

CZASOPISMO DOSTĘPNE W PRENUMERACIE • CZERWIEC 1/2018 • ISSN 2545-1006 / 476401

terapia specjalna

dzieci i dorosłych



*Co kryje się
za zachowaniem dziecka –
czyli co należy wiedzieć,
aby skutecznie stosować
techniki behawioralne?*

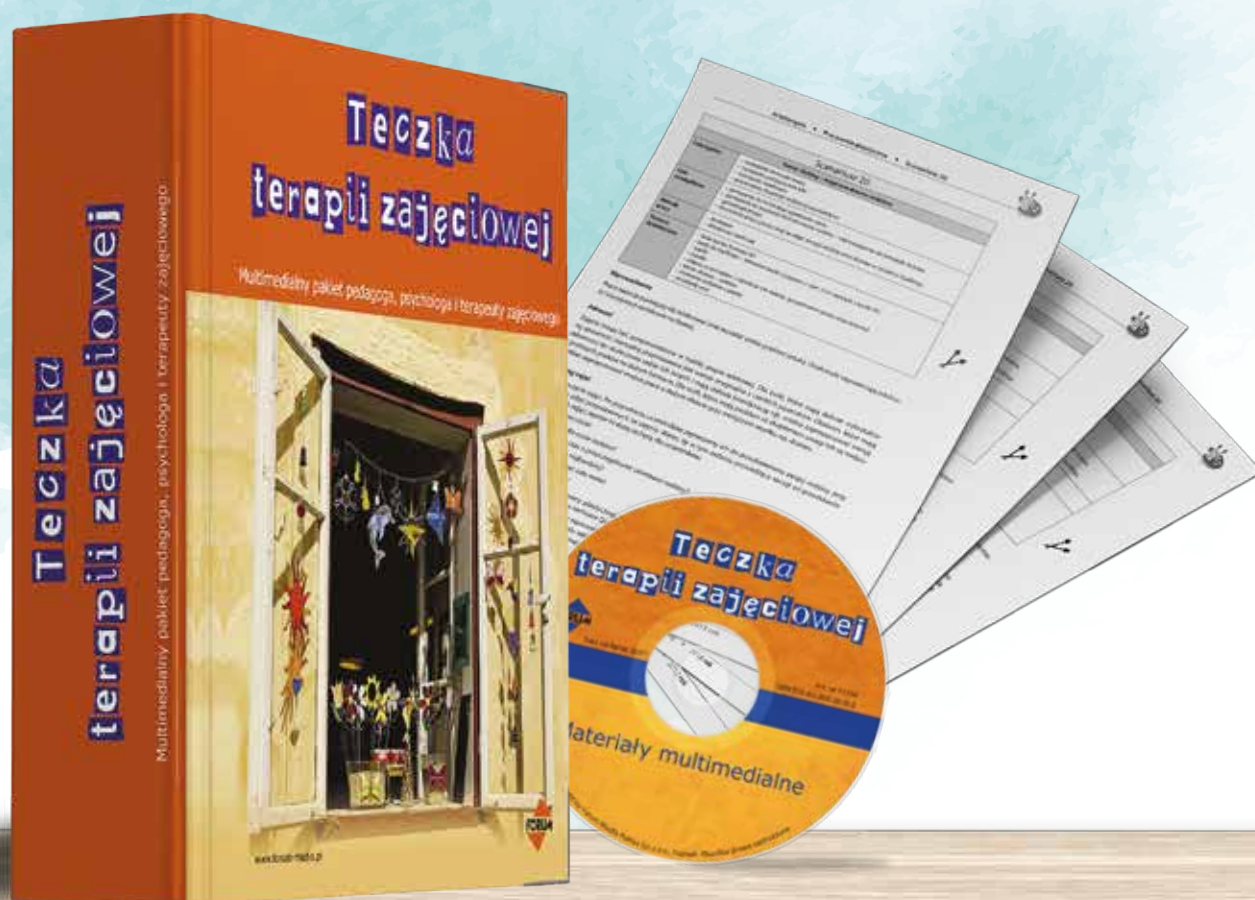
*ADOS-2
protokół obserwacji
do diagnozowania zaburzeń
ze spektrum autyzmu*

*Zachowania problemowe
w obszarze seksualności*

*STOSOWANA ANALIZA
ZACHOWANIA*

Poznaj **TECZKĘ TERAPII ZAJĘCIOWEJ**

NOWOCZESNE I INTERAKTYWNE NARZĘDZIE WSPIERAJĄCE PRACĘ PEDAGOGÓW,
PSYCHOLOGÓW I TERAPEUTÓW ZAJĘCIOWYCH



Materiały z TECZKI TERAPII ZAJĘCIOWEJ pomogą Państwu:

- **przeprowadzić twórcze i rozwijające warsztaty z arteterapii**, socjoterapii i ergoterapii – dzięki scenariuszom przygotowanych przez artystów-plastyków przy współpracy z psychologami i terapeutami,
- **dostosować tematykę, formę i stopień trudności** prowadzonych zajęć do potrzeb i zainteresowań podopiecznych – w zależności od wieku, płci i kondycji psychofizycznej,
- **rozwinąć samodzielność podopiecznych**, ucząc ich prawidłowego wykonywania codziennych czynności, przygotowując do podjęcia pracy zawodowej, życia w społeczeństwie i radzenia sobie z emocjami,
- **zwiększyć zaangażowanie i aktywność wszystkich uczestników zajęć**, poprzez wykorzystanie w scenariuszach psychologicznych technik motywacyjnych.

DRODZY CZYTELNICY



Moje nieporadne usiłowania napisania niniejszego wstępu frustrowały mnie znacznie bardziej niż najtrudniejsze zadania w praktyce pedagogicznej czy seksuologicznej. Dlaczego? Bo ja wolę działać, tworzyć, realizować cele, mierzyć się z wyzwaniami, szukać nowych rozwiązań, a wstępów pisać po prostu nie potrafię. Zapewne wielu Czytelnikom bliskie jest takie podejście. Nieustannie pogłębiacie swoją wiedzę, poszukujecie inspiracji, nowych pomysłów, sprawdzonych sposobów radzenia sobie z trudnościami, których w codziennej praktyce pedagogicznej i terapeutycznej jest niemało. Cóż, nasi uczniowie i podopieczni to grupa niezwykle wymagająca i bardzo zróżnicowana, która każdego dnia stawia przed nami kolejne wyzwania. Kiedy rodził się pomysł powołania do życia niniejszego czasopisma, zadawaliśmy sobie pytanie, w jakim kształcie byłoby ono najbardziej przydatne praktykom, specjalistom pracującym z różnymi grupami osób o specjalnych potrzebach edukacyjnych i terapeutycznych. I wówczas uznaliśmy, że powinno znaleźć się w nim miejsce na prezentację metod pracy i ich krytyczną ocenę, omówienie sytuacji problemowych w naszej codziennej pracy oraz ich możliwych rozwiązań, ale także na artykuły poruszające tematykę współpracy z rodzicami naszych uczniów lub dorosłych podopiecznych.

I tak oto, nie bez tremy, oddajemy w Państwa ręce pierwszy numer czasopisma, którego tematem przewodnim jest stosowana analiza zachowania. W artykułach znaleźć można próby odpowiedzi na pytania, jak właściwie interpretować zachowania podopiecznych i jak stosować techniki behawioralne w praktyce. Był to nieprzypadkowy wybór, bowiem nasze specjalistyczne środowisko nieustannie toczy spory dotyczące stosowania metod behawioralnych w edukacji i terapii osób z ASD i niepełnosprawnością intelektualną. W numerze ukazano też kolejne kroki w postępowaniu diagnostycznym w sytuacji, gdy u podopiecznego w okresie dojrzewania lub dorosłości pojawiają się zachowania autoseksualne. Numer zawiera ponadto artykuły prezentujące pracę w obszarze zmysłów z osobami z ASD oraz z afazją, poruszające temat komunikacji z osobami z zespołem Retta, a także konspekty zajęć. Można też wyczytać się w relację matki, która pisze o poczuciu winy, jakiego doświadczają niekiedy rodzice osób z niepełnosprawnością w kontakcie ze specjalistami.

Pierwszy numer czasopisma to nieśmiały początek drogi, którą – mamy nadzieję – będziemy wytyczać razem. Bardzo liczymy na to, że będziecie Państwo dzielić się z nami swoimi oczekiwaniami i potrzebami. Nie uciekamy też przed głosami krytyki. Chcielibyśmy, by czasopismo było swoistą platformą wymiany dobrych praktyk, dlatego zależy nam na Państwa aktywnym kontakcie z nami. Czekamy więc na komentarze i sugestie pod adresem redakcji.

