

# terapia specjalna

dzieci i dorosłych

## WSPARCIE I WSPÓŁPRACA W RELACJI TERAPEUTA-RODZIC

*Trudności  
w karmieniu  
u dzieci z zaburzeniami  
ze spektrum autyzmu*

*dr Katarzyna Bąbik-Broniń*

*Jak zbudować efektywną  
współpracę z rodzicami w terapii  
w kontekście wczesnego  
wspomagania rozwoju?  
Z praktyki terapeuty*

*Karolina Michalak*

*Wprowadzenie diety  
sensorycznej w terapii  
dziecka z zaburzeniami  
integracji sensorycznej.  
Zaangażowanie rodziców  
w proces terapii*

*Magdalena Charbicka*

I Ogólnopolski Kongres Emocje i Zdrowie Psychiczne Dziecka

# REGULACJA TRUDNYCH EMOCJI U DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM I WCZESNOSZKOLNYM ORAZ NARZĘDZIA WSPIERAJĄCE ZDROWIE PSYCHICZNE NAJMŁODSZYCH

Wśród prowadzących m.in.:



dr Aleksandra Piotrowska



Przemysław Staroń

## Panel I.

Jak nauczyć dziecko radzenia sobie z emocjami – od rozumienia siebie po samoregulację

## Panel II.

Jak wzmacniać wiarę w siebie i poprawić samoocenę dziecka? Kompetencja poczucia własnej wartości jako klucz do szczęścia

## Panel III.

Depresja u dzieci – rozpoznanie, profilaktyka, prewencja

## Panel IV.

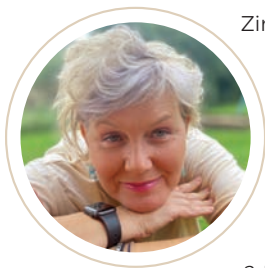
Przemoc rówieśnicza w grupie – jak jej przeciwdziałać



Zarejestruj się

[www.kongresemocje.pl](http://www.kongresemocje.pl)

# Droga Czytelniczko i Drogi Czytelniku!



Zima w pełni i chociaż szaro i ponuro, to widać już przebłyski wiosennego słońca. Aby umilić Wam czas oczekiwania na wiosnę, zapraszam do zapoznania się z najnowszym numerem „Terapii Specjalnej”, w którym, mamy nadzieję, znajdziecie wiele inspiracji i pomysłów do własnej pracy.

Bieżący numer „Terapii Specjalnej” został poświęcony bardzo ważnym zagadnieniom, a mianowicie współpracy specjalistów z rodzicami naszych podopiecznych. Powszechnie wiadome jest, jak ważne ogniwem w procesie terapeutycznym stanowi porozumienie zawarte pomiędzy specjalistą a rodzicami naszego pacjenta. Tak zbudowany zespół – który wymienia się informacjami, słucha się wzajemnie i realizuje wspólnie ustalone cele – zdecydowanie zwiększa szanse sukcesu rozwojowego dziecka. W codziennej praktyce widzimy, że ta oczywista prawda nie zawsze jest taka łatwa do wdrożenia w sytuacjach terapeutycznych. Dlatego nasi autorzy chętnie podzielą się z Wami własnymi doświadczeniami i wypracowanymi strategiami skutecznej współpracy z rodzicem.

W niniejszym numerze znajdziecie bowiem artykuły wielu doświadczonych terapeutów, którzy od wielu lat zajmują się wsparciem terapeutycznym dzieci i młodzieży z różnymi problemami. Spośród propozycji warto zwrócić uwagę na temat współpracy z rodzicami we wczesnym wspomaganie rozwoju dziecka, czyli na samym początku terapeutycznej ścieżki. Polecam również artykuł dotyczący problemów żywieniowych, który dotyka coraz większej grupy pacjentów, oraz tekst pełen pomysłów, jak budować relację z dzieckiem poprzez aktywności ruchowe. W niniejszym numerze oczywiście nie zabraknie również gotowych rozwiązań na wsparcie nie tylko rodziców, lecz również obszarów deficytowych w konkretnych przypadkach terapeutycznych, scenariusza na zajęcia czy pomysłów na zadbanie o samego siebie.

Mam nadzieję, że wszystkie teksty naszych autorów praktyków zainspirują Państwa do urozmaicenia i wzbogacenia codziennych zajęć edukacyjno-terapeutycznych, a w oczekiwaniu na wiosenne słońce każdy znajdzie coś dla siebie we wciąż jeszcze długie wieczory.

Życzę zatem Czytelnikom miłej lektury.

**Magdalena Charbicka**  
redaktor prowadząca

Drodzy Czytelnicy,

specjalnie dla Was stworzyliśmy rubrykę, na łamach której nasz ekspert odpowie na wszystkie nurtujące Was pytania. Jeśli interesuje Was dane zagadnienie, macie problem lub szukacie porady dotyczącej konkretnej sytuacji czy przypadku, zachęcamy do zadawania pytań naszym specjalistom.

Piszcie na adres: [redakcja@terapiaspecjalna.pl](mailto:redakcja@terapiaspecjalna.pl)

#### WYDAWCA I REDAKCJA

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

Sąd Rejonowy Nowe Miasto  
i Wilda w Poznaniu

**PREZES ZARZĄDU**  
Magdalena Balanicka

#### CZŁONEK ZARZĄDU

Paulina Hinz-Żurowska

#### CZŁONEK ZARZĄDU

Radosław Lewandowski

#### DYREKTOR PRODUKTU I ROZWOJU

Edyta Żmuda

#### REDAKTOR NACZELNA

Marta Łyskawińska

#### REDAKTOR PROWADZĄCA

Magdalena Charbicka

#### MARKETING I PROMOCJA

Paweł Maksym

#### REKLAMA

Adrianna Białas

#### KOORDYNATOR WYDAWNICZY

Jakub Sawicki

#### NADZÓR GRAFICZNY

Maria Podemska

#### OBSŁUGA KLIENTA I PRENUMERATA

tel. 61 66 55 800  
e-mail: [bok@forum-media.pl](mailto:bok@forum-media.pl)

#### KOREKTA

Anna Noga-Crochola

#### SKŁAD I ŁAMANIE

Lena Wójcik

NAKLAD: 5000 egz.

DRUK: Tinta & Paper

#### SERWISY ZDJĘCIOWE

Adobe Stock

Bibliografia do publikowanych  
artykułów dostępna w redakcji



# Spis treści

## TEMAT NUMERU

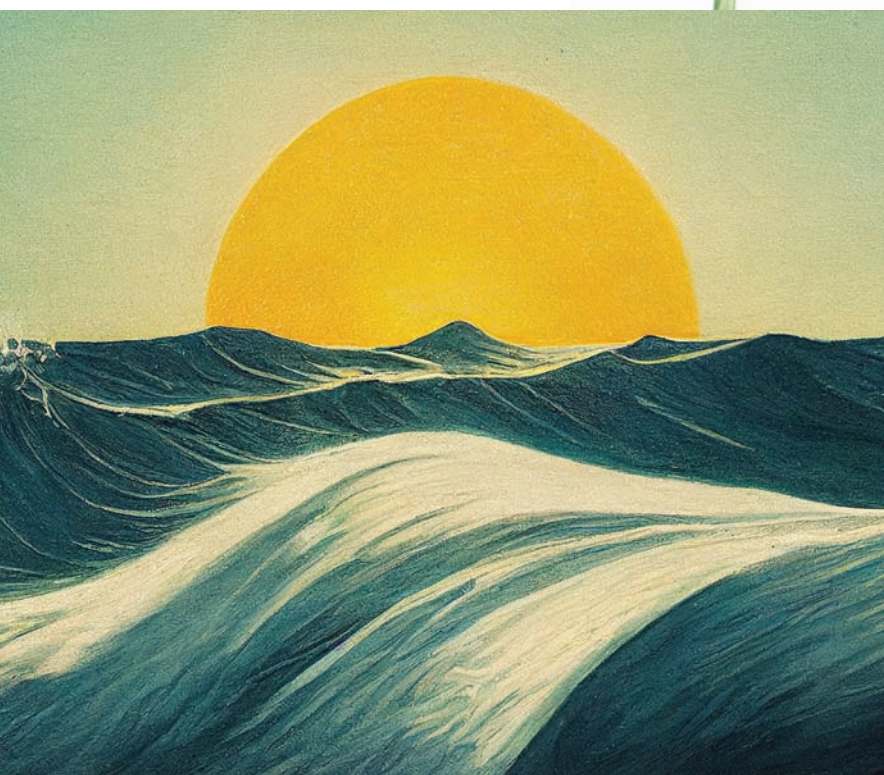
Jak zbudować efektywną współpracę z rodzicami w terapii w kontekście wczesnego wspomagania rozwoju? Z praktyki terapeuty ..... **6**

## METODY TERAPII

Zasady TUS wg A. Goldsteina. Modelowanie, odgrywanie ról, informacja zwrotna, generalizacja ..... **11**

Trudności w karmieniu u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD) ..... **18**

Jak budować relację między dzieckiem a rodzicem z wykorzystaniem metody Weroniki Sherborne? ..... **24**



Wprowadzenie diety sensorycznej w terapii dziecka z zaburzeniami integracji sensorycznej. Zaangażowanie rodziców w proces terapii ..... **31**

## WSPÓŁPRACA Z...

Jak wspierać rodziców? Praktyczne wskazówki do pracy ..... **37**

Metoda PODD. Najważniejsze założenia ..... **43**

## DOBROSTAN PEDAGOGA SPECJALNEGO I TERAPEUTY

Stres - wpływ na organizm i sposoby radzenia sobie, gdy staje się nadmierny ..... **50**

## SCENARIUSZ ZAJĘĆ

Przepis na dobry nastrój. Scenariusz zajęć dla dzieci z deficytami w zakresie umiejętności społecznych w wieku 7-12 lat ..... **56**

Przemyślnik



charaktery

25 lat  
charaktery  
magazyn psychologiczny

Psychologia  
w praktyce

# PRZEMYŚLNIK

Twój dziennik

## Razem z Przemyślnikiem:

- **Zadbasz** o praktykę wdzięczności, miłości i akceptacji wobec siebie
- **Zaopiekujesz** się własnymi potrzebami i nauczysz się wyznaczać granice
- **Nauczysz** się rozumieć swoje ciało i umysł
- **Wypracujesz** nowe nawyki i rytuały

**Sprawdź:**

[www.charaktery.eu/przemyslник](http://www.charaktery.eu/przemyslник)

AUTORKA: KAROLINA MICHALAK

# Jak zbudować efektywną współpracę z rodzicami w terapii w kontekście wczesnego wspomaganie rozwoju?

## Z PRAKTYKI TERAPEUTY

W niniejszym artykule zostanie przedstawione znaczenie dobrej relacji terapeutycznej z rodzicami małego pacjenta dla skutecznej realizacji terapii WWR. Przyjrzymy się celom zajęć wczesnego wspomaganie rozwoju oraz możliwościom korzystania z nich na drodze publicznej opieki zdrowotnej. Na przykładzie *case study* Piotrka określimy praktyczne wskazówki, aby współpraca z rodzicem przebiegała w sposób spójny z oddziaływaniami terapeuty w gabinecie.

### Czym jest wczesne wspomaganie rozwoju?

Wczesne wspomaganie rozwoju (WWR) to wielospecjalistyczne, wielokierunkowe oddziaływania terapeutyczne, których celem stanowi poprawa funkcjonowania dziecka w obszarze dla niego deficytowym. Dedykowane jest już najmłodszym dzieciom, które mogą korzystać ze specjalistycznych zajęć do momentu podjęcia nauki w szkole (7. rok życia). Oddziaływania WWR powinny przygotować podopiecznego do podjęcia edukacji szkolnej, usprawnić jego funkcjonowanie w wymiarze poznawczym, społecznym i emocjonalnym. Zazwyczaj przyznawany wymiar terapii w ramach WWR mieści się w przedziale od 4 do 8 godzin w miesiącu.



Kroki umożliwiające staranie się o korzystanie z terapii WWR na NFZ wyglądają następująco:

- 1** Wizyta u lekarza pierwszego kontaktu lub u lekarza specjalisty, który powinien wydać zaświadczenie lekarskie o deficycie dziecka (niepełnosprawność, deficyt, zaburzenie).
- 2** Wizyta w Publicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej (P-P) – diagnoza, wypełnienie wniosku o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju.
- 3** Po otrzymaniu opinii z Poradni P-P można się starać o bezpłatną terapię WWR.

Niestety, z doświadczenia wiem, że gdy w państwowych poradniach brakuje miejsca na realizowanie WWR, rodzice są zmuszeni zapisać dziecko na prywatną terapię w niepublicznym gabinecie. Często wymaga to od nich determinacji i zaangażowania, aby w sposób holistyczny zaopiekować terapeutycznie swoje dziecko.

## Szybciej znaczy lepiej

W tym przypadku, im wcześniej rodzic zacznie poszukiwać specjalistycznej pomocy dla swojego dziecka, tym lepsze efekty terapeutyczne będzie można osiągnąć. Im dziecko młodsze, tym bardziej jego umysł jest plastyczny i łatwiej podatny na modyfikację. Kiedy rodzicowi uda się zapewnić swojemu dziecku terapię, warto sprecyzować cele terapeutyczne. Rolą terapeuty (psychologa, pedagoga) jest skonkretyzowanie celów, aby były mierzalne i podzielone na małe etapy. W mojej ocenie kluczowa jest współpraca z rodzicami, aby maluch generalizował nabyte umiejętności na różne środowiska.

## Wywiad diagnostyczno-terapeutyczny z rodzicami i dobranie odpowiednich oddziaływań terapeutycznych

Zebrań rzetelnego wywiadu z rodzicem stanowi podstawę wszelkich dalszych oddziaływań terapeutycznych. Nie można prowadzić skutecznej terapii bez określenia podłoża trudności dziecka. Początkowo warto wypytać rodziców o obecne problemy, które mają ze swoją pociechą w środowisku domowym. Należy zbadać, czy wcześniejsze kamienie milowe, tj. raczkowanie, chodzenie, odpieluchowanie, przebiegły o czasie, czy już wcześniej zauważalne było opóźnienie. Kluczowe jest również dowiedzenie się, co dziecko motywuje, aby móc spróbować ukierunkować ćwiczenia terapeutyczne na jego zainteresowania.

Przykład stanowi 4-letni Adam z opóźnionym rozwojem mowy, który jest fanem Świnki Peppy – można mu zaproponować np. naukę imitacji werbalnej na planszach z samogłoskami przedstawiającymi postaci z jego ulubionej bajki. Ponadto, wykonanie badania narzędziem VB-MAPP do oceny osiągania kamieni milowych rozwoju i planowania terapii także może okazać się przydatne, aby określić obszar deficytowy małego pacjenta. W mojej ocenie szczególnie użyteczny wydaje się test Oceny Kamieni Milowych oraz test Oceny Barrier. Wyniki poszczególnych testów w sposób bardzo przejrzysty można przedstawić na słupkowych wykresach, co stanowi przydatne źródło informacji dla rodzica. Rodzic widzi wtedy obrazowo, które umiejętności jego dziecka są słabsze niż u prawidłowo rozwijających się rówieśników. Na poszczególnych poziomach badane są takie umiejętności jak: mandy, takty, reakcje słuchacza, analiza wzrokowa i dopasowywanie, samodzielna zabawa, zachowania społeczne, naśladowania motoryczne, spontaniczne wokalizacje. W teście dotyczącym barrier widać, które trudności u dziecka zaburzają proces uczenia się oraz

nabywania kompetencji językowych. Ponadto, należy wywiad terapeutyczny ukierunkować także na potencjalne problemy medyczne dziecka, tj. zaburzenia snu, trudności z jedzeniem, omdlenia czy choroby. W zależności od tego, które obszary w wywiadzie oraz badaniu okażą się deficytowe, należy je uwzględnić w swoich oddziaływaniach terapeutycznych.

## Generalizacja umiejętności kluczem do sukcesu

Bardzo istotne jest to, aby nabyte przez dziecko umiejętności w gabinecie nie ograniczały się wyłącznie do niego. Z tego powodu kluczowe jest, aby współpraca z rodzicami była pełna zrozumienia i zaangażowania, dzięki czemu nasz podopieczny będzie rozwijał swoje kompetencje i przynosił umiejętności na różnorodne środowiska. Przykładowo, jeśli nasz mały pacjent ma opóźniony rozwój mowy, to zarówno naszym celem, jak i rodziców powinno być aranżowanie w ciągu dnia jak najwięcej sytuacji komunikacyjnych. Z tego powodu nie powinno dopuścić się do sytuacji, gdy w gabinecie maluch próbuje zaimitować pojedynczy dźwięk, aby otrzymać wzmocnienie w postaci ulubionej zabawki, natomiast w domu krzykiem lub piskiem egzekwuje to samo. Rodzice powinni otrzymać wskazówki, w jaki sposób pracować z dzieckiem w środowisku domowym, aby zapewnić ciągłość oddziaływań terapeutycznych. Terapia małego dziecka nie powinna zamykać się w naszym gabinecie, lecz stanowić załączek do dalszej pracy. Jeśli chodzi o komunikację, to warto także pamiętać, iż oprócz generalizacji na miejsce istotna jest też generalizacja na osoby, to znaczy, że zarówno mama, tata, jak i inne osoby z bliskiego otoczenia pacjenta powinny przyjąć taką samą strategię i starać się konsekwentnie trzymać wcześniejszych ustaleń.

## Psychoedukacja rodzica

Z mojego doświadczenia wynika, iż rodzice przejawiają duże zaangażowanie i motywację do współpracy oraz wdrażania zaleceń psychologicznych do środowiska domowego. Jednakże niekiedy dostają lapidarne wskazówki bądź niejasne komunikaty, które trudno im wprowadzić w codzienne życie. Warto spisać rodzicom przykładowe ćwiczenia, które mogą kontynuować w domu ze swoim maluszkiem, uwzględniając ich aktualną sytuację życiową oraz możliwości czasowe. Niekiedy spotykam się z dużym nasileniem lęku oraz objawów depresyjnych u rodziców. Bywa, że są na etapie wypierania trudności dziecka. Rolą specjalistów jest wspieranie opiekuna w pewnej stracie

wizji „zdrowego dziecka”, której doświadczył, i pokazanie możliwych strategii działania, aby poprawić funkcjonowanie malucha, a także całej rodziny. W zależności od problemu podopiecznego, zalecenia mogą dotyczyć np. aranżowania sytuacji komunikacyjnych, artykulatorycznych w środowisku domowym, nauki naśladowania, usprawniania zdolności dopasowywania czy kształtowania funkcjonalnej zabawy.

## Case study na przykładzie Piotra

**Wiek pacjenta:** 5 lat

**Diagnoza:** spektrum autyzmu; trudności gastrologiczne

**Podjęte oddziaływania terapeutyczne w ramach**

**WWR:** terapia psychologiczna, terapia logopedyczna, terapia SI

**Przebieg terapii i współpraca z rodzicami:**

Piotrek, rok temu trafił do mnie na terapię w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju. Chłopiec z diagnozą autyzmu przejawiał opóźniony rozwój mowy, prezentował obniżoną intencję komunikacyjną. W obrębie palców można było dostrzec dużo maniery-

**BARDZO ISTOTNE JEST TO, ABY NABYTE PRZEZ DZIECKO UMIEJĘTNOŚCI W GABINECIE NIE OGRANICZAŁY SIĘ WYŁĄCZNIE DO NIEGO. Z TEGO POWODU KLUCZOWE JEST, ABY WSPÓŁPRACA Z RODZICAMI BYŁA PEŁNA ZROZUMIENIA I ZAANGAŻOWANIA, DZIĘKI CZEMU NASZ PODOPIECZNY BĘDZIE ROZWIJAŁ SWOJE KOMPETENCJE I PRZENOSIŁ UMIEJĘTNOŚCI NA RÓŻNORodne ŚRODOWISKA.**

zmów, ponadto dziecko stymulowało się wzrokowo, np. światłem odbijającym się w lampie lub tablicy interaktywnej. Było także pobudzone ruchowo, miało niskie napięcie mięśniowe. W ramach zajęć WWR w Poradni Psychologicznej działającej w ramach Fundacji, w której pracuję, Piotr miał zaproponowaną terapię psychologiczną, logopedyczną oraz integrację sensoryczną. Wszystkie z tych zajęć odbywały się raz w tygodniu. Z rodzicami zostały dokładnie omówione



cele wszystkich terapii. Jako psycholog i oligofrenopeda- gog objęłam chłopca wsparciem psychologiczno- pedagogicznym realizowanym w ramach terapii psychologicznej.

Zbadałam dziecko za pomocą kwestionariusza VB-MAPP, wyniki testów przedstawiłam rodzicom na wykresie słupkowym, który dokładnie obrazował obszary deficytowe ich syna. Otóż, Piotr nie osiągnął adekwatnego do wieku rozwojowego poziomu przede wszystkim w zakresie: mandów (proszenia), taktów (nazywania) oraz naśladowania motorycznego. W ocenie barier niepokojąco wysoko wypadły m.in.: kontrola poleceniowa, problemy z zachowaniem, zaburzony mand, zaburzony takt, zaburzone naśladowanie motoryczne, słaba motywacja czy autostymulacje. Z moich obserwacji oraz wywiadu z rodzicami wynikało, że frustracja oraz zachowania trudne w postaci krzyku bądź płaczu prawdopodobnie wynikały z braku umiejętności komunikowania się z otoczeniem w sposób zrozumiały. Chłopiec często demonstrował to, czego aktualnie potrzebował, poprzez płacz lub ciągnięcie za rękę, jednak bez konkretnego wskazania pożądanego przedmiotu bądź aktywności. Z wywiadu psychologicznego wiadomo, iż rodzice w poczuciu bezradności nierzadko ulegali nieakceptowalnym społecznie zachowaniom synka.

W mojej ocenie kluczowe dla dziecka było wyposażenie go w narzędzie do komunikowania się, które na obecnym etapie było dla niego w bliższym obszarze dostępu niż mowa czynna. Zaproponowałam rodzicom komunikację augmentatywną (wspierającą), bazującą na piktogramach. Rodzice zostali dokładnie zapoznani z metodą oraz strategiami wprowadzania jej w życie domowe. Początkowo skupiliśmy się na wzmocnieniach chłopca, takich jak świeczka zabawki, klocki, gniotki, piasek sensoryczny oraz czekoladka Oreo. Rodzice kilkakrotnie uczestniczyli w naszych zajęciach, aby mogli zamieniać się ze mną rolami – oni stawali się terapeutami, którzy oczekują od dziecka komunikatu, aby móc dać mu nagrodę. Dzięki temu nabierali doświadczenia i z łatwością mogli powtarzać próby komunikacyjne w środowisku domowym. Ponadto, z uwagi na słabą kontrolę poleceniową, chłopiec uczony był pracy ustrukturalizowanej z podziałem na „pracę” i „przerwę”, a także adekwatnej reakcji na timer. Rodzice w środowisku domowym także starali się dzielić naukę na odpoczynek i aktywności wymagające większego zaangażowania poznawczego. W sytuacji, gdy chłopiec prezentował zachowania oporowe na komunikat rodziców, np. że jest koniec zabawy, rodzice także ustawiali timer na zakończenie ulubionej aktywności, a po tym, jak minął czas i timer dzwonił, zadaniem chłopca było posprzątać zabawki. Gdy zrobił to w czasie na to przeznaczonym,

dostawał wzmocnienie, a gdy nie – rodzic manualnie sprzątał jego ręką zabawki, bez dostarczenia wzmocnienia. Piotr szybko nauczył się, iż zwyczajnie opłaca mu się współpracować, ponieważ może mieć z tego tytułu benefity. Należy podkreślić, że wymieniane wyżej nagrody były wzmocnieniami wyizolowanymi, a więc przeznaczonymi jedynie na naukę trudnych dla chłopca umiejętności, nie dostawał ich zazwyczaj „za darmo”, a jeśli czasami tak – to nie była to reguła, lecz raczej wyjątek. Ponadto, chłopiec uczył się naśladować motorycznie, początkowo były to czynności jednoetapowe, np. klaskanie, uderzanie ręką w stół czy podnoszenie rączek do góry. Rodzice w środowisku domowym mieli za zadanie w formie zabawy ćwiczyć naśladowanie jednoetapowe z przedmiotem, takie jak odwracanie kubka, parkowanie auta do garażu, karmienie misia łyżeczką. Co więcej, próbowali uczyć synka imitować proste miny do lustra, co dawało chłopcu wiele uśmiechu i frajdy. Zadziwiająco chętnie wchodził w tego typu aktywności. Rodzice starali się także aranżować jak najwięcej sytuacji komunikacyjnych w środowisku domowym – nie akceptowali już krzyków i płaczów jako formy komunikatu, lecz czekali na komunikację w formie adekwatnego piktogramu. Gdy chłopiec zorientował się, że takie zachowanie jest skuteczne, niezmiernie szybko nauczył się, iż funkcjonalna droga porozumiewania się daje mu korzyści. Coraz częściej zdarzały się sytuacje, kiedy Piotr oprócz komunikatu obrazkowego starał się wypowiedzieć proste słowo, np. „auto”. W tej sytuacji otrzymywał wzmocnienie różnicujące – większą nagrodę lub miał wydłużony czas korzystania z niej, aby odczuł, że mowa czynna jest nie tylko najtrudniejszym sposobem porozumiewania się, ale też formą najbardziej nagradzaną przez dorosłych. Warto również wspomnieć, iż spotkania z logopedą były spójne z moją pracą terapeutyczną, z rozbudowanym zakresem oddziaływań typowo logopedycznych, takich jak wprowadzenie masażu logopedycznego oraz położenie jeszcze większego nacisku na naukę imitacji werbalnej poszczególnych głosek.

Rodzice chłopca byli w stałym kontakcie zarówno ze mną – psychologiem, jak i logopedą oraz terapeutą SI. Przyniosło to pożądaną rezultat, bowiem dzięki rocznym, kompleksowym oddziaływaniom terapeutycznym połączonym z owocną współpracą z rodzicami chłopiec poczynił ogromny postęp. Zarówno w powtórzonym badaniu narzędziem VB-MAPP, jak i w życiu codziennym było i jest to nadal widoczne. Nawiązanie z dzieckiem relacji opartej na



zaufaniu i zaangażowaniu przyczyniło się do tego, że Piotr miał motywację, aby uczestniczyć w terapiach. Stopniowo zaczynał parować się ze specjalistami i z zaangażowaniem brać udział w proponowanych ćwiczeniach. Udało się wzbudzić w dziecku intencję komunikacyjną oraz wprowadzić mu komunikację wspierającą, przy której stopniowo zaczynała pojawiać się mowa czynna. Obecnie chłopiec nadal korzysta z wypowiedzi wizualnej, konstruuje zdania, lecz potrafi już zakomunikować ze wsparciem obrazkowym bardziej złożone komunikaty ze starterem zdaniowym, np. „chcę bańki”, „chcę sok”, „chcę układankę z krową”. Z dnia na dzień powiększa się jego repertuar słownictwa, zarówno mowy czynnej, jak i biernej. Niezmiernie rzadko pojawiają się u chłopca zachowania nieakceptowalne społecznie, a nawet jeśli one wystąpią, to czas ich trwania jest zdecydowanie krótszy i mniej intensywny niż przed rozpoczęciem oddziaływań

**GDY RODZICE ZAUWAŻĄ  
NIEPOKOJĄCE OBJAWY U SWOJEGO  
DZIECKA, ISTOTNE JEST, ABY ZACZĘLI  
POSZUKIWAĆ SPECJALISTYCZNEGO  
WSPARCIA JAK NAJSZYBCIEJ.**

terapeutycznych. Piotr opanował umiejętność imitacji motorycznej oraz naśladowania z przedmiotem. Obecnie uczy się podążania za bardziej złożonymi poleceniami. Stymulacje wzrokowe oraz manieryzmy w obrębie palców uległy wyciszeniu, chłopiec chętnie angażuje się w zajęcia sensoryczne, takie jak przesypywanie różnych materiałów sypkich czy zabawy gniotkami. Widoczną różnicą jest to, iż stymulacje oraz manieryzmy nie uniemożliwiają chłopcu wykonania zadania, jak to miało miejsce wcześniej. Dziecko potrafi odroczyć własną potrzebę i skupić się na zaproponowanej przez dorosłego aktywności. W mojej ocenie oraz innych specjalistów pracujących z Piotrem terapia chłopca dobrze rokuje i stopniowo osiąga on istotne dla niego kamienie milowe.

## Podsumowanie

Gdy rodzice zauważą niepokojące objawy u swojego dziecka, istotne jest, aby zaczęli poszukiwać specjalistycznego wsparcia jak najszybciej. U maluchów każdy tydzień jest niezwykle cenny, bowiem ich umysł jest jeszcze bardzo plastyczny, podatny na oddziaływania terapeutyczne. Nieoceniona w terapii jest współpraca

z rodzicami, aby dziecko mogło generalizować nabywane na zajęciach umiejętności na środowisko domowe. Warto na bieżąco monitorować postępy i trudności podopiecznego, aby wiedzieć, co uległo poprawie, a co wymaga zintensyfikowania oddziaływań terapeutycznych. Przydatny do takiej oceny może okazać się kwestionariusz VB-MAPP, który w sposób obrazowy ilustruje kamienie milowe, które nie zostały przez dziecko osiągnięte. Ponadto, analiza tych wykresów jest pomocna w tworzeniu programów terapeutycznych oraz zaleceń dla rodziców. Warto przeprowadzać z opiekunami obszerny wywiad diagnostyczno-terapeutyczny, bowiem rodzice najlepiej znają swoje dziecko i często są świadkami zachowań, których małych pacjent może nie pokazać nam – specjalistom – od razu w gabinecie. Skonkretyzowanie celów terapeutycznych w porozumieniu z rodzicami stanowi niezbędny element podjęcia skutecznych oddziaływań. Istotne jest to, aby objąć malucha specjalistyczną opieką już na bardzo wczesnym etapie jego rozwoju, dzięki czemu można popracować nad jego trudnościami i zapobiegać dalszym deficytom.

