym obszarze mogą być kłopoty z zawieraniem znajomości i przyjaźni, kłopoty komunikacyjne, np. trudności w podtrzymaniu rozmowy, wycofywanie się z kontaktów społecznych, trudności we współpracy w grupie, agresja w stosunku do rówieśników.



Ostatnim obszarem, w którym będziemy poszukiwać stresorów, jest **obszar prospołeczny**. Jest on związany z takimi pojęciami, jak: empatia, normy i wartości, którymi kierujemy się w życiu, zaangażowanie w bezinteresowną



pomoc innym. Stresorami są tutaj: konieczność radzenia sobie z emocjami innych osób, trudne wybory z moralnego punktu widzenia, wybieranie potrzeb innych ponad swoje własne, poczucie winy czy niesprawiedliwości. Oznakami stresu w wymiarze prospołecznym może być brak empatii, osaczenie przez dominujące osoby, lęk w sytuacjach społecznych. Dzieci, które nie mają trudności w tym obszarze, dobrze radzą sobie w grupie, łatwo przechodzą od koncentracji na sobie do koncentracji na innych, są skłonne do kompromisów.

Pięć kroków do zmiany zachowania w obliczu stresu

Kiedy już wiemy, gdzie szukać przyczyn stresu i napięć emocjonalnych naszych małych pacjentów, możemy przejść do poszukiwania indywidualnych rozwiązań dopasowanych do konkretnego dziecka. W Self-Reg przychodzi nam z pomocą pięć kroków do zmiany zachowania w obliczu stresu, dzięki którym dziecko z naszą pomocą będzie miało szansę odzyskać równowagę i wrócić do zielonej strefy.



ODCZYTAJ SYGNAŁY I PRZEFORMUŁUJ ZACHOWANIE

Aby skutecznie odczytać czasami bardzo subtelne symptomy stresu u dziecka, musimy być z nim przede wszystkim w dobrej relacji, musimy znać dziecko. W tym kroku powinniśmy wnikliwie przyrzeć się zachowaniu dziecka i spróbować odróżnić tzw. zachowanie „niegrzeczne” od tego powodowanego stresem. Pamiętajmy, że to pierwsze zachowanie związane jest z wolą i świadomym wyborem, a to drugie ma podstawy fizjologiczne, pobudza do działania układ limbiczny, a wytłumia działanie kory nowej, powodując określone symptomy, takie jak: dezorganizacja, lęk, złość, odwracanie wzroku, zaczerwienienie, blednięcie itp. A zatem odpowiedzmy sobie na pytanie, czy to, co widzimy, to rzeczywiście zła wola dziecka czy raczej stres. Często będzie to stres. Ten pierwszy krok rzutuje na to, co stanie się potem, bo jak pisze doktor Shanker: „kiedy zaczynamy myśleć o zacho-

waniu dziecka jako odzwierciedleniu procesu samoregulacji w reakcji na stres oraz poziomu pobudzenia i energii, nie w kategoriach samokontroli i posłuszeństwa, następuje ogromna zmiana”.



ZDEFINIUJ STRESORY

Jeżeli w kroku pierwszym odkryliśmy, że za zachowaniem dziecka stoi stres, to w tym kroku należy poszukać przyczyn tego stresu. Mamy zatem przed sobą pracę – poszukiwanie stresorów w pięciu obszarach samoregulacji: biologicznym, emocjonalnym, poznawczym, społecznym i prospołecznym. Warto pamiętać o tym, że stresory to bardzo indywidualna sprawa. To, co bardzo stresuje jednych, dla innych może być niezauważalnym bodźcem. Pamiętajmy też, że źródłami utraty równowagi mogą być zarówno konkretne bodźce, których dziecko doświadcza tu i teraz, jak i sytuacje wydłużone w czasie, jak np. rozwód rodziców czy konflikt z bliską osobą. Dlatego tak ważne



jest rozwijanie bliskiej relacji z dzieckiem i nasza uważność.



ZREDUKUJ STRESORY

W tym kroku będziemy chcieli maksymalnie zredukować oddziaływanie stresorów na dziecko. Działaniem w tym kierunku będzie regulacja poziomu natężenia stresorów lub całkowite wyeliminowanie ich z otoczenia dziecka, bądź też pomoc w obniżeniu ich wpływu na dziecko. W zależności od tego, z których obszarów pochodzą stresory, będzie to albo nieco łatwiejsze (jak w przypadku niektórych stresorów biologicznych), albo niezwykle trudne (jak w przypadku stresorów społecznych czy prospołecznych). Warto w tym kroku pamiętać o efekcie rezonansu limbicznego, czyli swoje bycie w zielonej strefie nieco „rozlać” na dziecko. Warto spróbować np. ściszyć głos, szeptać, zmienić natężenie światła, przytulić dziecko, pogłodzić po plecach. Można też zaproponować dziecku wejście do „kryjówki”, zabawy z oddechem, przytulenie ulubionego misia, gnienie papieru, tupanie, wsłuchiwanie się w ciszę. Im lepiej znamy dziecko i jego profil sensoryczny, tym bardziej precyzyjnie będziemy mogli próbować redukować stresory. Nie zapominać o supermocy, którą ma „Jej Wysokość Propriocepcja” (obniża poziom hormonów stresu, a podwyższa poziom hormonów szczęścia, przyjemności i relacji).