A teraz już zapraszamy – ja i cały zespół redakcyjny – do lektury artykułów. Wyrażamy nadzieję, że okażą się one pomocne w Państwa działaniach edukacyjnych i terapeutycznych.

Z poważaniem,

dr n. hum. Izabela Fornalik
redaktor prowadząca



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

DYREKTOR WYDAWNICZY

Radosław Lewandowski

REDAKTOR NACZELNY

Aleksandra
Pawlińska-Maćkowiak

MARKETING I PROMOCJA

Maria Osesek

KOORDYNATOR

WYDAWNICZY I NADZÓR GRAFICZNY

Agnieszka Szulc

OBSŁUGA KLIENTA I PRENUMERATA

tel. 61 66 55 800
faks: 61 66 55 888
e-mail: bok@forum-media.pl

KOREKTA

Anna Noga-Grochola

SKŁAD I ŁAMANIE

Marcin Ziółkowski
Graphics & Design Studio

NAKLAD: 3000 egz.

DRUK: Paper & Tinta

SERWISY ZDJĘCIOWE:

Fotolia, Dreamstime

Bibliografia do publikowanych
artykułów dostępna w redakcji

03

▶ **TEMAT** NUMERU

Co kryje się za zachowaniem dziecka -
czyli, co należy wiedzieć, aby skutecznie
stosować techniki behawioralne?

10

▶ **METODY** TERAPII

Stosowana analiza zachowania.
Komu i w jaki sposób pomaga?

16 | **ADOS-2.** Protokół obserwacji do diagnozowania
zaburzeń ze spektrum autyzmu

19 | **Wykorzystanie metody integracji
sensorycznej** w terapii dzieci z autyzmem

24 | **Zaburzenia przetwarzania
sensorycznego** u dzieci afatycznych

▶ **ZAJĘCIA** Z POMYSŁEM

30 | **Rozwijanie procesów przetwarzania
sensorycznego** u dzieci w wieku przedszkolnym

31 | **Rozwijanie procesów przetwarzania
sensorycznego** u dzieci w wieku przedszkolnym

32 | **Rozwijanie procesów przetwarzania
sensorycznego** u dzieci w wieku szkolnym

33 | **Rozwijanie procesów przetwarzania
sensorycznego** u młodzieży

34 | **Cztery pory roku**
w drzewie zaklęte

39

▶ **STUDIUM** PRZYPADKU

Studium przypadku -
perspektywa nauczyciela

45 | **Komunikacja osób**
z zespołem Retta

51 | **Zachowania problemowe w obszarze seksualności**
u osób z niepełnosprawnością intelektualną
i osób ze spektrum autyzmu. Cz. I. Masturbacja
w okresie dojrzewania i dorosłości. Diagnoza

62

▶ **WSPÓŁPRACA** Z RODZICAMI

Poczucie winy rodziców
dzieci z niepełnosprawnościami



CO KRYJE SIĘ ZA ZACHOWANIEM DZIECKA –

*CZYLI, CO NALEŻY WIEDZIEĆ, ABY SKUTECZNIE
STOSOWAĆ TECHNIKI BEHAWIORALNE?*

Rozkwit popularności metod behawioralnych w edukacji i terapii dzieci o typowym czy zaburzonej rozwoju sprawia, że obalanych jest coraz więcej mitów na temat szeroko pojętej terapii behawioralnej. Wśród niektórych specjalistów nadal jednak pokutuje przekonanie o tym, że taka terapia jest „bezduszna” i polega na „odzieraniu dziecka z motywacji wewnętrznej” – głównie przez „tresurę” przy użyciu metody „kija i marchewki” (ewentualnie przy użyciu paczki żelków lub naklejek z uśmiechniętą buźką).

KRYSTYNA POMORSKA

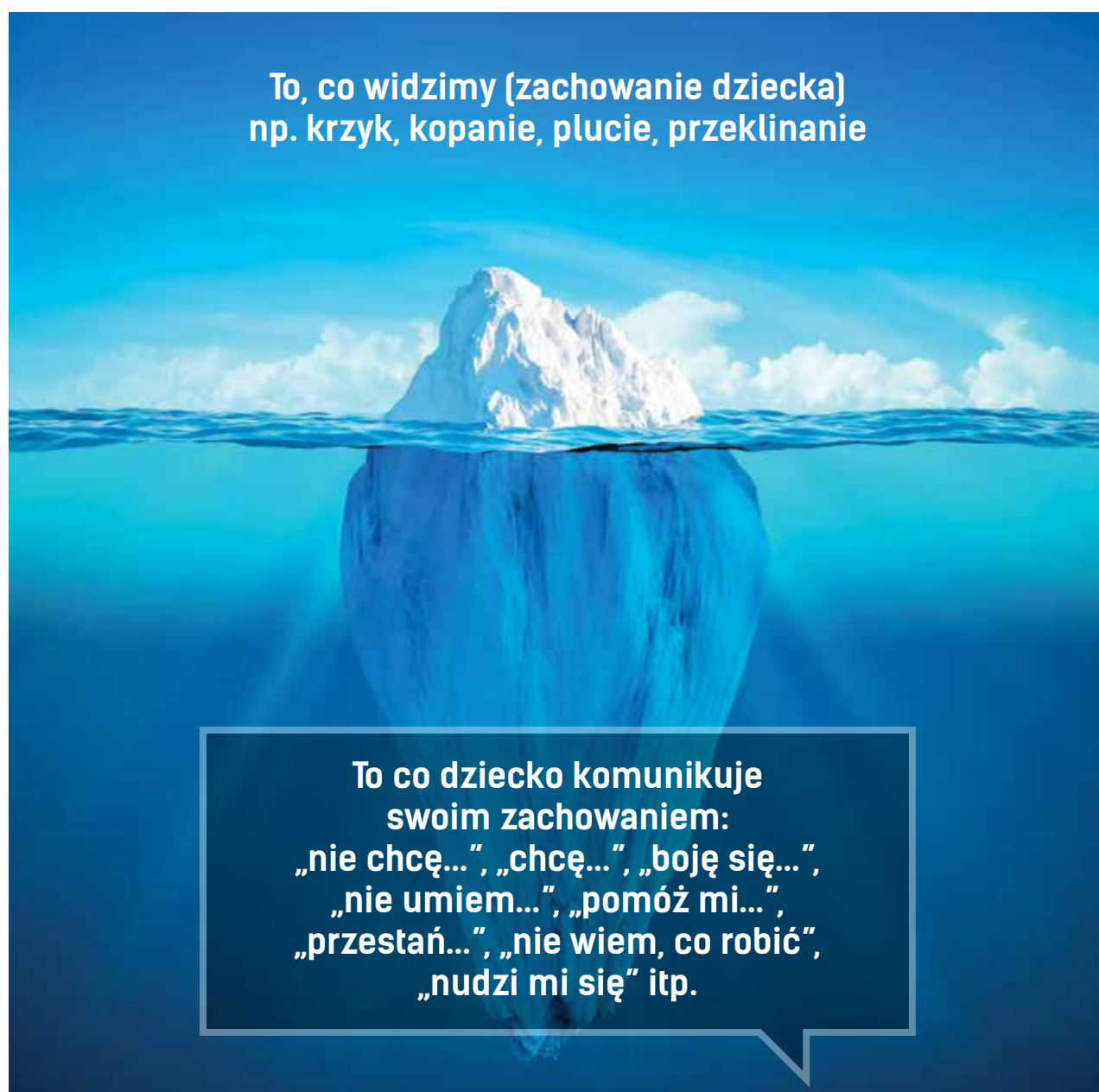


Współczesna terapia behawioralna bardzo różni się od swoich historycznych początków, a interwencje nakierowane jedynie na eliminowanie zachowań niepożądanych oparte na metodach awersyjnych zostały zastąpione podejściem funkcjonalnym.

Podejście funkcjonalne w terapii behawioralnej

Techniki behawioralne posiadają udowodnioną naukowo skuteczność zarówno w rozwijaniu zachowań, jak i w ich redukowaniu¹, w przypadku typowego i zaburzonego rozwoju. Współczesna terapia behawioralna bardzo różni się od swoich historycznych początków, a interwencje nakierowane jedynie na eliminowanie zachowań nie-

pożądanych oparte na metodach awersyjnych zostały zastąpione podejściem **funkcjonalnym**. Podejście to zakłada różne działania nakierowane m.in. na rozwijanie zachowań alternatywnych (czyli takich, które są adekwatne do kontekstu i pełnią taką samą lub zbliżoną funkcję, co zachowanie niepożądane). Przykładowo, jeśli dziecko rzuca rzeczą, której nie chce, umiejętnością alternatywną może być zakomunikowanie, że tego nie chce (np. przez odsunięcie, gest „papa” lub adekwatne słowo –



Rys. 1.

w zależności od poziomu funkcjonowania i prezentowanych już umiejętności).