### KAROLINA MICHALAK

Psycholog, oligofrenopedagog, certyfikowany trener TUS. W trakcie 4-letnich studiów podyplomowych z zakresu psychoterapii poznawczo-behawioralnej w Centrum CBT-EDU w Warszawie. Swoje doświadczenie zdobywała w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, na oddziale psychiatrycznym w szpitalu im. J. Babińskiego w Łodzi, a także placówkach specjalistycznych dla dzieci ze spektrum autyzmu. Posiada uprawnienia diagnostyczne do przeprowadzania badań poziomu inteligencji i procesów poznawczych Skalą Inteligencji Stanford-Binet 5. Certyfikowany diagnosta ADOS-2. Przeszkolona w przeprowadzaniu diagnozy ADHD i zaburzeń współwystępujących z wykorzystaniem kwestionariusza Conners-3. Ma doświadczenie w badaniu narzędziem VB-MAPP oraz w pracy nad rozwijaniem komunikacji funkcjonalnej u dzieci z deficytami mowy opartej na systemie komunikacji PECS. Zawodowo związana z Fundacją z ASPI-racjami w Łodzi, gdzie pracuje na stanowisku psychologa w Poradni Psychologicznej, która działa w ramach tej placówki. Pracuje przede wszystkim w nurcie poznawczo-behawioralnym, łącząc także inne podejścia, w zależności od potrzeb pacjenta. Pracuje z dziećmi, młodzieżą, a także dorosłymi.

### BIBLIOGRAFIA

- Sundberg M., *VB-MAPP. Ocena osiągnięcia kamieni milowych rozwoju i planowania terapii*, Fundacja Scholaris, Warszawa 2018.



AUTORKI: KATARZYNA MIERZEJEWSKA, MAGDALENA GODLEWSKA

## Zasady TUS wg A. Goldsteina

# **Modelowanie, odgrywanie ról, informacja zwrotna, generalizacja**

Trening Umiejętności Społecznych jest metodą, w której uczeń systematycznie uczy się umiejętności, które pomogą mu sprawnie poruszać się w środowisku przedszkolnym lub szkolnym. Kształtowanie umiejętności opiera się na 4 zasadach: modelowaniu, odgrywaniu ról, informacji zwrotnej oraz generalizacji.

**K**ształtowanie umiejętności społecznych przypada na lata 70. XX wieku. Wcześniejsze metody terapeutyczne, np. psychodynamiczna, niedyrektywna wychodziły z założenia, że uczeń ma w sobie zdrowe, prawidłowe, zadowalające zachowania społeczne, jednak nie potrafi ich demonstrować. Rolą terapeuty było usuwanie przeszkód, by umiejętności te były prezentowane. Takie podejście nie przynosiło znacznych efektów terapeutycznych w grupie osób z deficytem umiejętności społecznych, pochodzących z rodzin o niższych dochodach. To spowodowało opracowanie nowej interwencji przez Arnolda Goldsteina w 1973 r., tzw. Strukturalnego Nauczania. Nauczanie umiejętności społecznych opisane przez Goldsteina czerpie z prac stworzonych przez Alberta Bandura. Bandura (1973) opisał procesy modelowania, ćwiczeń behawioralnych oraz wzmacniające działanie czynników społecznych, które były podstawą do rozwoju SKILLSTREAMINGU, czyli Kształtowania Umiejętności, tzw. TUS.

Podstawowe założenia Kształtowania Umiejętności:

- ▶ Trudne zachowania i agresja traktowane są jako zachowania WYUCZONE. Nauka alternatywnych zachowań może zmienić niepożądane zachowania.
- ▶ Założenie deficytu umiejętności zakłada, że uczeń nie posiada lub słabo opanował umiejętności społeczne. Takie podejście pozwala nie traktować niewłaściwego zachowania dzieci jako celowego, złośliwego działania.
- ▶ Nauka w prostych krokach umiejętności społecznych, w sposób aktywny poprzez odgrywanie ról.

Badacze zajmujący się nauczaniem umiejętności społecznych (Gresham, Sugai & Horner 2001 oraz Gresham) dodatkowo rozróżnili deficyt wykonania umiejętności na:

**Deficyt umiejętności „NIE MOGĘ”**, w którym uczeń nie może wykonać zachowania prospołecznego, ponieważ brak mu wiedzy, jak wykonać dane zachowanie. Może też wykazywać brak swobody w wykonaniu zadania w kompetentny sposób, lub brak elastyczności, czyli może mieć trudność w wyborze umiejętności właściwej do sytuacji.

**Deficyt wykonania umiejętności NIE ZROBIĘ**, to sytuacja, kiedy uczeń posiada wiedzę jak się zachować w danej sytuacji, jednak może nadal wybierać zachowania konkurencyjne, ponieważ np. wykazuje niską samokontrolę, która zakłóca użycie właściwej umiejętności. Drugi powód deficytu wykonania umiejętności to brak pozytywnego wzmocnienia ze strony nauczyciela lub rodzica np. w sytuacji gdy

dzieci zgodnie się bawią, nauczyciel lub rodzic nie mówi np. „Widzę, że zgodnie się bawicie klockami, świetna robota” w sytuacji prezentowania właściwego zachowania przez ucznia/uczniów.

Trening umiejętności społecznych wg A. Goldsteina opiera się na 4 zasadach:

1. Modelowanie.
2. Odgrywanie ról.
3. Udzielanie informacji zwrotnych.
4. Transfer umiejętności (generalizacja).

## Modelowanie

Jest uczeniem się przez naśladownictwo. Wyróżniono trzy rodzaje uczenia się przez modelowanie:

**Uczenie obserwacyjne** – polega na uczeniu się zachowań, których wcześniej uczeń nie przejawiał. Mogą to być zachowania pozytywne lub negatywne. Dlatego trzeba uważać w jaki sposób się zachowujemy, np. kiedy czujemy złość i krzyczymy lub trzaskamy drzwiami to istnieje duże prawdopodobieństwo, że dziecko w podobny sposób będzie wyrażało złość.

**Efekt hamujący i wyzwalaający** – dotyczy zachowań, które dzieci już znały, ale rzadko prezentowały ze względu na następujące konsekwencje zachowania. Np. jeśli uczeń był pomocny i koleżeński w stosunku do kolegów i był za to nagradzany to uczeń, który wcześniej prezentował zachowania egocentryczne może zacząć prezentować zachowania przyjazne w stosunku do kolegów.

Zachowania agresywne, np. bicie, szturchanie kolegów – jeśli uczeń (model), który tak się zachowuje nie ponosi konsekwencji, następuje tzw. efekt wyzwalaający, czyli inni uczniowie również mogą zachowywać się agresywnie.

**Ułatwianie zachowań** – dotyczy zachowań, które są znane uczniowi i nie są powodem do negatywnych reakcji ze strony rówieśników lub nauczycieli, np. uczeń który zobaczył, że kolega kupił sobie rzecz, która mu się podoba, może kupić tę samą rzecz. Dziecko, które obserwuje, że ktoś dobrze radzi sobie w trudnej sytuacji z rówieśnikiem, może zachować się podobnie w takiej konfliktowej sytuacji, ponieważ następuje tzw. efekt ułatwiający zastosowanie wybranego zachowania.

Ludzie uczą się przez modelowanie zachowań prospołecznych, ale również tych niewłaściwych. Co zatem zrobić, by uczeń skupił swoją uwagę na właściwym zachowaniu?

## Czynniki wspierające modelowanie

**Model** – odgrywając scenkę, przyjmij rolę ucznia w podobnym wieku co dzieci biorące udział w zajęciach, np. powiedz: „teraz odgrywam rolę Ani, która ma 6 lat”. Zaprezentuj podobne zainteresowania dla grupy wiekowej, z którą pracujesz. Użyj atrybutów, np. jeśli jesteś w roli dziecka, załóż kolorową opaskę na głowę. Modelowanie powinno być czytelnie zaprezentowane, dynamicznie odgrywane, z jak najmniejszą liczbą szczegółów, należy usunąć dystraktory z tła. Istotnym elementem jest zebranie uwagi uczniów, czyli obserwatorzy (uczniowie) muszą wiedzieć, że mają patrzeć na modela a potem go naśladować. Ważne, by przed modelowaniem zebrać uwagę grupy, mówiąc, np.: „Teraz wszyscy na mnie patrzają”.

Kazdin (1975) podkreśla, że aby „zaprogramować podtrzymanie reakcji i transferu, należy rozwijać docelowe zachowania w różnego rodzaju sytuacjach i w obecności różnych osób”. Jeśli na zajęciach np. modelujesz scenkę dla danej umiejętności 3-krotnie, to każda rola powinna być zagrana dla innej potrzeby, dla tej samej umiejętności. Przykładowo, jeśli ćwiczę umiejętność radzenia sobie z przegraną, to w jednej scenie poradzę sobie z przegraną podczas gry sportowej, w drugiej podczas przegranej w grze planszowej, a w kolejnej np. kiedy nie wygrałam konkursu plastycznego.

**„Głośne myślenie” (zapośredniczenie werbalne)** – czyli mówienie na głos tego, co zwykle mówi się do siebie w myśli. Modelując głośne myślenie zaznaczamy poprzez wykonanie gestu przyłożenia palca wskazującego do skroni lub brody (gest myślenia) lub użycie chmurki myślowej (takiej jak w komiksach).

Głośne myślenie polega na wypowiedaniu na głos kroków umiejętności, np. podejdź, popatrz, zapytaj lub zatrzymaj się, weź głęboki wdech, powiedz...

Model, stosując głośne myślenie, może uzasadniać na głos dlaczego tak się zachowa w danej sytuacji. Dotyczy to uczniów wyżej funkcjonujących, np. *„Nie umiem zawiązać sznurówek w butach, muszę poprosić kogoś o pomoc... Kto może mi pomóc? Mój kolega Piotrek też nie umie wiązać butów, więc jego nie będę prosić o pomoc, pani Ala potrafi to robić, ale teraz zapisuje coś w dzienniku. Pani Iwona też umie wiązać sznurówki i nie jest teraz niczym zajęta. Poproszę o pomoc panią Iwonę. Muszę do niej podejść, popatrzeć i powiem, potrzebuję pomocy...”*

Badacze, m.in. Camp i Bash (1981, 1985) podkreślają, że głośne myślenie pomaga hamować impulsy, pokazuje procesy poznawcze umożliwiające wykonanie umiejętności oraz ułatwia uczenie się umiejętności.

## Jak przeprowadzić modelowanie?

- ▶ Pokaż sytuację odpowiadającą życiu dziecka.
- ▶ Jako model odegraj rolę dziecka będącego w podobnym wieku.
- ▶ Przedstaw tylko 1 umiejętność bez dodatkowych treści.
- ▶ Przed modelowaniem zaprezentuj i krótko omów kroki umiejętności.

Możesz wyznaczyć strażników kroków, np. jeśli ćwiczysz umiejętność dołączania do zabawy: „Staś będzie strażnikiem pierwszego kroku. Stasiu, jaki jest pierwszy krok? (1. Podejdź). Ania będzie strażniczką drugiego kroku. Aniu, jaki jest drugi krok? (2. Popatrz). Krzysiek będzie strażnikiem trzeciego kroku. Krzysiu, jaki jest trzeci krok? (3. Zapytaj: Czy pobawisz się ze mną?). Weronika, ty będziesz strażniczką 4 kroku. Posłuchaj odpowiedzi (TAK), Ala ty będziesz strażniczką kroku 5. Dołącz do zabawy.”

Jeśli nie wyznaczyłaś strażników kroków, po modelowaniu zadaj ogólnie pytanie do grupy: „Czy odegrałam pierwszy krok? A co zrobiłam? Jaki był pierwszy krok?”

### Pomoce do modelowania:

- ▶ Komputer lub rzutnik, klaps filmowy, atrybuty dla modela (np. opaska na włosy dla nauczycielki, która wciela się w rolę dziecka).
- ▶ Możesz używać filmów modelowych:
- ▶ Model me kids”, <http://www.modelmekids.com/>
- ▶ Filmy Fundacji „Dalej Razem”, <https://edu.dalejrazem.pl/>
- ▶ Filmy modelowe Fundacji Pomoc Autyzm <https://www.pomocautyzm.org/>
- ▶ Filmy modelowe TUS.EDU.PL

## Odgrywanie ról (scenki dzieci)

Uczeń odgrywający rolę powinien otrzymać informację, jakie kroki ma wykonać w scenie oraz jakiej sytuacji będzie dotyczyła scenka.

Odegranie roli będzie skuteczniejsze, jeśli uczeń (osoba trenująca) sam zdecyduje czy chce zagrać w scenie, wykaże zaangażowanie i improwizację w scenie, otrzyma aprobatę, nagrodę po odegranej scenie. Podczas odgrywania ról warto przypominać uczniowi o stosowaniu głośnego myślenia, czyli mówieniu na głos tego co się zwykle myśli po cichu. Głośne myślenie pomaga trenującemu uczniowi skupić się na krokach, a obserwatorom zrozumieć zrealizowane kroki i decyzje podjęte przez ucznia odgrywającego scenkę. Przedszkolaki oraz dzieci z wyzwaniami rozwojowymi

zwykle na początku odgrywają scenki z trenerami (nauczycielami), ale także z kolegami z grupy. Dzieci szkolne – główny aktor (uczeń trenujący) wybiera współaktora (pomocnika). Pomocnik ma prawo odmówić zagrania w scenie. Podczas odgrywania ról uczeń może korzystać z podpowiedzi wizualnych, czyli narysowanych kroków umiejętności. Jeśli jest potrzeba – nauczyciel może podpowiadać kolejne kroki umiejętności, zadawać pytania naprowadzające lub dopytywać „dlaczego akurat tę osobę poprosiłeś o pomoc”. Zasada jest taka, że każde dziecko powinno odegrać scenkę. Jeśli jednak w danym dniu uczeń nie chce odegrać scenki, to zaktywizuj je poprzez wskazywanie kroków umiejętności odgrywanych przez kolegę. Uczeń ma przeczytać, wymienić kroki danej umiejętności bez odgrywania scenki.

### Informacja zwrotna

Powinna zawierać informację jak dobrze uczeń odegrał scenkę trenując wybraną umiejętność. Ważne, by była dostarczona od razu po odegraniu scenki przez dziecko. Może być podana przez trenera, dzieci lub przez konkretnych strażników kroków, jeśli byli wybrani. Udzielając informacji zwrotnej należy ocenić szczegółowo, np. ton głosu, postawę ciała. Ważne jest użycie wzmocnienia społecznego, np. dobra robota!, świetnie ci poszło! Można zapytać grupę np. „Czy Staś wykonał pierwszy krok? A jaki był pierwszy krok?” Można również zapytać grupę ogólnie: „Co Staś dobrze zrobił w scenie?” Dzieci zwykle wymieniają w różnej kolejności kroki umiejętności, ale również często zwracają uwagę na prawidłowe zachowania, które nie są zaznaczone w krokach umiejętności, np. jest krok „podejdź do osoby”, a obserwator udzielając informacji zwrotnej powiedział, że Staś podszedł na przyjazną odległość do rozmówcy, mimo, że takiej informacji nie było w krokach. Na koniec warto dopytać „Czy jest coś, co Staś mógł zrobić inaczej w scenie?” Dzieci czasami informują, „Stasiu, mogłeś mówić głośniej, nie zawsze patrzyłeś na osobę z którą rozmawiałeś”.

Jeśli scenka znacząco różniła się od kroków umiejętności, to uczeń powinien odegrać scenkę jeszcze raz.

### Informacja zwrotna od rówieśników

Badania przeprowadzone przez (Jones, Young & Freeman, 2000, Moroz & Jones, 2002) wykazały, że „wzmocnienia społeczne pochodzące od rówieśników zwiększają akceptację rówieśniczą oraz występowanie właściwych zachowań prospołecznych”. Dodatkowo

(Moroz & Jones, 2002) opracowali „Program pozytywnych informacji pochodzących od rówieśników”

Program pokazywał uczniom w jaki sposób udzielić kolegom odizolowanym społecznie informacji zwrotnej. Opracowano następujące kroki: popatrz na kolegę, uśmiechnij się, powiedz pozytywną rzecz, którą osoba powiedziała lub zrobiła oraz powiedz werbalną pochwałę, np. „Dziękuję, że pomogłeś mi przenieść krzesła do innej sali. Dobra robota!” W efekcie stosowania takiej procedury zaobserwowano większą akceptację rówieśniczą uczniów, którzy są zwykle odrzucani przez grupę i więcej zachowań prospołecznych prezentowanych przez ucznia, który takie pozytywne informacje zwrotne otrzymuje od rówieśników.

### Generalizacja

Generalizacja jest jednym z celów treningu umiejętności społecznych. Polega na stosowaniu umiejętności poza grupą treningową. By nowe zachowanie weszło do repertuaru zachowań dziecka, niestety nie wystarczy przećwiczenie umiejętności raz w tygodniu podczas zajęć TUS. Należy stale utrzymywać nowe umiejętności w naturalnym środowisku ucznia. Częste powtarzanie umiejętności sprawia, że automatyzuje się ona i z czasem nie wymaga aż tak dużego wysiłku by ją stosować. Pojęcie „generalizacja” odnosi się do sytuacji, w których zmiany w zachowaniu dziecka są trwałe w czasie, pojawiają się w różnych środowiskach i w obecności różnych osób (Suchowierska, 2012).

### Jak wspierać generalizację?

#### ➔ Zadawanie prac domowych

Na koniec zajęć TUS uczeń powinien otrzymać pracę domową, w której pod koniec zajęć zaznacza z kim i gdzie będzie ćwiczył daną umiejętność. Jest to już rodzaj kontraktu z nauczycielem, na jaki zgadza się uczeń. Jeśli dziecko ma trudność z wyborem sytuacji, gdzie może ćwiczyć umiejętność, trener może podpowiedzieć gdzie to można zrobić, np. ćwiczenie powitania i pożegnania na podwórku, spotykając sąsiada. Zatem uczeń zapisuje na pracy domowej:

- ▶ Umiejętność: powitania i pożegnania.
- ▶ Gdzie będę ćwiczył? Na podwórku.
- ▶ Z kim? Z sąsiadem.

W dalszej części pracy domowej uczeń może zapisać jak mu poszło. Jeśli wykonał wszystkie kroki – koloruje buzię wesołą, jeśli o jakimś kroku zapomniał, np. nie popatrzył na sąsiada – koloruje buzię neutralną, jeśli



DZIECI CZĘSTO NIE CHCĄ ODRABIAĆ PRAC DOMOWYCH, ZATEM WAŻNE JEST, ŻEBY NA KOLEJNYCH ZAJĘCIACH DOCENIĆ WYSIŁEK UCZNIÓW, KTÓRZY WYKONALI PRACĘ DOMOWĄ POPRZEZ WRĘCZENIE NAGRODY, NP. NAKLEJKI, SZKLANEJ KULKI, TATUAŻU LUB WYBRANEGO PRZYWILEJU, NP. BYCIE PIERWSZYM W KOLEJCE, DECYDOWANIA W JAKĄ ZABAWĘ BĘDZIEMY SIĘ DZISIAJ BAWIĆ NA ZAJĘCIACH TUS, WYBÓR KSIĄŻKI DO CZYTANIA PODCZAS RELAKSU.

zapomniał o krokach – koloruje buzię smutną. Dzieci starsze, potrafiące pisać, mogą opisać sytuację lub opisać jak im poszło.

Dzieci często nie chcą odrabiać prac domowych, zatem ważne jest, żeby na kolejnych zajęciach docenić wysiłek uczniów, którzy wykonali pracę domową poprzez wręczenie nagrody, np. naklejki, szklanej kulki, tatuażu lub wybranego przywileju, np. bycie pierwszym w kolejce, decydowania w jaką zabawę będziemy się dzisiaj bawić na zajęciach TUS, wybór książki do czytania podczas relaksu.

#### ➡ **Segregator lub teczka z materiałami z zajęć TUS**

Materiały z zajęć TUS, np. kroki umiejętności, prace domowe, uczeń powinien zbierać do segregatora lub teczki. Inni nauczycieli oraz rodzice mają wtedy wiedzę jakie umiejętności są aktualnie ćwiczone na zajęciach i mają możliwość wzmacniania właściwych zachowań prospołecznych oraz tych aktualnie ćwiczonych.

#### ➡ **Grupowe prace domowe**

W przedszkolu lub klasie dobrze sprawdzają się również nagrody grupowe, czyli system nagradzania całej grupy oparty na zasadzie Cantera (1987), tzw. słoik z fasolkami. Za każdym razem, kiedy uczeń zastosuje ćwiczoną umiejętność, np. poczeka na zadane pytania w tzw. „dobrym momencie”, czyli kiedy osoba patrzy na mnie, nie jest niczym zajęta, nie rozmawia z drugą osobą, uczeń otrzymuje np. orzecha, fasolkę, żeton, kamyk, który wrzuca do słoika. Po uzbieraniu przez grupę np. 50 orzechów grupa dostaje nagrodę, np. wyjście na pizzę, wspólne pieczenie ciasteczek lub wyjście do zoo. Zamiast słoika można zastosować kartę podzieloną na puzzle, gdzie uczeń koloruje 1 puzzlelek po zastosowaniu ćwiczonej umiejętności, np. kiedy rozpozna, że czuje złość i zastosuje najlepszą dla siebie strategię poradzenia sobie ze złością, np. ściskanie gniotka, głębokie oddechy lub policzenie od 3.



Praca na wspólną nagrodę pomaga wytworzyć w grupie ducha współpracy i powoduje, że dzieci przypominają sobie wzajemnie o użyciu umiejętności.

➔ **Stosowanie kart „Mam Cię”** – w sytuacji, kiedy uczeń zastosuje umiejętność prospołeczną, nauczyciel wręcza mu kartę „Mam Cię” np.:

- ▶ Kto wręcza kartę? Pani Marta.
- ▶ Kogo? Antka.
- ▶ Za co? Za spokojne czekanie na swoją kolej w zadaniu.

## MAM CIĘ!



**KTO?**



**KOGO?**



**ZA CO?**



TUS  
Trening Umiejętności Społecznych

Uczeń może wymienić karty na nagrodę lub jakiś przywilej, np. po uzbieraniu 5 kart otrzymuje nagrodę – gra 5 minut na tablecie.

### ➔ **Kształtowanie zachowania**

Czasami dziecko nie będzie od razu prezentowało umiejętności w całości. Mimo to warto docenić wysiłek ucznia i nagrodzić go, nawet jeśli nie zastosował wszystkich kroków ćwiczonej umiejętności, np. przywitał się z osobą mówiąc „dzień dobry” ale nie popatrzył w oczy.

**PRZED ROZPOCZĘCIEM ZAJĘĆ TUS NALEŻY SPOTKAĆ SIĘ Z RODZICAMI NA ŻYWO LUB ONLINE ALBO WYŚLAĆ LIST DO RODZICÓW Z INFORMACJAMI NA CZYM BĘDĄ POLEGAŁY ZAJĘCIA TUS.**

### ➔ **Podpowiedzi wizualne**

Rozwiesz aktualnie ćwiczone kroki umiejętności w sali. Mogą być podpowiedzią dla ucznia co zrobić np. w sytuacji odmowy wspólnej zabawy. Kroki rozwiesz w widocznym miejscu na wysokości oczu ucznia.

➔ **Aranżuj sytuację** tak, by uczeń miał okazję do przećwiczenia umiejętności w ciągu pobytu w placówce. Przykładowo, jeśli uczymy dziecko akceptowania odmowy to np. celowo kładziemy na widoku ulubiony baton dziecka, kiedy dziecko poprosi o słodycz, mówimy, że będzie mogło zjeść batonik dopiero po obiedzie, jednocześnie nagradzając społecznie lub przyznając punkt za to, że spokojnie przyjęło odmowę.

### **Współpraca z rodzicami**

Przed rozpoczęciem zajęć TUS należy spotkać się z rodzicami na żywo lub online albo wysłać list do rodziców z informacjami na czym będą polegały zajęcia TUS. W liście należy opisać zasady jakie będą stosowane: modelowanie, odgrywanie ról, informacja zwrotna oraz generalizacja. Trzeba podkreślić rolę rodziców w kształtowaniu umiejętności społecznych dziecka.

### **Jak rodzic może wspierać dziecko w kształtowaniu umiejętności społecznych?**

- ▶ Zapytać dziecko, jakie są kroki aktualnie ćwiczonej umiejętności.
- ▶ Modelować właściwe zachowanie w wybranej sytuacji, np. kiedy rodzic się zezłości, modeluje np. głę-



bokie oddechy, ściskanie gniotka, lub zajmuje się czymś przyjemnym.

- ▶ Odgrywać z dzieckiem scenki.
- ▶ Podpowiadać dziecku, jaką umiejętność może zastosować w danej sytuacji.
- ▶ Zadawać pytania naprowadzające, np. „Widzę, że masz konflikt z bratem, jak się czujesz gdy nie możesz oglądać swojej bajki? A jak myślisz, jak czuje się brat, gdy on nie może oglądać swojej bajki? Co możesz zrobić w tej sytuacji? Może warto zastosować kompromis?”
- ▶ Stosować nagrody społeczne lub rzeczowe za stosowanie umiejętności, np. „Widzę, że spokojnie przyjąłeś odmowę dzisiejszego wyjścia na basen. Dobra robota! Jutro na pewno pójdziemy popływać”.
- ▶ Stosować karty „Mam Cię” – w sytuacji zaprezentowania umiejętności rodzic daje dziecku kartę „Mam Cię” gdzie zapisuje za co ją otrzymało. Karty również mogą być wymienione na nagrodę lub wklejane do specjalnego zeszytu raportującego sukcesy dziecka.

Nauczanie jak się zachowywać w wybranych sytuacjach społecznych nie zawsze przyniesie sukces jeśli pracujemy z uczniem bardzo impulsywnym lub przejawiającym trudne zachowania. Czasem w kształtowaniu zachowań będzie potrzebny program opracowany wg wytycznych Stosowanej Analizy Zachowania, czasem wsparcie farmakologiczne. Bardzo ważnym aspektem w kształtowaniu umiejętności społecznych jest stała praktyka podczas zajęć TUS, ale przede wszystkim utrwalanie umiejętności w rzeczywistych sytuacjach z życia dziecka.

### KATARZYNA MIERZEJEWSKA

Pedagog specjalny, trener TUS, trener dziecięcy kompetencji społecznych, terapeuta integracji sensorycznej, dogoterapeuta. Ukończyła Szkołę Trenerów Biznesu i Rozwoju Osobistego. Doświadczenie w pracy pedagogicznej zdobywała współtworząc Fundację Pomocy Osobom Niepełnosprawnym Przyjacieli. Od 20 lat prowadzi zajęcia pedagogiczne oraz zajęcia dogoterapii m.in. dla dzieci z autyzmem, zespołem Aspergera, zespołem Downa, zespołem Williama. Od 7 lat intensywnie zajmuje się treningiem umiejętności społecznych. Współautorka filmów modelowych TUS, współorganizatorka turnusów TUS. Prowadzi szkolenia TUS dla nauczycieli na terenie całej Polski. Pracuje w przedszkolu integracyjnym Bałabajka w Warszawie. Kontakt: tus.edu.pl.

### MAGDALENA GODLEWSKA

Psycholog, trener TUS, terapeuta, mediator. Od 10 lat intensywnie zajmuje się treningiem umiejętności społecznych. Współautorka filmów modelowych TUS, współorganizatorka turnusów TUS. Prowadzi szkolenia TUS dla nauczycieli na terenie całej Polski. Ukończyła Szkołę Trenerów Biznesu i Rozwoju Osobistego. Prowadzi kompleksowe diagnozy psychologiczne, terapie indywidualne oraz konsultacje wychowawcze, a także terapie dzieci z wyzwaniami rozwojowymi oraz wspiera rodziny w trudnej sytuacji. Prowadzi liczne szkolenia i warsztaty umiejętności społecznych i wychowawczych oraz publikuje artykuły o tematyce psychologicznej. Pracuje w przedszkolu integracyjnym Bałabajka w Warszawie. Kontakt: tus.edu.pl.