UŚWIADOM SOBIE, KIEDY JESTEŚ ZESTRESOWANY

W tym kroku stawiamy na rozwijanie samoświadomości dziecka. Naszym celem będzie to, żeby dziecko stawało się coraz bardziej świadome swoich stanów emocjonalnych i tego, jak na stres reaguje jego ciało. To my musimy spróbować pokazać, uświadomić dziecku różnicę między byciem w zielonej

strefie a byciem w strefie czerwonej czy niebieskiej. Aby to osiągnąć, warto zacząć od nazywania emocji dziecka i opowiadania o nich, pokazywania, jak inni radzą sobie w podobnej sytuacji. Oczywiście to, jak będzie wyglądała nasza praca na tym polu, zależy od tego, z jakim dzieckiem będziemy pracować. Po inne techniki sięgniemy, pracując z dziećmi neurotypowymi, a po inne, gdy do naszego gabinetu trafią dzieci z poważniejszymi wyzwaniami rozwojowymi. Pomocne mogą tu być techniki treningu uważności (mindfulness), książki z serii *SELF-REGulation. Opowieści dla Dzieci*³, bajki terapeutyczne czy techniki wizualizacji.



ZORIENTUJ SIĘ, CO POMAGA CI SIĘ USPOKOIĆ I UZUPEŁNIĆ ZASOBY ENERGII

Ten krok to wspólne (jeśli to możliwe) opracowywanie konkretnych strategii, które będą miały na celu zarówno doraźną, jak i długofalową pomoc w zmniejszaniu napięcia i odzyskiwaniu energii. Patrząc na ten krok oczami terapeuty, mamy tutaj dwie drogi, którymi często musimy podążać jednocześnie. Pierwsza droga, związana z długofalowymi działaniami, będzie wymagała współpracy z rodzicami dziecka, ponieważ dotyczyć może np.: snu, diety, codziennego harmonogramu dziecka. Druga droga to nasza własna praca z dzieckiem w gabinecie, gdzie wspólnie będziemy odkrywać aktywności, zabawy, zadania, które będą pomagały dziecku tu i teraz wrócić do zielonej strefy. Im więcej znajdziemy takich aktywności i im częściej będziemy je powtarzać, tym bardziej długofalowe będzie ich działanie i tym większa będzie świadomość dziecka, jak to na nie działa. Muszą to być strategie maksymalnie zindywidualizowane, mocno oparte o możliwości i potrzeby dziecka. Każdy z nas inaczej odreagowuje stres i „ładuje baterie”. Jedni układają puzzle czy rysują, inni tańczą, ćwiczą jogę czy biegają, a jeszcze inni gotują.

Na zakończenie chcę tylko powiedzieć, że jeśli wgrzyziecie się w podejście Self-Reg, to skutki tego będziecie obserwować na wielu polach. Nie tylko życie Waszych małych podopiecznych i ich rodziców stanie się wyraźnie bardziej znośne, ale i Wasze życie, zarówno to zawodowe, jak i prywatne nabierze zupełnie innych barw.

To, jak dziecko będzie radziło sobie ze stresem w przyszłości, zależy w dużej mierze od umiejętności, jakie zdobędzie w najmłodszych latach.

Przypisy:

- ¹ D.J. Siegel, T.P. Bryson, *Mózg na tak*, Warszawa 2018.
- ² Teoria Paula D. MacLeana o tzw. mózgu trójdzielny – choć dziś nie do końca aktualna, jest często używana do objaśniania naszych zachowań. Współcześni neuronaukowcy mówią raczej o tzw. mózgu starym i nowym, opisując te dwie struktury mózgu jako mózg emocjonalny i mózg kognitywny.
- ³ A. Stażka-Gawrysiak, *SELF-REGulation – nie ma niegrzecznych dzieci. Opowieści dla dzieci o tym, jak działać, gdy emocje biorą górę*, Kraków 2020.

Literatura:

1. Siegel D.J., Bryson T.P., *SELF-REG. Jak pomóc dziecku (i sobie) nie dać się stresowi i żyć pełnią możliwości*, Warszawa 2016.
2. Siegel D.J., Bryson T.P., *Zintegrowany mózg – zintegrowane dziecko. 12 rewolucyjnych strategii kształtujących umysł twojego dziecka*, Poznań 2017.
3. Siegel D.J., Bryson T.P., *Mózg na tak. Jak kształtować w dziecku ciekawość świata, odporność psychiczną i odwagę*, Warszawa 2018.
4. Stażka-Gawrysiak A., *SELF-REGulation. Opowieści dla dzieci o tym, jak działać, gdy emocje biorą górę*, Kraków 2020.
5. Stażka-Gawrysiak A., *SELF-REGulation – szkolne wyzwania. Opowieści dla dzieci o tym, jak działać, gdy emocje biorą górę*, Kraków 2020.
6. Stażka-Gawrysiak A., *SELF-REGulation – nie ma niegrzecznych dzieci. Opowieści dla dzieci o tym, jak działać, gdy emocje biorą górę*, Kraków 2021.

Agnieszka Lemańska

Terapia integracji sensorycznej jako wsparcie w TERAPII TRAUMY ROZWOJOWEJ – przykłady działań terapeutycznych

„Jedną z rzeczy, która jest powszechna u dzieci, które doświadczyły traumy, są problemy sensoryczne. Nie jestem pewna, czy kiedykolwiek spotkałam strauumatyzowane dziecko, które nie zmagałoby się z problemami sensorycznymi”.