Stosowana analiza zachowania (SAZ), będąca wiodącym nurtem w terapii behawioralnej, oraz współczesne behawioralne podejścia w ramach kontekstualnej nauki o zachowaniu² opierają się na analizie **funkcji zachowań** – czyli szukaniu ich pośrednich i bezpośrednich przyczyn. Praca specjalistów zajmujących się terapią behawioralną przypomina więc pracę detektywów: zbierają informacje (przez kwestionariusze wypełniane przez osoby znające dziecko lub w drodze wywiadu), obserwują zachowanie dziecka w środowisku, w którym się pojawia, i odnotowują informacje istotne z punktu widzenia interwencji. Jest w tym też element niewiadomej – eksperymentują z użyciem różnych metod (na podstawie zebranych informacji) i sprawdzają czy to, co robią, działa.

Rozpoznawanie źródeł zachowania

Z punktu widzenia analizy zachowania ważne jest nie tylko to, co osoba robi (czyli **forma zachowania**), ale **dlaczego** to robi w danych warunkach (**funkcja zachowania**). Przyczyny zachowań odnoszą się do potrzeb (motywacji), jakie stoją za zachowaniem, m.in. osiągnięcie czegoś (np. uwagi innych osób, dostępu do atrakcyjnych rzeczy czy aktywności) lub uniknięcie jakiegoś nieprzyjemnego zdarzenia (np. ze względu na brak umiejętności poradzenia sobie z nim, czy brak podobnych doświadczeń i silny lęk) (Rys. na stronie 20).

Co może się kryć np. za takimi formami zachowań, jak krzyk lub płacz dziecka? Może to być **chęć uniknięcia lub zdobycia czegoś, znudzenie, brak umiejętności poradzenia sobie ze zbyt trudnym zadaniem, czy poproszenia**



Rys. 2.

o pomoc. Jeśli dziecko nauczone jest mówić o swoich trudnościach i potrafi kontrolować nieprzyjemne stany emocjonalne (np. w reakcji na odmowę czy w przypadku otrzymania informacji o tym, że popełniło błąd), to występuje wysokie prawdopodobieństwo, że skorzysta z tych sposobów i zareaguje w sposób akceptowalny dla otoczenia. Jeśli rozwój dziecka w różnych sferach (np. w zakresie komunikacji, zdolności koncentracji uwagi na osobach i ich działaniach) przebiega nietypowo, to dojdzie do wielu sytuacji trudnych: zarówno dla samego dziecka, jak i dla otoczenia. **Jeśli dziecko nie potrafi wyrazić w sposób akceptowalny tego, co chce lub czego nie chce (albo nieakceptowalny sposób jest skuteczniejszy), to można się spodziewać, że pojawią się zachowania trudne (czasem w formie uniemożliwiającej normalne funkcjonowanie całej rodziny).** Potrzeba dziecka nie jest zła sama w sobie, jedynie forma zachowania może być niewłaściwa w danej sytuacji.

Co robić, skoro w większości przypadków nie widać przyczyn zachowań niepożądanych?

Praca terapeuty behawioralnego polega w dużej mierze na:

- odkrywaniu potrzeb stojących za zachowaniem,
- analizowaniu okoliczności, w jakich zachowania się pojawiają,
- uczeniu, w jaki sposób osoba (lub jej otoczenie) może zaspokajać potrzeby w sposób akceptowalny społecznie,
- uczeniu, w jakich warunkach kontekstowych dana potrzeba jest możliwa do zaspokojenia (np. możesz przytulać mamę, ale nie możesz przytulać każdej napotkanej kobiety), a w przypadku gdy dana potrzeba nie może być zaspokojona w sposób bezpieczny dla dziecka i/lub otoczenia (np. zachowanie stwarza zagrożenie), wygaszaniu takiego zachowania.

Analiza zachowań jako podstawa planowania interwencji behawioralnych

Podejście funkcjonalne nie ogranicza się do znajomości technik behawioralnych, ale wymaga zebrania i przeanalizowania dużej ilości informacji. Praca nad zmianą zachowania bez znajomości jego funkcji i uczenia alternatywy może przypominać walkę z kretem (jeśli nawet wygasimy jedną formę zachowania – a potrzeba pozostaje niezaspokojona – dziecko będzie szukać innych sposobów zaspokojenia potrzeby i zachowania trudne mogą eskalować, często przybierając formy trudniejsze do opanowania). Jeśli np. jedynym znany niemówiącemu dziecku sposobem na zwrócenie uwagi mamy jest ciągnięcie jej za rękę, a to przestanie działać, to dziecko może sięgnąć po inny sposób, np. wkładanie jej palców do nosa lub inną nieakceptowalną formę (Rys. na stronie 21).



Skąd wiemy, czemu ma służyć czyjeś zachowanie i jaka technika będzie najskuteczniejsza w uczeniu zachowań alternatywnych i redukowaniu niepożądanych? To pytanie jest punktem wyjścia do prac przypominających analizy detektywistyczne.

Analizujemy, co w środowisku wpływa na zachowanie:

- obecność konkretnych osób,
- pora dnia oraz konkretne miejsce, w którym dochodzi do określonych zachowań.



Analizujemy, jakie skutki do tej pory miały podobne zachowania:

- czy w przeszłości zachowania niepożądane się „optały”, czyli, czy na skutek angażowania się w te zachowania udawało się dziecku unikać rzeczy nieprzyjemnych, a zdobywać przyjemne. Przykładowo, dziecko nie chce nałożyć butów i w ten sposób zdobywa uwagę dorosłych i opóźnia ich wyjście do pracy (i swoje do przedszkola).

Chcąc zmienić zachowanie dziecka, należy zmienić aspekty środowiska funkcjonalnie z nim powiązane.

Często jest to zachowanie osób dostarczających konsekwencji zachowania (wzmacnianie, karanie lub wygaszanie), ale interwencja może obejmować także środowisko fizyczne, np. przez zmianę ustawienia mebli, czy przedmiotów w otoczeniu dziecka. Chociaż prawa uczenia, na których opiera się terapia behawioralna, oraz wywodzące się z nich techniki zmiany zachowania są uniwersalne,



Celem interwencji behawioralnej, niezależnie od użytych metod czy technik, jest zmiana prawdopodobieństwa pojawienia się określonych zachowań w przyszłości, aby tych pożądaných było więcej a tych niepożądanych mniej.

podejmowane interwencje często znacząco różnią się od siebie. To indywidualne podejście stosowane jest nawet wtedy, kiedy formalna klasyfikacja problemów, z jakimi zgłaszają się pacjenci, jest taka sama dla różnych osób. Innymi słowy, jeśli mamy do czynienia z tą samą diagnozą kliniczną u dwóch różnych osób, interwencja rzadko kiedy będzie podobna w obu przypadkach. Dzieje się tak, dlatego, że każde dziecko ma odmienny poziom umiejętności, indywidualną historię uczenia. Możemy zatem obserwować u nich różny zasięg i skalę dysfunkcji rozwojowych, bo żyją w specyficznych warunkach środowiska, co wzajemnie na siebie oddziałuje i wpływa na prezentowane zachowania.