### BIBLIOGRAFIA:

- Baker J.E., *Trening Umiejętności Społecznych dla dzieci i młodzieży z Zespołem Aspergera z trudnościami w komunikacji i kontaktach społecznych*, Wyd. Grupa Wydawnicza Harmonia, 2022.
- Bandura A., *Aggression: A social learning analysis*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, N.J. 1973.
- Camp B.W., Bash M.A.S., *Think Aloud: Increasing social and cognitive skills – A problem solving program for children, Primary Level*. Champaign, IL:Research Press, 1981.
- Canter L., *Assertive discipline*, Harper and Row, New York 1987.
- Goldstein A., Martens B.K., *Trwała zmiana*, Wyd. Instytut Amity, 2018.
- Goldstein A., McGinnis E., *Kształtowanie umiejętności małego dziecka*, Wyd. Instytut Amity, 2014.
- Goldstein A., McGinnis E., *Skillstreaming. Kształtowanie młodego człowieka*, Wyd. Fundacja Karan, 1990.
- Goldstein A., McGinnis E., *Skillstreaming. Kształtowanie umiejętności ucznia*, Wyd. Fundacja Karan, 2001.
- Goldstein A.P., *Structured Learning Therapy: Toward a psychotherapy for the poor*, Academic, New York 1973.
- Gresham F.M., Sugai G., Horner R.H., *Interpreting out-comes of social skills training for students with high - incidence disabilities*, *Exceptional Children* 2001; 67: 331-344.
- Jones K.M., Young M.M., Friman P.C., *Increasing peer praise of socially rejected delinquent youth: Effects on cooperation and acceptance*, *School Psychology Review* 2000, 15, 30-39.
- Kame'enui E.J., Simmons D.C., *Designing instructional strategies: The prevention of academic learning problems*, Merrill, Columbus, OH 1990.
- Kazdin A.E., *Behavior modification in applied settings*, Dorsey, Homewood, IL 1975.
- Knapp J., Turnbull C., *Kompletny program terapii SAZ dla osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu w wieku rozwojowym od 4 do 7 lat*, Wyd. Harmonia Universalis, 2019.
- Morawska J., Morawski J., *Trener kształtowania umiejętności prospołecznych i zastępowania agresji dziecka StART. Przewodnik metodyczny*, Instytut Amity, Warszawa 2019.
- Moroz K.B., Jones K.M., *The effects of positive peer reporting on children's social involvement*, *School Psychology Review* 2002; 31 (2): 235-245.
- Neilans T.H., Israel A.C., *Towards maintenance and generalization of behavior change: Teaching Children self-regulation and self-instructional skills*, *Cognitive Therapy and Research* 1981; 5: 189-196.
- Osgood C.E., *Method and theory in experimental psychology*, Oxford University Press, New York 1953.
- Stokes T.F., Baer D.M., *An implicit technology of generalization*, *Journal of Applied Behavior Analysis* 1977, 10, 349-367.
- Suchowierska M., Ostaszewski P., Bąbel P., *Terapia behawiora*



AUTORKA: DR KATARZYNA BĄBIK-BRONIĆ

# Trudności w karmieniu u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD)

„Co my wiemy, to tylko kropelka. Czego nie wiemy, to cały ocean”  
Isaac Newton

W dobie internetu możemy spotkać się z takimi teoriami, że trudności w karmieniu są wczesnymi symptomami zaburzeń ze spektrum autyzmu. Czy ten związek faktycznie ma potwierdzenie w badaniach naukowych? Gdzie w pierwszej kolejności udać się z dzieckiem, które przejawia trudności w karmieniu? Jak wyglądają trudności w karmieniu u dzieci z ASD?

**P**ierwszy rok życia dziecka jest uważany za najważniejszy etap rozwoju zarówno fizycznego, jak i motorycznego. W związku z tym niemowlęta i małe dzieci są często poddawane ocenie i porównaniu ich poziomu rozwoju z dostępnymi normami. Taki schemat postępowania umożliwia szybkie wyłapanie i zaadresowanie zauważanych nieprawidłowości w rozwoju. Jeśli dziecko od urodzenia ma trudności z przyjmowaniem pokarmów lub zaczyna nagle odmawiać ich przyjmowania, ograniczając tym samym spożywane objętości posiłków i tracąc istotnie na masie ciała, to należy otoczyć je specjalistyczną opieką.

Trudności w karmieniu są coraz częściej rozpoznawalnym problemem zarówno wśród dzieci, młodzieży, jak i osób dorosłych. Przed wybuchem pandemii COVID-19 szacowało się, że ok. 20–40% całej populacji pediatrycznej przejawia jakąś formę trudności związanych z przyjmowaniem pokarmów. Restrykcje wprowadzone podczas pandemii negatywnie wpłynęły na stan zdrowia oraz stan psychiczny całej populacji (Kasiak i in., 2022; Miskovic-Wheatley i in., 2022). Obserwuje się m.in. istotny wzrost trudnych zachowań u dzieci, w tym podczas posiłków, wyższy poziom stresu u nich i ich opiekunów, wzrost poziomu lęku oraz negatywnych interakcji między członkami rodziny, zwiększenie trudności w karmieniu u dzieci przy pogarszającym się stanie psychicznym rodzica, szczególnie matek (Cerniglia i in., 2021; Ding i in., 2022; Krom i in., 2022; Licheni i in., 2022).

W pierwszym roku dziecko nabywa nowe umiejętności, takie jak: akceptacja smaków, przyjmowanie nowych rodzajów pokarmów, odgryzanie i gryzienie (Babik i in., 2019; Rybak i Bąbik, 2017). Potencjalnymi przyczynami pojawienia się tych trudności może być brak gotowości dziecka, niewystarczająca motywacja czy brak lub słabe umiejętności motoryczne (np. prawidłowego żucia, ssania, czy połykania) (Hoch i in., 2001; Williams i in., 2009).

Trudności w karmieniu mogą wystąpić zarówno u dzieci typowo się rozwijających, z opóźnieniem w rozwoju, z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, urodzonymi przedwcześnie, jak i z innymi obciążeniami medycznymi (Ahearn, 2001; Bentovim, 1970; Bryant-Waugh i in., 2010; Rybak i Bąbik, 2017; Schreck i in., 2004). Podłoże trudności w karmieniu jest rozpatrywane w trzech kategoriach: nieorganicznych (związanych z zachowaniem), organicznych (związanych z chorobą podstawową) lub mieszanych (obecność podłoża nieorganicznego oraz organicznego) (Rybak i Bąbik, 2017). Ich obraz kliniczny różni się nie tylko etiologią, ale również formą zachowań oraz nasileniem (Linscheid, 2006).

## Zrozumieć trudności w karmieniu – definicje

Trudności związane z karmieniem definiowane są jako wzorce doustnej konsumpcji substancji odżywczych, które odbiegają od przyjętej normy i charakteryzują się całkowitą lub częściową odmową pokarmów (Arts-Rodas i Benoit, 1998; Linscheid, 2006; Rybak i Bąbik, 2017). Mogą one przybrać formę: selektywności/wybiórczości pokarmowej, neofobii pokarmowej, czy zaburzeń polegających na ograniczeniu/unikaniu pokarmów (ARFID). Selektywność/wybiórczość pokarmowa polega na spożywaniu ograniczonych, wybranych przez dziecko pokarmów ze względu na ich właściwości sensoryczne (np. smak, zapach, konsystencja). Neofobia żywieniowa jest naturalną fazą w rozwoju człowieka, która pojawia się ok. 2.–6. roku życia. Polega na odczuwaniu lęku przed próbowaniem nowych, nieznanych pokarmów. W obecnie dostępnej literaturze nie ma konsensusu definicji oraz kryteriów diagnostycznych zarówno selektywnego/wybiórczego jedzenia, jak i neofobii żywieniowej. Stwarza to trudność prawidłowego rozpoznania problemu oraz zaproponowania odpowiedniej opieki (Bandini i in., 2010).

W przypadku ARFID charakterystyczny jest brak zainteresowania jedzeniem, unikanie posiłków lub/i sytuacji związanych z jedzeniem, co w konsekwencji może doprowadzić do zaburzenia stanu odżywiania, niedoborów mikro- oraz makroelementów i/lub witamin (Grubb, 2021). Dokładne kryteria diagnostyczne ARFID można znaleźć w tabeli 1 (APA, 2013). Coglan i Otasowie (2019) jako czynniki ryzyka wystąpienia ARFID wymieniają m.in. zaburzenia neurorozwojowe, niepełnosprawność intelektualną, nieprawidłowości anatomiczne, tendencje lękowe, doświadczenie nadużycia lub zaniedbania oraz zaburzenia więzi. Kto może diagnozować i stawiać rozpoznanie trudności w karmieniu? Do tego niezbędny jest zespół diagnostyczny, w skład którego powinien wchodzić lekarz, psycholog, neurologopeda oraz dietetyk.

## Identyfikacja trudności w karmieniu – skala montrealaska (MCH-FS)

Wieloczynnikowy aspekt trudności związanych z przyjmowaniem pokarmów powoduje, że dokładna diagnostyka i rozpoznanie to proces dość długotrwały. Do identyfikacji problemów związanych z karmieniem dziecka często wykorzystuje się profesjonalne skale oceny. Taką skalą jest skala montrealaska, MCH-FS (Załącznik 1), która szybko dostarcza informacje o doświadczanym przez dziecko i rodziców problemie

związanym z przyjmowaniem pokarmów (Bąbik i in., 2019). Skala montrealaska jest przeznaczona dla opiekunów dzieci w wieku od 6 miesięcy do 6 lat. Składa się z 14 pozycji obejmujących główne obszary karmienia, takie jak: zachowania podczas posiłków, nadwrażliwość w obrębie jamy ustnej, sprawność jamy ustnej, apetyt, obawy rodziców dotyczące karmienia, strategie rodzicielskie stosowane w trakcie karmienia i relacje rodzinne związane z karmieniem. Każde pytanie jest oceniane na 7-punktowej skali Likerta. Ostateczny wynik MCH-FS uzyskuje się przez dodanie do siebie punktów z każdej pozycji w skali. Skala ta została już przetłumaczona, zwalidowana i zaadaptowana w języku francuskim, tajskim, portugalskim oraz holenderskim. Skala MCH-FS jest również z powodzeniem stosowana wśród populacji dzieci z ASD (van Dijk i in., 2021).

## Diagnostyka trudności w karmieniu

Diagnostyka trudności w karmieniu dla wszystkich dzieci doświadczających trudności w karmieniu jest taka sama. Zaleca się: (1) przeprowadzenie dokładnego wywiadu medycznego oraz psychologicznego/psychiatrycznego; (2) wykluczenie podłoża organicznego trudności w karmieniu; (3) ocenę neurologopedyczną; (4) analizę dotychczasowego schematu żywienia dziecka; (5) przeprowadzenie obserwacji wraz z analizą posiłków przez analityka zachowania (materiał filmowy z domu, posiłki *in vivo* w placówce); (6) postawienie ostatecznej diagnozy (Rybak i Bąbik, 2017).

## Zaburzenia ze spektrum autyzmu

Zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD) są określane jako nieprawidłowości neurorozwojowe o wczesnym początku (APA, 2013; Mehling i Tassé, 2016; Rybakowski i in., 2014; WHO, 2019). Do głównych osiowych objawów zaliczane są deficyty w zakresie komunikacji, funkcjonowania społecznego oraz sztywne i stereotypowe wzorce zachowań, zainteresowań czy aktywności (APA, 2013; Maenner i in., 2021; Rybakowski i in., 2014; WHO, 2019). W nowej klasyfikacji ICD-11 podstawą w diagnozie ASD będzie diada zachowań: (1) trudności w nawiązywaniu, podtrzymywaniu interakcji społecznych/komunikacji społecznej oraz (2) ograniczone, nieelastyczne, powtarzalne wzorce zachowań, czynności lub/i zainteresowań (WHO, 2019). W związku z rosnącą liczbą rozpoznań ASD zaburzenie to staje się coraz większym wyzwaniem dla życia społecznego i polityki zdrowotnej wielu państw (French i in., 2013).

## Interwencje żywieniowe a ASD

Aż 95% opiekunów dzieci z ASD przyznaje się do stosowania niekonwencjonalnych metod terapeutycznych, a dietoterapia jest wybierana przez 12–66% opiekunów dzieci i młodzieży z tymi zaburzeniami (Höfer i in., 2017; Perrin i Coury, 2012). Często możemy spotkać się z praktykami, gdzie w momencie rozpoznania ASD z automatu zalecana jest dieta eliminacyjna. Dieta bez kazeiny, cukru, glutenu, dieta ketogeniczna czy dieta

Tab. 1. Klasyfikacja i kryteria diagnostyczne ARFID

Klasyfikacja	Klasyfikacja i kryteria
DSM-5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trudności w karmieniu polegające na restrykcyjnym przyjmowaniu pokarmów (<i>Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder; 307.59; F50.8</i>)</li> <li>• Zaburzenia jedzenia lub karmienia (np. wyraźny brak zainteresowania jedzeniem, unikanie określonych smaków/konsystencji/temperatur, obawy o niepożądane konsekwencje jedzenia), wykazane na podstawie <math>\geq 1</math> z poniższych kryteriów:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) istotna utrata masy ciała lub brak prawidłowego przyrostu masy ciała;</li> <li>2) niedobór witamin i minerałów;</li> <li>3) zależność od żywienia enteralnego;</li> <li>4) konieczność stosowania suplementów diety</li> </ol> </li> <li>• Istotne zaburzenia psychospołeczne</li> <li>• Zaburzenia <b>nie</b> są związane z brakiem dostępu do pożywienia lub normami kulturowymi</li> <li>• Zaburzenia <b>nie</b> są związane z jadłowstrętem psychicznym lub bulimią, ani zaburzeniami postrzegania sylwetki i masy ciała</li> <li>• Zaburzeń <b>nie</b> można tłumaczyć chorobą organiczną ani zaburzeniem psychicznym</li> </ul>
	<p><sup>a</sup> Klasyfikacja ta nie obejmuje: jadłowstrętu psychicznego i innych zaburzeń odżywiania (F50), trudności w karmieniu i nieprawidłowego karmienia (R63.3), problemów związanych z karmieniem noworodka (P92.), picy u niemowląt i dzieci (F98.3)</p>

Źródło: APA, 2013

GAPS (ang. *gut and psychology syndrome*). W badaniach, które prowadzone są na całym świecie, analizowane są problemy podejmowania decyzji o interwencjach dietetycznych i ich monitorowaniu bez konsultacji z lekarzem czy innym specjalistą do spraw żywienia. Co wykazują wyniki tych badań? Czy dietoterapia jest efektywna? Skuteczność diet eliminacyjnych u pacjentów z ASD jest weryfikowana w dwóch aspektach: (1) wpływu na redukcję objawów autystycznych oraz (2) wpływu na objawy gastrologiczne. Na przestrzeni ostatnich kilku lat opublikowano kilka systematycznych przeglądów badań dotyczących skuteczności interwencji biomedycznych, w tym restrykcji dietetycznych w ASD (Ameis i in., 2018; Fraguas i in., 2019). Liczba i jakość danych podsumowanych w przeglądach systematycznych wskazuje na brak podstaw do rutynowego zalecenia diet eliminacyjnych u dzieci z ASD (Fraguas i in., 2019; Piwowarczyk i in., 2020; Quan i in., 2022; Yu i in., 2022). Jeśli jednak z powodów choroby podstawowej dziecka (np. celiakia) są wskazania do wdrożenia diety eliminacyjnej, konieczna jest długofalowa opieka dietetyczna, z regularną oceną parametrów wzrastania i stanu odżywienia.

## Trudności w karmieniu a ASD

Wróćmy na chwilę do pytania, które było zadane na samym początku – czy istnieje związek pomiędzy trudnościami w karmieniu w okresie niemowlęcym a późniejszą diagnozą ASD? Nie. W świetle dostępnych wyników badań nie potwierdzono takiej zależności (van der Wurff i in., 2022). Nie ustalono również wpływu potencjalnych czynników, takich jak: długość karmienia piersią, czas wprowadzania pokarmów stałych, czas wprowadzenia konsystencji pokarmów innej niż gładka, sposób karmienia, na wystąpienie trudności w karmieniu u dzieci po 1. roku życia (Bąbik i in., 2021). Czy częstotliwość występowania trudności w karmieniu u dzieci z ASD jest wyższa w porównaniu z populacją neurotypową? Tak. Trudności w karmieniu w formie wybiórczości pokarmowej można zaobserwować już w 18. miesiącu życia dziecka, a w 2. roku życia dodatkowo pojawia się wyższe prawdopodobieństwo wystąpienia neofobii żywieniowej (Wang i in., 2022; Williams



i in., 2005). Szacuje się, że częstotliwość wystąpienia trudności w karmieniu u dzieci z ASD może sięgać od 46 do 90% (Ahearn, 2001; Martins i in., 2008; Rogers i in., 2012). Dzieci z ASD cechuje do 72% większa wybiórczość pokarmowa (smak, kolor, tekstura, konsystencja) oraz odmowa jedzenia w porównaniu z dziećmi neurotypowymi (Chen i in., 2021; Schreck i in., 2004). Czego skutkiem to może być? Prawdopodobnie wyższy wskaźnik trudności w karmieniu u dzieci z ASD wynika ze sztywności zachowań i przywiązania do rytuałów. Należy jednak przeprowadzić badania, żeby w pełni zrozumieć tę zależność. U dzieci z ASD można również zaobserwować częstsze występowanie symptomów podobnych do zaburzeń typu ARFID (Bourne i in., 2022). Podczas posiłków dzieci z ASD obserwuje się niewielkie urozmaicenie pokarmów, ograniczone spożycie warzyw i owoców oraz niechęć do próbowania nowych, nieznanymi pokarmów (Hubbard i in., 2014; Pinto-Silva i in., 2022).

## Konsekwencje trudności w karmieniu u dzieci z ASD

Trudności związane z przyjmowaniem pokarmów mogą wpływać na wczesne niedostateczne przyrosty masy ciała dziecka, problemy zdrowotne wynikające z niedoborów witamin, mikro- i makroelementów, funkcjonowanie psychospołeczne, rozwój poznawczy oraz kontrolę emocji (Rybak i Bąbik, 2017). Głównie obserwowane niedobory żywieniowe są w postaci aminokwasów, witaminy B<sub>6</sub>, witaminy D<sub>3</sub> i wapnia, zbyt niskie spożycie witaminy A, D, E, C, K, B<sub>12</sub> oraz wapnia, cynku i żelaza w diecie (Piwowarczyk i in., 2020). Do 56% opiekunów dzieci z ASD ma zalecone i stosuje suplementy diety (Demir i Özcan, 2022; Kahathuduwa i in., 2022; Pinto-Silva i in., 2022).

## Zalecane interwencje dla dzieci z ASD prezentujących trudności w karmieniu

Dzieci z ARFID (zarówno neurotypowe, jak i z ASD) powinny być objęte opieką zespołu interdyscyplinarnego: lekarza, psychiatry, psychologa, neurologopedy i dietetyka (Bąbik i in., 2020; Rybak i Bąbik, 2017). W sytuacji, kiedy możliwe jest bezpieczne karmienie doustne, a podłoże organiczne zostało wykluczone, zaleca

się interwencją opartą na zasadach stosowanej analizy zachowania, w ścisłej współpracy z dietetykiem (Rybak, 2017). Interwencja ta jest rekomendowana zarówno u dzieci żywionych poprzez zgłębnik nosowo-żołądkowy, gastrostomię, pacjentów z nasilonymi trudnościami związanymi z karmieniem (wybiórczość pokarmowa, neofobia żywieniowa), ARFID, jak i u dzieci z ASD z ARFID oraz ciężką selektywnością/wybiórczością pokarmową (Bąbik i in., 2021, 2015; Bourne i in., 2020; Bourne i in., 2022; Bryant-Waugh, 2019; Bryant-Waugh i in., 2021; Norris i in., 2016; Rybak i Bąbik, 2017; Sharp i in., 2017; Thomas i in., 2017; Volkert i in., 2021). Celem tej interwencji jest ocena umiejętności dziecka oraz identyfikacja czynników środowiskowych odpowiedzialnych za pojawienie się oraz utrzymanie zachowań związanych z odmową jedzenia i zachowań trudnych podczas posiłku. Metody stosowane zgodnie z założeniem stosowanej analizy zachowania są ukierunkowane na stworzenie indywidualnego, dopasowanego do danego dziecka protokołu interwencyjnego. Głównym celem interwencji będzie nauka nowych, niezbędnych umiejętności (np. radzenie sobie z konsystencją inną niż gładka, nauka gryzienia) oraz kształtowanie u dziecka zachowań alternatywnych (np. zwiększenie akceptacji pokarmów podawanych drogą doustną, zwiększenie repertuaru spożywanych pokarmów) (Bąbik i in., 2021, 2015; Piazza i in., 2003; Rybak i Bąbik, 2017). Jeśli chodzi o dzieci starsze (>10. roku życia), to w literaturze naukowej można znaleźć opisy wielu dostępnych interwencji terapeutycznych, np. terapię poznawczo-behawioralną CBT-AR (Thomas i in., 2021, 2017), terapię rodzinną (Fitzpatrick i in., 2015; Eckhardt i in., 2019), terapię opartą na ekspozycji interoceptywnej (Zucker i in., 2019), czy terapię dialektyczno-behawioralną (Reilly i in., 2020). Efektywność wymienionych propozycji interwencji jest jednak nadal w trakcie weryfikacji.

Przykładowe cele i zalecenia dla dzieci z trudnościami w karmieniu, to:

1. usystematyzowanie liczby i czasu trwania posiłków, np.: 4–6 posiłków na dobę (uzależnione od wieku pacjenta), z czasem karmienia nie dłuższym niż 20–30 minut oraz wycofanie przekąsek pomiędzy posiłkami;
2. wycofanie przedmiotów i sytuacji odwracających uwagę dziecka od posiłku (np. bajki, telewizja, książeczki, zabawki itp.);
3. dostosowanie pokarmów do wieku i umiejętności oralno-motorycznych dziecka;
4. systematyczne odwracanie (w przypadku nadwrażliwości sensorycznej oraz wysokiego poziomu

lęku) poprzez zaplanowaną, regularną i rejestrowaną ekspozycję na nowe pokarmy;

5. pozytywne wzmocnienie zachowań alternatywnych dziecka w sytuacjach związanych z jedzeniem;
6. modyfikacja diety – w porozumieniu z dietetykiem;
7. wsparcie psychologiczne dla rodziców/opiekunów dziecka.

## Podsumowanie

- ▶ Obecnie nie ma dowodów na wpływ diet eliminacyjnych na funkcjonowanie dzieci z ASD.
- ▶ Dzieci z ASD częściej prezentują trudności w karmieniu w postaci selektywności/wybiórczości pokarmowej.
- ▶ Do oceny trudności w karmieniu dzieci z ASD można wykorzystywać skalę montrealską, MCH-FS.
- ▶ Dzieci z ASD są w grupie podwyższonego ryzyka niedoborów mikro- i makroelementów, witamin oraz zaburzonego stanu odżywienia oraz częstszego doświadczania objawów gastroenterologicznych. W związku z tym konieczne jest sprawowanie opieki nad dzieckiem przez interdyscyplinarny zespół specjalistów.
- ▶ Zalecane metody pracy z dziećmi z ASD z zaburzeniami karmienia/ARFID czy ciężką selektywnością pokarmową to interwencje oparte na założeniach stosowanej analizy zachowania.

Dostęp do całej listy użytego piśmiennictwa w niniejszym artykule jest dostępny po kontakcie z redakcją.

### DR KATARZYNA BĄBIK-BRONIĆ

Doktor nauk społecznych w dziedzinie psychologii, certyfikowany analityk zachowania (BCBA), terapeuta i supervisor behawioralny PLTB. Wykładowca Uniwersytetu SWPS. Współtwórca kodeksu etycznego PLTB. W roku 2009 ukończyła studia magisterskie na Wydziale Społecznej Psychologii Klinicznej na Uniwersytecie SWPS w Warszawie. Absolwentka studiów podyplomowych z pedagogiki oraz studiów podyplomowych ze Stosowanej Analizy Zachowania. Obecnie studiuje logopedię oraz psychodietetykę. Odbyła staż w Kennedy Krieger Institute (KKI) w Baltimore, USA. Po ukończeniu stażu pracowała jako Clinical Specialist na oddziale the Neurobehavioral Unit oraz the Pediatric Feeding Unit w KKI. Psycholog, analityk zachowania w zespole interdyscyplinarnym Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Załącznik 1. Skala MCH-FS



Centre universitaire de santé McGill  
McGill University Health Centre  
The Montreal Children's Hospital · Pediatric Feeding Program

**Skala MCH związana z Karmieniem Dziecka – wersja polska**

Dzieci: 6 miesięcy (otrzymujące dietę przetrieraną) - 6 lat

Data: \_\_\_\_\_ Imię dziecka: \_\_\_\_\_

Proszę o ZAZNACZENIE odpowiedniej cyfry przy każdym pytaniu. Proszę zwrócić uwagę, że znaczenia cyfr różnią się między sobą – każdej cyfrze może odpowiadać inna wartość. Proszę uważnie przeczytać każde z pytań. Dziękuję.

1.	Jak ocenia Pani/Pani przebieg posiłku swojego dziecka?	1 Bardzo trudno	2	3	4	5	6	7 Łatwo
2.	Jak bardzo martwi się Pani/Pani przebiegiem posiłków swojego dziecka?	1	2	3	4	5	6	7 Bardzo martwię się
3.	Jak ocenia Pani/Pani apetyt (uczucie głodu) swojego dziecka?	1	2	3	4	5	6	7 Dobry apetyt
4.	W którym momencie podczas czasu posiłku Pana/Pani dziecko zaczyna odmawiać jedzenia?	1 Na początku	2	3	4	5	6	7 Na końcu posiłku
5.	Jak długo trwają posiłki Pana/Pani dziecka (w minutach)?	1 1-10	2 11-20	3 21-30	4 31-40	5 41-50	6 51-60	7 >60 min
6.	Jak ocenia Pani/Pani zachowanie swojego dziecka podczas posiłków?	1 Zachowuje się dobrze	2	3	4	5	6	7 Wybrzydza, awanturuje się
7.	Czy Pana/Pani dziecko dławi się/krztusi, wypluwa lub wymiotuje przy niektórych rodzajach pokarmów?	1 Nigdy	2	3	4	5	6	7 Zazwyczaj
8.	Czy Pana/Pani dziecko przetrzymuje pokarm w swojej jamie ustnej bez jego polknięcia?	1 Zazwyczaj	2	3	4	5	6	7 Nigdy
9.	Czy musi Pani/Pani chodzić za swoim dzieckiem lub odwracać jego uwagę (zabawki, telewizor), żeby dziecko jadło?	1 Nigdy	2	3	4	5	6	7 Zazwyczaj
10.	Czy musi Pani/Pani zmuszać swoje dziecko do jedzenia lub picia?	1 Zazwyczaj	2	3	4	5	6	7 Nigdy
11.	Jak ocenia Pani/Pani umiejętności żucia (lub ssania) swojego dziecka?	1 Dobre	2	3	4	5	6	7 Bardzo słabe
12.	Jak ocenia Pani/Pani wzrastanie (masę ciała, wzrost) swojego dziecka?	1 Rozwija się słabo	2	3	4	5	6	7 Rozwija się dobrze
13.	Jak karmienie dziecka wpływa na relacje Pana/Pani z dzieckiem?	1 Bardzo negatywnie	2	3	4	5	6	7 Wcale nie wpływa
14.	Jak karmienie Pana/Pani dziecka wpływa na relacje rodzinne?	1 Wcale nie wpływa	2	3	4	5	6	7 Bardzo negatywnie



Centre universitaire de santé McGill  
McGill University Health Centre  
The Montreal Children's Hospital · Pediatric Feeding Program

**Arkusz do oceny Skali MCH związanej z Karmieniem Dziecka**

Imię dziecka: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_

Data wypełnienia skali: \_\_\_\_\_ Wiek: \_\_\_\_\_

Respondent T score dla MCH-FS ogólnego surowego wyniku

Interpretacja	T-score Ranges	T-score	Surowy wynik
Łagodne trudności	61-65	68	56
Umiarkowane trudności	66-70	69	57
		70	58
Poważne trudności	powyżej 70	71	59
		72	60
		73	61
		74	62
		75	63
		76	64
		77	65
		78	66
		79	67
		80	68
		81	69
		82	70
		83	71
		84	72
85	73		
86	74		
87	75		
88	76		
89	77		
90	78		
91	79		
92	80		
93	81		
94	82		
95	83		
96	84		
97	85		
98	86		
99	87		
100	88		
101	89		
102	90		

- W celu uzyskania całkowitego, surowego wyniku:**
1. Wprowadź uzyskany wynik z 7 pozycji, które oznaczone są gwiazdką do 1-ej kolumny.
  2. Odwróć wyniki z pozycji oznaczonych gwiazdką z pierwszej kolumny (1 → 7, 2 → 6, 3 → 5, 4 → 4, 5 → 3, 6 → 2, 7 → 1), a następnie zapisz je w 2-ej kolumnie.
  3. Wprowadź wyniki z 7 pozycji, które nie były oznaczone gwiazdką do 2-ej kolumny.
  4. Dodaj wyniki wszystkich, 14-tu pozycji w 2-jej kolumnie, aby otrzymać całkowity, surowy wynik.

<b>Pozycje</b>	<b>Kolumna 1</b>	<b>Kolumna 2</b>
1*	_____	_____
2	_____	_____
3*	_____	_____
4*	_____	_____
5	_____	_____
6	_____	_____
7	_____	_____
8*	_____	_____
9	_____	_____
10*	_____	_____
11	_____	_____
12*	_____	_____
13*	_____	_____
14	_____	_____
<b>Całkowity wynik surowy:</b>	_____	_____

AUTORKA: DOROTA MARKOWSKA

# Jak budować relację między dzieckiem a rodzicem z wykorzystaniem metody Weroniki Sherborne?

„Życia nie da się wyrazić przez stan, lecz przez ruch: jedyne, niewątpliwe zwycięstwo ziarna, w którym drzemie ukryta siła”

(Antoine de Saint-Exupéry)

Metoda Weroniki Sherborne stanowi fundament, na którym opiera się nauczanie. Pomaga w budowaniu relacji dziecko-rodzic zarówno u dzieci zdrowych, jak i z niepełnosprawnościami. Sesje Metody Ruchu Rozwijającego (MRR) opierają się na fizjologicznej potrzebie ruchu, dlatego kojarzą się dzieciom z przyjaznymi i przyjemnymi doświadczeniami, zabawami, a nie z trudną pracą.