S. Brewer, *Recognizing Childhood Trauma Symptoms*

Coraz więcej badań potwierdza, że traumatyzujące wydarzenia mogą doprowadzić do dysfunkcji ośrodkowego układu nerwowego oraz zaburzeń neurorozwojowych, takich jak: zaburzenia przetwarzania sensorycznego, niedojrzałość neuromotoryczna, dysfunkcje przetwarzania słuchowego, opóźniony rozwój mowy, nadpobudliwość psychoruchowa, zaburzenia koordynacji ruchowej czy dyspraksja. Jak zatem pracować z dzieckiem, które doświadczyło traumy?



Wieloletnie obserwacje pozwoliły na określenie stałego profilu charakteryzującego dzieci, które doświadczyły traumy. Składają się na niego trzy elementy:

- zmiany w zakresie regulacji impulsów afektywnych (emocji, wrażeń, doświadczeń zmysłowych),
- zmiany w zakresie możliwości koncentracji i skupienia uwagi,
- trudności w zakresie relacji z innymi ludźmi i ze samym sobą.

Należy podkreślić, że okres największej wrażliwości na traumę ma miejsce do około 3. roku życia. Innymi słowy, im wcześniejsza trauma, tym bardziej globalny wpływ ma ona na fizjologię i psychikę człowieka.

Trauma rozwojowa a procesy przetwarzania sensorycznego

Jak już wiadomo, trauma rozwojowa ma istotny wpływ na rozwijający się układ nerwowy i często powoduje poważne zakłócenia w sposobie, w jaki organizm odbiera i przetwarza bodźce sensoryczne. Naturalnie, nie wszystkie dzieci z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego doświadczyły traumy. Tym, co wyróżnia dzieci doświadczające traumę rozwojową, jest nadmierna reaktywność i gotowość do działania nawet wówczas, gdy obiektywnie nie ma takiej potrzeby. Kiedy mechanizmy reagowania na stres są aktywowane w nieprzewidywalny, skrajny lub długotrwały sposób, stają się nadaktywne lub nadmierne reaktywne, innymi słowy – uwrażliwione. Takie dzieci mają tendencję do reagowania na pozornie neutralne zdarzenia, jakby były w sytuacji zagrożenia życia, jednym z trzech trybów alarmowych – walką, ucieczką lub zamrożeniem, bo kontrolę nad ich funkcjonowaniem przejmują niższe obszary mózgu (między-mózgowie i pień mózgu). Generalnie im bardziej dziecko czuje się zagrożone, tym bardziej stery nad jego zachowaniem przejmują reaktywne obszary mózgu, ponieważ strach wyłącza wiele układów w korze mózgowej.

Dziecko, które doświadczyło traumy rozwojowej – wskazówki terapeutyczne

Terapia integracji sensorycznej, poprzez proponowanie odpowiednich aktywności opartych na różnorodnych doświadczeniach

sensorycznych, stanowi doskonałe wsparcie w terapii traumy. Dzięki celowemu i uważnemu stymulowaniu poszczególnych systemów sensorycznych oraz zapewnieniu wielowarstwowych oddziaływań może doprowadzić do zmniejszenia nasilenia objawów wynikających z wczesnej traumy i pomóc dzieciom, które jej doświadczyły, w skuteczniejszym radzeniu sobie z codziennymi wyzwaniami.

W pracy z dzieckiem, które doświadczyło traumy, kluczowe jest odbudowanie poczucia bezpieczeństwa oraz wzmacnianie jego odporności psychicznej.

Pomocne w osiągnięciu tego celu może być uwzględnienie następujących elementów w terapii integracji sensorycznej:

- stworzenie bezpiecznej relacji terapeuty – dziecko,
- odpowiednia organizacja przestrzeni,
- przewidywalność zdarzeń,
- poznanie wzorców samoregulacji i rozregulowania,
- budowanie poczucia siły i sprawczości,
- praca z ciałem i oddechem (dobra zabawa).

Bezpieczna relacja i koregulacja

U dzieci, które doświadczyły traumy, zdolność do samoregulacji jest ograniczona, co oznacza, że w znacznym stopniu zależy ona od koregulacji zapewnianej przez osobę dorosłą. Dzieci te często są bardzo wyczulone na zmianę mimiki i tonu głosu, zwykle odbierają je jako zagrożenie, a nie jako wskazówkę, żeby się dostosować. To jedna z przyczyn, dla których łatwo przyjmują postawę obronną – wycofują się lub przechodzą do ataku. W konsekwencji jeszcze bardziej pozostają w tyle w zakresie nawiązywania kontaktów społecznych i emocjonalnej samokontroli. Koregulacja to takie interakcje w odpowiedzi na zachowanie dziecka, które zapewniają mu wsparcie i modelowanie, jakich

„Pamiętaj, że najważniejszym narzędziem, jakie masz, żeby pomóc innym w zmianie – czy jesteś rodzicem, nauczycielem, terapeutą czy przyjacielem – jesteś ty sam. Relacje stanowią walutę zmiany”.

Bruce D. Perry, *Co ci się przydarzyło?*

potrzebuje, aby zrozumieć i efektywnie wyrazić swoje myśli i uczucia. Dlatego też terapeuta zaangażowany w pracę z dzieckiem dotkniętym traumą powinien być świadomy, że spokojne i pełne zrozumienia odpowiedzi na potrzeby dziecka stanowią fundament tworzenia bezpiecznej relacji oraz punkt wyjścia do rozwoju jego zdolności do samoregulacji. Wiąże się to przede wszystkim z pracą nad własnym poziomem samoregulacji, ponieważ aby efektywnie wspierać dziecko w budowaniu tej umiejętności, sam terapeuta musi nad nią pracować (być świadomy swoich stanów emocjonalnych, wyzwalaczy, strategii powrotu do równowagi), jak również dbać o własne zasoby.