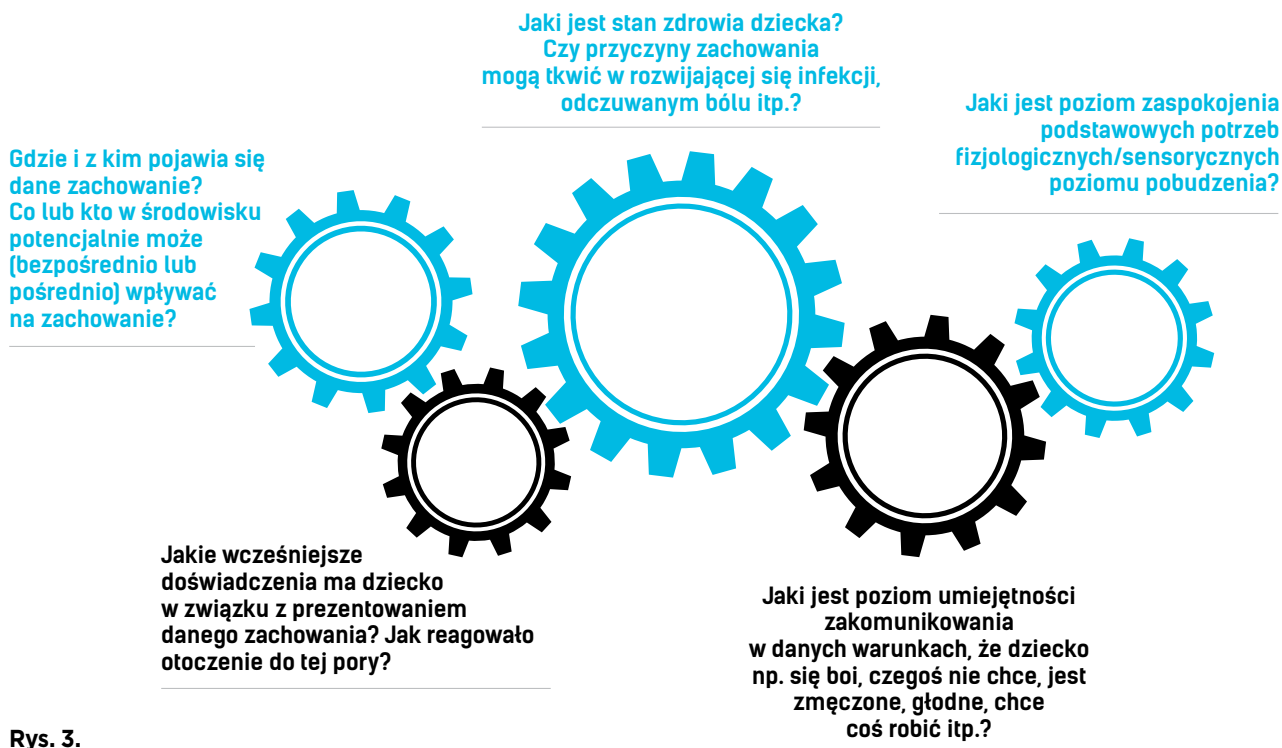
Sama forma zachowania jest jak wspomniany czubek góry lodowej, pod którym kryją się jego przyczyny. Zadaniem analityków zachowania czy terapeutów behawioralnych jest odkrywanie przyczyn zachowań i zmienianie tego, co (bezpośrednio lub pośrednio) ma na nie wpływ. Interwencja może polegać na:

- **manipulacji środowiskiem przed pojawianiem się zachowania (np. ustawienie mebli w pomieszczeniu),**

- **zachowaniu innych osób przed pojawieniem się zachowania (np. udzielenie podpowiedzi) lub po nim (wzmocnienie, brak wzmocnienia lub kara),**
- **uczeniu osoby prezentującej zachowanie różnych umiejętności i ich zastosowania.**

Celem interwencji behawioralnej, niezależnie od użytych metod czy technik, jest zmiana prawdopodobieństwa pojawienia się określonych zachowań w przyszłości – aby tych pożądaných było więcej a tych niepożądanych mniej. Często spotykanym mitem jest to, że terapia behawioralna może odbywać się jedynie przy stoliku, a zestaw: stolik, krzesło, pudełko z łakociami (jako wzmocnienia), tabliczka żetonowa i krzesło do time-outu, bywają kolejnymi atrybutami kojarzonymi z behawiorystami w edukacji. Prawdą jest natomiast to, że techniki behawioralne są stosowane w bardzo różnych miejscach i chociaż miejsce przy stoliku może być jednym ze środowisk, w którym dziecko się uczy, behawioralna interwencja edukacyjno-terapeutyczna obejmuje swoim zasięgiem bardzo wiele środowisk w zależności od potrzeb osoby objętej interwencją. Skutecznie

Przykłady informacji ważnych z punktu widzenia planowania interwencji behawioralnych:



Rys. 3.

Tab. 1. Jak mierzy się skuteczność interwencji/terapii behawioralnej

Wymiar zachowania	Rodzaj zmiany	Przykłady
Zmiana częstości zachowań	Redukcja ilości zachowań niepożądanych	Liczba incydentów rozrzucania przyborów w przypadku napotkania trudności z wykonaniem zadania
	Wzrost zachowań pożądanych	Liczba incydentów proszenia o pomoc przy użyciu gestu lub symbolu
Zmiana czasu trwania zachowań	Skrócenie czasu trwania zachowań niepożądanych	Marudzenie
	Wydłużenie czasu trwania zachowań pożądanych	Siedzenie przy stole w trakcie posiłku
Pojawienie się nowych form zachowań	Oparte na instrukcji	Wykonanie nowego zadania z treścią
	Oparte na kształtowaniu reakcji na dany aspekt otoczenia	Samodzielne jedzenie łyżką zupy, gdy talerz jest postawiony przed dzieckiem
Skrócenie lub wydłużenie reakcji na pewne bodźce (opóźnienia)	Przyspieszenie reakcji, gdy są zbyt wolne	Wstanie do odpowiedzi w ciągu 5 sekund od wywołania ucznia do odpowiedzi
	Zwiększenie opóźnienia (np. uczenie czekania)	Po usłyszeniu pytania, na które uczeń zna odpowiedź, podnosi rękę i czeka na udzielenie głosu przez nauczyciela, zanim udzieli odpowiedzi
Zmiana warunków, w których pojawiają się określone zachowania	Ograniczenie warunków kontekstowych, w których ma się pojawić dane zachowanie	Rozbieranie się w zamkniętej łazience lub własnym pokoju – podczas zmiany ubrań (u osoby, która rozbiera się w różnych miejscach)
	Rozszerzenie warunków kontekstowych, w których pojawia się zachowanie	Odpowiadanie „dzień dobry” do każdej osoby, która wita ucznia (u osoby, która odpowiada tylko wybranym osobom)

uczyć, tak naprawdę, możemy wszędzie, pod warunkiem że dziecko jest pobudzone w stopniu optymalnym, aby procesy związane z uczeniem zachodziły prawidłowo. Zbyt wysoki poziom stresu jest jednym z warunków, który nie sprzyja przyswajaniu wiedzy i umiejętności.

Mierzenie skuteczności terapii behawioralnej

Warto podkreślić, że ocena efektów terapii behawioralnej polega na obiektywnych przesłankach: **obserwowalnej i mierzalnej zmianie zachowań** – co uniemożliwia spekulacje na temat efektywności oddziaływań (tego, czy nastąpiła poprawa w toku terapii, czy też nie) (Tab. 1).

Podsumowanie

Testem każdej interwencji jest jej efektywność – w przypadku terapii behawioralnej oceniana na podstawie obiektywnych przesłanek. Istnieje wiele dowodów naukowych na skuteczność technik behawioralnych w edukacji i terapii. Warunkami ich skutecznego stosowania są m.in. poznanie i uwzględnienie przyczyn zachowań, które chcemy zredukować, oraz uczenie alternatywnych form zachowań (kiedy tylko jest to możliwe i pożądane). Analiza funkcji zachowań wymaga od osób ją stosujących postępowania, porównywalnego z pracą detektywa będącego na tropie czynników środowiskowych przyczyniających się do tego, co chcemy zredukować lub rozwijać. Jest to strategia możliwa do stosowania w każdym środowisku, z użyciem wielu technik i pozwala zidentyfiko-

wać umiejętności, których dziecko naprawdę potrzebuje (w końcu to nie potrzeby są złe, ale sposób ich zaspokajania może być niewłaściwy). Jeśli dzięki analizie funkcji wiemy, jakich zachowań czy umiejętności alternatywnych uczyć, to wzrasta efektywność podjętych interwencji, a tym samym jakość życia osób nią objętych. ■

dr Krystyna Pomorska

Psycholog, pedagog, certyfikowany terapeuta behawioralny, doktor nauk humanistycznych i wykładowca Uniwersytetu SWPS oraz członek zarządu Polskiego Towarzystwa Psychologii Behawioralnej.

Przypisy:

- 1 Raporty dotyczące wyników badań nad skutecznością terapii wskazują metody behawioralne jako te o najlepiej udowodnionej skuteczności, m.in. w przypadku zaburzeń ze spektrum autyzmu, np. National Autism Center, Findings and conclusions: National standards project, phase 2, 2015; Wong C. i in., *Evidence-based practices for children, youth, and young adults with Autism Spectrum Disorder*, Chapel Hill 2013.
- 2 Takie jak terapia akceptacji i zaangażowania (ACT), psychoterapia oparta na analizie funkcjonalnej, czy teoria ram relacyjnych (RFT) i jej aplikacje [Bąbel, Suchowierska-Stephany, Ostaszewski, 2016].