**A**ktywność Ruchu Rozwijającego cieszy się dużym uznaniem wśród rodziców i ich dzieci. Sprzyjają temu zapewne: kontakt fizyczny partnerów podobny do tego z okresu życia dziecka w łonie matki, identyfikowanie przez dziecko zapachu rodzica, miłe doznania wynikające z zaspokojenia potrzeby dotyku i noszenia, bliskość rodzica i dziecka przychylna wsłuchiwanie się w oddech, kołysanie się jako przedłużenie rytmu kołysania w wodach płodowych. Zabawy ruchowe, podczas których tworzą się więzi społeczne, zaczynają się już w okresie niemowlęcym. Nie zawsze jednak rodzice doceniają wagę tego typu zabaw, zasypując dzieci wymyślnymi zabawkami. Ponadto wielu rodziców reaguje szokiem lub depresją na fakt urodzenia niepełnosprawnego potomka. Dzieci te zazwyczaj nie prowokują same zabaw z rodzicami, a dzieci ze spektrum słabo reagują na ich interakcje. Odtworzenie wczesnoniemowlęcych zabaw może pomóc w nawiązaniu kontaktu i bliskiej więzi, której wcześniej dzieci nie doświadczyły. Potrzeba bliskości i współdziałania z drugim człowiekiem często są większe u dzieci niepełnosprawnych ruchowo niż w przypadku zdrowych rówieśników. Dzięki formie tych aktywności potrzeba ta może być zaspokojona. Pozytywną zaletą tych sesji jest to, że sprzyjają rozwojowi dziecka poprzez zabawę i budowanie relacji rodzic-dziecko. Kolejną mocną stroną jest to, że aby





budować relacje poprzez zabawę, wystarczy tylko podłoga i koc. Ruch, dotyk, wzajemne relacje emocjonalne i fizyczne wpływają na rozwój świadomości dziecka i nawiązywanie kontaktów z otoczeniem.

## Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne – czym jest i dla kogo?

Metoda została opracowana przez Weronikę Sherborne, angielską nauczycielkę wychowania fizycznego, tańca i ruchu w 1972 r., na podstawie wczesnodziecięcych zabaw rodziców z dziećmi. Autorka oparła swoją teorię na podstawie analizy ludzkiego ruchu dokonanej przez Rudolfa Labana – wybitnego choreografa i twórcę współczesnej kinetografii. Celem Labana było rozwijanie osobowości i możliwości oraz rozumienie i doświadczanie ruchu w jak najszerszym zakresie. Weronika Sherborne wykorzystała teorię Labana w pracy z dziećmi o prawidłowym rozwoju, z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną oraz z dziećmi w wieku przedszkolnym. Mottem Labana było „Każdy chce tańczyć”, a Sherborne – „Każdy może mieć sukces”. Propagowana przez nią idea rozwoju przez ruch była rozpowszechniana na całym świecie.

W Polsce wzrost popularności metody przypada na początek lat 90. ubiegłego wieku.

W metodzie Rudolfa Labana i Weroniki Sherborne wyróżnia się kilka kategorii ruchu:

**Ruch prowadzący do poznania własnego ciała** – poznanie własnego ciała prowadzi do wykształcenia własnej tożsamości: wyodrębnienia własnego „ja” z otoczenia.

Ruchy te pozwalają na poznanie swojego ciała i poszczególnych jego części. Znaczną wagę przywiązuje się do stóp, kolan, nóg i bioder, ponieważ na nich opiera się ciężar ciała i są one łącznikiem między człowiekiem a podłożem.

**Ruch kształtujący związek jednostki z otoczeniem fizycznym** – ruch ten ma wpływ na wykształcenie orientacji w przestrzeni, aby na jej podstawie wygenerował się związek między człowiekiem i tym, co go otacza.

Działania ruchowe odbywają się jak najniżej podłoża (na podłodze). Nieumiejętność korzystania z wolności przestrzeni prowadzi do zablokowania, poczucia zagrożenia, niechęci do nowych doświadczeń.

**Ruch wiodący do wytworzenia związku z drugim człowiekiem** – ten rodzaj ruchu sprzyja wytworzeniu zaufania do drugiego człowieka i na tej podstawie budowania relacji międzyludzkich. Dziecko w swoim rozwoju emocjonalnym i społecznym na początku musi się nauczyć kontaktu z dorosłym, z jedną osobą, aby było gotowe do kontaktów z innymi dziećmi.

Ćwiczenia ułatwiające nawiązywanie kontaktu oraz współpracę z partnerem i grupą oparte są na relacji:

- ▶ „z” – jeden z partnerów pozostaje bierny, drugi jest aktywny i pełni wobec niego rolę opiekunczą. Wiąże się to z tym, że partner aktywny musi wykazywać zrozumienie wobec potrzeb i możliwości drugiej osoby, a partner pasywny – całkowite zaufanie do niego;
- ▶ „przeciwko” – celem jest uświadomienie uczestnikom ich własnej siły przy współdziałaniu z partnerem, ale ćwiczenia powinny być pozbawione agresji i rywalizacji. Jest to naprzemienne bycie aktywnym i pasywnym;
- ▶ „razem” – partnerzy zaangażowani są w takim samym stopniu, prowadząc do harmonii i równowagi. Udział w tych ćwiczeniach wiąże się ze wzajemnym zaufaniem, zrozumieniem, współpra-

cą i jednakowym wkładem wysiłku fizycznego, co zapewnia osiągnięcie sukcesu.

- ▶ **Ruch prowadzący do współdziałania w grupie** – występuje ruch „z”, „przeciwko”, „razem”. Ćwiczenia wykonuje się w trójkach, a potem z całą grupą. W ćwiczeniach „z” dwie osoby mogą się opiekować trzecią. W ćwiczeniach „przeciwko” kilka osób może ciągnąć osobę cięższą i silniejszą.
- ▶ **Ruch kreatywny** – dystynkcją tego ruchu jest spontaniczność, swoboda i kreatywność. Dzięki uczestniczeniu w sesjach ruchowych dzieci uzyskują zaufanie do samych siebie i otoczenia oraz umiejętność nawiązywania kontaktu z ludźmi. To w rezultacie prowadzi do wykształcenia możliwości twórczego wyrażania siebie.

W teorii Labana można wyodrębnić cztery wymiary ruchu: energię, przepływ, przestrzeń, czas, natomiast w ich ramach wyróżniono osiem cech:

- ▶ ruch mocny – łagodny (energia) – dotyczy siły, jaką trzeba włożyć w wykonanie ruchu;
- ▶ ruch swobodny i kontrolowany (przepływ) – ruch swobodny nie jest kontrolowany przez poruszającą się osobę, trudny do zatrzymania ze względu na dużą bezwładność. Ruch kontrolowany natomiast można zatrzymać w każdej chwili, bo przebiega pod świadomą kontrolą;
- ▶ ruch wielokierunkowy i jednokierunkowy (przeźród) – ruch jednokierunkowy odbywa się w jednym stałym kierunku, a ruch wielokierunkowy jest ruchem o zmieniającym się kierunku;
- ▶ ruch szybki i wolny (czas) – dotyczy tempa wykonywania ruchu.

We wszystkich ćwiczeniach wykonywanych podczas sesji bardzo ważne jest rozwijanie świadomości różnorodnych cech ruchu. Laban opisywał ruch ciała w sześciu podstawowych kierunkach: do przodu/tyłu, w górę/dół i z boku na bok. Nauczyciel powinien zaobserwować, z którymi kierunkami dzieci mają trudności i projektować sesje tak, by rozwinąć ich świadomość w przestrzeni. Dzieci z dysfunkcjami rozwoju przejawiają często trudności ze zróżnicowaniem i kontrolą tempa ruchu, jego siły, kierunku oraz przepływu (odczuciem, czy jest on kontrolowany czy swobodny). Aktywności MRR są dla dzieci sytuacjami sprzyjającymi kształtowaniu umiejętności kontrolowania własnego ciała, emocji oraz relacji społecznych. Według autorki ukoronowaniem tzw. *relations play* (zabawy relacyjnej) u dziecka jest rozwinięcie umiejętności ruchu kreatywnego (spontaniczność, swoboda, kreatywność).

Metoda Ruchu Rozwijającego nie jest metodą koncentrującą się na usprawnianiu ruchowym uczestników zajęć. Jej podstawowym celem jest uczenie się poznania siebie (świadomości ciała, przestrzeni), zaufania do siebie, poznania innych, zaufania innym. W efekcie istnienie daje radość, aktywność, twórczość, sukces, maksymalne wykorzystanie możliwości za pomocą ruchu. W trakcie sesji prowadzonej MRR dzieci zaznajamiają się ze swoim otoczeniem i uczą się czuć w nim bezpiecznie, dzięki czemu otwierają się na twórcze doświadczenia i nawiązują relacje z innymi uczestnikami. Metoda Ruchu Rozwijającego jest w Polsce stosowana w placówkach oświatowych dla dzieci z różnymi zaburzeniami rozwoju i różnorodnymi potrzebami edukacyjnymi: niepełnosprawnych intelektualnie, z autyzmem, z wczesnym mózgowym porażeniem dziecięcym, z zaburzeniami emocjonalnymi i zaburzeniami zachowania, z niekorzystnych środowisk wychowawczych, głuchych i niewidomych. Zdaniem autorki metoda ta może przyczynić się do:

**1 wykształcenia obrazu samego siebie** – świadomości samego siebie, posiadania ciała, jego części, szczególnie środka ciała (tułowia, brzucha) – co jest podstawą do wyodrębniania własnej osoby z otoczenia i poczucia tożsamości. Dzieci z zaburzeniami rozwoju często mają trudności z kontrolowaniem swojego ciała, wynikające ze słabej świadomości poszczególnych jego części. Szczególnie potrzebne są ćwiczenia dające im poczucie centralnej części ciała, podnoszące zdolność kontrolowania podtrzymujących części ciała, np. kolan, i kontrolowania swojego ciężaru. Umożliwia to poczucie władania ciałem, prawidłową koordynację ruchów, skuteczną aktywność ruchową;

**2 nawiązania kontaktów społecznych i budowania relacji** – dzieci niepełnosprawne intelektualnie zazwyczaj są obojętne i słabo interesują się otoczeniem, nie przejawiają inicjatywy w celu nawiązania z nim kontaktu. Sherborne wskazuje typowe trudności charakterystyczne dla tych dzieci:

- brak reakcji na bodźce zewnętrzne;
- uciekanie od drugiej osoby i unikanie kontaktu wzrokowego;
- dominacja w kontaktach (zainteresowanie kontaktem i podtrzymywanie go w sytuacjach, kiedy dziecko może być na uprzywilejowanej pozycji);
- brak inicjatywy, słaba aktywność, brak motywacji wewnętrznej (jeżeli wynika to z braku zainteresowania, warto wzbogacić zabawę dramą i elementami treściowymi).

## Projektowanie – istotne cele w planie sesji

Projektując zajęcia metodą Weroniki Sherborne, należy pamiętać, że mają one na celu pomóc dziecku w poznaniu siebie, w uzyskaniu zaufania do siebie, w poznaniu innych i nauczeniu się ufać im, a poprzez zdobycie wiary we własne możliwości – nauczeniu się aktywnego funkcjonowania w życiu społecznym.

**Prowadząc zajęcia, należy pamiętać o obowiązujących zasadach, którymi powinna się kierować osoba prowadząca:**

### Planowanie I

- ▶ Pozwolić na dobrowolność uczestnictwa w zajęciach.
- ▶ Nawiązać kontakt z każdym dzieckiem (należy pamiętać o utrzymywaniu kontaktu wzrokowego w dalszym etapie zajęć).
- ▶ Na początku zajęć zaproponować, aby dzieci wykonały jakieś ćwiczenie z poprzedniego tygodnia.
- ▶ Tolerować hałas dzieci ćwiczących ze swoimi partnerami do momentu sygnału nakazującego ciszę.
- ▶ Zabawy relacyjne powinny być dla dziecka przyjemne i dawać możliwość odczuwania radości z doświadczeń ruchowych, kontaktu z innymi ludźmi, satysfakcji z pokonywania własnych lęków, niepewności, poczucia większej sprawności motorycznej.
- ▶ Aktywność powinna trwać tak długo, jak długo jest zainteresowanie.
- ▶ Nie planować zbyt dużej ilości aktywności.
- ▶ Pozwolić dzieciom na swobodę, pomysłowość, inicjatywę.
- ▶ Rozpoczęcie aktywności następuje, kiedy dzieci są gotowe – polecenie: „Rozpocznij, kiedy będziesz gotowy”.
- ▶ Zaznaczyć wyraźne rozpoczęcie i zakończenie sesji.
- ▶ Równoważyć typy ruchu: energiczny – ruchem ostrożniejszym, swobodny przepływ – ruchem kontrolowanym, siłą – ruchem delikatnym, szybki – ruchem powolniejszym.
- ▶ W czasie zajęć przestrzegać praw dziecka do swobodnej decyzji („chcę”, „nie chcę brać udziału w tym ćwiczeniu”), aby miało możliwość odczuwania kontroli nad sytuacją i poczucie autonomii.
- ▶ Stymulować aktywność swobodną dziecka, dawać mu szansę na twórcze doświadczenia.
- ▶ Wzmacniać społecznie dziecko za jego próby i wysiłek, a także za każde nowe osiągnięcie (włącznie się do ćwiczenia).

- ▶ Zwiększać stopniowo doświadczenia społeczne dziecka (najpierw ćwiczenia w parach, potem w trójkach, potem z całą grupą).
- ▶ Większość początkowych aktywności prowadzić na poziomie podłogi.
- ▶ Ćwiczyć boso, aby mieć bezpośredni kontakt z podłogą.
- ▶ Zaczynać od ćwiczeń prostych, dających poczucie bezpieczeństwa, a następnie stopniowo je utrudniać.
- ▶ Proponować naprzemienne ćwiczenia aktywne i relaksacyjne.
- ▶ Uczyć dzieci zarówno używania siły, jak i delikatności, opiekuńczości w stosunku do drugiego uczestnika.
- ▶ We wszystkich ćwiczeniach prowokować, aby każde dziecko znalazło się w pozycji dominującej (poprzez zamianę ról).
- ▶ Na zakończenie zajęć proponować ćwiczenia uspokajające, wyciszające.
- ▶ Pytać na zakończenie sesji o doznania, emocje, odczucia, dostosowując pytania do wieku i możliwości uczestników.

### Planowanie II

Podczas planowania należy uwzględnić:

- ▶ wiek uczestników;
- ▶ liczebność grupy;
- ▶ miejsce zajęć;
- ▶ czas trwania zajęć;
- ▶ obserwację;
- ▶ dokumentację:
  - uczestników – przed rozpoczęciem zajęć oraz aktualną,
  - prowadzącego;
- ▶ ograniczenia psychofizyczne uczestników;
- ▶ skład grupy;
- ▶ indywidualne potrzeby i cele dzieci;
- ▶ cel działań i zasady uczestnictwa;
- ▶ prawidłowości rozwoju.

O zakończeniu terapii decyduje nauczyciel ruchu na podstawie zauważalnych zmian i ich generalizacji.

## Struktura zajęć MRR – kluczowe wskazówki praktyczne zaplanowania sesji

Zajęcia prowadzone MRR mogą być różnorodne pod względem treści w zależności od potrzeb uczestników, ale **forma i struktura sesji jest taka sama bądź podobna.**

Relacje (ćwiczenia) opierają się na bliskim kontakcie fizycznym, przychylnym tworzeniu więzi emocjonalnych, na twórczym wykorzystaniu ruchu. Na początku sesji ćwiczenia powinny być ukierunkowane na każdym dziecku z osobna („Ja”), potem na pracy w parach, w małych grupach (3–4 osoby), a dopiero następnie z całą grupą. Dzięki temu u dzieci kształtuje się poczucie bezpieczeństwa w relacjach z rodzicami/innymi osobami. Łatwiej też jest im nawiązać kontakt w parze i współdziałać w małej grupie niż ze wszystkimi uczestnikami sesji. Na podstawie potrzeb dobranej grupy wyznaczamy:

1. Temat zajęć.
2. Cele główne (zagadnienie główne realizowane przez 4–6 sesji).
3. Przebieg zajęć:
  - a) powitanie;
  - b) rozgrzewka (3–5 min);
  - c) część zasadnicza (20–30 min):
    - ćwiczenia prowadzące do poznania własnego ciała,
    - ćwiczenia wpływające na budowanie poczucia bezpieczeństwa i pewności siebie,
    - ćwiczenia rozwijające nawiązywanie kontaktu i współpracy z partnerem, grupą oparte na:
      - relacji „z”,
      - relacji „przeciwko”,
      - relacji „razem”,
    - ćwiczenia twórcze.
4. Wyciszenie (5 min).
5. Ewaluację (czy cele zostały zrealizowane).

Stosując metodę Ruchu Rozwijającego, należy pamiętać, by nie koncentrować się na rutynowej ocenie osiągnięć. Należy obserwować i oceniać progres dziecka w zakresie:

- ▶ koncentracji uwagi;
- ▶ nawiązania i utrzymania kontaktu wzrokowego;
- ▶ świadomości własnego ciała i przestrzeni;
- ▶ rozumienia i reagowania na polecenia motoryczne;
- ▶ sprawności ruchowej i samodzielności wykonywania aktywności;
- ▶ czerpania satysfakcji z podejmowanych doświadczeń ruchowych i różnych form kontaktów społecznych;
- ▶ umiejętności nawiązywania relacji z innymi i współdziałania;
- ▶ okazywania swojej pomysłowości, twórczości;
- ▶ kontrolowania swojej siły;
- ▶ zdolności relaksowania się;
- ▶ zaufania i pewności siebie.

### Obserwacje własne

Zajęcia MRR prowadziłam w przedszkolu specjalnym dla dzieci z autyzmem i z niepełnosprawnością intelektualną (w zajęciach uczestniczyli także rodzice). Pierwsze spotkania przeprowadziłam z samymi rodzicami, zapoznając ich z metodą Ruchu Rozwijającego według W. Sherborne. Przedstawiłam cele, metody pracy, zasady i warunki współpracy oraz prawa każdego uczestnika zajęć, a także pytałam o oczekiwania związane z terapią. Wyjaśniłam, że niektóre cele wymagają oddziaływań długoterminowych, w szczególności u dzieci z opóźnionym



## Przykładowy konspekt aktywności rozwijający współdziałanie w parach i w grupie

<p style="text-align: center;"><b>Temat: „Wybieramy się w podróż”</b>  <b>Cel główny: Rozwijanie umiejętności współdziałania w parach i w grupie</b>  <b>(zagadnienie główne realizowane przez 4–6 sesji – zmieniają się tylko ćwiczenia)</b></p>	
Przebieg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zestaw ćwiczeń</li> </ul>
Powitanie (3–5 min)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uczestnicy siedząc w kręgu, witają siebie nawzajem po kolei (Witamy Kubę) w dowolny sposób (machaniem, tupaniem, klaskaniem, okrzykiem, pukaniem), następnie witają się za pomocą dotyku różnymi częściami ciała, nazywając je</li> </ul>
Rozgrzewka (3–5 min)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Łódka” – osoba dorosła kładzie się na brzuchu na podłodze – dziecko przyjmuje pozycję na brzuchu na plecach, a partner kołysze je i przesuwa się w przód/w tył, dookoła własnej osi;</li> <li>• „Co jest cięższe?” – unoszenie rękami do góry (ręki, nogi, głowy) swojego partnera leżącego na podłodze na plecach; próba określenia, która część ciała jest cięższa/lżejsza – zamiana ról;</li> <li>• „Widzę i naśladowuję” – w parach przemieszczanie się z jednej strony sali na drugą jak: „słoń”, „ślimak”, „mysz”;</li> <li>• Relaksacja: dorosły siedzi na podłodze z wyprostowanymi nogami, dziecko leży na brzuchu na nogach dorosłego w poprzek – dorosły masuje jego plecy palcami – najpierw lekko uderzając opuszkami palców, potem coraz mocniej, a następnie kantami dłoni, pięściami i całymi dłońmi</li> </ul>
Część zasadnicza (20–30 min). Aktywność oparta na relacji „z”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Wycieczka” – dziecko kładzie się na podłodze na plecach, partner w pozycji siedzącej na podłodze kładzie stopy na biodrach dziecka i przepycha go po podłodze, używając stóp;</li> <li>• „Rowerek” – osoba dorosła siedzi na podłodze za dzieckiem będącym w tej samej pozycji i przesuwa go do przodu przez przemieszczanie się na poślądkach;</li> <li>• „Przeszkody na drodze” – kilka osób dorosłych na przemian w klęku podpartym i w pozycji leżącej na brzuchu tworzą „tor przeszkód” ze swoich ciał, dzieci przechodzą nad leżącymi na podłodze lub przeczołgują się pod osobami klęczącymi;</li> <li>• „Las” – osoby dorosłe leżą na podłodze na brzuchu, nogi i ręce szeroko rozłożone, a dzieci przechodzą, skaczą nad ciałami leżących, zamiana ról;</li> <li>• Relaksacja: partnerzy siedzą naprzeciwko siebie twarzą w twarz, nachylając się do przodu i opierając dłonie na ramionach partnera, delikatnie kołyszą się razem</li> </ul>
Aktywności ruchowe rozwijające relację „przeciwko”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Wyciąganie walizki” – jedna osoba siedzi na podłodze z nogami ugiętymi w kolanach i uniesionymi, a druga leży na podłodze pod kolanami w poprzek i próbuje się wydostać spod nóg – zamiana ról;</li> <li>• „Podnoszenie ciężkiej walizki” – jedna osoba leży na plecach lub na brzuchu, „przywiera” do podłogi – partner próbuje ją przewrócić na brzuch lub wznak, a osoba stawia opór, zamiana ról;</li> <li>• „Przenoszenie walizki” – dorosły leży na plecach na podłodze, z nogami i rękoma rozłożonymi swobodnie na boki, 3–4 dzieci chwytają leżącego na podłodze partnera za dowolną kończynę i próbuje jednocześnie przeciągnąć go w inne miejsce, przy czym starają się go nie szarpać, zamiana ról;</li> <li>• „Twierdza” – grupa dorosłych stoi w zwartym kręgu, trzymając się za ręce – tworzą „twierdzę”, a kilkoro dzieci siedzi wewnątrz „twierdzy”. Na sygnał dany przez prowadzącego dzieci próbują wydostać się na zewnątrz kręgu;</li> <li>• Relaksacja: osoba dorosła siada na podłodze z wyciągniętymi nogami i turla powoli dziecko „od siebie i do siebie” po swoich nogach, używając rąk</li> </ul>
Aktywność ruchowa rozwijająca relację „razem”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Przejażdżka bryczką” – oboje partnerzy leżą na brzuchu, głowa przy głowie, trzymając się za ręce – wspólnie się turlają do końca sali i z powrotem;</li> <li>• „Pociąg” – kilkoro osób dorosłych leży na podłodze na brzuchu obok siebie. Z jednej strony ustawiają się dzieci i pojedynczo kładą się na plecach – dorośli na sygnał dźwiękowy turlają się jednocześnie do przodu, przemieszczając leżące na nich dziecko;</li> <li>• „Zwiedzanie” – wszyscy stoją w kole, trzymając się za ręce. Cała grupa porusza się, kierując się na zewnątrz koła (następnie do wewnątrz, w prawo, w lewo)</li> </ul>
Wyciszenie (5 minut): Ewaluacja (czy cele zostały zrealizowane?)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Hotel” – kilka osób kładzie się pod chustą animacyjną w taki sposób, by wystawały spod niej tylko ich głowy, ale nie odkrywając innych. Uczestnicy leżą tak przy odtwarzanych z płyty CD dźwiękach przyrody. Następnie siadają i dzielą się wrażeniami z zajęć</li> </ul>

rozwojem psychoruchowym. Spotkania odbywały się na sali gimnastycznej, raz w tygodniu, o stałej godzinie, trwały 50 min. Grupa liczyła do 10 dzieci. W zajęciach uczestniczyły w większości mamy, rzadziej ojcowie. W początkowych sesjach obserwowałam napięcie emocjonalne ze strony mam w sytuacjach, kiedy ich dziecko nie podejmowało proponowanej aktywności. Z czasem, kiedy dzieci zaczęły czerpać radość z zabaw relacyjnych, uwidaczniało się tworzenie mocniejszych więzi pomiędzy członkami rodziny, a także poczucie bezpieczeństwa w trakcie zajęć. Niejednokrotnie byłam zmuszona do modyfikacji konceptu zajęć ze względu na inwencję rodziców oraz dzieci i twórcze zabawy wymyślone przez nich po zaproponowanej relacji (ćwiczeniu). Proponowane doświadczenia ruchowe również wydłużały się w czasie, gdyż uczestnicy aktywnie się bawili. Zacieśniały się więzi podczas bliskich kontaktów fizycznych. Na koniec sesji podkreślałam pozytywne informacje o zachowaniu dzieci w czasie zajęć. Zawsze dbałam o atrakcyjność zajęć i stwarzałam atmosferę zabawy. Zachęcałam dzieci do udziału w aktywności, ale szanowałam ich prawo do odmowy. Wycofywanie się z ćwiczeń wynikało z lęku jednego dziecka z autyzmem, ale po kilku sesjach niechęć do współpracy stopniowo się zniwelowała. Dzieciom i rodzicom najwięcej radości dostarczały zabawy w kocu, związane z wirowaniem, unoszeniem, kołysaniem, przeciskaniem się, ciągnięciem w pozycjach niskich. Z kolei w pozycji wysokiej ogromnej radości dostarczały dzieciom zabawy z przenoszeniem na plecach, w parze („Koszyczek”). Z tego tytułu starałam się w kolejnym scenariuszu uwzględnić elementy wspomnianych ćwiczeń. Z kolei relaksację wzbogacałam o wyciszającą muzykę, dźwięki przyrody, chustę animacyjną, masażyki. Dbałam zawsze, w miarę możliwości, o zamianę ról, informując o tym sygnałem werbalnym. Dużo radości dostarczały ćwiczenia przeciągania rodzica po podłodze przez grupę dzieci, czy wydostawanie się spod materacy rodziców, na których leżały w poprzek ich dzieci. Po kilkunastu sesjach przed końcem zajęć powoli wprowadzałam pojedyncze ćwiczenia z wykorzystaniem sprzętu SI.

## Efekty terapii

Po rocznych sesjach zaobserwowałam u dzieci lepsze rozumienie i wykonywanie poleceń ruchowych, kontrolowanie swojego ciała, poprawę reakcji posturalnych i równoważnych, pewność siebie, lepszy kontakt wzrokowy (w szczególności u dzieci z autyzmem), świadomość swojego ciała, bardziej swobodną ekspresję ruchową, motywację do kontrolowania własnych emocji. Z relacji rodziców uzyskałam informację, że dzieci zaczęły inicjować proste zabawy w domu, podejmowały wyzwania nie tylko

motoryczne na placu zabaw, ale również i poznawcze. Z całą odpowiedzialnością mogę stwierdzić, że zabawy MRR wpłynęły na zacieśnienie relacji, a nawet ich odbudowanie. Dzieci zdrowe w wieku wczesnodziecięcym same inicjują zabawy z rodzicem związane z baraszkowaniem, wspinaniem się, natomiast dzieci z niepełnosprawnością rzadko przejawiają takie zachowania. Rodzice relacjonowali, że nawiązanie głębszej relacji było dla nich utrudnione ze względu na deficyty społeczno-poznawcze. Nie znali wcześniej tej metody i nie bawili się w ten sposób z dzieckiem. Odkryli tę formę na zajęciach i zobaczyli swoje dziecko w innym świetle: aktywne, radosne, inicjujące bliski kontakt fizyczny. Pojawiły się nawet łzy wzruszenia u mamy dziecka z autyzmem, które zaczęło nawiązywać dłuższy kontakt wzrokowy i przytulać się po zajęciach. Myślę, że ta wspaniała metoda otwiera drzwi do nawiązania więzi z własnym dzieckiem i do podejmowania dalszych wyzwań w dążeniu do rozwoju swojego dziecka. Żadna inna metoda nie wyzwała tyle radości u dzieci i rodziców co MRR. Obecnie prowadzę zajęcia tą metodą z dziećmi z autyzmem, we współpracy z uczennicami ósmej klasy szkoły podstawowej.

## Podsumowanie

Aktywności motoryczne Ruchu Rozwijającego według W. Sherborne przygotowują dzieci do uczenia się różnych form aktywności. Holistycznie wspomagają prawidłowe tempo rozwoju dzieci i harmonijne funkcjonowanie obszaru ruchowego, poznawczego, emocjonalnego i społecznego. Sesje z udziałem rodziców, kiedy to oni są partnerami swoich dzieci, sprzyjają wytwarzaniu się pełnych więzi i stanowią podstawę w pogłębianiu relacji interpersonalnych.

### DOROTA MARKOWSKA

Pedagog przedszkolny i wczesnoszkolny, oligofrenopeda, terapeuta wczesnego wspomaganie rozwoju i wczesnej interwencji, terapeuta Ruchu Rozwijającego, SI, psychomotoryki według Procus i Block. Od 2015 r. prowadzi zajęcia ze studentami. Współautorka książki *Uczę się poprzez ruch*, autorka artykułów w czasopiśmie „Przegląd Edukacyjny”.

### BIBLIOGRAFIA:

- Bogdanowicz M., Kasica A., *Ruch Rozwijający dla wszystkich*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2009.
- Bogdanowicz M., Okrzesik D., *Opis i planowanie zajęć według Metody Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2011.
- Sherborne W., *Ruch Rozwijający dla dzieci*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.

AUTORKA: MAGDALENA CHARBICKA

# Wprowadzenie diety sensorycznej w terapii dziecka z zaburzeniami integracji sensorycznej

## ZAANGAŻOWANIE RODZICÓW W PROCES TERAPII

Planując proces terapeutyczny dziecka, warto uwzględnić czynniki, które będą mogły ten proces wspomagać i podtrzymywać. Należą do nich będą m.in. szeroko pojmowane środowisko, jego organizacja, osoby w najbliższym otoczeniu dziecka oraz optymalnie zaplanowane aktywności i zabawy.

**W** przypadku dziecka z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego proces terapeutyczny zawiera kilka elementów składowych, które warto uwzględnić w terapii, nie wystarczy bowiem samo oddziaływanie terapeutyczne organizowane w specjalistycznym gabinecie. Terapeuta najczęściej pracuje z dzieckiem 1-2 razy w tygodniu, gdzie w warunkach gabinetu wyposażonego w specjalistyczny sprzęt stymuluje zmysły dziecka, usprawnia rozwój ruchowy tak, aby zapewnić właściwe doświadczenia sensoryczno-motoryczne.