Organizacja przestrzeni i przewidywalność zdarzeń

Sala integracji sensorycznej powinna być dla dziecka przestrzenią, w której czuje się komfortowo i bezpiecznie. Warto zadbać,

aby na sali było miejsce, w którym dziecko może zrelaksować się i zredukować napięcie. Kącik wyciszenia i relaksu może być wyposażony w miękkie pufy czy worek sako, poduszkę/kołdrę obciążeniową, zabawki do ściskania czy rozciągania. Istotą takiej niszy sensorycznej jest zarówno możliwość redukcji pobudzenia, jak i nauczanie dziecka, że może skorzystać z tego miejsca, zanim poziom pobudzenia go przytłoczy i wywoła nadmierne emocje.

Kolejnym elementem organizacji bezpiecznej przestrzeni może być skojarzenie sali terapeutycznej z przyjemnym dla dziecka zapachem. Aromaterapia z wykorzystaniem dyfuzora ultradźwiękowego i dobrej jakości naturalnych olejków eterycznych może stanowić skuteczne wsparcie w terapii integracji sensorycznej. Znając działanie poszczególnych olejków eterycznych oraz obserwując reakcje dziecka na proponowany zapach, możemy regulować poziom jego pobudzenia, skupienia i uwagi czy też pomóc mu w osiągnięciu stanu odprężenia (sesje relaksacyjne). Do olejków, które warto włączyć do pracy terapeutycznej, należą: lawenda (ma właściwości relaksujące, kojące, przeciwłękowe, uspokajające), sosna (poprawia nastrój, eliminuje zmęczenie i działa relaksująco), mięta (poprawia pamięć i koncentrację), cytryna (niweluje zmęczenie, działa uspokajająco), rozmaryn (powoduje spadek poziomu kortyzolu – hormonu stresu, pozytywnie wpływa na funkcje kognitywne, szczególnie na pamięć).

Przewidywalność zdarzeń zapewni dziecku wprowadzenie planu aktywności (z użyciem symboli, zdjęć, rysunków), który będzie tworzony wspólnie na początku każdego spotkania i który będzie informował dziecko, jakie aktywności zadzieją się podczas zajęć w danym dniu. Przewidywalność to również stworzenie rytuałów (stałych punktów zajęć), które pozwolą dziecku poczuć się bezpiecznie w danej przestrzeni i relacji. Takim wspólnym rytuałem może być ulubiona aktywność na zakończenie zajęć, taka jak: masaż wyciszający, masaż dociskowy, owinięcie i dociążenie ciała (naleśnik), zabawa ulubioną zabawką, gra w ulubioną grę czy zaśpiewanie ulubionej piosenki.

Poznanie wzorców samoregulacji i rozregulowania (mapa wyzwalać)

Wraz z dzieckiem staramy się poznać reguły rządzące jego regulacją i deregulacją. Konkretnie reakcje wynikające z przeżytej traumy będą zależały od reakcji stresowej, która dominowała podczas tego konkretnego doświadczenia, dlatego też możliwe jest, że to samo dziecko będzie reagowało na wiele różnych bodźców w zupełnie inny sposób. Niektóre powiązane z traumą sygnały mogą prowadzić do wycofania i zamknięcia się w sobie, inne mogą wzbudzić gniew i pobudzić do działania.

Dlatego też w trakcie zajęć terapeuta musi być uważny na trzy typy zachowań dziecka wskazujących na:

- odcięcie/zamrożenie,
- przeciążenie/pobudzenie,
- integrację.

Innymi słowy, obserwujemy, w jakich okolicznościach dziecko wypada poza pasmo optymalnego pobudzenia (jest nadmiernie pobudzone lub wręcz przeciwnie – wycofane lub zamrożone) oraz co pomaga mu się na powrót wyregulować. Bardzo ważne jest, aby pomóc dziecku domknąć reakcję na stresor, czyli przejść

ze stanu zaktywizowania do stanu ponownej spokojnej eksploracji bądź relaksu. Bez domknięcia reakcji układ nerwowy dziecka pozostaje zaktywizowany (permanently pełna napięcia czujność) i nie ma szans nauczyć się, jak wrócić do równowagi.

Praca na zasobach

Doświadczenie uczucia sukcesu i satysfakcji to kluczowe doświadczenia stanowiące przeciwwagę dla towarzyszącej traumie bezradności. Dlatego tak ważne jest z jednej strony przekierowywanie uwagi dziecka na najmniejsze nawet sukcesy (budowanie świadomości zasobów), z drugiej strony – chronienie słabych stron, czyli wspieranie w sytuacjach, w których uruchamia się traumatyczna pamięć i dziecko wypada z pasma optymalnego pobudzenia. Wspierający terapeuta pomaga zapewnić dziecku odpowiednie dawkowanie wyzwań. Z jednej strony powinny być one dopasowane do etapu rozwoju dziecka, tak aby było w stanie im sprostać, z drugiej muszą być wystarczająco nowe, żeby dziecko wyszło ze swojej strefy komfortu pełnej znanych już doświadczeń i opanowanych umiejętności. Umiarkowane, przewidywalne i możliwe do kontrolowania uruchamianie mechanizmów reagowania na stres i domykanie reakcji sprawia, że zdolność organizmu w tym zakresie wzrasta i staje się bardziej elastyczna, co pozwala na wykazanie się odpornością psychiczną w obliczu poważniejszych stresorów. Im częściej dziecko doświadcza sukcesu w pokonaniu umiarkowanych wyzwań (nie za dużych, nie za małych), tym bardziej jest zdolne do radzenia sobie z większymi trudnościami.