Literatura:

- Bąbel P., Suchowierska-Stephany M., Ostaszewski P. *Analiza zachowania: vademecum*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2016.
- National Autism Center. *Findings and conclusions: National standards project, phase 2*. 2015. Pozyskano z: www.nationalautismcenter.org [dostęp: 20.05.2017].
- Tórneke N., Learning RFT. *An introduction to Relational Frame Theory and its clinical application*. Oakland, CA: Context Press 2010.
- Wong C. i in., *Evidence-based practices for children, youth, and young adults with Autism Spectrum Disorder*, Chapel Hill 2013.



STOSOWANA ANALIZA ZACHOWANIA

KOMU I W JAKI SPOSÓB POMAGA?

BEATA IGNACZEWSKA

Wybrane metody i narzędzia do wykorzystania w terapii behawioralnej

Stosowana analiza zachowania wykorzystuje wiele metod, które ułatwiają proces uczenia. Nie powinna jednak opierać się tylko na jednej technice, gdyż efektem ubocznym może być usztywnienie dziecka, a w konsekwencji słabe efekty nauczania.

Co to jest wzmocnienie?

Terapia behawioralna bazuje głównie na motywacji ucznia. Dziecko do siódmego roku życia ma tylko motywację zewnętrzną. Wielu rzeczy uczy się nie dla siebie, ale dla mamy, ulubionej „nauczycielki” czy innych atrakcyjnych nagród.

Tak samo jest z uczeniem dzieci ze spektrum autyzmu na każdym etapie rozwoju. Dzieci ze specyficznymi deficytami wynikającymi z autyzmu w ogóle nie są zmotywowane, aby coś zmienić w swoim zachowaniu, np. nie mówią.

Gdy czegoś chcą, mogą zacząć krzyczeć lub ciągnąć osobę dorosłą za rękę. Rodzice zwykle wiedzą, czego pragnie ich dziecko, więc dostarczają im to. Rodzi się zatem pytanie, czy ta sytuacja zmotywuje dziecko z autyzmem do nauki mówienia? Pytanie jest w zasadzie retoryczne – oczywiście, że nie. Następnym razem, gdy będzie czegoś chciało, znowu zacznie krzyczeć lub ciągnąć rodzica za rękę.

Naszym celem, jako osób, które mają uczyć dzieci z deficytami rozwojowymi, jest odpowiednie zmotywowanie do zwiększonego wysiłku. Specjaliści bardzo często o tym zapominają. Łatwiej nam ukarać dziecko za nieprawidłowe zachowanie, za brak współpracy z nami, niż nagrodzić, kiedy jest grzeczne.

Co należy zrobić, aby uczeń chciał z nami współpracować?

Na początku staramy się określić zadania i zachowania, które w szczególności powinniśmy nagradzać. Wypisujemy

je sobie i w ciągu każdej sesji z uczniem czujnie obserwujemy, czy pojawiło się dane zachowanie, które chcemy i powinniśmy nagrodzić.

Oto przykłady takich zachowań, które trzeba wzmocnić:

- gdy uczeń siedzi spokojnie w ławce,
- gdy uczeń wykonuje polecenia,
- gdy uczeń zachowuje się cicho.

Wielkie nagradzanie musi być zaplanowane. Nauczyciel/terapeuta/rodzic powinien mieć do dyspozycji wiele wzmocnień, różnorodnych form nagradzania.

Na co zwrócić uwagę, gdy tworzymy indywidualny system motywacyjny?

1. Właściwy wybór nagród

Musimy trafić w to, co najbardziej podoba się naszemu dziecku, na czym mu najbardziej zależy. W tym samym czasie nauczyciel cały czas powinien poszukiwać innych rozwiązań i innych nagród, które staną się ważne dla dziecka. Zwykle dla nastolatków i osób dorosłych trudniej dobrać wzmocnienia bezpośrednio. Czasem dla moich uczennic wzmocnieniem była możliwość pomalowania paznokci, zrobienie delikatnego makijażu, pieniądze (jeśli rozumiały wartość pieniędzy) albo posłuchanie muzyki, pójdzie do pubu czy przygotowanie sobie ulubionej potrawy. Ciągle musimy poszukiwać, być kreatywni w sposobie nagradzania.

Uwaga: to, co dzisiaj jest dla ucznia nagrodą, za kilka dni może już nią nie być. Nauczyciel lub terapeuta muszą cały czas obserwować zachowania ucznia, czy prawidłowe zachowania utrzymują się, czy też następuje regres.

2. Czas nagradzania

Małe dziecko, gdy przychodzi na pierwsze zajęcia, prezentuje bardzo mało prawidłowych umiejętności. Z wywiadu z rodzicami wiemy, co lubi, co go cieszy. Naszym celem na pierwszych zajęciach jest zachęcanie go do robienia tego, co już umie, np. jeśli umie rzucać klockiem, nauczyciel prosi, aby wrzucił go do pudełka. Nie jest to przestawienie umiejętności do wykonania, ale niełatwa pod względem wykonania jej na naszą prośbę. W tej sytuacji nauczyciel pomoże dziecku wykonać to zadanie, czyli udzieli podpowiedzi manualnej. Gdy dziecko zrobi to nawet przy naszej pomocy, terapeuta bardzo go wzmocni – i tak za każdym razem.

3. Odpowiedzialność za system motywacyjny

Terapeuta/nauczyciel/rodzic w domu tworzy system motywacyjny i bardzo szczegółowo opisuje go w dokumentacji ucznia. Każdy specjalista, który pracuje z maluchem, powinien zapoznać się z informacją o systemie motywacyjnym i zastosować ją na swoich zajęciach.

W dokumentacji może znajdować się karta opisu systemu motywacyjnego. Powinna zawierać informacje, jaki rodzaj wzmocnienia jest dostarczany dziecku (nagrody bezpośrednie, tabliczki żetonowe czy kontrakty), oraz szczegółowy opis, za co uczeń otrzymuje nagrody i z jaką intensywnością.

Przykład opisu systemu motywacyjnego ucznia

Imię i nazwisko:

Wiek: 5 lat

1. Uczeń otrzymuje nagrody bezpośrednio po wystąpieniu prawidłowego zachowania, czyli za:

- wykonywanie poleceń,
- spokojną buzię,
- spokojne rączki,
- siedzenie na swoim miejscu przez 15 sekund i dłużej,
- kontakt wzrokowy.

2. Uczeń otrzymuje żetony w postaci wagoników

w liczbie 5 sztuk. Po uzbieraniu 5 wagoników na swojej tabliczce motywacyjnej dostaje nagrodę.

Na tablicy są zdjęcia ulubionych aktywności, przedmiotów i smakołyków. Przed rozpoczęciem pracy uczeń wybiera daną nagrodę i przyczepia do swojej tabliczki. Ostatni żeton również jest sygnałem do poproszenia o wybraną wcześniej przez siebie nagrodę.

Podczas uczenia nowych umiejętności za każdym razem stosujemy wzmocnienia w postaci nagród bezpośrednich i żetonów. Zależy to od stopnia trudności nowego zadania. Gdy umiejętność jest opanowana, wzmocnienia stosujemy sporadycznie, w systemie nieregularnym.

4. Stosowanie przez osoby pracujące z uczniem tych samych zasad postępowania

Nie jest właściwe to, że w jednym miejscu wykorzystywane są zasady Stosowanej Analizy Zachowania a w innym gabinecie nie. Istotny jest sam sposób udzielania pochwały społecznej. Musi ona dotyczyć dokładnie tego, co wzmocniamy. Jeśli uczeń zachowuje się cicho, to chwaląc go, mówimy np. *Świetnie, jesteś cicho!*, gdy wykonuje polecenia, to chwalimy go, mówiąc: *Super, cieszę się, że ładnie przepisałeś to zdanie* itp. Należy zawsze powiedzieć uczniowi, za co go chwalimy, aby jeszcze bardziej podkreślić wagę tego, że zachowuje się prawidłowo.

Procedury wzmacniające prawidłowe zachowanie

W stosowanej analizie zachowania są opracowane narzędzia, które poprzez wzmacnianie mają zwiększyć i utrzymać w czasie prawidłowe zachowanie. Do tych procedur należą między innymi:

1. Różnicowe wzmacnianie niezgodnych zachowań – DRI (differential reinforcement of incompatible behavior)

Oznacza to w praktyce wzmacnianie zachowań, które są przeciwstawne do zachowań nieprawidłowych. Nie mogą



Uwaga: to, co dzisiaj jest dla ucznia nagrodą, za kilka dni może już nią nie być. Nauczyciel lub terapeuta muszą cały czas obserwować zachowania ucznia, czy prawidłowe zachowania utrzymują się, czy też następuje regres.

jednocześnie ze sobą istnieć w tym samym czasie, np. gdy dziecko często krzyczy, zachowaniem przeciwnym jest cisza. Zastosowanie DRI oznacza w tym przypadku, że będziemy wzmacniać każdy moment ciszy u danego ucznia.