W terapii ważna jest jednak generalizacja zdobytych kompetencji, czyli przeniesienie ich do właściwego środowiska, w którym dziecko funkcjonuje na co dzień. Właśnie dlatego tak ważne jest zaangażowanie innych, bliskich osób w proces terapeutyczny. Jednym z działań wspomagających proces terapii integracji sensorycznej jest dieta sensoryczna, będąca ważnym uzupełnieniem oddziaływań terapeutycznych. Pojęcie „diety sensorycznej” zostało wprowadzone w latach 80. XX w. przez P. Wilbarger, terapeutkę zajęciową, w celu określania kombinacji różnych aktywności

zmysłowo-ruchowych, pomagających utrzymać człowieka na optymalnym poziomie pobudzenia, w strefie optymalnego komfortu. Jest to strategia terapeutyczna zaplanowana do wprowadzenia w środowisku „(...) której celem jest utrzymanie człowieka w paśmie optymalnego zaangażowania, czyli w takim przedziale, w którym się czujemy dobrze, komfortowo, kiedy jest nam przyjemnie i mamy dobrą uwagę”<sup>1</sup>.

Jest to zakres działań zaplanowanych optymalnie pod kątem potrzeb konkretnego pacjenta tak, aby w domu i najbliższym środowisku, w którym przebywa, procesy te były podtrzymywane.

Zaburzenia integracji sensorycznej u dziecka mają znaczący wpływ na jego zachowania w codziennych sytuacjach, jego poziom aktywności, zaangażowania, regulacji emocji. Za prawidłowe przetwarzanie informacji zmysłowych docierających z sensorycznego świata odpowiada proces modulacji, czyli – najprościej ujmując – zdolność danej osoby do właściwego reagowania na bodźce sensoryczne i pozostania skupionym na wykonywanej czynności. Niektóre dzieci z zaburzeniami sensorycznymi mogą nie reagować na docierające do nich bodźce, inne mogą odbierać je zbyt intensywnie, nadmiernie, a jeszcze inne mogą aktywnie poszukiwać różnych wrażeń, aby poczuć ten optymalny stan. Dieta sensoryczna zakłada, że kontrolowane bodźce sensoryczne, podawane dziecku w ciągu dnia mogą wpływać na zdolności funkcjonalne danej osoby. Jej celem jest podtrzymywanie efektów terapii przeniesionej z sali do środowiska dziecka.

Terapeuta integracji sensorycznej po dokonaniu diagnozy potrzeb małego pacjenta pomoże rodzicom zrozumieć, dlaczego zachowuje się on w taki, a nie inny sposób, skąd biorą się jego problemy. Określi też deficyty i potrzeby zmysłowo-ruchowe i zaplanuje oddziaływania terapeutyczne. Specjalista powinien wyjaśnić mechanizmy odpowiadające za prawidłowe przetwarzanie informacji sensorycznych, krótko omówić rolę poszczególnych systemów zmysłowych, a także znaczenie rozwoju ruchowego dla prawidłowego funkcjonowania dziecka. Następnie – rozpoznając potrzeby i możliwości danej rodziny – powinien przygotować program diety sensorycznej dopasowany do dziecka, pomagający „wyregulować” system nerwowy malucha.

W planowaniu diety ważne jest, aby rodzic wiedział, czym są zaburzenia integracji sensorycznej w kontekście trudności jego dziecka, oraz zrozumiał sens realizowania proponowanych przez terapeutę aktywności. Tylko wówczas będzie widział konieczność realizowania zaleceń. Dietę sensoryczną



można bowiem porównać z dietą żywieniową, mającą przynieść określone rezultaty. Jeśli chce się uzyskać założone efekty, konieczna jest trwała zmiana dotychczasowych nawyków. W tym celu niezbędne jest wykluczenie pewnych produktów, a wprowadzenie innych, zdrowszych, a także zaplanowanie określonych aktywności fizycznych, aby uzyskać zdrowie fizyczne i psychiczne oraz dobre samopoczucie. W diecie żywieniowej ważna jest ponadto regularność i warunki spożywania posiłków oraz czas, jaki się na to poświęca. Tłumacząc rodzicowi znaczenie diety sensorycznej, zastosowanie takiej analogii pomaga zrozumieć, dlaczego wsparcie procesu terapeutycznego w domu, w naturalnym środowisku pacjenta jest tak istotne dla sukcesu terapeutycznego.

Oczekując odpowiednich efektów dzięki terapii integracji sensorycznej, nie wystarczy tylko praca terapeuty w gabinecie. Dzieje się tak dlatego, że – jak wspomniano powyżej – dziecko w gabinecie przebywa określoną ilość czasu, na ogół niewielką. Informacje sensoryczne nasz mózg odbiera przez cały czas, co oznacza, że poza gabinetem dziecko musi nauczyć swój układ nerwowy regulacji przez cały dzień. Im więcej miejsc i sytuacji będzie dla dziecka przyjaznych sensorycznie w czasie nauki radzenia sobie z wrażeniami zmysłowymi, tym szybciej i lepiej poradzi sobie ono z tymi doświadczeniami. Rodzice powinni więc być partnerami w procesie terapeutycznym. Ich aktywne zaangażowanie pomoże dziecku szybciej osiągnąć sukces. Często spotykam się z określeniem rodziców (i niestety innych specjalistów), że terapia integracji sensorycznej to taka zabawa jak w figloraju czy na placu zabaw. Tymczasem należy





podkreślić, że mimo pozornej zabawy dziecko wykonuje naprawdę ciężką pracę w sali terapeutycznej, a terapeuta ma w swoich rękach ogromny oręż pomagający pobudzać lub wyciszać układ nerwowy poprzez odpowiednią stymulację. Zarówno rzetelne informacje wyjaśniające, czym jest zaburzenie integracji sensorycznej, jak i dotyczące diety, a także optymalne jej zaplanowanie pomogą rodzicom wprowadzić program odpowiednio dopasowanych ćwiczeń do realizacji w otoczeniu dziecka.

Mając na uwadze konieczność zaangażowania rodziców, należy pamiętać, aby ćwiczenia i zabawy nie wymagały dużego nakładu finansowego i czasowego rodziny. Aktywności w diecie powinny być oczywiście dopasowane do potrzeb sensorycznych dziecka i możliwych zasobów domowych. Im prostsze będą w diecie zabawy i pomoce, tym chętniej rodzice ją wprowadzą. Dietę sensoryczną najlepiej układać wspólnie z rodziną albo po zebraniu kompletnych informacji związanych z jej aktywnością, planem dnia, możliwościami i potrzebami. Po zebraniu wszystkich danych i wytłumaczeniu zasad diety terapeuta opracowuje jej harmonogram, który szczegółowo omawia z rodzicami. Jeśli już na tym etapie uda się ich zaangażować, zwiększy się prawdopodobieństwo, że będzie on realizowany zgodnie z zaleceniami. W diecie sensorycznej należy uwzględnić dzienny plan funkcjonowania rodziny, momenty kluczowe w ciągu doby, takie jak pobudka, wyjście do przedszkola/szkoły, powrót do domu, pory posiłków, czas relaksu, szykowanie się do snu i inne stałe, ważne momenty. Zajęcia sensoryczno-motoryczne powinny być wplecione w ten plan i dobrane odpowiednio do niego, z uwzględnieniem odpowiedniego

pobudzenia OUN w określonych porach dnia. Stosując przytoczoną powyżej analogię diety żywieniowej, podobnie w tym przypadku dobrze jest zapewnić dziecku przykładowo trzy większe aktywności, tzw. aktywności główne i kilka pomniejszych, „sensorycznych przekąsek” między nimi. Zadania rozłożone w czasie umożliwią utrzymywanie prawidłowego dla dziecka poziomu aktywności. W celu uproszczenia zaplanowanych oddziaływań plan diety można zrobić w formie tabeli, stanowiącej przejrzysty harmonogram ćwiczeń i zadań do wykonania. W diecie powinny być również uwzględnione wskazówki dotyczące szczególnie sposobów radzenia sobie w trudnych momentach dnia.

Przykładowo, u dziecka z nadwrażliwością dotykową i wybiórczością jedzeniową na podłożu zaburzeń sensorycznych każda pora posiłku jest źródłem potencjalnej frustracji i lęku. Dlatego w planie diety przed posiłkami powinny być takie aktywności, które pozwolą obniżyć poziom niepokoju dziecka, wyciszyć go i „znieczulić” oraz zmniejszyć wrażliwość sensoryczną w sferze oralnej. W tym celu można wprowadzić do diety przed każdym posiłkiem ćwiczenia stymulujące układ proprioceptywny, oparte na ciężkiej pracy mięśni, typu odsuwanie ciężkich krzeseł od stołu dla całej rodziny, wnoszenie ciężkiej wazy z zupą (w przypadku starszego dziecka), przykrycie ud kołderką obciążeniową itp. Obszar oralny przed posiłkiem rodzic może odwrażliwić poprzez masaż termiczny kostkami lodu lub schłodzoną łyżeczką, dociskając ją wokół mięśnia okrężnego ust, lub proponując wypicie połowy szklanki chłodnej wody przez schłodzoną metalową słomkę<sup>2</sup>.

Można zaproponować też kilka ćwiczeń oralnych skoncentrowanych na napięciu mięśniowym w tym obszarze, np. cmokanie, ściąganie policzków do środka, zaciskanie ust, nadymanie policzków itp. Planując przekąski w posiłku wspólnie z rodzicami, można uwzględnić takie, które będą twardsze, wymagające żucia, zaproponować, aby gęste jogurty lub kisiel (jeżeli są w repertuarze żywieniowym) dziecko piło właśnie przez wspomnianą już słomkę. Podstawą planu są potrzeby dziecka i możliwości rodziny. Należy pamiętać, że ćwiczenia domowe powinny wykorzystywać jak najwięcej rzeczy dostępnych w domu, gdyż każde zwiększenie kosztów może spowodować zniechęcenie ze strony rodziców. Powinny być one jak najbardziej naturalne, wplecione w codzienne funkcjonowanie rodziny. Często w chwili, gdy rodzic zrozumie i pozna założenia oraz zasady diety, sam modyfikuje zabawy i obowiązki domowe dziecka, tak aby miały one charakter stymulujący rozwój. Rodzice potrafią być bardzo kreatywni. Zaangażowanie w prace domowe, pomoc w kuchni przy przygotowaniu posiłków, czynności

pielęgnacyjne i porządkowe odgrywają bardzo ważną rolę w rozwoju sensomotorycznym dziecka. Wspólne gotowanie wpływa na wszystkie zmysły, zaś zabawy i czynności pielęgnacyjne w łazience stymulują dotykowo i proprioceptywnie. Składanie ubrań, zwijanie parowanych skarpet, wycieranie i układanie sztućców w szufladach, samodzielne ubieranie się, powlekanie poduszek wpływa na rozwój praktyki. Rozpakowanie ciężkich zakupów stymuluje zmysł propriocepcji, podobnie jak froterowanie podłóg, ścieranie kurzu czy mycie okien. Jak widać, takich codziennych aktywności do usprawniania integracji sensorycznej jest w środowisku domowym bardzo dużo – należy je tylko wskazać rodzicowi. Przykłady można mnożyć, włączając w proces diety jeszcze aktywności zabawowe, plastyczne, ruchowe na świeżym powietrzu, sportowe, kreatywne itd. Nie potrzeba tu specjalistycznego sprzętu, ten wykorzystuje terapeuta na sali do integracji sensorycznej. Rolą rodzica jest wykorzystywanie dostępnych mu zasobów, które wskazuje terapeuta, podkreślając ich znaczenie.

Reasumując, angażując rodziców w proces terapii dziecka i przygotowując dla niego plan zadań do realizacji w domu, powinno się uwzględnić takie elementy, jak:

**1** Ćwiczenia i zabawy regulujące poziom pobudzenia dziecka, wspomagające proces integracji sensorycznej, czyli pomysły na spędzanie wolnego, wspólnego czasu. Można zawrzeć tu pomysły na zabawy podzielone pod kątem określonych stymulacji sensorycznych i typowych aktywności motorycznych dostosowanych do potrzeb dziecka z konkretną diagnozą zaburzeń integracji sensorycznej.

**2** Codzienne, naturalne aktywności wpływające na rozwój procesów sensorycznych dziecka (tzw. czynności domowe), tzn. obowiązki domowe dostosowane do wieku dziecka. Powyżej przytoczone zostały przykłady takich działań w środowisku. Wymagają one wspólnego przedyskutowania z rodziną, jakie są ich możliwości i potrzeby, a także co można wprowadzić do planu dnia dziecka i w jakich okresach.

**3** Strategie terapeutyczne „na trudne chwile”, pomagające zapewnić strefę optymalnego komfortu w wymagających momentach, czyli indywidualnie dobrane aktywności obniżające bądź pobudzające dziecko, regulujące jego zachowanie i zapewniające mu komfort emocjonalny. To działania wymagające specjalistycznej wiedzy z zakresu rozumienia procesów integracji sensorycznej.

## 4

Organizacja środowiska – to też niepozorny, lecz ważny czynnik w funkcjonowaniu dziecka w domu. Czasami otoczenie może być dla niego źródłem przeciążenia sensorycznego, rytm dobowy może być dezorganizujący, przesuwany w czasie w wyniku specyficznego funkcjonowania rodziny. Warto omówić z rodzicami i te aspekty istotnie wpływające na dziecko. Przykładowo, rodzic zgłasza problemy z zasypianiem dziecka. Po analizie dnia rodziny okazuje się, że tata wraca do domu o godzinie 20:00 i jest to pora na igraszki, dynamiczne zabawy z synkiem, szaleństwa i oglądanie bajek przed zaśnięciem. Zmodyfikowanie jakości spędzania z tatą wieczornego czasu z zabaw dynamicznych na wyciszające, udział w wieczornym rytuale kąpieli, zamiana bajek w telewizorze na bajkę czytaną lub muzykę relaksacyjną w przytłumionym świetle, może znacząco poprawić jakość zasypiania o odpowiedniej porze dziecka, a tym samym przywrócić równowagę w funkcjonowaniu całej rodziny.

Plan diety sensorycznej powinien być monitorowany przez terapeutę i odpowiednio modyfikowany w miarę upływu czasu. Ważna jest zatem informacja zwrotna od rodzica, szczególnie jeśli coś w niej nie funkcjonuje prawidłowo. W przypadku dzieci z innymi zaburzeniami, np. z ASD, plan diety sensorycznej i proponowanych aktywności może mieć formę wizualną, składającą się ze zdjęć, obrazków lub symboli (w zależności od preferencji dziecka). Taki zobrazowany plan pozwala zrozumieć, co się będzie działo, w jakich następstwach czasowych i jak długo pewne aktywności mogą trwać. Plan wizualny obniża poziom niepokoju u dzieci z ASD, gdyż jest przewidywalny i stały, a dzięki temu daje poczucie bezpieczeństwa.

Starszemu dziecku trzeba również wyjaśnić, dlaczego ważne jest, aby taki plan był w domu wdrożony, a także to, jak określone techniki wpływają na jego samopoczucie, emocje i zachowanie. Zastosowanie wybranych metod będzie działało regulująco i może poprawić jego działania w innych miejscach, gdzie dziecko może mieć kłopoty z uwagi właśnie na swoje zachowanie. Przytoczone w niniejszym artykule przykłady pokazują, jak ważna jest indywidualizacja w opracowaniu diety i jak istotne narzędzie współpracy z rodzicami może stanowić taka dieta.

Obok przedstawiono przykładowy plan, podkreślając znaczenie, że każda dieta sensoryczna powinna być przygotowana na miarę potrzeb konkretnego pacjenta.

Powyższy plan jest programem ramowym, a raczej propozycją czytelnego zapisu diety sensorycznej. Nawiązując do wcześniej omówionych kluczowych

## PLAN DIETY SENSORYCZNEJ

Imię i nazwisko:

Data wprowadzenia:

Godzina	Rutynowe wydarzenia	Aktywności i zabawy sensomotoryczne, obowiązki domowe dziecka	Potrzeby dziecka, aktywności regulujące i zabezpieczające
7:30	Pobudka	Poranna gimnastyka – zestaw ćwiczeń opracowany dla dziecka na ok. 10 minut, opisany odrębnie dla poszczególnych systemów sensorycznych bądź zaprezentowanych przez terapeutę na zajęciach	Dynamiczne ćwiczenia mające na celu rozbudzenie Masaż Wilbarger
7:40	Poranna toaleta	–	Toaleta poranna w chłodniejszej wodzie
7:50	Ubieranie się	Samodzielnie zakłada majtki, spodnie i skarpety	Wprowadzenie timera przy ubieraniu w celu szybszego samodzielnego ubierania się
8:00	Śniadanie	Rozkłada sztucze, odsuwa krzesła od stołu, po posiłku wyciera stół ściereczką	Przed śniadaniem masaże orofacjalny, termiczny
8:30	Wyjście do przedszkola	–	–
9:00-14:00	Zajęcia w przedszkolu	–	Masaż Wilbarger po przyjeździe i przed wyjściem
	Spacer po zajęciach w przedszkolu	Spacer do parku/zabawy na placu zabaw	Twarda przekąska, woda do picia przez zakręconą słomkę
15:00	Obiad	–	–
16:00	Wspólne zabawy	Aktywności sensomotoryczne zaproponowane przez terapeutę, np. zabawy plastyczne, zabawy ruchowe, przygotowanie w kuchni deseru, ciasta, zabawy konstrukcyjne, ścieżki sensoryczne itp., sprzątnięcie pokoju po zabawach	–
	Czas dla siebie	Bajka, gra, książka, samodzielna zabawa	Twarde przekąski, propozycje samodzielnych zabaw sensorycznych dostosowanych do możliwości dziecka
18:00	Kolacja	–	–
	Czas dla siebie	Zabawy sensoryczne	Ćwiczenia wyciszające
19:00	Wieczorna toaleta	Zabawy w wodzie	Masaż ciała z olejkiem lawendowym, kompresja na stawy, dociski podczas wycierania
20:00	Przygotowanie do snu	Czytanie bajki na dobranoc	Wyciszenie OUN, gaszenie świateł

punktów w diecie odrębnie należy – szczególnie na początku terapii – rozpisać propozycje ćwiczeń stymulujących poszczególne zmysły i zaspokajających potrzeby ruchowe dziecka, tak aby rodzic wiedział, jakie ćwiczenia w danym momencie dnia wprowadzać. Przykładowo:

**Stymulacja zmysłu dotyku:**

- ▶ Pudełko sensoryczne – odnajdowanie drobnych przedmiotów/zabawek w pudełku wypełnionym materiałem przyrodniczym. Odnajdywanie przedmiotu „do pary”, pokazanego przez rodzica.
- ▶ Świąteczne pierniczki – do tej zabawy można wykorzystać masy terapeutyczne, masę solną lub zwykłą masę na ciasto z dodanymi przyprawami

korzennymi, wspólnie z dzieckiem zagniatane jest ciasto, foremkami do pierniczków dziecko wykra- wa ciasteczka, następnie dekoruje je farbami, ce- kinkami, przyprawami, koralkami itp.

- ▶ Ciecz nienewtonowska – do wody wsypuje się mąkę ziemniaczaną i miesza. Można dosypywać do niej brokat, dolewać farb, mieszać ciecz, nalewać do butelek i innych pojemników, wlewać przez lejek lub nalewać łyżką.

**Stymulacja układu przedsionkowego:**

- ▶ Wiatraczek – dziecko stoi, ręce rozłożone na boki. Kręci się wokół własnej osi, na sygnał rodzica zatrzymuje się, zbiera zabawki i wrzuca je do pojemnika.

- ▶ Jazda w kocu – rodzic ciągnie dziecko w kocu po podłodze, zmieniając kierunki, prędkość przejazdu wolno/szybko, dziecko może też zmieniać swoją pozycję: w siadzie, leżeniu, klęku itp.
- ▶ W ogrodzie, na łące turlanie się po trawie z jednego punktu do drugiego, powrót do miejsca startu na czworaka, w kucki, tyłem, przodem itp.

### Stymulacja proprioceptywna:

- ▶ Dźwiganie ciężarów – plastikowe butelki wypełnione wodą lub piaskiem dziecko wkłada do torby, pojemnika, ustawia na kocu i pcha/ciągnie z miejsca na miejsce.
- ▶ Wyścigi w siadzie – przenoszenie zabawek na kolanach, przesuwanie się na pupie po podłodze, można wprowadzić element rywalizacji dla całej rodziny.
- ▶ Walki kogutów – przepychanie się z rodzicem/rodzeństwem plecami, rękoma, stopami itp., kto pierwszy przekroczy linię swojego pola.

### Zabawy rozwijające motorykę małą i grafomotorykę:

- ▶ Malowanie po lustrze – na powierzchni lustra dziecko rysuje mazakami, może odrysowywać części ciała lub tworzyć dowolne rysunki. Następnie spryskiwaczem z wodą zmacza rysunek i wyciera powierzchnię lustra ręcznikiem papierowym.

*To ćwiczenie oprócz kształtowania grafomotoryki wpływa na wzmacnianie napięcia obręczy barkowej, co jest istotne z perspektywy przygotowania do pisania, a także może być pomocne przy kształtowaniu schematu ciała. Inną wersją tej zabawy może być malowanie po streczu rozciągniętym pomiędzy słupkami/drzewami, po arkuszu papieru przyklejonym do ściany lub malowanie po ścianie uprzednio pomalowanej farbą tablicową. Rysowanie na pionowej powierzchni wzmacnia obręcz barkową.*

- ▶ Układanie wzorów, figur i obrazków w kompozycje na korkowej tablicy, przypinanie pinezkami. Z kolorowych kartek, gazet, papierów dekoracyjnych wycina lub wydziera się wspólnie z dzieckiem kształty i obrazki, a następnie układa się je na korkowej tablicy lub styropianie i przypina pinezkami.

- ▶ W kąpielni na plecach dziecka rozsmarowuje się żel do mycia i rysuje kształty. Zadaniem dziecka jest odtworzenie na kaflach rysowanego wzoru<sup>3</sup>.

Przytoczone powyżej propozycje zabaw są łatwe i nie wymagają nakładu finansowego. Są proste i możliwe do wprowadzenia niemal w każdej przestrzeni. Idealnie nadają się więc do diety sensorycznej. Można je dowolnie wzbogacać i modyfikować zgodnie z rytmem pór roku, np. w okresie jesiennym butelki zastąpić dyniami, w czasie zimy zaproponować orzełki na śniegu, a latem zabawy w piasku czy błocie. Chodzi o to, aby były dostępne do realizacji dla rodziców.

Strategie na „trudne chwile” powinny być omówione i/lub opisane odrębnie. Propozycje prac domowych należy ustalić i zapisać, bo dzięki temu mamy wówczas punkt odniesienia, na co umówiliśmy się z rodzicami. Jeżeli niezbędne są modyfikacje w środowisku dziecka czy w jego przestrzeni, to również warto to zapisać.

Należy jeszcze podkreślić, że w przypadku dzieci z zaburzeniami w percepcji dotyku, integralnym elementem diety sensorycznej jest procedura masażu Wilbarger, zwana potocznie techniką szczotkowania, którą szczegółowo omawia i opisuje terapeuta SI do realizacji w domu przez rodzica.

W wielu przypadkach w następstwie diagnozy zaburzeń powinny się dodatkowo pojawić wskazówki dla placówki, do której dziecko uczęszcza, pozwalające zrozumieć problem oraz ułatwiające mu funkcjonowanie w danej placówce.

### MAGDALENA CHARBICKA

Oligofrenopedagog, terapeuta integracji sensorycznej, wiceprezes i współzałożyciel „Fundacji z ASPIracjami” działającej na rzecz osób ze spektrum ASD. Doktorantka w katedrze pedagogiki Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Od ponad 20 lat pracuje z dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami ze spektrum autystycznego.

### BIBLIOGRAFIA:

- Ayres J.A., *Dziecko a integracja sensoryczna*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2022.
- Koscinski C., *Interwencje sensoryczno-motoryczne. Jak za pomocą ruchu poprawić funkcjonowanie ciała*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2019.
- Odowska-Szlachcic B., Górka-Pik N., *Strategie sensoryczne w jedzeniu i mówieniu*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2020.
- Sher B., *Codziennie gry i zabawy dla dzieci z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego. 100 zajęć wzmacniających dzieci z problemami sensorycznymi*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2018.

<sup>1</sup> Wiśniewska M., fragment wypowiedzi na portalu poświęconym wsparciu rozwoju wcześniaków, Fundacja Wcześniak Rodzice-Rodzicom.

<sup>2</sup> Od niedawna można dostać w Polsce słomki wielokrotnego użytku wykonane z metalu. Ich zaletą jest nie tylko to, że są ekologiczne, ale również to, że można zmieniać ich temperaturę, a tym samym dostarczać dziecku w sferze oralnej bodźców dotykowych. Dodatkowo są one różnej długości, grubości, a także mają inną fakturę (gładkie, porowate). Są również cięższe od lekkich słomek papierowych.

<sup>3</sup> W sprzedaży dostępne są kredki do malowania w łazience, tzw. kredki kąpielowe. Warto je zakupić, szczególnie w przypadku dzieci, które niechętnie rysują na kartce papieru.

AUTOR: JACEK KIELIN

# Jak wspierać rodziców?

## PRAKTYCZNE WSKAZÓWKI DO PRACY

Rodzice, którzy przychodzą do specjalistów ze swoim dzieckiem z niepełnosprawnością lub w spektrum autyzmu, zasadniczo potrzebują od nich dwóch rzeczy: akceptacji i wzmocnienia swoich rodzicielskich kompetencji. W relacjach specjalista-rodzic chodzi o to, żeby rodzic miał doświadczenie siebie jako tego, który potrafi dać swojemu dziecku wszystko, co najlepsze. Z perspektywy specjalisty droga do takiego stanu rzeczy prowadzi poprzez akceptujące wysłuchanie, wysokie kompetencje do pracy z dzieckiem oraz profesjonalną umiejętność instruowania rodziców. Jak zatem działać, aby zbudować efektywną współpracę?



## Kluczowe problemy w relacji specjalista–rodzic

Specjaliści często skarżą się na rodziców, że nie stosują się oni do zaleceń, mają nierealistyczne oczekiwania, wymuszają na nich nie najlepsze pomysły w pracy z dzieckiem, są roszczeniowi, nie szanują specjalistów i – co najważniejsze – na wiele sposobów postępują z własnym dzieckiem w sposób niewłaściwy lub szkodliwy.

Najbardziej niezrozumiałą dla wielu specjalistów sytuacją jest niestosowanie się przez rodziców do wielu słusznych rad, wskazówek i zaleceń, jakie specjaliści wobec nich formują. Dlaczego nawet najlepsze argumenty nie działają? Jak przekonać rodzica, żeby robił to lub tamto? Gdzie leży problem? W sposobie argumentacji? W sposobie rozmawiania?

Najczęściej podnoszonym problemem są nierealistyczne oczekiwania rodziców i związana z nimi roszczeniowa postawa wobec specjalistów. W oczach specjalistów rodzice nie potrafią zaakceptować swojego dziecka z niepełnosprawnościami lub w spektrum autyzmu. Szukają cudownych metod, którymi katują

Specjalista powinien umieć zaprezentować w relacji z rodzicem to, co chce, żeby rodzic zrealizował w relacji ze swoim dzieckiem. Zaakceptowanie rodzica razem z jego ograniczeniami jest bardzo ważnym, a może nawet najważniejszym zadaniem, przed jakim stoi specjalista od usprawniania, edukacji lub terapii niepełnosprawnego dziecka.

## Jak wykorzystać aktywne słuchanie w budowaniu dobrych relacji?

Akceptacja wiąże się z umiejętnością nieoceniającego, empatycznego i aktywnego słuchania rodziców. Pierwszym i podstawowym doświadczeniem rodzica w relacji ze specjalistą powinno być doświadczenie bycia wystuchanym. Obowiązek słuchania rodzica nie wydaje się wcale oczywisty i zgodny ze wzorcem, jaki przypisany jest roli specjalisty. Raczej uważamy, że to specjaliści powinni się słuchać, bo od tego jest.

Aktywne słuchanie nie jest związane ani z polemiką, ani z przytakiwaniem. Aktywne słuchanie polega

---

### ZAAKCEPTOWANIE RODZICA RAZEM Z JEGO OGRANICZENIAMI JEST BARDZO WAŻNYM, A MOŻE NAWET NAJWAŻNIEJSZYM ZADANIEM, PRZED JAKIM STOI SPECJALISTA OD USPRAWNIANIA, EDUKACJI LUB TERAPII NIEPEŁNOSPRAWNEGO DZIECKA.

---

dziecko, bądź oczekują, że będzie to robił specjalista. Niekiedy jest odwrotnie, rodzice chronią swoją pociechę przed różnymi formami terapii, kontaktami z rówieśnikami i jakimkolwiek wysiłkiem. Czasem zaniedbują je na bardzo podstawowym poziomie – nie dbają o ciepłe buty na zimę, nie chodzą z dzieckiem do dentysty, gdy boli je ząb, lub okulisty, gdy tego wymaga. Rodzice nie są tacy, jakimi chcieliby ich widzieć specjaliści.

Paradoksalnie, takie zachowania rodziców dają specjalistom naturalnie dogodną sytuację do ich wspierania. Specjalista w relacji z nimi jest dokładnie w takiej samej sytuacji, w jakiej są rodzice ze swoim dzieckiem. Dziecko nie spełnia oczekiwań rodziców, tak samo jak rodzice nie spełniają oczekiwań specjalistów. Czy specjalista może zaakceptować to, że przychodzący do niego rodzice nie są idealni, że nie mają wielu, czasem bardzo podstawowych, kompetencji emocjonalnych i formalnych? Jak taka akceptacja miałaby się przejawiać? Dlaczego jest taka ważna?