Ważne jest, aby budowanie świadomości zasobów obejmowało różne strefy funkcjonowania dziecka. Może odnosić się do:

- jego ciała (np. siły, celności, dobrej równowagi, koordynacji, włosów, uśmiechu, oczu),
- jego intelektu (np. wyobraźni, spostrzegawczości, elokwencji, poczucia humoru, pamięci),
- relacji/emocji (np. uważności, współpracy, kontroli emocji, wrażliwości),
- ważnych dla niego spraw (np. wzmacnianie zaangażowania w realizację zainteresowań).

Pomocne może być wprowadzenie „zeszytu zasobów”, w którym po każdych zajęciach będziemy odnotowywać sukcesy dziecka.

Warto też pamiętać o tym, że dzieci po doświadczeniu traumatycznym mogą łatwo przechodzić z doznań pozytywnych w negatywne, dlatego każde spotkanie powinno zaczynać się i kończyć konstruktywnym, przyjemnym akcentem.

Praca z ciałem i oddechem (dobra zabawa)

Dziecko pod wpływem traumy traci relację ze swoim ciałem, czego konsekwencją może być osłabiona bądź całkowicie zablo-

kowana umiejętność odczytywania sygnałów płynących z ciała, informujących o zmęczeniu, uczuciu głodu czy sytości, odczuwaniu ciepła/zimna, bólu czy też przeżywanych stanach emocjonalnych. Kiedy przekierowujemy uwagę dziecka na jego ciało i dostarczamy mu pozytywnych doświadczeń związanych z ruchem, dotykiem, oddechem, uczymy je na nowo kontaktu ze swoim ciałem, jego potrzebami i pomagamy domknąć przerwana sytuację traumatyczną.

Tab. 1. Praca z ciałem i oddechem – zabawy terapeutyczne

AKTYWNOŚĆ	PRZYDATNE POMOCE	OPIS AKTYWNOŚCI
Zabawy i ćwiczenia oddechowe. Praca oddechem to jedna z najskuteczniejszych strategii pomagających osiągnąć równowagę emocjonalną i spokój	■ słomki ■ piszczałki, ■ flet, ■ balony do dmuchania, ■ bańki mydlane, ■ miska z wodą i mydłem	■ Dmuchiwanie w gwizdek, granie na piszczałce/fleciku, dmuchiwanie i puszczenie balonów. ■ Puszczamy bańki mydlane! Zachęcamy, aby dziecko dmuchało je ostrożnie, włączając do nich odpowiednią dawkę powietrza (bądź pokazujemy, jak to zrobić). Następnie prosimy, aby dziecko próbowało oddychać w identyczny sposób, jakby nadal puszczało bańki (długi wydech), mając jednocześnie lekko przymknięte usta. Staramy się, aby wszystkie wydechy wykonywane były powoli, w równomiernych odstępach czasowych. ■ Zabawa bubble mountain. Do miski wlewamy małą ilość wody oraz trochę mydła w płynie. Zadaniem dziecka jest dmuchać przez słomkę tak, aby powstała piana. Im więcej piany, tym lepsza zabawa. Można użyć różnego rodzaju słomek, aby zwiększyć bądź zmniejszyć trudność zadania. Aby zapobiec połykaniu płynu przez dziecko, nacinalmy rurkę na zgięciu bądź w połowie wysokości
	■ małe lustro	■ Zaczarowane lustro. Prosimy dziecko, aby położyło się na plecach i skupiło się na swoim oddechu. Wdech nosem i wydech ustami. Głęboki wdech – brzuch/klatka piersiowa się unosi, długi wydech – opada w dół. Po serii kilku spokojnych oddechów prosimy dziecko, aby wykonało dziesięć intensywnych podskoków, a następnie położyło się i dalej obserwowało swój oddech. Jak się czuło na początku i na końcu? Co się zmieniło? Do obserwacji oddechu używamy lusterka. Dziecko obserwuje, co się dzieje – jak szybko lustro zachodzi parą, kiedy jest spokojne, a jak, kiedy wykonało proponowaną aktywność ruchową. Wdech nosem i wydech ustami na taflę lusterka
	■ figurka, ■ mała zabawka	■ Wędrująca zabawka. Prosimy dziecko, aby położyło się na plecach. Na jego brzuchu układamy figurkę lub małą zabawkę (która nie będzie z brzucha spadać). Następnie zaczynamy zabawę – wędrowanie po górach. Na wdechu brzuch się unosi i zwierzątko idzie do góry, na wydechu brzuch opada, a zwierzątko idzie w dół. Zachęcamy dzieci, aby robiły wdech i wydech nosem, od 5 do 10 powtórzeń
Śpiew, mruczenie, wokalizacje. Pozwalają obniżyć pobudzenie, nadmierne słyszenie hałasu, poprawiają nastrój	■ brak	■ Zaśpiewanie 1–2 piosenek i wymruczenie 1–2 piosenek znanych dziecku. Śpiewamy na wydechu, a wydłużony wydech podczas śpiewania pozwala również zwolnić rytm serca i obniżyć pobudzenie