Gdy uczeń najczęściej nie wykonuje poleceń, jest nastawiony negatywnie na nasze propozycje, to każdą sytuację, w której podąży za naszym poleceniem, powinniśmy bardzo wzmacnić. Jest to kolejne zachowanie przeciwne do zachowania pożądanego. Uczeń wykonuje nasze polecenia lub ich nie wykonuje, nie można tego połączyć.

2. Różnicowe wzmacnianie alternatywnych zachowań – DRA (differential reinforcement of alternative behavior)

Polega na wzmacnianiu zachowania, które jest alternatywne do zachowania niepożądanego, np. jeśli dwóch uczniów wykonuje wspólnie jakieś działanie, a nie lubią się, to będziemy wzmacniać każdy przejaw ich współpracy, każdy moment, gdy są mili dla siebie. Wzmacniamy czynność bez występowania trudnego zachowania. Są to procedury, które łączą się ze sobą. Jeśli dziecko przepisuje coś z tablicy, jest przy tym spokojne i ciche, to DRA i DRI będzie wyglądało następująco: *Jasiu, jesteś bardzo cicho i bardzo starannie przepisujesz słowa z tablicy.*

3. Różnicowe wzmacnianie innych zachowań – DRO (differential reinforcement of other behavior)

Umożliwia wzmacnianie zachowań dziecka w określonym przedziale czasowym. W określonym czasie nie występują u dziecka zachowania niepożądane. Ta metoda jest bardzo skuteczna w pracy nad często występującymi zachowaniami, takimi jak obsesje tematyczne, stymulacje czy niekontrolowane wybuchy śmiechu. Zadaniem tej metody jest nauczenie ucznia kontrolowania swojego zachowania w dość krótkim czasie.

Jak to zrobić?

Obliczamy średni czas niewystępowania trudnego zachowania w następujący sposób (np. chcemy poprzez DRO zredukować niekontrolowane wybuchy śmiechu): zliczamy czas ciszy i dzielimy go przez liczbę przerw. Przykładowo, uczeń często płacze i krzyczy. W ciągu dwóch godzin zajęć zliczyliśmy 50 minut ciszy na 120 minut zajęć. Przerw było 10, czyli dzielimy $50 : 10 = 5$ minut. Średnia niewystępowania śmiechu wyniosła 5 minut. Foxx jednak zaleca zmniejszenie tej średniej jeszcze o połowę, czyli ostatecznie przedział czasowy wynosi w tej sytuacji 2,5 minuty lub mniej, np. 2 minuty.

Ustawiamy stoper na 2 minuty i po tym czasie, gdy nie pojawi się zachowanie w postaci śmiechu, ale też każde inne niewłaściwe, uczeń otrzymuje wzmacnienie, w zależności

od jego indywidualnego systemu motywacyjnego. Mogą to być bezpośrednio nagrody lub kolejna tabliczka z punktami. Każdy żeton/punkt przyznawany jest po dwuminutowym przedziale czasowym. Jeśli uczeń ma 5 żetonów, to oznacza, że dopiero po 10 minutach otrzyma nagrodę bezpośrednią.

To bardzo kontroluje uczniów i jest dla nich zdecydowanie łatwiejsze, aby opanować się i zachowywać właściwie. Ta metoda jest również bardzo skuteczna przy zadaniach, które wymagają dłuższego skupienia uwagi.

Uczeń musi wysłuchać opowiadania, które czyta nauczycielka. Dla wielu uczniów jest to trudne zadanie – siedzieć spokojnie i słuchać czasem niezbyt interesującego opowiadania. Gdyby jednak wprowadzono określony sygnał, po którym przyznawano by punkty czy nalepki, uczniom łatwiej byłoby się skupić.

Przykład

Jeden z moich uczniów miał obsesję na punkcie wentylatorów. Fascynował go ten temat i w każdej sytuacji chciał o nich opowiadać – jak działają, z czego są zbudowane itp. Obliczyliśmy czas DRO – wyniósł on 5 minut. Otrzymał tabliczkę żetonową na 5 punktów i po każdym 5 minutach, gdy nie mówił o wentylatorach, nauczyciel przydzielał mu żeton. W ten sposób zdobywał swoją ulubioną nagrodę.

Po 3 tygodniach z 5 minut przeszliśmy na 8 minut, następnie na 10 minut DRO. W tym czasie zaobserwowaliśmy zwiększanie koncentracji uwagi i szybsze nabywanie nowych umiejętności z lekcji. Gdy DRO zwiększyło się do 15 minut, uczeń po całej lekcji mógł w nagrodę wybrać do rozmowy temat wentylatorów, ale z czasem zaczął zmieniać tematy rozmów lub wybierał inne aktywności. Cel został osiągnięty i po tym sukcesie nie przestaliśmy wzmacniać go za prawidłowe zachowanie, ale nauczyciel robił to według nieregularnego rozkładu wzmacnień. Od czasu do czasu nagradzał go słownie za prawidłowe zachowanie.

4. Różnicowe wzmacnianie niskiego tempa reagowania – DRL (differential reinforcement of low rates of behavior)

Polega na zaakceptowaniu i wzmacnianiu niskiej częstotliwości występowania zachowania, które redukujemy w określonym czasie. Weźmy przykład ucznia, który bez przerwy wrywa się do odpowiedzi, tylko on chce być pytany. Całkowite wygaszenie jego zachowania (nieregowanie) nie jest najlepszym pomysłem, bo szkoda, żeby uczeń w ogóle przestał się zgłaszać. Świetnym pomysłem wydaje się zastosowanie właśnie DRL. Oznacza to ustalenie z uczniem, że może zgłosić się na lekcji np. 3 razy. Możemy

przygotować nawet kartkę z trzema polami, gdzie uczeń będzie odznaczał sobie liczbę swoich zgłoszeń.

Kontrakty behawioralne

Kolejną metodą postępowania w redukowaniu zachowań niepożądanych są kontrakty behawioralne. Jest to pisemna umowa zawarta między uczniem a osobą dorosłą. Kontrakt jest omówiony razem z uczniem i dotyczy zasad prawidłowego postępowania oraz rodzaju nagrody.

Na początku, gdy opracowujemy kontrakt dla ucznia, musimy zastanowić się, jakie zachowania należy zmienić i czy zawsze będą to od razu najtrudniejsze zachowania.

Z praktyki wynika, że lepiej rozpocząć pracę nad zachowaniem, które ma krótką historię pojawienia się i nie jest bardzo nasilone. To umożliwi nam i uczniowi odniesienie szybkiego sukcesu.

Ważne jest też wybranie odpowiednich nagród, które zmotywują ucznia do przestrzegania umowy. Muszą być dla niego bardzo ważne. Może to być, np. zbieranie minut na oglądanie filmu lub granie na komputerze. Dobrym pomysłem dla wysoko funkcjonujących osób z autyzmem jest również zbieranie pieniędzy na określony cel. Zaliczony kontrakt to np. 1 zł lub inna kwota, ale, oczywiście, muszą to być małe kwoty. Najczęściej kontrakty behawioralne są wykorzystywane w szkołach, w starszych klasach, gdzie uczą się nasi uczniowie.

Terapeuta również musi ustalić czas trwania kontraktu. W zależności od możliwości dziecka może być sprawdzany po zakończeniu danego bloku zajęć, po zakończeniu lekcji czy po pewnej aktywności, np. po wyjściu na basen. Po tym czasie terapeuta/nauczyciel przypomina uczniowi o sprawdzeniu kontraktu i wspólnie go omawiają. Jeśli zawarte tam punkty były spełnione przez ucznia – otrzymuje on nagrodę, jeśli nie – traci punkty. Konsekwencją utraty punktów jest dłuższe czekanie na nagrodę lub skrócenie czasu trwania nagrody.

Przykłady kontraktów

Kontrakt dla sześcioletniego ucznia z zespołem Aspergera, który uczęszcza do pierwszej klasy. Kontrakt ten dotyczy trzech zachowania ucznia:

- 1) wykonywania poleceń wydawanych przez nauczyciela,
- 2) spokojnego siedzenia podczas zajęć/lekcji,
- 3) patrzenia na osobę dorosłą w czasiei rozmowy..