Pedagogika, wychowanie, edukacja i terapia nie mogą się sprowadzać do słusznych poglądów i formułek.

na zawieszeniu własnych sądów, ocen i poglądów w trakcie rozmowy oraz na pełnym akceptacji i zrozumienia przyjmowaniu słów rozmówcy. W słuchaniu nie chodzi o zgadzanie się bądź nie z poglądami rozmówcy, ale o zaakceptowanie, że rodzice mają takie, a nie inne spojrzenie bądź zapatrywania. Akceptacji wymagają również uczucia rodziców, także te trudne – np. złości, lęku, niechęci, obojętności – wyrażane wobec własnego dziecka. Ze zrozumieniem można także przyjąć te działania rodziców, które terapeutycznie i wychowawczo wydają się specjalistom wątpliwe.

Istnieje taka pokusa, żeby wytykać rodzicom błędy. Kultura, w której funkcjonujemy, opiera się na wytykaniu innym błędów. Ma to potwierdzać kompetencje osoby zwracającej innym uwagę. Jeżeli specjalista wie, że rodzice źle postępują, to zwracanie im uwagi na niewłaściwe postępowanie może być w jego oczach rozumiane jako wartościowa interwencja, zgodna z jego kompetencjami. Niestety, tak to nie działa. Nawet jeśli specjalista ma wiele dobrych argumentów popierających jego oczekiwania wobec rodziców, nie przełoży się to bezpośrednio na ich działanie.

Tak może się stać tylko w sytuacjach, w których rodzice są pod wieloma względami gotowi skorzystać z rad specjalisty. Człowiek nie działa jak komputer, któremu wystarczy wpisać nowy program i już będzie konsekwentnie go realizował. Sama wiedza na temat tego, co jest dobre dla dziecka, daleko nie wystarcza specjalście do skutecznej pracy z dzieckiem i jego rodzicami. Rzetelna wiedza na temat tego, jak powinno pracować

się wygadać w obecności zaciekawionego słuchacza. W trakcie takiej rozmowy rodzice mogą wypowiadać się na absolutnie dowolny temat, także niezwiązany z terapią ich dziecka. Mogą wypowiadać zdania, z którymi specjalista nie będzie się zgadzał, ale i tak zostaną one przyjęte ze zrozumieniem. Kluczowa jest umiejętność specjalisty przyjęcia takiej wypowiedzi klaryfikacją, czyli porządkującym myśli rodzica zda-

---

## AKTYWNE SŁUCHANIE POLEGA NA UMIEJĘTNOŚCI PRZYJMOWANIA INICJATYW KOMUNIKACYJNYCH ROZMÓWCY. NIESTETY, SPECJALIŚCI MAJĄ MOCNO UTRWALONY ZWYCZAJ ODPYTYWANIA RODZICÓW. PYTAJĄ O WIELE SZCZEGÓŁÓW, KTÓRE MOGĄ BYĆ WAŻNE Z PUNKTU WIDZENIA PRACY Z DZIECKIEM.

---

czy zachowywać się dziecko lub jak powinni postępować rodzice, to nie jest nawet połowa kompetencji niezbędnych w pracy specjalisty. Trzeba jeszcze umieć pomóc rodzicowi i dziecku wprowadzić te zalecenia w życie. W wielu wypadkach nie wystarczy wyjaśnić rodzicowi, co robi źle i jak powinien robić coś dobrze.

Wielu rodziców nie jest gotowych na zmianę. Nie chcą słyszeć niczego, do czego nie są przekonani. W takiej sytuacji potrzebują przede wszystkim kogoś, kto z ciekawością ich wysłucha.

Aktywne słuchanie polega na umiejętności przyjmowania inicjatyw komunikacyjnych rozmówcy. Niestety, specjaliści mają mocno utrwalony zwyczaj odpytywania rodziców. Pytają o wiele szczegółów, które mogą być ważne z punktu widzenia pracy z dzieckiem. Nie wyobrażam sobie dłuższej edukacji lub terapii dziecka bez zrobienia pogłębionego wywiadu z jego rodzicami. Wywiad jest konieczny, gdyż nikt tak dobrze nie zna dziecka jak jego rodzice. Nie są oni diagnostami, ale fakty, o których mogą poinformować specjalistów, mają często kluczowe znaczenie dla przebiegu pracy z dzieckiem. Zawsze dziwi mnie sytuacja, w której nauczyciele w szkołach specjalnych praktycznie nic nie wiedzą ani o historii życiowej, ani sytuacji domowej ucznia czy jego relacjach z najbliższymi osobami.

Uważne słuchanie rodziców nie ma jednak z wywiadem nic wspólnego. Wywiad to przykład rozmowy z inicjatywy specjalisty, w której rodzice uważnie słuchają pytań i starają się na nie odpowiedzieć. Rozmowa, która otwiera rodziców na kontakt, polega na daniu im przestrzeni na swobodną wypowiedź. Zdaniem zachęcającym może być np. „W czym mogę pomóc?”. Rodzice potrzebują osoby, która pozwoli im

niem, potwierdzającym sens usłyszanych słów. Zdanie: „Uważam, że Pawełek powinien także dzisiaj chodzić cały czas w szaliku, bo on jest taki wrażliwy na wszelkie przeciągi” trzeba umieć przyjąć, powtarzając za rodzicem: „Chce pani, żeby Pawełek dziś na zajęciach chodził w szaliku, bo jest wrażliwy na przeciągi”. To zdanie wyraża akceptację rodzica takim, jakim jest, z jego poglądami, lękami i spojrzeniem na własne dziecko. W tym zdaniu nie ma żadnej presji na zmianę, która byłaby emanacją nieakceptowania zapatrywań rodzica.

Warto być świadomym, że wywieranie presji na zmianę może tę zmianę najbardziej utrudniać. Zasada ta według mnie dotyczy każdej formy wspierania i pomagania drugiemu człowiekowi. Takie przyjmujące słowa są wyrazem tej samej akceptacji, którą chcielibyśmy, aby rodzice obdarzali własne dziecko. Rodzice, którzy mogą doświadczyć takiej akceptacji dla siebie w relacji ze specjalistą, zmieniają i urealniamy własną perspektywę w patrzeniu na dziecko. Uważne słuchanie otwiera ich także na słuchanie specjalisty i – co ważniejsze – własnego dziecka. Specjalista, słuchając, modeluje słuchanie – umiejętność, z którą rodzic ma trudność i której specjalista bardzo by oczekiwał.

### **Co utrudnia przyjmowanie wypowiedzi rodziców?**

Zazwyczaj wzorce komunikacyjne, jakie wynieśli specjaliści z własnego wychowania i edukacji, bardzo utrudniają przyjmowanie wypowiedzi rodziców bez oceniania i polemiki. Najczęściej reakcją na wcześniej zacytowaną przeze mnie wypowiedź rodzica jest pytanie: „Czy zdejmuję mu pani czasem szalik

w pomieszczeniach?”, „Jak często Paweł chorował do tej pory?” itp., co jest zapewne wyrazem zaciekawienia, ale także – niestety – formą przejścia inicjatywy w rozmowie przez specjalistę i tym samym zabraniam możliwości kontynuowania rozmowy rodzicowi zgodnie z jego pomysłem i potrzebami. Zawłaszczając przestrzeń rozmowy może specjalista także poprzez mniej lub bardziej delikatną polemikę: „W tym pomieszczeniu jest ciepło i nie ma przeciągu, więc może być pani spokojna o Pawła” lub przez wyrażenie swojej opinii (o którą rodzic nie prosił): „Moim zdaniem, przegrzewanie dzieci bardziej sprzyja infekcjom, niż przeciągi”. Nie ma nic złego w zadawaniu pytań. Nie musi być nic złego w wyrażaniu swojej opinii lub polemicznym dyskursie. Być może, także na to będzie miejsce w dialogu z rodzicem. Problemem jest jednak całkowita nieumiejętność dawania rodzicom przestrzeni na swobodne wypowiedzianie się i przyjmowania wypowiedzi rodziców takimi, jakie one są.

ZAZWYCZAJ, GDY WYSTĘPUJĄ PROBLEMY W RELACJACH RODZICE–SPECJALIŚCI, NAPIĘCIA, WZAJEMNA NIEUFNOŚĆ, A NAWET WROGOŚĆ, WTEDY WYSTARCZY ZACZAĆ UWAŻNIE SŁUCHAĆ RODZICÓW, ŻEBY CAŁKOWICIE ZMIENIĆ SYTUACJĘ NA DUŻO LEPSZĄ.

Brak bezpośredniej polemiki nie musi oznaczać braku reakcji specjalisty na problem, jaki ma rodzic, ale taką reakcją wcale nie musi być przecież przekonywanie go, że postępuje błędnie. Zamiast tego można się chociażby przyglądać temu, co robi dobrze, po to, by pozytywnych zachowań było coraz więcej, aż staną się rutyną.

Zazwyczaj, gdy występują problemy w relacjach rodzice–specjaliści, napięcia, wzajemna nieufność, a nawet wrogość, wtedy wystarczy zacząć uważnie słuchać rodziców, żeby całkowicie zmienić sytuację na dużo lepszą. Czy rodzice, z którymi się kontaktujesz, bo od lat pracujesz z ich dzieckiem, mieli z Tobą chociaż jedno takie doświadczenie, że ich uważnie słuchałeś, chociażby przez 15 minut? Warto, żeby to pytanie zadał sobie każdy specjalista, który spotyka się z problemami w relacjach z rodzicami dziecka, które wspiera. Mógłbym podać wiele przykładów, gdzie uważne słuchanie tego, co mówią rodzice, otworzyło ich na współpracę ze specjalistą, także w sytuacjach konfliktów i silnych negatywnych emocji.



Dramatem nas, specjalistów, jest to, że my sami nie mamy doświadczenia bycia wysłuchanymi, przez naszych własnych rodziców, przez naszych nauczycieli, a także przez naszych przełożonych i kolegów z pracy. Umiejętność uważnego słuchania jest bardzo deficytowa w naszym społeczeństwie, a zamiast niej pojawiają się próby postawienia na swoim, które mają formy niekończących się przepychanek.

Umiejętnością, której niewątpliwie oczekują od specjalisty rodzice, są kompetencje w pracy z ich dzieckiem. W zasadzie ta kompetencja wydaje się oczywista, ale moim zdaniem wcale tak być nie musi. Niemniej jednak warto mieć świadomość, że im bardziej specjalista ma poukładany swój warsztat pracy, tym łatwiej i skuteczniej będzie mógł wspierać rodzica. Z pustego bowiem i Salomon nie należy. Sama umiejętność postępowania z dzieckiem, co prawda, nie gwarantuje sukcesu we współpracy z rodzicem dziecka, ale ją umożliwia.

Każdy, kto profesjonalnie pomaga dzieciom z niepełnosprawnościami lub w spektrum autyzmu, chcąc nie chcąc, staje się wzorem, modelem postępowania dla jego rodziców. Rodzice, nie znajdując w przekazie międzypokoleniowym informacji, jak traktować własne dziecko, które jest bardzo różne w pielęgnacji, komunikacji i potrzebach niż wszystkie inne dzieci, które do tej pory poznali, przyglądają się z uwagą fachowcom, których spotkali na swojej drodze. Tak więc, dobra praca z dzieckiem, o ile rodzice mają okazję się jej przyjrzeć, jest już bardzo ważną formą wspierania ich umiejętności rodzicielskich.

Kompetencje w pracy z dzieckiem mają duże praktyczne implikacje podczas udzielania rodzicom bezpośredniego zalecenia.

Rodzice potrzebują od specjalisty, formułującego zalecenie, wyjaśnienia sensu kierowanej do nich





prośby z perspektywy dziecka, opanowania uczonej umiejętności i zmotywowania do działania.

Sens udzielanego instruktażu może być dla rodziców oczywisty. Nie zawsze jednak tak jest. Czasem nawet proste prośby, np. o wspólne czytanie z dzieckiem książeczek, używanie w trakcie rozmów komunikatora, czy zabawa klockami – wymagają udzielenia rodzicom jakiegoś wyjaśnienia i zainteresowania się, jak zrozumieli oni sens kierowanej do nich prośby.

Zdarza się, że specjaliści sami nie zastanawiają się nad sensem tego, co robią. Sprzyja temu myślenie o terapii i nauczaniu w kategoriach metod, z którymi specjalista nie dyskutuje, bo są dobre z definicji. Ktoś, kto usłyszał, że metoda, np. Knilla, jest dobra, stosuje ją w pracy mało refleksyjnie, bez zastanawiania się, co w życiu konkretnego dziecka miałyby ona przynieść. Dodatkowo trudnym zadaniem dla wielu specjalistów może być uchwycenie, jak oczekiwana zmiana przełoży się na jakieś dobro w perspektywie samego dziecka. W pedagogice, inaczej niż w medycynie, skuteczność, także i ta naukowo potwierdzona, nie przekłada się bezpośrednio na dobro dziecka. Dobrym przykładem są dzieci w spektrum autyzmu, które uczone są maskowania swoich zachowań i udawania osób neurotropowych, co podoba się otoczeniu społecznemu, ale im samym przysparza tylko cierpienia i prowadzić może np. do depresji. Przedszkolaka (a także wiele dzieci starszych), którego nauczymy siedzieć nieruchomo w ławce, tylko skrzywdzimy, bo to dla niego tortura, choć może być dobrze przyjęta przez dorosłych jako element tzw. gotowości szkolnej.

Specjalista w relacji z rodzicem powinien pełnić rolę adwokata swojego klienta, którym jest dziecko. Wywiązuje się z tej roli, pokazując rodzicom jego sposób patrzenia na świat, motywację, potrzeby i emocje.

Osobiście uwielbiam tłumaczyć rodzicom perspektywę ich dziecka, gdyż lepsze zrozumienie jego zachowań zazwyczaj przynosi im ulgę i ułatwia wzajemny kontakt i bliskość.

## Formułowanie zaleceń dla rodziców – praktyczne wskazówki

Pokusą, której ulegają czasem specjaliści, jest formułowanie dla rodziców zaleceń, które w ocenie samego fachowca nie mają sensu w sytuacjach, w których specjalista nie ma pomysłu na pracę z dzieckiem. Dawanie rad i zaleceń w takich przypadkach jest rozpaczliwą próbą wyjścia z twarzą z kłopotliwej dla specjalisty sytuacji. Dużo lepszą strategią dla obu stron jest przyznanie się do braku pomysłów (nie na wszystko udaje się znaleźć radę) lub wspólne z rodzicami poszukiwanie rozwiązań.

Każdego zalecenia trzeba rodziców nauczyć wykonywać. W związku z tym warto pamiętać o trzech krokach:

- ▶ podaniu instrukcji;
- ▶ pokazaniu rodzicowi, co jest do zrobienia;
- ▶ wykonaniu przez rodzica w obecności specjalisty uczonej czynności.

Czynności, która jest do wykonania przy dziecku, nie nauczy się poprzez opowiadanie o niej, ale poprzez pokazanie jej rodzicowi. Wynika z tego prosty wniosek, że specjaliści nie mogą oczekiwać od rodziców niczego, czego nie potrafią zrobić sami. Jest to, niestety, sytuacja nagminna, z którą często się spotykam. Typowe są prośby do rodziców, żeby porozmawiali tak ze swoim dzieckiem, żeby nie przeszkadzało więcej na zajęciach lub nie zaczepiało kolegów na szkolnej przerwie. Taka postawa jest wyrazem bezsilności specjalistów i przerwania odpowiedzialności na rodziców, którzy przecież chcieliby pomóc, ale kompletnie nie potrafią sprostać tej bardzo trudnej wychowawczo sytuacji. Podam inny przykład. Mama z siedmiolatkiem ze sprzężoną niepełnosprawnością udała się do logopedy. Specjalistka zaleciła mamie odejście od karmienia butelką i robienie to za pomocą łyżki. Jako wsparcie dała mamie dziecka wydrukowaną instrukcję prawidłowego karmienia łyżką. Mama, nie mogąc sobie poradzić, tydzień później pojawiła się w gabinecie logopedy z łyżką oraz kubeczkim serka i poprosiła o zademonstrowanie jej, jak ma karmić własnego syna. Ilu jest rodziców, którzy są gotowi w ten sposób postawić sprawę? Pani logopedzie nie udało się nakarmić tego siedmiolatka według zaleceń, które sama dała. Zdecydowana większość rodziców nie poprosi,

niestety, specjalistów o zademonstrowanie uczonej czynności. Oczekiwanie, że rodzice poradzą sobie w sytuacjach, w których profesjonalista nie daje sobie rady, jest formą wpędzania rodziców w poczucie winy. Jest sposobem unaocznienia rodzicowi braku kompetencji, czasem w tak dramatycznie wrażliwym obszarze, jakim jest dla matki karmienie własnego dziecka.

Samo zamodelowanie rodzicowi uczonej czynności, nie wystarcza. Rodzic potrzebuje – i to z wielu powodów – samodzielnego wykonania przy specjaliste uczonej umiejętności. Bardzo często ćwiczę z rodzicami różne umiejętności wychowawcze. Jeżeli w trakcie spotkania dziecko jest nieobecne, to robię to w postaci scenki. Najpierw proszę, żeby rodzice odgrywali rolę dziecka i bezpośrednio na nich demonstruję jakiś element pracy, a później proszę rodziców, żeby – wykorzystując moją osobę (w roli ich dziecka) – przećwiczyli sobie uczonej umiejętności. Takie postępowanie nie tylko dodaje rodzicom koniecznej biegłości w wykonywaniu nabywanych umiejętności, ale jest też olbrzymią szansą na doświadczenie uznania ze strony specjalisty. Błysk zachwytu w oku terapeuty, który potrafi rodzicowi dokładnie ponazywać to, co zrobił dobrze, niesie wiele pozytywnych skutków. Idea spotkania z rodzicami polega na tym, że to oni powinni dobrze wypaść w oczach specjalisty. Odwrotnie, już niekoniecznie. Specjalista, który nie jest świadomy tej prawdy, może przejawiać tendencję do przytłaczania rodziców swoim perfekcjonizmem. Bardzo ważne jest precyzyjne ponazywanie rodzicowi tego, co zrobił dobrze. Nie wystarczy powiedzieć, że „Świetnie pani poszło to ćwiczenie!”. Rodzic powinien usłyszeć, punkt po punkcie, co zrobił świetnie. Bardzo ułatwia to zadanie dokładne przedstawienie instrukcji, jeszcze zanim rodzic będzie miał okazję zobaczyć uczonej czynności w wykonaniu specjalisty.

## Jak efektywnie motywować rodziców?

Rodzice oczekują również umiejętnego motywowania. Poniżej podaję kilka rad, o czym warto pamiętać, motywując rodziców:

- ▶ Rodzice przychodzący na spotkanie ze specjalistą powinni czuć, że są bardzo oczekiwani – przygotowana jest sala, krzesła, pomoce itp. Sytuacja, kiedy to specjalista szuka miejsca na spotkanie dopiero wtedy, gdy rodzice przyjdą do placówki, jest formą ich lekceważenia. W odpowiedzi mogą oni zignorować specjalistę i jego zalecenia.
- ▶ Rodzice powinni dostrzec zaangażowanie terapeuty w pracę z ich dzieckiem. To zainteresowanie trzeba pokazać im podczas modelowania nowo uczonej umiejętności. Rodzice, widząc specjalistę pracujące-

go z zaangażowaniem, wykonają po nim to ćwiczenie także z zapałem i to zainteresowanie przeniosą do domu. Rodzice, widząc specjalistę modelującego ćwiczenie bez zaangażowania, mogą nie wykonać zapału przy realizacji takiego zalecenia.

- ▶ Specjalista może przygotować dodatkowe materiały dla rodziców. Bardzo motywuje rodziców film instruktażowy i przygotowana dla nich specjalna pisemna instrukcja. Warto przygotować na spotkanie z nimi różne pomoce, a to zdecydowanie ułatwi im motywowanie się do wykonywania zaleceń w domu.
- ▶ Rodzice powinni czuć miłą atmosferę spotkania. Nic tak nie zaburza miłej atmosfery, jak sugerowanie rodzicowi, że nie jest w porządku wobec swojego dziecka albo specjalisty. Rodzice słabo zmotywowani nie realizują próśb specjalistów, których postrzegają jako im nieżyczliwych lub źle o nich myślących.

Niezwykle demotywującym czynnikiem jest stosowanie moralnego szantażu wobec rodziców, polegającego na sugerowaniu im, że jeżeli nie spełnią prośby specjalisty, to uczynią swojemu dziecku krzywdę. Jestem przeciwnikiem wszelkich form straszenia rodziców negatywnymi skutkami ich zaniechań oraz okazywania im wątpliwości co do ich motywacji, np. poprzez dopytywanie się, czy aby na pewno zrealizują proponowane zalecenie. Jestem zwolennikiem mówienia rodzicom, że jak nie dadzą rady spełnić prośby, to nic takiego się nie stanie: „Spokojnie – ja nadal będę pracować nad tym problemem. Jeśli Państwu uda się poćwiczyć, to super – jeśli nie, to tragedii nie ma”. Rodzice nie powinni odczuwać żadnej presji. Zrobią, jak zechcą. Ich decyzja. Demotywujące jest proszenie rodziców o rzecz dla nich zbyt dużą czy trudną. Warto być świadomym, że dla różnych rodziców co innego jest trudne, a co innego łatwe.

## Podsumowanie

Praca z rodzicami wymaga innej wiedzy i kompetencji niż praca z dzieckiem. Im większego wsparcia wymaga dziecko, tym ważniejszą rolę w procesie edukacyjnym lub terapeutycznym pełnią jego rodzice. Umiejętne postępowanie z rodzicami bardzo poszerza możliwości wspierania ich dzieci.

### JACEK KIELIN

Psycholog, prezes Stowarzyszenia Terapeutów Relacyjno-Rozwojowych, superwizor relacyjno-rozwojowy, dyrektor Ośrodka Wspierania Kompetencji Nauczycielskich i Terapeutycznych „Strefa Dobrych Emocji”.

AUTORKA: KATARZYNA WŁODARCZYK

# Metoda PODD

## Najważniejsze założenia

Skrót PODD od kilku lat coraz częściej pojawia się w polskiej dyskusji o komunikacji wspomagającej i alternatywnej (AAC) z osobami ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi (CCN). Czym jednak dokładnie jest PODD? Czym to podejście i ta metoda AAC różnią się od innych?



### Metoda PODD

Skrót PODD pochodzi od angielskich słów *pragmatic organisation dynamic display*, tzn. pragmatyczna organizacja tablic dynamicznych. Mogłoby się więc wydawać, że jest to tylko pewien specyficzny (jak mówi sama nazwa – pragmatyczny) sposób organizacji słownictwa w indywidualnych pomocach komunikacyjnych użytkowników AAC, rozmieszczonego na wielu stronach (tablicach), które są ze sobą powiązane w taki sposób, że przejście z jednej tablicy do drugiej zależy od tego, jakie słowo zostało wcześniej wybrane (tablice dynamiczne).

Choć jest to zdanie zgodne z prawdą, PODD to jednak znacznie więcej niż tylko reguły organizacji czy matryce książek do komunikacji.

PODD to całościowa metoda stworzona przez Gaylę Porter ponad 30 lat temu i obejmująca:

- ▶ podłoże teoretyczne dotyczące mechanizmu nabywania kompetencji językowych i komunikacyjnych przez osoby ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi (CCN);
- ▶ rozwiązania w zakresie tworzenia książek do komunikacji (w tym oprogramowanie zawierające

matryce książek zarówno na dostęp bezpośredni, jak i alternatywny, opracowanych na różnych poziomach złożoności językowej);

- ▶ metody nauki korzystania z pomocy komunikacyjnych, aby realizować cele językowe, operacyjne, społeczne i pragmatyczne (Light, 1988).

Warto podkreślić, że metoda PODD **spełnia kryteria metody opartej na dowodach (evidence basen practice)** według wytycznych ASHA z 2004 r.

**1. Istnieją niezależne dowody skuteczności, jako że metodą nauki korzystania z książek PODD jest wspomagany przekaz językowy (modelowanie), którego skuteczność w rozwijaniu kompetencji komunikacyjnych i językowych została wielokrotnie udowodniona w niezależnych badaniach różnych autorów** (Lynch i in., 2018; Sennott i in., 2016; Barton i in., 2006; Beck i in., 2009; Binger, Light, 2007; Bruno, Trembath, 2006; Cafeiro, 2001; Dada, Alant, 2009; Drager i in., 2006; Goossens, 1989; Harris, Reichle, 2004; Jonsson i in., 2011; Romski i in., 1994; Romski i in., 1995; Solomon-Rice i Soto, 2014; O'Neil i in., 2018; Binger i in., 2011).

**2. Posiada kliniczne dowody skuteczności i/lub pozytywne opinie ekspertów** (Snodgrass, Meadan, 2018; Braddock i in., 2015; Bayldon i in., 2021; Blackstone i in., 2021; Beauchamp i in., 2018; Borgestig, Hemmingsson, 2017; Jullien, 2020).

**3. Jej skuteczność jest potwierdzana przez samych użytkowników, ich rodziców i opiekunów** (<https://www.angelmanuk.org/wp-content/uploads/2020/04/AngelmanUK-Newsletter-66-v4web-lo-res.pdf>; [https://lindaburkhart.com/wp-content/uploads/2017/01/Gift-of-Language\\_ATIA\\_Jan\\_17.pdf](https://lindaburkhart.com/wp-content/uploads/2017/01/Gift-of-Language_ATIA_Jan_17.pdf); <https://www.facebook.com/wespeakpodd>).

## Podłoże teoretyczne metody PODD – kluczowa rola środowiska

Wykorzystywane w ramach metody PODD strategie nauki komunikacji odzwierciedlają aktualną wiedzę o procesach nabywania języka. Von Tetzchner i Grove (2003) przeanalizowali najbardziej popularne teorie nabywania języka, co doprowadziło ich do spójnego wniosku, że to środowisko, w którym funkcjonuje osoba, odgrywa kluczową rolę w procesie nabywania kompetencji komunikacyjnych językowych. Już od urodzenia dzieci są bowiem „zanurzone” w środowisku, dostarczającym im licznych przykładów wykorzystania mowy i języka do komunikacji (zarówno łączenia słów ze sobą, jak i funkcjonalnego ich wykorzystywania w kontekście sytuacyjnym). Dzieci uczą się więc mowy, języka i komunikacji poprzez obserwację i naśladowanie

innych osób z ich otoczenia. Proces ten odbywa się zatem nie tylko w sytuacji, gdy komunikaty kierowane są bezpośrednio do dziecka, ale także wtedy, gdy osoby mówiące porozumiewają się między sobą, czy też gdy dziecko słyszy mowę i język wykorzystywane np. w mediach.

Nabywanie umiejętności posługiwania się alternatywnymi metodami komunikacji może być postrzegane w obrębie ogólnych ram rozwojowych języka i komunikacji, dzięki czemu można stosować w stosunku do nich ogólne teorie rozwoju językowego. W zasadzie tylko forma, a nie funkcja, odróżnia alternatywne metody komunikacji od mowy (von Tetzchner i Grove, 2003).

Osoby, które ze względu na złożone potrzeby komunikacyjne (CCN) nie rozwijają funkcjonalnej mowy, stoją przed dużym wyzwaniem. Są zanurzone w języku, z którego nie będą w stanie korzystać do ekspresji, a środowisko modelujące używanie dostępnego dla nich systemu do komunikacji w sposób naturalny nie istnieje. Doświadczają więc dużej dysproporcji między językiem stosowanym w ich otoczeniu (mowa) a językiem, z którego oczekuje się, że mają skorzystać do komunikacji (system AAC). Choć jest to teoretycznie ten sam język (np. polski), sposób konstruowania wypowiedzi, wykorzystywana modalność, składnia czy sposób reprezentacji słów jest jednak znacząco różny. Tak więc, chcąc nauczyć się korzystania z systemu języka wspomagającego – AAC, użytkownik musiałby sam przekodować mowę na język swojej pomocy komunikacyjnej. Jest to niezwykle trudne wyzwanie, które może być osiągalne wyłącznie dla wąskiej grupy osób. W związku z tym, chcąc uniknąć trudności wynikających z podwójnego kodowania, wszystkie osoby z CCN potrzebują zostać „zanurzone” w dostępnych dla nich pod względem sensorycznym i mieć zapewniony dostęp do:

- ▶ języka w formie wspomaganego (pomocy komunikacyjnej, będącej rozbudowanym systemem językowym);
- ▶ odpowiednio dużej liczby przykładów wykorzystania tej pomocy komunikacyjnej w naturalnym środowisku, w autentycznych sytuacjach komunikacyjnych.

Tak więc, metoda PODD skupia się nie tylko na przygotowaniu samego narzędzia do komunikacji, ale przede wszystkim na stworzeniu środowiska wspierającego nabywanie kompetencji językowych i komunikacyjnych poprzez wspomaganą przekaz językowy (modelowanie), czyli takiego, w którym zostanie zbilansowane użycie obydwu systemów językowych – mowy i systemu PODD.

## Cel – autonomia

Postawy i oczekiwania osób w otoczeniu w pewnym stopniu mogą wpływać na rozwój językowy wszystkich dzieci. Jednak to właśnie postawy i oczekiwania odgrywają kluczową rolę w rozwoju językowym osób korzystających z komunikacji wspomagającej i alternatywnej, których rozwój językowy zależy wyłącznie od tego, jakie szanse i możliwości zostaną im zapewnione przez terapeutów (von Tetzchner i Grove, 2003).

Dostęp alternatywny”. Jest ono nakładką na program Boardmaker wersji 5 lub nowszej.