AKTYWNOŚĆ	PRZYDATNE POMOCE	OPIS AKTYWNOŚCI
Doświadczanie swojego ciała. Dostarczanie bodźców proprioceptywnych wpływa wyciszająco, organizująco i samoregulująco na mózg i układ nerwowy. Są one pomocne w budowaniu schematu ciała, poprawie czucia własnego ciała	■ koc obciążeniowy, ■ poduszka obciążeniowa, ■ materace, ■ piłka gimnastyczna, ■ taśma elastyczna/szał, ■ tunel elastyczny, ■ obciążniki	■ Marsz z wysoko uniesionymi nogami, intensywne, rytmiczne tupanie. ■ Pchanie ściany – stopami, dłońmi, plecami. ■ Dociążanie stóp. Umieszczanie poduszki obciążeniowej na stopach; zakładanie obciążników na kostki (do 5 minut). ■ Szczotkowanie ciała. Szczotkowanie rąk, dłoni, ramion, pleców, nóg i stóp miękką szczotką. ■ Dociski piłką. Dziecko leży na dywanie/materacu na brzuchu – opiekun masuje je piłką, dociskając tułów od ramion w kierunku stóp i z powrotem. ■ Ostukiwanie. Ostukiwanie ciała i stawów piankowym wałkiem do jogi. ■ Zawijanie. Wariant 1. Naleśnik (zawijanie w koc obciążeniowy). Po zawinięciu możemy w sposób spokojny rozwinąć koc lub też pozwolić dziecku wydostać się z zawiniętego koca tak, by musiało się przeciskać. ■ Zawijanie. Wariant 2. Terapeuta trzyma za jeden koniec taśmy/szała, zadaniem dziecka jest owinięcie się taśmą/szałem poprzez kręcenie się wokół własnej osi, a następnie uwolnienie przez odkręcenie. ■ Przeciskanie się przez tunel elastyczny, między dwoma materacami przytrzymywanymi przez terapeutę. ■ Materacowa kanapka. Dziecko leży na brzuchu pomiędzy materacami – jest dociskane przez terapeutę od ramion do stóp. ■ Opukiwanie ciała (przez terapeutę lub samodzielnie przez dziecko po prezentacji). Przy użyciu dwóch bądź czterech palców delikatne opukiwanie (ok. 15 uderzeń) kolejnych punktów na ciele. Zaczynamy od opukiwania dwoma palcami: zewnętrznej krawędzi lewej dłoni, następnie dwoma rękoma, symetrycznie – czoła nad brwiami, skroni, oczodołów pod oczami, miejsca pod nosem (jedną ręką), brody (jedną ręką). Przy użyciu czterech palców obu rąk opukiwanie klatki piersiowej, następnie jedną ręką lewego boku ciała. Ponownie przy użyciu dwóch palców opukiwanie poszczególnych palców u lewej ręki od wewnętrznej strony, zaczynając od najmniejszego palca. Ponowne ostukanie klatki piersiowej. Dwa głębokie wdechy i powtarzamy cykl jeszcze raz na drugą stronę

Literatura:

1. Brewer S., *Recognizing Childhood Trauma Symptoms*, (www.steampoweredfamily.com).
2. Heller L., LaPierre A., *Leczenie traumy rozwojowej. Wpływ wczesnej traumy na samoregulację, obraz samego siebie i zdolność tworzenia związków*, Wydawnictwo Instytutu Terapii Psychosomatycznej, Wrocław 2018.
3. Huntjens M., *Rola współregulacji w budowaniu umiejętności samoregulacji u dzieci*, (www.wyspanamamaonline.pl).
4. Perry B.D., Winfrey O., *Co ci się przydarzyło? Rozmowy o traumie, odporności psychicznej i zdrowieniu*, Wydawnictwo Agora, Warszawa 2022.
5. Ladyne R., *Odetchnij napięcie. Jak pokonać stres dzięki praktykom psychosomatycznym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2021.
6. Sadecka S., *Notatki po szkoleniu z Maggie Kline „Trauma oczami dziecka”*, (www.sabinasadecka.pl).
7. Sadecka S., *Świadoma pomoc dzieciom, które doświadczyły traumy* (cykl webinarów, notatki własne).
8. Świątowska A., *Interocepcja w praktyce terapeuty SI – jak świadomość ciała wpływa na nasze emocje i jak pomóc dziecku poprawić świadomość interoceptywną* (materiały szkoleniowe).
9. Wiśniewska M., *Codzienne programy aktywności sensorycznych (PAS) w ramach diety sensorycznej*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2022.
10. Van der Kolk, B.A., *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2018.

Kinga Stolarska

KWESTIONARIUSZ

ROZWOJU SENSOMOTORYCZNEGO

Kwestionariusz zawiera różnorodne pytania dotyczące funkcjonowania Twojego dziecka. Jeśli jakieś stwierdzenie charakteryzuje zachowanie Twojego dziecka, to zakreśl „TAK”. Jeśli jest inaczej, zakreśl „NIE”. Natomiast jeśli nie potrafisz udzielić odpowiedzi na pytanie, ponieważ nie pamiętasz, nie wiesz, nie jesteś pewien, zakreśl znak zapytania (?).

Imię i nazwisko dziecka:

Wiek:

Data badania:

Czy Twoje dziecko?