Kontrakt jest napisany w pierwszej osobie liczby pojedynczej, aby uczeń bardziej utożsamiał się z tymi zadaniami, oraz w formie pozytywnej. Jest to bardzo ważne, ponieważ pozwala uczniowi zapamiętać, jak ma się zachować dobrze.

Kontrakt był rozliczany na koniec każdej lekcji. Gdy uczeń zaliczył go, otrzymywał 5 minut gry na komputerze w domu. Rodzice współpracowali ze szkołą i dla dziecka była to bardzo silna motywacja, aby jak najdłużej grać w swoją ulubioną grę. Utrata kontraktu to utrata 5 minut gry. Średnia liczba kontraktów szkole to 4–5 lekcji.

Przykład kontraktu

	Wykonuję polecenia osoby dorosłej	TAK/NIE
	Siedzę spokojnie	TAK/NIE
	Patrzę na osobę, z którą rozmawiam	TAK/NIE

Opracowanie: CTB Gliwice

Kolejny przykład kontraktu

	Patrzę na osoby	TAK/NIE
	Słucham mamy i taty	TAK/NIE
	Mówię PAN/PANI do osoby dorosłej	TAK/NIE

Opracowanie: CTB Gliwice

Podsumowując zastosowanie kontraktów behawioralnych:

- kontrakt musi być przejrzysty, czyli zawierać dokładny opis zachowania do zmiany, uczeń musi wiedzieć, co ma zmienić,
- kontrakt nie może być za trudny, czyli zmiana zachowania ucznia musi leżeć w jego możliwościach, tylko wymagać większego wysiłku i specjalnej motywacji,
- nagrody uczeń może otrzymać tylko wówczas, gdy umowa jest zrealizowana przez ucznia, w innym wypadku traci to sens.

Kształtowanie behawioralne

Kształtowanie behawioralne to proces systematycznego i różnicującego wzmocnienia kolejnych przybliżeń behawioralnych aż do ostatecznego pożądanego zachowania. Według Panyana (1980): Kształtowanie sprzyja stopniowemu rozwojowi nowego zachowania poprzez wielokrotne wzmocnienie kolejnych prostszych zachowań stanowiących kroki prowadzące w jego kierunku. Zamiast czekać, aż zachowanie zostanie wyemitowane w ostatecznej pożądanym formie, wzmocniamy każde zachowanie, które jest do niego podobne lub się do niego zbliża.

Jest to metoda opierająca się tylko na wzmocnianiu zachowań, które przybliżają do celu. To proces dość długotrwały, ale cały czas polega na zachęcaniu ucznia do wysiłku i opanowywania kolejnych poziomów w danym zadaniu.

Przypadek nr 1 – dziecko, lat 6, z autyzmem

Cel: dziecko akceptuje czynności fryzjerskie w zabawie

Lp./czas	Opis kroku – sytuacja w CTB: zabawa we fryzjera	Uwagi
1. krok/I tydzień	Dziewczynka siedzi na krzeselku i nauczyciel nakłada pelerynkę na szyję. Czas: 5 sekund i po tym czasie wzmocnienie	Dziewczynka boi się pelerynki i jej nakładanie jest rozłożone na kroki. W tym przypadku czas jest krokiem. Pięć prób podczas tygodnia
2. krok/II tydzień	Trzymanie pelerynki na szyi – czas: 1 dzień: 10 s 2 dzień: 10 s 3 dzień: 20 s 4 dzień: 30 s	Celem jest zwiększanie czasu trzymania pelerynki na szyi
3. krok/III tydzień	Dziewczynka akceptuje trzymanie pelerynki bez limitu czasu	Możemy przejść do następnego kroku
4. krok/III tydzień	Pokazanie akcesoriów do ścinania włosów. Dziewczynka akceptuje widok nożyczek itp. Problem pojawia się, gdy nożyczki są nad głową dziewczynki i słyhać ich dźwięk	Krokiem jest zaakceptowanie dźwięku nożyczek nad głową na 2 sekundy. Stopniowo będziemy zmieniać ten czas i położenie nożyczek
5. krok	Spryskanie włosów wodą – bez żadnych większych problemów. Dziewczynka przy dużym wzmocnieniu akceptuje tę sytuację	—
6. krok	Czesanie włosów grzebieniem	Bez problemów
7. krok	Suszenie suszarką. Tutaj wystąpił lęk, ale o małym natężeniu	Po kilku próbach, dmuchaniu suszarką na rączkę dziewczynka zaakceptowała suszenie włosów
Podsumowanie	Zabawa we fryzjera po 3 tygodniach odbywała się bez żadnych przeszkód; dziewczynka akceptowała cały rytuał	—

Kolejny cel: Wyjście do fryzjera

Lp./czas	Nazwa kroków	Uwagi
1. krok	Wizyty u zaprzyjaźnionego fryzjera	W ciągu tygodnia byliśmy 3 razy – sesja obejmowała obejrzenie całego procesu ścinania. Dziewczynka spokojna
2. krok	Wejście na fotel fryzjerski	Dużo wzmocnień – dziewczynka akceptuje siedzenie na fotelu
3. krok	Nażenie pelerynki	Nadal dziewczynka jest spokojna – cały czas wzmocniamy ją społecznie oraz małymi smakołykami
4. krok	Spryskanie włosów sprayem	Dziewczynka wykazała niepokój, ale nie był on na tyle duży, żeby zrezygnować. Przeszliśmy do kolejnego kroku – nr 5
5. krok	Fryzjerka bierze nożyczki i chce ściąć włosy	Duże zaniepokojenie, płacz. Wycofanie ze ścinania. Nagradzanie za spokojne siedzenie na fotelu i oglądanie fryzjerskich akcesoriów. Po uspokojeniu się wyjście do CTB
II podejście	Dziewczynka w CTB ma zabawy ze ścinaniem włosów – cały czas osłuchuje się z dźwiękiem nożyczek	2-3 próby w ciągu 2 godzin sesji, 3 razy w tygodniu
III podejście	Wyjście do fryzjera	Dziewczynka akceptuje spokojnie wszystkie etapy
	Ścinanie włosów	Jest bardzo opanowana, cały czas w ciągu ścinania dziewczynka otrzymuje małe przekąski i pochwały społeczne
	Suszenie i pożegnanie	Dziewczynka z uśmiechem wychodzi od fryzjera
IV podejście	Cały łańcuch ścinania włosów w zakładzie fryzjerskim	Wzmacnianie poprzez tabliczkę żetonową. Nagrodą po wyjściu z zakładu była książeczka o Meridii. Pełny sukces!

Przypadek nr 2 – dziecko, lat 5, z autyzmem

Stan początkowy: prawidłowo trzyma nożyczki, ale nie potrafi wykonać ruchu cięcia

Lp./czas	Nazwa kroku	Uwagi
1. krok	Cięcie papierka o szerokości 1 cm	Ćwiczenie ruchu cięcia. Nauczyciel udziela podpowiedzi manualnych w czasie nauki i wzmacnia dziecko żetonem na tabliczce żetonowej
2. krok	Cięcie paska papieru o szerokości 3 cm	Zwiększamy szerokość paska. Wzmacniamy żetonem na tabliczce motywacyjnej
3. krok	Cięcie po oznaczonym pasku szerokości 2 cm	jw.
4. krok	Cięcie po oznaczonym pasku szerokości 3 cm	jw.
5. krok	Cięcie figur – kąty proste	jw.
6. krok	Cięcie – kąty ostre, np. trójkąt	jw.
7. krok	Cięcie – kształty owalne	jw.
8. krok	Cięcie – nieregularne kształty	Cel osiągnięty!

Bardzo dobrze jest wykorzystywać ten proces na przykład do oswojania z sytuacjami lękowymi. Jedną z moich uczennic (sześćioletnia) bardzo bała się obcinania włosów i wizyt u fryzjera w ogóle. Opracowanie strategii poprzez wzmacnianie kolejnych przybliżeń w ostateczności doprowadziło do spokojnych wizyt u fryzjera.

Najpierw wykonaliśmy plan działania, czyli ustaliliśmy, od jakiego pierwszego kroku wychodzimy. Następnie opracowaliśmy kolejne kroki, które na każdym poziomie były bardzo wzmacniane i po ich opanowaniu przechodziliśmy do kolejnych. Plan działania przedstawia Przypadek 1. Proces ten trwał kilka tygodni, to metoda długoterminowa, ale skuteczna. Jest to systematyczne odwróżliwanie, które polega właśnie na wzmacnianiu kolejnych kroków.

Przypadek 2. Nauczyciel chce, by jego dziecko wycinało różne kształty. Najpierw należy sprawdzić, jak sobie dziecko poradzi w sytuacji bez uczenia. Wykonujemy tzw. próbę oceniającą stan początkowy danej umiejętności.