„PODD. Dostęp bezpośredni” zawiera matryce książek przeznaczonych dla osób, które mają możliwość bezpośredniego wskazywania dłonią, palcem lub wskaźnikiem. Z kolei oprogramowanie „PODD: dostęp alternatywny” zawiera matryce książek dla osób, które doświadczają trudności motorycznych we wskazywaniu symboli; są w stanie wskazać pewien

## METODA PODD SKUPIA SIĘ NIE TYLKO NA PRZYGOTOWANIU SAMEGO NARZĘDZIA DO KOMUNIKACJI, ALE PRZEDĘ WSZYSTKIM NA STWORZENIU ŚRODOWISKA WSPIERAJĄCEGO NABYWANIE KOMPETENCJI JĘZYKOWYCH I KOMUNIKACYJNYCH POPRZEC WSPOMAGANY PRZEKAZ JĘZYKOWY (MODELOWANIE), CZYLI TAKIEGO, W KTÓRYM ZOSTANIE ZBILANSOWANE UŻYCIĘ OBYDWU SYSTEMÓW JĘZYKOWYCH – MOWY I SYSTEMU PODD.

Dlatego tak ważne staje się zrozumienie, że podstawowym celem wprowadzania komunikacji wspomagającej i alternatywnej osobom ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi jest umożliwienie rozumienia i bycia zrozumianym oraz zaspokajania swoich różnych potrzeb komunikacyjnych w sposób maksymalnie niezależny, efektywny, precyzyjny, społecznie akceptowany i komunikowanie się z jak największą grupą osób (Porter, 1997).

Tak sformułowany cel długoterminowy ma również zachęcać do wykorzystania zróżnicowanych i wielomodalnych strategii i narzędzi w odniesieniu do danej osoby ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi (CCN), aby umożliwić jej poradzenie sobie ze zróżnicowanymi wyzwaniami komunikacyjnymi. Metoda PODD zakłada, że komunikacja sama w sobie jest wielomodalna, a co za tym idzie, różne formy komunikacji mogą być bardziej lub mniej efektywne, w zależności od rodzaju komunikatu, sytuacji, partnera komunikacyjnego. Tak rozumiana komunikacja oznacza, że książka PODD staje się jednym z elementów wielomodalnego systemu komunikacji, a nie wyłącznym narzędziem czy modalnością.

## Oprogramowanie

Aby wspierać proces budowania autonomii, zapewniając szybki dostęp do dobrze zorganizowanych rozbudowanych systemów językowych w niskiej technologii, w ramach metody PODD opracowano 28 matryc książek, zebranych w podzielone na dwie części oprogramowanie: „PODD. Dostęp bezpośredni” oraz „PODD.

obszar, ale brakuje im wystarczającej precyzji, by bezpośrednio trafić na symbol spośród puli odpowiadającej potrzebom językowym; są w stanie wzrokowo poradzić sobie ze złożonością stron z symbolami.

Zaprojektowane w ramach metody PODD matryce coraz bardziej złożonych językowo książek oparte są na spójnej logice organizacji słownictwa, co wspiera proces nabywania języka poprzez przekaz wspomagany (modelowanie). Co więcej, należy pamiętać, że każda matryca książki do dostępu bezpośredniego ma swój odpowiednik z dostępem alternatywnym, tak aby doświadczane trudności ruchowe lub sensoryczne nie ograniczały dostępu do języka (Porter, 2018).

W procesie trwającego kilka lat tłumaczenia oryginalnych – anglojęzycznych – matryc książek została również dokonana adaptacja matryc do potrzeb języka polskiego i polskiego kontekstu kulturowego. Proces ten nie byłby możliwy bez współpracy z licznymi użytkownikami AAC i ich partnerami komunikacyjnymi, którzy korzystając z roboczych tłumaczeń weryfikowali je w praktyce, zapewniając feedback odnośnie do proponowanych rozwiązań i pojawiających się potrzeb. Uwzględniając fakt, że język polski jest językiem fleksyjnym, w polskiej adaptacji książek PODD pojawiają się rozwiązania umożliwiające adekwatną odmianę słów, przez czasy, tryby, strony, osoby i przypadki.

Autorką i właścicielką wyłącznych praw do polskiej wersji językowej metody PODD jest Katarzyna Włodarczyk. Do każdej z części oprogramowania dołączony jest także „Podręcznik do metody PODD”, pliki informacyjne pozwalające prawidłowo dobrać matrycę książki do indywidualnych potrzeb konkretnej

osoby oraz pliki konstrukcyjne zawierające szczegółowe instrukcje odnośnie do technicznych aspektów wykonania książki. Oprogramowanie jest komercyjnie dostępne za pośrednictwem strony [www.podd.pl](http://www.podd.pl). Tam również można znaleźć informacje o planowanych w Polsce kolejnych edycjach Warsztatów wprowadzających PODD.

## Indywidualizacja matrycy książki PODD do indywidualnych potrzeb

Sam dostęp do matryc książek PODD, jakkolwiek pomocny, nie jest wystarczający. Kluczową rolę odgrywa bowiem indywidualizacja matrycy książki PODD do potrzeb konkretnego użytkownika oraz przygotowanie parterów komunikacyjnych do stosowania wspomaganego przekazu językowego (modelowania) i korzystania z książki w codziennych sytuacjach (wyrabianie nawyku komunikacji w każdej chwili).

Indywidualizacja książki przebiega w kilku etapach. W pierwszej kolejności należy wybrać tę matrycę, która wydaje się najbardziej odpowiednia do aktualnych potrzeb i możliwości użytkownika AAC, uwzględniając wymagania językowe i komunikacyjne, aktualne możliwości motoryczne, możliwości i wyzwania w zakresie widzenia i percepcji wzrokowej oraz wyzwania środowiskowe. Następnie wykonuje się wersję próbną książki i przygotowuje partnerów komunikacyjnych do korzystania z niej w codziennych sytuacjach. W trakcie tego okresu próbnego rolą partnerów komunikacyjnych jest zbieranie słownictwa (dopisywanie na listy w odpowiednich działach), o które należy zindywidualizować książkę. Ponadto na tym etapie weryfikuje się, czy wybrana matryca rzeczywiście odpowiada potrzebom użytkownika AAC.

Stosowanie przez pewien czas „roboczej wersji książki” do komunikacji w codziennych sytuacjach pozwala na:

- ▶ wprowadzenie wspomaganego przekazu językowego (modelowania) bez konieczności oczekiwania na zakończenie procesu tworzenia indywidualnej pomocy komunikacyjnej;
- ▶ potwierdzenie lub weryfikację pierwotnych założeń, dotyczących trafności zaproponowanej metody dostępu, rodzaju symboli, złożoności wykorzystywanego w niej języka;
- ▶ zindywidualizowanie słownictwa na podstawie autentycznych potrzeb komunikacyjnych, co jest możliwe dzięki wykorzystywaniu strategii zbierania słownictwa, takich jak używanie list;
- ▶ zaoszczędzenie czasu niezbędnego na stworzenie „od podstaw” książki, która i tak nie zapewniłaby

tak precyzyjnie rozbudowanych struktur językowych, a zatem wymagała znacznie liczniejszych zmian i reorganizacji słownictwa.

Ten okres może trwać od kilku tygodni do kilku miesięcy, w zależności od indywidualnych potrzeb, okoliczności i wymagań. Następnie, wykorzystując słownictwo zebrane na listach, wykonuje się w pełni zindywidualizowaną wersję książki. Należy pamiętać jednak, że żadna książka do komunikacji nigdy nie jest idealna i perfekcyjna, a potrzeby użytkowników AAC będą się zmieniać. Książka rośnie razem z nimi, dlatego kluczowe staje się wyrobienie nawyku u partnerów komunikacyjnych, aby na bieżąco zbierali słownictwo na listach, gdyż będzie to pomocne do wykonania kolejnej, bardziej złożonej indywidualnej wersji książki PODD.

## Specyficzne rozwiązania w organizacji słownictwa w matrycach książek PODD

Aby maksymalnie usprawnić komunikację, przy jednoczesnym zapewnieniu dostępu do dużej liczby słownictwa umożliwiającego realizację różnych funkcji komunikacyjnych, adekwatnych do danego poziomu rozwoju językowego, w książkach do komunikacji PODD:

- ▶ słownictwo jest zorganizowane zarówno według funkcji komunikacyjnych, jak i w sposób ułatwiający wejście w efektywną interakcję komunikacyjną (pragmatyczny);
- ▶ wykorzystano jednocześnie kilka sposobów organizacji słownictwa (tablice ze słownictwem rdzeniowym, startery zdaniowe, kategorie, tablice wyboru, tablice kontekstowe, tablice ze skryptami rozmów), aby oddać typowy sposób użycia słów w rozmowie oraz podnieść efektywność użycia słów i szybkość komunikacji w poszczególnych sytuacjach i przy różnych wymaganiach komunikacyjnych;
- ▶ kluczowym czynnikiem decydującym o sposobie organizacji słownictwa w książce jest efektywność i szybkość komunikacji;
- ▶ aby wspierać automatyzację ruchów do obsługi pomocy komunikacyjnej (planowanie motoryczne), stosuje się stałe i powtarzalne rozmieszczenie słów w pomocy komunikacyjnej.

W matrycach książek PODD dostępnych w języku polskim wykorzystuje się wbudowaną w program Boardmaker® bazę symboli Picture Communication Symbols (PCS). Zastosowane symbole były celowo

4a



4a



dobierane w sposób ułatwiający różnicowanie symboli między sobą, bazując zarówno na kształcie, kolorze, jak i lokalizacji symbolu na poszczególnych stronach.

Metoda PODD duży nacisk kładzie na wspieranie kompetencji użytkowników AAC w zakresie czytania i pisania, dlatego zdecydowano, że niezależnie od kontekstu na oznaczenie tego samego słowa będzie wykorzystywany ten sam symbol. Co więcej, aby wspierać umiejętności łączenia słów ze sobą w dłuższe wypowiedzi zaleca się wykorzystanie oddzielnych symboli PCS na oznaczenie pojedynczych słów, np. „ja + chcieć”, zamiast jednego symbolu „ja chcę”.

Aby zrekompenzować brak lub ograniczony repertuar podpowiedzi środowiskowych, czy też przekazywanych intonacją i mimiką twarzy, oraz zapewnić szybkie i logiczne dojście do stron, zawierających słownictwo umożliwiające realizację określonych funkcji komunikacyjnych, w książkach PODD wykorzystano tzw. pragmatyczne startery zdaniowe. Rolą starterów zdaniowych jest więc zbudowanie rozumienia kontekstu wypowiedzi, zanim przejdzie się do szczegółów. Brzmienie starterów zdaniowych może być modyfikowane i/lub dostosowywane zarówno do autentycznych potrzeb użytkownika AAC, jak i języka wykorzystywanego w danej rodzinie, środowisku – np. zamiast „coś jest nie tak” można użyć „mam kłopot”.

Liczba i rodzaj wykorzystanych starterów zdaniowych w poszczególnych książkach PODD różni się między sobą, odzwierciedlając naturalny rozwój języka i komunikacji. Mogą być natomiast używane przez

partnerów komunikacyjnych do wspierania rozumienia poprzez wykorzystanie przekazu wspomaganego (modelowania). W miarę nabywania bardziej zaawansowanych kompetencji komunikacyjnych, umożliwiających łączenie trzech lub więcej słów w sposób, który jasno precyzuje intencję wypowiedzi, rola starterów zdaniowych stopniowo maleje.

Ponadto w matrycach książek wykorzystano strategię organizacji pomocy komunikacyjnej z wykorzystaniem tzw. słownictwa pozwiązanego. Oznacza to, że w poszczególnych częściach książki znajdują się nie tylko słowa stanowiące rozwinięcie treściowe danej kategorii, np. nazwy pojazdów w kategorii „transport”, ale także słowa będące innymi częściami mowy, statystycznie najczęściej wykorzystywane w rozmowie na dany temat, które umożliwiają tworzenie bardziej rozbudowanych wypowiedzi, redukując jednocześnie konieczność wielokrotnego przekręcania stron.

## Nawigacja wspomagana

Autonomia komunikacyjna nie jest zależna od umiejętności samodzielnego operowania pomocą komunikacyjną. Użytkownik AAC może komunikować się autonomicznie, nawet jeśli w zakresie operowania system AAC będzie zależny od partnera komunikacyjnego. To odróżnienie autonomii komunikacyjnej od samodzielności operacyjnej jest szczególnie ważne w odniesieniu do tych użytkowników AAC, którzy doświadczają trudności sensorycznych, motorycznych i/lub sprzężonych, a więc korzystają z alternatywnych



metod dostępu, takich jak wskazywanie wzrokiem, skanowanie czy dostęp kodowany.

Aby sprzyjać autonomii w książkach PODD, wykorzystuje się tzw. nawigację wspomaganą – w której odpowiednie przekręcanie stron książki wielopoziomowej, w zależności od wcześniej wybranego słowa, jest rolą partnera komunikacyjnego, a nie użytkownika AAC. Takie rozwiązanie pozwala na płynne przechodzenie bezpośrednio do odpowiednich tablic w książce oraz zwiększa efektywność wyszukiwania słów.

W książkach do komunikacji PODD zastosowano wiele prostych, lecz efektywnych rozwiązań w nawigacji, takich jak linki, kolorowe zakładki stron czy komendy operacyjne. Zaleca się wykorzystywanie strategii nawigacji wspomaganą przez partnera komunikacyjnego do momentu, w którym użytkownik AAC będzie w stanie samodzielnie i efektywnie przewracać kartki w książce do strony docelowej.

### Nawyk komunikacji w każdej chwili

Aby wspierać autonomię komunikacyjną użytkowników AAC, kluczowe staje się wyrobienie wśród

partnerów komunikacyjnych nawyku komunikacji w „każdej chwili”. Jest to ciągłe upewnianie się, że indywidualny system użytkownika AAC jest „zawsze pod ręką” i gotowy do użycia we wszystkich sytuacjach, a także zapewnienie użytkownikowi AAC wystarczającej ilości czasu, aby dać mu możliwość zakomunikowania własnej wiadomości. Budowanie nawyku komunikacji oznacza także konieczność dostosowania, zaprojektowania i wdrożenia strategii umożliwiających transportowanie pomocy komunikacyjnej między różnymi środowiskami. Przygotowanie partnerów komunikacyjnych staje się więc priorytetem i kluczowym elementem procesu wprowadzania AAC (także w ramach metody PODD). Niewystarczająca wiedza i brak umiejętności partnerów komunikacyjnych, jak pokazują badania, są najczęstszą przyczyną wycofania się rodziny z korzystania z AAC.

### Co o metodzie PODD mówią sami użytkownicy i ich partnerzy komunikacyjni?

„Słuchając Gayle Porter, zobaczyłam całą naszą drogę, którą przeszliśmy, odkąd ponad trzy lata temu zaczęliśmy budować system komunikacji alternatywnej według metody PODD. Zaczynaliśmy od zera... Wiedząc, że jest to ostatnia szansa, żeby N. przestał być «niewidzialny i nie zniknął»... Zaufaliśmy, oddaliśmy się temu bezgranicznie, szliśmy tą drogą, jakby była najważniejszą rzeczą w naszym życiu... Czy było ciężko? Cholernie... Czy było warto? Po stokroć TAK, TAK, TAK!!!” (p. Patrycja, mama użytkownika AAC).

„Wiele osób pyta, czy warto wprowadzić AAC i PODD. Uważam, że warto! H. ma możliwość komunikowania się z otoczeniem, wyrażania swoich potrzeb, uczuć, opinii, pragnień. Wczoraj powiedziała, że jest zdenerwowana, bo pilot jest jej, a nie może oglądać telewizji! Nie omieszkała też dodać, że strzela focha i nazwała kuzynkę skarżypytą” (p. Justyna, mama użytkowniczki AAC).

„Ja chcę się uczyć. No bo z czym do ludzi?! Ludzie cały czas myślą, że ja zgaduję. To żenujące. Chcę się uczyć (nowej książki), żeby uwierzyli, że ja wiem” (Franciszek, użytkownik AAC, lat 7).



**KATARZYNA WŁODARCZYK, Msc.**

Psychotraumatolog, logopeda kliniczny, pedagog specjalny (oligofrenopedagog), pedagog przedszkolny i wczesnoszkolny. Psychoterapeuta w trakcie całościowego szkolenia. Certyfikowany międzynarodowy trener metody PODD. Autorka polskiej adaptacji i tłumaczenia metody PODD. Stypendystka Rett University. Diagnosta CVI (Cortical Visual Impairment (CVI) with CVI Proficiency Basics+ Micro-credentials). Współzałożycielka i Wiceprezes Zarządu „generAACji” – Fundacji na rzecz Zawsze Dostępnej Komunikacji (AAC) i Technologii Wspomagającej (AT). Pracuje głównie z osobami z niepełnosprawnością sprzężoną.

## BIBLIOGRAFIA:

- Barton A., Sevcik R.A., Ann Ronski M., *Exploring visual-graphic symbol acquisition by pre-school age children with developmental and language delays*. „Augmentative and Alternative Communication” 2006, 22(1), 10–20.
- Bayldon H., Clendon S., Doell E., *Shared Storybook Intervention for Children with Complex Physical, Cognitive and Sensory Needs Who Use Partner-Assisted Scanning*. „International Journal of Disability, Development and Education” 2021, 1–18.
- Beauchamp F., Bourke-Taylor H., Brown T., *Therapists' perspectives: supporting children to use switches and technology for accessing their environment, leisure, and communication*. „Journal of Occupational Therapy, Schools, Early Intervention” 2018, 11(2), 133–147.
- Beck A.R., Stoner J.B., Dennis M.L., *An investigation of aided language stimulation: Does it increase AAC use with adults with developmental disabilities and complex communication needs?* „Augmentative and Alternative Communication” 2009, 25(1), 42–54.
- Binger C., Light J., *The effect of aided AAC modeling on the expression of multi-symbol messages by preschoolers who use AAC*. „Augmentative and Alternative Communication” 2007, 23(1), 30–43.
- Binger C., Light J., *The effect of aided AAC modeling on the expression of multi-symbol messages by preschoolers who use AAC*. „Augmentative and Alternative Communication” 2007, 23(1), 30–43.
- Binger C., Maguire-Marshall M., Kent-Walsh J., *Using aided AAC models, recasts, and contrastive targets to teach grammatical morphemes to children who use AAC*. „J. Speech Lang. Hear. Res.” 2011, 54(1), 160–176.
- Blackstone S., Hunt Berg M., *Social networks: A communication inventory for individuals with complex communication needs and their communication partners*. Augmentative Communication, Inc., Monterey, CA 2003.
- Blackstone S.W., Luo F., Canchola J. i wsp., *Children with cortical visual impairment and complex communication needs: Identifying gaps between needs and current practice*. „Language, Speech, and Hearing Services in Schools” 2021, 52(2), 612–629.
- Borgestig M., Hemmingsson H., *The benefits of gaze-based assistive technology in daily activities for children with disabilities*. „Harnessing the Power of Technology to Improve Lives” 2017, 1082–1088. IOS Press.
- Braddock B.A., Grether S.M., Hilton J., *Digging into Prelinguistic Communication in ASD: How do we best parlay nonverbal communication into language development in children on the spectrum?* A panel of three SLP experts answered members' most pressing questions in a recent ASHA Web chat. The Leader listened in. 2015.
- Bruno J., Trembath D., *Use of aided language stimulation to improve syntactic performance during a weeklong intervention program*. „Augmentative and Alternative Communication” 2006, 22(4), 300–313.
- Cafiero J.M., *The effect of an augmentative communication intervention on the communication, behavior, and academic program of an adolescent with autism*. „Focus on Autism and Other Developmental Disabilities” 2001, 16(3), 179–189.
- Dada S., Alant E., *The effect of aided language stimulation on vocabulary acquisition in children with little or no functional speech*. 2009.
- Drager K.D., Postal V.J., Carrolus L. i wsp., *The effect of aided language modeling on symbol comprehension and production in 2 preschoolers with autism*. 2006.
- Goossens C., *Aided communication intervention before assessment: A case study of a child with cerebral palsy*. „Augmentative and Alternative Communication” 1989, 5(1), 14–26.
- Jonsson A., Kristofferson L., Ferm U., Thunberg G., *The ComAlong communication boards: parents' use and experiences of aided language stimulation*. „Augmentative and Alternative Communication” 2011, 27(2), 103–116.
- Jullien S., *Le choix des moyens de Communication Alternative et améliorée (CAA). Le cas des communicateurs émergents*. „Tranel. Travaux neuchâtois de linguistique” 2020, 73, 27.
- Kraat A., *Communication Interaction between aided and natural speakers: A state of the art report*. 2nd ed., Trace R & D Center, Wisconsin-Madison 1987.
- Light J., *Interaction involving individuals using augmentative and alternative communication systems: State of the art and future directions*. „Augmentative and Alternative Communication” 1988, 4(2), 66–82.
- Lynch Y., McCleary M., Smith M., *Instructional strategies used in direct AAC interventions with children to support graphic symbol learning: A systematic review*. „Child Language Teaching and Therapy” 2018, 34(1), 23–36.
- Moorcroft A., Scarinci N., Meyer C., *Speech pathologist perspectives on the acceptance versus rejection or abandonment of AAC systems for children with complex communication needs*. „Augmentative and Alternative Communication” 2019, 35(3), 193–204.
- O'Neill T., Light J., Pope L., *Effects of interventions that include aided augmentative and alternative communication input on the communication of individuals with complex communication needs: A meta-analysis*. „Journal of Speech, Language and Hearing Research” 2018, 61(7), 1743–1765.
- Porter G., *Pragmatic Organisation Dynamic Display Communication Books*, Advanced Workshop 2018.
- Porter G., *Observational assessment forms*, 1997, in: Department of Education. Students with physical impairment: „Augmentative and Alternative Communication” 2001, Brisbane, QLD: Author.
- Ronski M.A., Sevcik R.A., Robinson B., Bakeman R., *Adult-directed communications of youth with mental retardation using the system for augmenting language*. „Journal of Speech, Language and Hearing Research” 1994, 37(3), 617–628.
- Sennott S.C., Light J.C., McNaughton D., *AAC modeling intervention research review*. „Research and Practice for Persons with Severe Disabilities” 2016, 41(2), 101–115.
- Sevcik R.A., *Comprehension: An overlooked component in augmented language development*. „Disability and Rehabilitation” 2006, 28(3), 159–167.
- Snodgrass M.R., Meadan H., *A boy and his AAC team: building instructional competence across team members*. „Augmentative and Alternative Communication” 2018, 34(3), 167–179.
- Solomon-Rice P. L., Soto G., *Facilitating vocabulary in toddlers using AAC: A preliminary study comparing focused stimulation and augmented input*. „Communication Disorders Quarterly” 2014, 35(4), 204–215.
- von Tetzchner S., Grove N., *Augmentative and alternative communication: Developmental issues*. Whurr Publishers Ltd. London 2003.
- Vygotsky L.S., *Mind in Society: The development of higher psychological processes*. Harvard University Press, Cambridge, MA 1978.
- www.angelmanuk.org/wp-content/uploads/2020/04/AngelImanUK-Newsletter-66-v4web-lo-res.pdf [https://lindaburkhart.com/wp-content/uploads/2017/01/Gift-of-Language\\_ATIA\\_Jan\\_17.pdf](https://lindaburkhart.com/wp-content/uploads/2017/01/Gift-of-Language_ATIA_Jan_17.pdf) <https://www.facebook.com/wespeakpodd>

AUTORKA: **MAGDALENA PYTEL**

# Stres – wpływ na organizm i sposoby radzenia sobie, gdy staje się nadmierny

Stres stanowi nieodłączną część codzienności. Towarzyszy nam od narodzin przez całe nasze życie. Definiowany jest jako reakcja organizmu na sytuacje trudne i określanany jako zjawisko złożone. Złożoność stresu oznacza, że nie jest on jednoznacznie negatywny, jednak pewne czynniki powodują, że wpływa niekorzystnie na nasze zdrowie. W dalszej części przedstawiony zostanie jego wpływ na organizm oraz sposoby radzenia sobie z nim i wzmacniania własnych zasobów.

## Jak stres wpływa na organizm?

W reakcji stresowej aktywowany zostaje układ współczulny, odpowiedzialny za przygotowanie organizmu do walki lub ucieczki. Aktywność ta przejawia się m.in. poprzez: wydzielanie małej ilości gęstej śliny, przyspieszenie pracy serca, zwiększenie transportu glukozy do mózgu oraz mięśni, a także pobudzenie nadnerczy do wydzielania adrenaliny.

Stres aktywuje organizm na każdym poziomie funkcjonowania. Według badaczki stresu, Alii Crum, jego wpływ na organizm warto rozpatrywać w dwóch kategoriach. Crum zwraca uwagę na to, że stres może mieć na nas także pozytywny wpływ, stanowić dla nas zasób, który będzie odzwierciedlał się w następujących reakcjach organizmu:

- ▶ Na poziomie ciała będziemy odczuwać reakcje fizjologiczne, takie jak: szybsze bicie serca, pocenie się, spłycenie oddechu, uwrażliwienie zmysłów. Ciało zostaje przygotowywane, mobilizowane do mierzenia się z trudnościami. Aktywizowane zostają także zasoby energetyczne.
- ▶ Na poziomie poznawczym uwaga koncentrowana jest na źródle stresu, procesy poznawcze pracują na „najwyższych obrotach”, podnosi się sprawność intelektualna i usprawnia pamięć.
- ▶ Na poziomie emocjonalnym mówimy o reakcji wyzwania. Po tym, jak poradzimy sobie z trudną

sytuacją, mogą pojawić się pozytywne emocje, takie jak radość i satysfakcja.

Gdy jednak stres staje się nadmierny i długotrwały, jego wpływ na nasz organizm może być następujący:

- ▶ Na poziomie ciała mogą pojawić się takie dolegliwości, jak:
  - trudności ze snem: zarówno z zasypianiem, jak i wybudzaniem w czasie snu;
  - trudności związane z układem pokarmowym: bóle brzucha, wymioty, biegunki, niestrawność;
  - obniżenie libido;
  - bóle głowy;
  - osłabienie układu odpornościowego.
- ▶ Na poziomie poznawczym:
  - mogą pojawić się trudności z koncentracją uwagi;
  - na długotrwały stres najbardziej narażone są hipokamp i kora przedczołowa, odpowiadające za funkcje poznawcze, takie jak planowanie, podejmowanie decyzji, przewidywanie konsekwencji oraz pamięć.
- ▶ Na poziomie emocjonalnym w przypadku długotrwałego stresu mogą pojawić się:
  - poczucie bezsilności;
  - lęk;
  - poczucie winy.

Stres może wpływać na nasz organizm mobilizująco i stanowić dla nas zasób w radzeniu sobie w trudnych sytuacjach, jednak bardzo często jego intensywność i długotrwałość powodują, że odczuwamy jego negatywne skutki. W dalszej części przyjrzymy się czynnikom, które mogą wpływać na intensywność oraz długotrwałość odczuwanego stresu.

## Co może wpływać na intensywność oraz czas trwania stresu?

### Nasze przekonania

Przekonania wpływają na indywidualny sposób rozumienia rzeczywistości, a także na to, jakie zachowania podejmujemy. Różnimy się pod względem naszych przekonań, nasze reakcje na ten sam bodziec stresogenny są inne. Na poziomie nadawania znaczeń nasze indywidualne różnice skutkują tym, że dany bodziec u jednej osoby będzie powodował wysoki poziom stresu, a u innej niski. Różnice są czymś naturalnym i wynikają także z naszych doświadczeń. Warto poznać swoje przekonania zarówno na temat stresu, jak i radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Poniższe pytania pomogą przybliżyć nas do własnych przekonań na temat stresu:

- ▶ Co dla mnie oznacza stres?
- ▶ Jakie historie w moim życiu się z nim wiążą? (Wskazówka: zwróć uwagę także na pozytywne doświadczenia, takie jak awans, narodziny dziecka, udział w ważnym dla Ciebie wydarzeniu).

Kiedy sprawdzimy już swoje przekonania na temat stresu, warto przypomnieć sobie, że może być on także pomocny i jest naturalną reakcją organizmu.

Kolejną grupę przekonań związanych ze stresem stanowią przekonania związane z radzeniem sobie z nim. Mogą one silnie wpływać na nasze zachowania w reakcjach stresowych: na to, czy podejmujemy adekwatne zachowania, czy unikamy działań,

np. w obawie, że nie poradzimy sobie, wzmacniając tym przekonanie o własnej słabości. Pytania pomocne do identyfikacji przekonań o radzeniu sobie w sytuacjach stresowych to:

- ▶ Jakie myśli pojawiają się w mojej głowie w sytuacji stresowej?
- ▶ Jakie działania zwykle podejmuję w stresie?
- ▶ Czy zdarza mi się nie podejmować działań w obawie przed porażką?
- ▶ Co myślę na temat moich zasobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych?
- ▶ Co myślę na temat własnego sprawstwa?

Kiedy znamy swoje przekonania, możemy wpłynąć na ich modyfikowanie, gdy zauważymy, że nie są dla nas zdrowe.

### ➔ Co mogę zrobić?

W tabeli 1. zawarte zostały wybrane sposoby modyfikacji przekonań.

### Myśli katastroficzne

W sytuacjach trudnych na poziom stresu wpływają nasze myśli. Problem stanowi częste przecenianie zarówno prawdopodobieństwa, jak i wielkości zagrożenia, co nazywamy katastrofizowaniem, powszechnie rozumianym jako „przewidywanie najgorszego”. Stanowi ono zniekształcenie poznawcze, które w sytuacjach stresowych wpływa na pojawienie się poczucia bezradności, które dodatkowo może nasilać niedocenianie własnych możliwości radzenia sobie.

Pomocna może być analiza sytuacji stresowej za pomocą zagadnień zebranych w tabeli 2.

### Unikanie działań

Na poziomie behawioralnym, tym, co może potęgować stres, jest brak podejmowania adekwatnych działań, które są potrzebne, żeby zmienić sytuację. Niepodejmowanie aktywności zwykle związane jest

Tab. 1. Jak mogę wpłynąć na moje przekonania?