1. Jest powolne, wykonuje zadania ruchowe jakby z namysłem, ciężko?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
2. Poszukuje silniejszych wrażeń czuciowych, np. siada na swoich rękach, ściska?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
3. Potrafi skakać na trampolinie?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
4. Potrafi przeskoczyć obunóż przez drobną przeszkodę, np. przez próg?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
5. Miało trudności z nauczeniem się pedałowania na rowerze?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
6. Miało trudności z nauczeniem się korzystania z rowerka biegowego?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
7. Obawia się wchodzić na wyższe przyrządy na placach zabaw, np. na drabinki?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
8. Potrafi się samodzielnie rozbijać na huśtawce (4. r.ż.)?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
9. Potrafi kopnąć piłkę, wycelować?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
10. Miało trudności z nauczeniem się skakania na jednej nodze?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
11. Unika zabaw ruchowych z innymi dziećmi, np. berka?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
12. Później niż rówieśnicy nauczyło się jeździć na trójkołowym rowerku?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
13. Miało kłopoty z nauczeniem się bujania na koniku na biegunach?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
14. Czasami obija się od innych, depta inne osoby?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
15. Używa zbyt dużo siły, nieadekwatnie do wykonywanej czynności?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
16. Porusza się krokiem naprzemiennym po schodach (3. r.ż. z poręczą/4. r.ż. bez poręczy)?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
17. Ma kłopoty z łapaniem/rzucaniem piłki?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
18. Częściej od rówieśników potyka się, przewraca?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE

19. Niedbale się ubiera, nie zwraca uwagi na estetykę?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
20. Rozróżnia prawą i lewą stronę ciała (5. r.ż.)?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
21. Często upuszcza, przewraca coś przypadkowo?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
22. Często podskakuje, zeskakuje z wyższych powierzchni?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
23. Lubi wciskać się w wąskie przestrzenie?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
24. Słabiej wypada podczas grupowych zabaw ruchowych?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
25. Podczas biegania jest niezdarne, powolne?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
26. Szybko rezygnuje, łatwo się zniechęca w wyniku pierwszych niepowodzeń?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
27. Ma trudności z uczeniem się nowych rzeczy (ich wykonywanie trwa dłużej niż u rówieśników)?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
28. Ma trudności z precyzyjnym posługiwaniem się nożyczkami?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
29. Potrafi sprawnie używać sztućców?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
30. Nie potrafi sznurować obuwia lub dłużej od rówieśników uczyło się tej czynności (7. r.ż.)?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
31. Potrafi zapinać zamki błyskawiczne, guziki (4./5. r.ż.)?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
32. Zakłada skarpetki samodzielnie, bez trudności (4./5. r.ż.)?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
33. Unika zabaw klockami lub domaga się pomocy?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
34. Czy rysuje/koloruje słabiej niż rówieśnicy lub robi to niechętnie?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
35. Ma trudności w zakresie tempa i/lub jakości pisma (po 7. r.ż.)?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
36. Jest „słabsze” manualnie, grafomotorycznie niż rówieśnicy?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
37. Jest zdolne do utrzymania prawidłowej postawy przy stole?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
38. Jest w stanie wytrzymać cały posiłek w jednej pozycji?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
39. Jest nadruchliwe, nadaktywne w porównaniu do rówieśników?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
40. Zbyt mocno dociska kredki/długopis podczas rysowania/pisania?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
41. Podczas czynności „stolikowych” (np. rysowanie) podpira ręką głowę, kładzie na stole?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
42. Z trudnością utrzymuje dłuższe pozycje statyczne?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
43. Łatwo się męczy podczas aktywności ruchowej lub gdy zbyt długo stoi?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
44. Źle się czuje kręczone na karuzeli, nie lubi kręcenia?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
45. Domaga się dłuższego bujania na huśtawce?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
46. Miewa objawy choroby lokomocyjnej?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
47. Miewało nudności lub wymiotowało po korzystaniu z huśtawki/karuzeli?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
48. Lubi zbyt długo lub zbyt intensywnie kręcić się na karuzeli?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
49. Charakteryzuje je lęk przed wysokością?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
50. Domaga się asekuracji, schodząc po schodach, lub reaguje lękiem?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE

51. Obawia się zeskakiwać z wyższych powierzchni lub robi to niezdarnie?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
52. Kręci się, kiwa się lub macha głową? ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
53. Podczas pokonywania przeszkód równoważnych wydaje się bardziej brawurowe niż rówieśnicy?.... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
54. W pokonywaniu przeszkód i wysokości jest bardziej lękliwe?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
55. Unika lub unikało zabaw związanych z unoszeniem, podrzucaniem?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
56. Czasami zapomina lub nie zdąży podeprzeć się rękoma przy upadku?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
57. Często nie dostrzega niebezpieczeństwa podczas zabaw?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
58. Czy wcześniej się budzi, jest od razu aktywne?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
59. Ma trudności z zasypianiem lub gorzej funkcjonuje wieczorem?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
60. Jest nadmiernie płaczliwe?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
61. Wydaje się być w ciągłym ruchu?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
62. Jest nadmiernie impulsywne, bywa agresywne, autoagresywne?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
63. Jest dzieckiem mało aktywnym, ospałym?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
64. Woli się przyglądać niż inicjować zabawę?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
65. Woli towarzystwo dorosłych niż rówieśników?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
66. Raczej bawi się chętniej z dziećmi o 2–3 lata młodszymi?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
67. Nie czuje, gdy pobrudzi twarz podczas jedzenia?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
68. Potrafi wskazać części ciała, np. głowa, plecy, części twarzy lub kolana, łokcie, pięty?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
69. Wydaje się mieć mniejszą od rówieśników świadomość chłodu (nie czuje, że jest zimno)?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
70. Wydaje się słabiej reagować na ból?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
71. Często jest nieświadome, że się zadrapało lub skaleczyło, dopóki nie zwróci mu się na to uwagi?.... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
72. Często zakłada buty na niewłaściwą nogę?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
73. Ma rozpoznanie medyczne zaburzenia słuchu?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
74. Jest zbyt wrażliwe na pewne dźwięki, hałas, harmider?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
75. Sprawia wrażenie, jakby niedosłyszało?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
76. Wymaga wielokrotnego powtarzania poleceń?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
77. Ma trudności ze skupieniem uwagi, gdy się do niego mówi przez dłuższy czas?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
78. Często zapomina treści polecenia (nie pamięta, po co poszło)?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
79. Jest gadatliwe lub hałaśliwe?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
80. Wymaga ciszy podczas odrabiania lekcji lub przeszkadzają mu dźwięki otoczenia, gdy jest skupiony?... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
81. Podczas oglądania telewizji „wyłącza się”, nie reaguje na otoczenie?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
82. Czy zaczyna wykonywać polecenia, zanim ich wysłucha?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE

83. Łatwo rozprasza się, szczególnie podczas zajęć stolikowych?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
84. Ma rozpoznanie medyczne zaburzenia wzroku?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
85. Bardzo często mruży oczy lub narzeka na zbyt ostre światło?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
86. Patrzy w nietypowy sposób, ogląda przedmioty blisko oczu?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
87. Zasłania się, gdy ma złapać piłkę?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
88. Nie zauważa lub zbyt późno reaguje na rzuconą do niego piłkę?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
89. Nawiązuje lub utrzymuje kontakt wzrokowy w sposób niewystarczający?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
90. Często nie kontroluje wzrokiem wykonywanych czynności?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
91. Podczas pisania/rysowania zapomina o trzymaniu kartki drugą ręką?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
92. Pisząc, odwraca litery lub myli je z podobnymi (po 7. r.ż.)?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
93. Zdarza się, że odwraca całe wyrazy podczas czytania (po 7. r.ż.)?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
94. Wydaje się zbyt wrażliwe na zapachy?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
95. Ma zwyczaj obwąchiwać ludzi i/lub przedmioty?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
96. Szczególnie negatywnie reaguje na pewne dane węchowe?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
97. Potrafi rozpoznać znane zapachy?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
98. Wydaje się nie zwracać uwagi na zapachy?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
99. Wrażenia węchowe określa najczęściej jako nieprzyjemne?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
100. Lubi wkładać przedmioty do ust, często dotyka się samo lub stymuluje w okolicach ust?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
101. Wyraźnie nie lubi pewnych pokarmów o podobnej strukturze?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
102. Odmawia produktów kwaśnych lub zdecydowanych smaków?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
103. Je wybiórczo, odmawia próbowania nowych potraw?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
104. Reagowało odruchem wymiotnym podczas prób spożywania pokarmu?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE
105. Je wszystkie proponowane potrawy, nie zwraca uwagi na to, co je?..... ☐ TAK ☐ ? ☐ NIE

Czy wychowawczynie/nauczyciele (przedszkole/szkoła) zgłaszają/zgłaszali trudności związane z funkcjonowaniem dziecka? Jakież?

.....

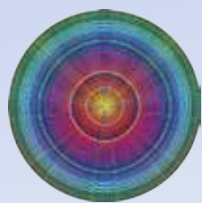
.....

.....

.....

.....

.....



MULTIMEDIALNY KURS TERAPII SI



MULTIMEDIALNY KURS TERAPII SI

Program edukacyjny terapii integracji sensorycznej dla dzieci

Skuteczne metody terapeutyczne do pracy z dziećmi z zaburzeniami integracji sensorycznej, zilustrowane konkretnymi narzędziami i technikami



Dowiedz się więcej o kursie, wchodząc na stronę

www.fmp.pl/terapia-si

lub skanując kod QR



Użyj kodu rabatowego: 159463
i zyskaj **15% rabatu** na zamówienie!



INTEGRACJA SENSORYCZNA W PRAKTYCE

Pierwszy portal stworzony z myślą o nauczycielach wspierających **integrację sensoryczną dzieci**



Pracownia
Integracji Sensorycznej



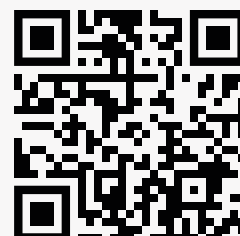
- Pracujesz na co dzień z dziećmi w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym z zaburzeniami integracji sensorycznej?
- Szukasz atrakcyjnych i sprawdzonych materiałów do pracy z dziećmi?
- Chcesz wykorzystywać nowe formy pracy w swojej praktyce zawodowej?
- Poszukujesz nowych i skutecznych rozwiązań najlepszych specjalistów, by jak najlepiej pomóc swoim podopiecznym?

**Pracownia Integracji Sensorycznej zapewni sukces
w prowadzeniu terapii pedagogicznej**

Dowiedz się więcej o portalu, wchodząc na stronę

www.fmp.pl/sensorynka

lub skanując kod QR



Użyj **kodu rabatowego 159463** i zyskaj **15% rabatu** na zamówienie!