Oceń jak silne są Twoje przekonania	Możesz posłużyć się skalą od 1 do 10 i ocenić, na ile wierzysz w przekonanie, że stres jest np. czymś, co mi zawsze szkodzi i nie radzę sobie ze stresem
Znajdź argumenty zaprzeczające przekonaniom	Znajdź dowody przeciwko własnym przekonaniom (tym, które Tobie nie służą). Możesz poprosić inne osoby o pomoc w przywołaniu np. sytuacji, gdy poradziłeś sobie z sytuacją stresową
Stwórz swoje karty radzenia sobie	Na małej karteczce, którą możesz mieć blisko siebie, zapisz stwierdzenia, które będą przypominały Ci o sukcesach w radzeniu sobie w sytuacjach trudnych oraz o tym, że stres jest naturalną reakcją organizmu
Zmień perspektywę	Sprawdź, co dzieje się w Twoim dialogu wewnętrznym i czy dokładnie takich samych słów użyłbyś, zwracając się np. do swojego przyjaciela. Zmiana perspektywy pomaga dostrzec sytuację, gdy jesteśmy dla siebie zbyt krytyczni

z lękiem, a unikając działań odczuwamy chwilową ulgę, jednak nie zbliżamy się do rozwiązania sytuacji trudnej, a wręcz przeciwnie – stres, który się z nią wiąże, rośnie. Z upływem czasu trudniej podjąć działania, szczególnie gdy wiążą się z wyjściem ze strefy naszego komfortu.

Poniżej podaję kilka kroków, które mogą być pomocne w zaprzestaniu unikania:

- ▶ **Krok pierwszy:** Sprawdź swój mechanizm unikania. Przypomnij sobie sytuację stresową, w której unikałeś podjęcia działań, mimo tego, że wiedziałeś, co należałoby zrobić. Przypomnij sobie, jak się czułeś, jakie były Twoje powody unikania, a także jego konsekwencje.
- ▶ **Krok drugi:** Zbuduj motywację do zmiany. Zastanów się, co by się zmieniło, gdybyś podejmował działania, co mógłbyś zyskać, nie odkładając ich w czasie. Przyjrzyj się także stratom związanym z unikaniem.
- ▶ **Krok trzeci:** Zaplanuj działanie i podziel je na mniejsze kroki. Zaplanuj swoje działanie, jeśli to możliwe, i podziel je na etapy.
- ▶ **Krok czwarty:** Podejmij działanie.
- ▶ **Krok piąty:** Wzmacniaj swoje starania. Nagradzaj siebie i docień za włożony wysiłek i podjęte działania, a nie tylko za uzyskane efekty.
- ▶ **Krok szósty:** Poproś o pomoc, jeśli tego potrzebujesz.

Nasze wcześniejsze doświadczenia, w których nie poradziłyśmy sobie z sytuacją stresową tak, jak byśmy tego chcieli, również mogą wpływać na to, że nie podejmujemy nowych działań w obawie przed kolejną porażką. Warto wówczas „odpuścić sobie” oczekiwanie perfekcyjnego radzenia sobie, spojrzeć na siebie ze

rozumieniem, a z danej sytuacji wyciągnąć wnioski na przyszłość. Każda nowa sytuacja stresowa daje nam nowe szanse reagowania i sprawdzenia innych, bardziej adaptacyjnych zachowań.

Wybrane i przedstawione czynniki mogą wpływać na intensywność oraz czas trwania stresu. Pamiętajmy jednak, że jest on nieodłączną częścią naszego życia, co oznacza, że jego zupełne wyeliminowanie nie jest możliwe. W dalszej części prześledzimy, co możemy robić, by „oswajać” codzienny stres.

## Co możemy zrobić dla siebie, by lepiej radzić sobie z odczuwanym stresem?

### Przypomnij sobie, że masz wpływ

Pamiętaj o tym, że masz wpływ na swoje myśli, zachowanie oraz uczucia.

Możesz przyrzeć się swoim reakcjom, wspierając się modelem Ellisa zawartym w tabeli, a następnie zastanowić się nad modyfikacjami (tab. 3).

### Uważność

Uważność stanowi cenny czynnik wspierający w radzeniu sobie ze stresem i rozumiana jest tutaj nie tylko jako „bycie tu i teraz”, ale także jako uważność na siebie, na „bycie w kontakcie” ze swoimi uczuciami oraz swoim ciałem, a także uważność na swoje myśli.

Każdą zmianę poprzedza uważność. Chcąc rozwinąć swoje zasoby w radzeniu sobie ze stresem, warto przyrzeć się uważnie swoim reakcjom podczas sytuacji stresowej. Zebrane informacje pozwolą ustalić obszary, w których potrzebna jest zmiana. Ponadto uważność na sytuację stresową pomoże w adekwatnym zareagowaniu.

Tab. 2. Moje myślenie o bezradności – tabela do samoobserwacji

Opis sytuacji stresowej	Myśli na temat własnej bezradności: • W jaki sposób sytuacja Cię przytłacza? • Jak reagujesz na tę sytuację? • Czego oczekujesz od siebie w tej sytuacji?	Twój pożądaný sposób poradzenia sobie z sytuacją: • Jak chciałbyś zareagować w tej sytuacji? • Czego potrzebujesz, by to było możliwe?

## Instrukcja uważności podczas sytuacji stresowej:

Kiedy w Twoim życiu pojawi się trudna sytuacja, jeśli to możliwe, zatrzymaj się. Skieruj swoją uwagę na swoje ciało. Zwróć uwagę na swój oddech. Obserwuj, czy pojawia się napięcie w Twoich mięśniach. Przyjrzyj się swoim myślom, a także temu, jakie emocje się pojawiają.

Twoja uwaga będzie się rozpraszać, to naturalne. Kiedy się na tym „przyłapiesz”, skieruj ją ponownie na uważną obserwację siebie.

Możesz teraz uważnie przyrzeć się sytuacji stresowej. Zatrzymaj swoją uwagę na faktach, na tym, co wiesz. Spróbuj oddzielić to od wyobrażeń, zwłaszcza jeśli są katastroficzne. To pozwoli Ci podjąć najbardziej adekwatne działania.

Uważność jest trudną sztuką. Warto cierpliwie ją praktykować. Poniżej znajduje się inny przykład rozwijania uważności. Można także tworzyć własne ćwiczenia oparte na uważnej obserwacji i doświadczaniu.

## Instrukcja ćwiczenia uważności w danej chwili:

Uważność możesz ćwiczyć każdego dnia. Wybierz chwilę, w której możesz zatrzymać się i przyrzeć temu, co Cię otacza. Może to być czas, gdy czekasz na środek transportu lub spacerujesz. „Nastaw” wówczas swoje zmysły na odbiór tego, co Cię otacza, na doświadczanie. Skup uwagę na dźwiękach, które słyszysz. Zwróć uwagę, czy odczuwasz jakiś zapach. Przekieruj uwagę na odczucia temperatury na Twoim ciele. Jeśli w danej chwili odczuwasz jakiś smak u ustach, również zatrzymaj się na nim. Praktykuj uważność każdego dnia, możesz stopniowo wydłużać czas jej trwania. Zwróć uwagę także na to, co ułatwia, a co utrudnia Ci praktykowanie uważności.

**➔ Wskazówka:** Uważność możesz ćwiczyć podczas zwykłych codziennych czynności, wówczas „nastaw” swoje zmysły na odbiór danej chwili podczas codziennych obowiązków.

Praktykując uważność, dostrzeżesz, że pozwala ona się także zrelaksować, choć nie jest to jej głównym celem. Techniki relaksacyjne przedstawione zostaną w dalszej części.

## Odpoczynek i regeneracja

Podczas sytuacji stresowej aktywny jest układ współczulny, którego działanie jest „kosztowne” dla organizmu. Pozwala on na użycie bardzo dużej ilości energii, żeby wykorzystane zasoby odnowiły się po wysiłku, jaki jest związany z radzeniem sobie z sytuacją stresową, a do tego niezbędny jest odpoczynek i regeneracja. Kiedy odpoczywamy, aktywuje się układ przywspółczulny, a wtedy poprawia się trawienie i wchłanianie spożywanego pokarmu, a co za tym idzie gromadzenie zasobów energetycznych; zwalnia także bicie serca i oddech, a ciśnienie tętnicze krwi spada.

W ciągu dnia w związku z dużą ilością wyzwań pracuje głównie układ współczulny. Dla naszego zdrowia ważne jest stwarzanie możliwości do aktywowania układu przywspółczulnego poprzez czas na odpoczynek i regenerację.

Każdy z nas ma własne ulubione sposoby na odpoczynek, a warto pamiętać, że czas na odpoczynek jest tak samo ważny, jak czas na pracę. Czas odpoczynku nie jest też czymś, na co musimy sobie zasłużyć, nie stanowi nagrody. Warto, żeby stał się naturalną częścią każdego dnia, tak samo jak codzienne zadania i obowiązki. Istnieje wiele metod, które pozwalają osiągnąć stan relaksu, zaprezentowane zostaną dwie przykładowe techniki.

### Instrukcja do ćwiczenia relaksacji nr 1:

Stwórz sobie przestrzeń do ćwiczenia. Zadbaj o swój komfort, wycisz telefon i wyeliminuj wszystkie możliwe dystraktory wokół Ciebie. Następnie skup swoją uwagę na oddechu. Uważnie obserwuj każdy wdech i wydech. Zadbaj o to, by wydech był dłuższy niż wdech. Podczas wydechu wypowiadaj słowo „relaks”. Jeśli to możliwe, powtarzaj to ćwiczenie przez dziesięć minut.

### Instrukcja do ćwiczenia relaksacji nr 2:

Przygotuj sobie przestrzeń do ćwiczenia, zadbaj, żeby nic nie rozpraszało Twojej uwagi przez najbliższe

Tab. 3. Model ABC A. Ellisa z modyfikacjami

Dana sytuacja stresowa	Myśli automatyczne na temat tej sytuacji · Jakie myśli pojawiły się w mojej głowie?	Emocje · Co poczułem?	Zachowanie · Co zrobiłem?	Modyfikacja zachowania · Jak chciałbym się zachować w podobnych, przyszłych sytuacjach? · Co musiałoby się zmienić, żeby takie zachowanie było możliwe?

Tab. 4. Moja tabela relaksacji

Dzień	Dzień 1.	Dzień 2.	Dzień 3.	Dzień 4.	Dzień 5.	Dzień 6.	Dzień 7.
Co dziś zrobiłem dla siebie, żeby się zrelaksować?							
Co utrudniło mi dziś relaksację? Co mogę zrobić, żeby następnym razem relaksacja była możliwa?							

dziesięć minut. Następnie świadomie i celowo napij mięśnie np. poprzez zaciskanie dłoni przez pięć sekund. Koncentruj uwagę na tym uczuciu. Następnie rozluźnij mięśnie i skup uwagę na doznaniu odprężenia. Powtarzaj to ćwiczenie przez około dziesięć minut.

### Wskazówki do ćwiczeń:

- ▶ Naturalne jest to, że zarówno podczas ćwiczenia uważności, jak i relaksacji uwaga będzie się rozpraszać. Warto wówczas wracać do ćwiczenia, tak często, jak to jest potrzebne. Z czasem poprawi się umiejętność „puszczania” myśli, które się pojawiają podczas ćwiczeń.
- ▶ Warto ćwiczyć relaksacje każdego dnia, można zacząć od kilku minut i stopniowo wydłużać czas ich trwania do około dziesięciu minut. Zalecane jest praktykowanie ćwiczeń dwa razy dziennie, każdego dnia.
- ▶ Kiedy uczy się nowej umiejętności, warto ją zaplanować i nagradzać się za każde starania w tym kierunku. W tym celu pomocna może być tygodniowa tabela relaksacji (tab. 4).

### Relacje z innymi ludźmi

Relacje z innymi ludźmi są tym, co jest nam niezbędne do przetrwania już od samych narodzin. W sytuacjach trudnych w naturalny sposób poszukujemy obecności innych osób i wsparcia. Dobre relacje stanowią zasób w radzeniu sobie ze stresem, ponieważ dzięki nim możemy:

- ▶ dzielić się swoimi trudnymi przeżyciami;
- ▶ prosić o pomoc i czerpać z doświadczeń innych;
- ▶ poprzez obserwacje uczyć się tego, jak inne ważne osoby radzą sobie z trudnymi sytuacjami.

Mimo że znamy zalety tworzenia i dbania o relacje, to często nie doceniamy ich w kontekście budowania zasobów do radzenia sobie ze stresem. Jednym z czynników utrudniających tworzenie relacji są nasze przekonania na temat innych ludzi.

Przyjrzyj się własnym przekonaniom na temat innych ludzi i relacji:

- ▶ Co myślisz na temat innych ludzi, czy według Ciebie ludziom można ufać?
- ▶ Czy uważasz, że ludzie chętnie pomagają innym?
- ▶ Czy zauważasz u siebie negatywne przekonania na temat innych ludzi i wiesz, jak one mogą wpływać na Ciebie?
- ▶ Co myślisz o znaczeniu relacji w życiu, czy są dla Ciebie ważne?
- ▶ Które z Twoich przekonań na temat innych ludzi są dla Ciebie zdrowe?

Dobłą wiadomością jest to, że nasze przekonania mogą ulegać zmianie, jeśli włożymy wysiłek w tym kierunku. Podobnie jak w przypadku przekonań dotyczących stresu możemy modyfikować nasze przekonania, np. przez przywoływanie dowodów, które przeczą naszym niezdrowym przekonaniom. W sytuacji, gdy jesteśmy przekonani, że inni ludzie nie są pomocni, wystarczy odwołać się chociażby do zaangażowania społecznego dla poszkodowanych ludzi w związku z wojną. Warto prowadzić ze sobą dyskusje za pomocą dialogu wewnętrznego, sprawdzając, na ile wierzymy w dane przekonanie i czy jest ono dla nas pomocne, jak na nas wpływa i czy chcemy je zmienić.

Ponadto warto przyrzeć się swoim dotychczasowym relacjom, a w tym celu pomocne mogą być następujące pytania:

- ▶ Czy moje relacje są satysfakcjonujące?
- ▶ Jak czuję się w relacji z bliskimi mi osobami?
- ▶ Jak dbam o relacje, które mam?
- ▶ Co chciałbym zmienić, wzbogacić w aktualnych relacjach?
- ▶ Co mogę zrobić, żeby wzmocnić relacje, które mam?
- ▶ Co mogę zrobić, żeby zbudować nowe relacje?

**W holistycznym spojrzeniu na budowanie zasobów do radzenia sobie ze stresem pojawiają się następujące czynniki:**

## ● Aktywność fizyczna

Wysiłek fizyczny coraz częściej rekomendowany jest jako narzędzie w profilaktyce nadmiernego stresu. Dzięki aktywności w organizmie mogą pojawiać się endorfiny.

Jakie cechy powinna spełniać aktywność fizyczna, żeby móc stanowić zasób w radzeniu sobie ze stresem?

- ▶ Wybrana aktywność powinna dawać satysfakcję, co oznacza, że jest dostosowana do naszych możliwości oraz preferencji.
- ▶ Korzystne do redukcji napięcia związanego ze stresem są wszelkie ćwiczenia aerobowe.
- ▶ Do zalecanych aktywności należą m.in.: bieganie, aerobik, crossfit, taniec, nordic walking, pilates, joga, pływanie, sporty walki, jazda rowerem oraz gry zespołowe.
- ▶ Jeśli stan naszego zdrowia wyklucza powyższe aktywności, warto wprowadzić spacer i dostosować ich długość do indywidualnych możliwości.

## ● Dieta

Zbilansowana dieta, dobrana do indywidualnych potrzeb może wykazywać korzystny wpływ, m.in. poprzez:

- ▶ obniżenie stężenia kortyzolu, hormonu stresu;
- ▶ obniżenie stężenia adrenaliny;
- ▶ podniesienie stężenia serotoniny.

Co wspomaga prawidłową pracę układu nerwowego i jest szczególnie ważne w diecie wpływającej korzystnie na radzenie sobie ze stresem?

W swojej diecie szczególnie warto zadbać o:

- ▶ witaminy z grupy B (przede wszystkim B<sub>6</sub> i B<sub>12</sub>) oraz kwas foliowy;
- ▶ magnez;
- ▶ mangan;
- ▶ wielonasycone kwasy tłuszczowe z rodziny omega-3.

## ● Sen

Sen jest niezwykle ważny w procesie regeneracji organizmu. Niestety, nadmierny stres może wpływać negatywnie na proces zasypiania, obniżyć zdolność zapadania w głęboką fazę snu oraz powodować bezsenność, związaną z wydzielaną podczas stresu adrenaliną.

Zasobem w radzeniu sobie ze stresem będzie sen, który pozwala odpocząć i się zregenerować, a jego długość będzie dostosowana do potrzeb.

## ➡ Co możemy zrobić, żeby nasz sen mógł być regenerujący?

- ▶ Ograniczyć liczbę bodźców, zrezygnować z komórki czy komputera najlepiej co najmniej godzinę przed snem.

- ▶ Zadbać o dogodne warunki w sypialni: odpowiednie oświetlenie oraz temperaturę.
- ▶ Zadbać o świeże powietrze, wietrzyć pomieszczenie przed snem.

## Podsumowanie

W sytuacjach, gdy stres wpływa na nas niekorzystnie, staje się nadmierny i długotrwały, możemy wykorzystywać swój wpływ poprzez pracę zarówno nad własnymi przekonaniem na jego temat, jak i dotyczącymi radzenia sobie z nim. Możemy także być uważni i pracować nad ograniczaniem zniekształceń poznawczych, w szczególności eliminowaniem katastrofizacji.

Stres stanowi nieodłączną część naszego życia, warto więc wzmacniać swoje zasoby w radzeniu sobie z nim, co możemy osiągnąć m.in. poprzez praktykowanie uważności, regularną relaksację, budowanie sieci wsparcia społecznego, a także odpowiednią aktywność fizyczną, dietę oraz regenerujący sen.

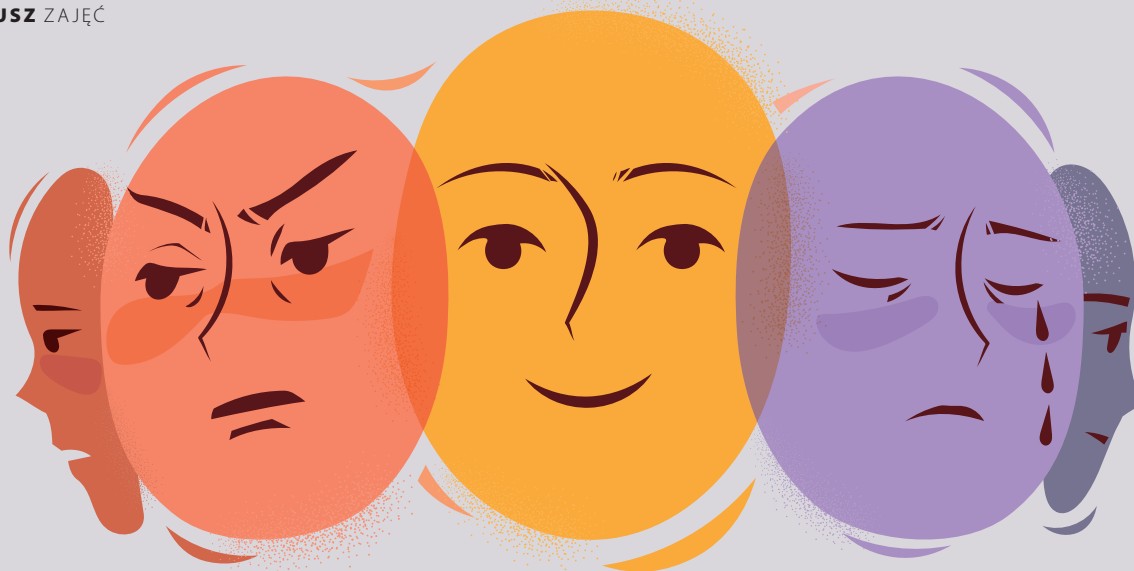
W sytuacji, gdy stres jest chroniczny i nasze zasoby radzenia sobie z nim się wyczerpały, warto sięgnąć po wsparcie specjalisty.

### MAGDALENA PYTEL

Psycholog, pedagog specjalny i certyfikowana psychoterapeutka poznawczo-behawioralna PTPPB (nr 877), absolwentka Szkoły Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej Uniwersytetu SWPS pod kierownictwem dr Agnieszki Popiel i dr Ewy Pragłowskiej. Aktualnie w trakcie certyfikowanego szkolenia z terapii schematu. Prowadzi prywatną praktykę. Zajmuje się popularyzowaniem wiedzy na temat zdrowia psychicznego w mediach, na łamach czasopism popularnonaukowych oraz podczas szkoleń i warsztatów psychologicznych.

### BIBLIOGRAFIA:

- Linehan M.M., *Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT). Trening umiejętności. Podręcznik terapeuty*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016.
- Linehan M.M., *Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT). Materiały i ćwiczenia dla pacjentów*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016.
- NFZ. Środa z profilaktyką. online:[http://nfz-warszawa.pl/gfx/nfz-warszawa/userfiles/\\_public/dla\\_pacjenta/profilaktyka/23122020\\_profilaktyka\\_stresu.pdf](http://nfz-warszawa.pl/gfx/nfz-warszawa/userfiles/_public/dla_pacjenta/profilaktyka/23122020_profilaktyka_stresu.pdf), data dostępu: 16.10.2022.
- Popiel A., Pragłowska E., *Podstawowe założenia psychoterapii poznawczo-behawioralnej*. Wiadomości Psychiatryczne 2004, 1(7), 71-74.
- Popiel A., Pragłowska E., *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Paradygmat, Warszawa 2008.
- Popiel A., Pragłowska E., Zawadzki B., *Skuteczne działanie w stresie*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2019.



AUTORKI: **MAGDALENA WYDRA, BARBARA OLSZEWSKA**

# Przepis na dobry nastrój

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

Lody czekoladowe, ciekawa książka, inspirująca gra przygodowa, spotkanie z przyjaciółmi – to niewielkie rzeczy i aktywności, które przyczyniają się do poprawy naszego samopoczucia. Pozytywny nastrój pozwala nam na lepszy odbiór otaczającej rzeczywistości, a także przedstawia nas jako osoby otwarte, komunikatywne i chętne do tworzenia relacji.

<b>CEL GŁÓWNY</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dostrzeganie elementów, które pozytywnie wpływają na nasze samopoczucie, oraz czerpanie z nich radości.</li> <li>• Rozładowywanie negatywnych stanów emocjonalnych</li> </ul>
<b>CELE SZCZEGÓLWE</b>	<p>Uczeń:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• potrafi określić swój nastrój,</li> <li>• tłumaczy, czym jest dobry nastrój,</li> <li>• określa na podstawie zdjęć, które osoby są w dobrym nastroju,</li> <li>• prezentuje swój portret, na którym ma pozytywny nastrój,</li> <li>• określa sytuacje, które mają wpływ na jego samopoczucie,</li> <li>• wybiera przedmioty i aktywności, które wpływają na jego dobre samopoczucie,</li> <li>• opisuje sytuacje/przedmioty/aktywności/osoby, które poprawiają jego samopoczucie,</li> <li>• potrafi relaksować się podczas wysłuchania opowiadania</li> </ul>
<b>METODY PRACY</b>	Metody asymilacji wiedzy, metody samodzielnego dochodzenia do wiedzy, metody praktyczne
<b>FORMY PRACY</b>	Indywidualna i grupowa

### PRZEBIEG ZAJĘĆ

#### 1. „JAK SIĘ DZISIAJ CZUJESZ?” – POWITANIE

Nauczyciel wita się z uczestnikami zajęć i prosi kolejno każdego z uczniów o udzielenie odpowiedzi na pytanie: „Jak się dzisiaj czujesz?”. Dodatkowo prowadzący zajęcia prosi o uargumentowanie odpowiedzi, czyli wytłumaczenie, co spowodowało, że uczniowie przejawiają dany nastrój.

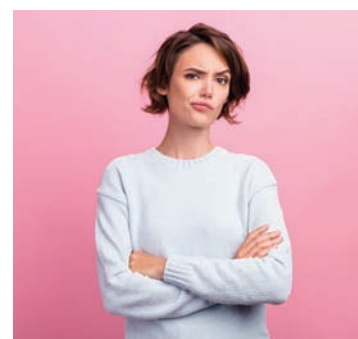
#### 2. „DOBRY NASTRÓJ – A CO TO JEST?” – ROZMOWA

Nauczyciel zadaje uczestnikom zajęć pytanie: „Czym jest dobry nastrój?” i prosi ich o wytłumaczenie pojęcia.



### 3. „KTO MA DOBRY NASTRÓJ?” – OKREŚLENIE, KTÓRE OSOBY PREZENTUJĄ DOBRY NASTRÓJ NA PODSTAWIE ZDJĘĆ

Nauczyciel prezentuje uczniom zdjęcia osób przeżywających różne emocje. Prosi, aby uczniowie powiedzieli, które osoby są w dobrym nastroju.



#### 4. „AUTOPORTRET W DOBRYM NASTROJU” – RYSOWANIE SWOJEGO PORTRETU

Nauczyciel rozdaje uczestnikom zajęć kartki i prosi, aby każdy narysował siebie, kiedy prezentuje pozytywny nastrój.

#### 5. „CZUJĘ DOBRY NASTRÓJ, GDY...” – ZABAWA RUCHOWA

Uczniowie siadają na krzesłach w kręgu. Jedna osoba stoi na środku i mówi np. „Czuję dobry nastrój, gdy jeżdżę na rowerach z rodzicami”. Wszystkie osoby, które w takiej sytuacji czują się dobrze, wymieniają się miejscami. Uczeń, który zostanie na środku, prezentuje swój pomysł w następnej rundzie.

#### 6. „CO WOLISZ?” – ZAZNACZANIE SWOICH ULUBIONYCH PRZEDMIOTÓW I AKTYWNOŚCI

Wakacje nad morzem			Wakacje w górach
Lody waniliowe			Lody czekoladowe
Gra komputerowa			Gra planszowa
Wieczór z filmem			Wieczór z książką
Spacer			Bieganie
Popołudnie z przyjaciółmi			Samotne popołudnie
Pies			Kot
Słodkie			Słone
Bajka			Film
Lato			Zima
Basen			Narty
Dzień			Noc
Sobota w domu			Sobota na wycieczce

#### 7. „DOBRY NASTRÓJ...” – DOKAŃCZANIE WYPOWIEDZI

- Kiedy spotykam się z przyjaciółmi .....
- Czuję się doskonale, gdy .....
- Dobry nastrój to .....
- Gdy robię to, co lubię, wtedy czuję .....
- Kiedy spaceruję z przyjaciółmi .....
- W dobre samopoczucie wprowadza mnie .....

#### 8. „NADMORSKIE PRZYGODY W DOBRYM NASTROJU” – WYSŁUCHANIE OPOWIADANIA RELAKSACYJNEGO

Znajdujesz się na plaży. Jest piękna pogoda. Słońce mocno grzeje, wieje lekki wiatr. Słychać szum nadmorskich fal. Siedzisz wygodnie na ciepłym piasku – odpoczywasz. W oddali zauważyć można przepływający ogromny statek wycieczkowy. Niebo jest lekko różowe, pojawiają się niewielkie chmurki. Fale morskie uderzają o brzeg, stają się coraz wyższe. Ptaki przelatują nad plażą, zatrzymując się na brzegu morza. Spacerujesz wzdłuż brzegu, słońce powoli zachodzi.

#### 9. „HISTORIA DOBREGO NASTROJU” – UZUPEŁNIANIE LUK TEKSTEM WEDŁUG WŁASNEGO POMYSŁU

Nazywam się .....(swoje imię). Jest wiele rzeczy, które wprowadzają mnie w dobry nastrój i sprawiają, że czuję się dużo lepiej. Jedną z tych rzeczy jest sport, bardzo lubię ..... (ulubiona aktywność fizyczna). Chętnie spotykam się z ..... (osoba), spędzając czas w..... (miejsce). Gdy chcę poprawić sobie samopoczucie, bardzo często jem..... (posiłek/ulubione danie). ..... (pora roku) to moja ulubiona pora roku, która ma pozytywny wpływ na moje samopoczucie. Z dużą aktywnością oglądam ..... (ulubiona bajka/serial/film). Kiedy złapie mnie zły nastrój, pierwszą rzeczą, którą robię, jest..... (aktywność).

## 10. „CO WPROWADZA MNIE W DOBRY NASTRÓJ?” – ZAZNACZANIE PRZEDMIOTÓW/AKTYWNOŚCI, KTÓRE POPRAWIAJĄ SAMOPOCZUCIE

Nauczyciel rozdaje dzieciom kartę z obrazkami i prosi, aby zaznaczyły ilustracje przedstawiające to, co poprawia im nastrój.



### MAGDALENA WYDRA

Pedagog specjalny, licencjonowany terapeuta PLTB, nauczyciel i wychowawca w przedszkolu specjalnym, wicedyrektor Niebieskiego Punktu Przedszkolnego o profilu behawioralnym „Niebieskie Przedszkole”, terapeuta w Centrum Terapii Behawioralnej, gdzie prowadzi terapię indywidualną, punkt konsultacyjny oraz trening umiejętności społecznych. Absolwentka Wyższej Szkoły Pedagogicznej. Na co dzień pracuje z małymi dziećmi ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi z ukierunkowaniem na pracę z dziećmi z zaburzeniami rozwoju i zachowania.

### BARBARA OLSZEWSKA

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

# Małe Charaktery

## Czasopismo psychologiczne dla dzieci w wieku 5-11 lat

Edukujemy dzieci w aspekcie psychologicznym przez teksty literackie, zagadki, ćwiczenia i propozycje aktywności.



Dowiedz się więcej:

[www.malecharaktery.pl](http://www.malecharaktery.pl)