Każdy nauczyciel musi znać zasady terapii behawioralnej, by skutecznie uczyć. Nie wyobrażam sobie, że osoba nauczająca nie stosuje technik wzmacniających ani kształtowania umiejętności.

Stopniowe podążanie do ustalonego celu wymaga dużej cierpliwości od osób uczących i dużego wysiłku od ucznia.

Musimy pamiętać, że dla dziecka z jakimkolwiek deficytem uczenie się nowych zachowań to bardzo duży wysiłek. Podkreślam to, ponieważ nie zawsze o tym pamiętamy.

Gdy umiejętności zostały przez naszego ucznia opanowane, nadal powinniśmy wzmacniać je w systemie nieregularnych wzmacnień. Ta zasada pozwoli ustrzec dziecko przed zapomnieniem danej umiejętności.

Temu celowi służy również włączanie opanowanych umiejętności do nowych zachowań. Jeśli uczeń nauczył się wycinać, to ta umiejętność pozwoli mu lepiej odnaleźć się w przedszkolu i pełniej uczestniczyć w zajęciach grupowych. ■

Na koniec chciałam podkreślić, że najważniejszym i podstawowym narzędziem w terapii behawioralnej jest stosowanie wzmacnień. Jak bowiem podkreśla przywołany na wstępie Tomasz Smereka w książce *Współczesny nurt behawioryzmu, który może poszczycić się niewątpliwymi osiągnięciami (także w zakresie psychoterapii), charakteryzuje zasada stosowania niemal wyłącznie wzmacnień pozytywnych*.

Zauważ więc dobre zachowanie drugiej osoby. Tego oczekują wszyscy.

Beata Ignaczewska

Pedagog specjalny, certyfikowany superwizor stosowanej analizy zachowania, dyrektor Centrum Terapii Behawioralnej (Gdańsk-Gliwice-Zabrze) oraz właściciel wydawnictwa CTB. Superwizor w SORW dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem w Gdańsku. Na terenie całej Polski prowadzi konsultacje, superwizje oraz szkolenia ze stosowanej analizy zachowania. Wykładowca na SWPS (Warszawa i Katowice) oraz na Akademii Medycznej w Gdańsku. Superwizuje placówki edukacyjne, terapeutyczne na terenie całej Polski.

Literatura:

- Bostow D.E., Bailey J.B., Modification of severe disruptive and aggressive behavior using brief timeout and reinforcement procedures, „Journal of Applied Behavior Analysis” 2 [1]/1969.
- Corte H.E., Wolf M.M., Locke B.J., A comparison of procedures for eliminating self-injurious behavior of retarded adolescents, „Journal of Applied Behavior” 4/1971, s. 201–214.
- Foxx R.M., Azrin N.H., The elimination of autistic self-stimulatory behavior by overcorrection, „Journal of Applied Behavior Analysis” 6 [1]/1973.
- Myers D.V., Extinction, DRO and response – cost procedures for eliminating self-injurious behavior: A case study, „Behavior research and Therapy” 7/1975.
- Repp A.C., Deitz S.M., Reducing aggressive and self-injurious behavior of institutionalized retarded children through reinforcement of other behavior, „Journal of Applied Behavior Analysis” 7 [2]/1974.
- Suchowierska M., Ostaszewski P., Bąbel P., *Terapia behawioralna dziecka z autyzmem*, GWP, Gdańsk 2012.
- Schaffer H.R., *Psychologia dziecka*, PWN, Warszawa 2009.
- Schaffer H.R., *Psychologia rozwojowa. Podstawowe pojęcia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
- Hall R.V., Hall M.L., *Jak stosować wzmacnienia*, SPOA, Gdańsk 2000.
- Hall R.V., Hall M.L., *Jak stosować systematyczną uwagę i aprobatę*, SPOA, Gdańsk 2000.
- Ayllon T., *Jak stosować gospodarkę żetonową i system punktowy*, SPOA, Gdańsk 2000.
- Azrin N.H., V.A. Besalel, *Jak stosować praktykę pozytywną, autokorekcję i hiperkorekcję*, SPOA, Gdańsk 2000.
- Esveldt-Dawson K., Kazdin A.E., *Jak utrwałać wyuczone zachowanie*, SPOA, Gdańsk 2000.
- Smereka T., *Język a myślenie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2010.
- Cooper J.O., Heron T.E., Heward W.L., *Applied behavior analysis*, Columbus, OH: Merrill 1987.
- Foxx R.M., *Decreasing behaviors of persons with severe retardation and autism*, Champaign, IL: Research Press. 1982.

ADOS-2

PROTOKÓŁ OBSERWACJI DO DIAGNOZOWANIA ZABURZEŃ ZE SPEKTRUM AUTYZMU

Wczesna i szybka diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu jest niezwykle ważna, lecz także trudna. Jest to złożony, wielowymiarowy proces. Często sprawia wiele trudności nawet doświadczonym klinicytom. To dlatego, że autyzm przyjmuje różne formy, co wynika zarówno z niejednorodności patogenetycznej, jak i z różnic indywidualnych. Dodatkowo obraz kliniczny bardzo często zaciemnia współwystępowanie innych zaburzeń.

PAULINA SZYMAŃSKA

Jednym z najpopularniejszych na świecie i najwyżej cenionych narzędzi diagnostycznych umożliwiających rozpoznawanie zaburzeń ze spektrum autyzmu jest ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition). Jak sugeruje nazwa - to druga, zaktualizowana i rozbudowana wersja tego narzędzia. Wraz z wystandaryzowanym wywiadem klinicznym ADI-R (Autism Diagnostic Interview - Revised) stanowią tzw. złoty standard diagnozy. Oznacza to, że na podstawie wiarygodnych dowodów naukowych szerokie grono specjalistów uznało je za najlepsze i najskuteczniejsze postępowanie wspierające proces diagnostyczny całościowych zaburzeń rozwoju. W 2016 roku zakończył się projekt adaptacji i walidacji polskiej wersji narzędzia ADOS-2, dzięki czemu może być stosowany w ośrodkach w całym kraju.

W skład zestawu ADOS-2 wchodzi protokoły badania dla wszystkich pięciu modułów (T, 1, 2, 3, 4), podręcznik oraz zestaw pomocy diagnostycznych. Protokoły zawierają listę prób, które należy przeprowadzić w danym

module, wraz z informacjami, na czym należy skoncentrować się podczas obserwacji, a także dokładny opis pozycji poddawanych ocenie oraz algorytmy diagnostyczne.

W podręczniku szczegółowo opisano procedury przeprowadzenia badania, zasady analizy zachowania oraz interpretacji wyników. Pomoce diagnostyczne to starannie dobrane i zaakceptowane przez autorów narzędzia, zabawki i akcesoria wykorzystywane do przeprowadzenia poszczególnych prób. Badanie może być przeprowadzone wyłącznie przez odpowiednio przeszkolonego specjalistę – takiego, który ukończył szkolenie prowadzone przez certyfikowanego szkoleniowca ADOS-2.

Wszystkie wymienione procedury umożliwiają wystandaryzowanie obserwacji między różnymi dziećmi, diagnostami i ośrodkami na całym świecie. Oznacza to, że niezależnie od kraju diagnosta przeprowadzi badanie u danego

dziecka, dobierając ten sam moduł, wykonując poszczególne próby w taki sam sposób i przy użyciu tych samych akcesoriów w pomieszczeniu przygotowanym według szczegółowych wytycznych. Dzięki temu obserwacja zachowań charakterystycznych dla spektrum autyzmu jest usystematyzowana, a diagnoza staje się bardziej wiarygodna. W wielu krajach do prowadzonych badań naukowych są włączane jedynie osoby z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, których diagnoza została potwierdzona badaniem ADOS-2.



Aby prawidłowo przeprowadzić badanie, diagnosta powinien nie tylko opanować procedurę poszczególnych zadań, ale również posiadać gruntowną wiedzę o prawidłowym rozwoju małego dziecka na wielu płaszczyznach.

Badanie przy użyciu narzędzia ADOS-2 trwa od ok. 40 do 60 minut i jest prowadzone za pomocą jednego, odpowiednio dobranej modułu. System modułów umożliwia dopasowanie protokołu do wieku i rozwoju badanej osoby. Dla każdego modułu został opracowany odpowiedni protokół zawierający wyszczególnioną listę prób, które należy przeprowadzić, a następnie odpowiednio zinterpretować. Próby to różne zabawy i aktywności, prowokujące wystąpienie określonych zachowań w trakcie naturalnie przebiegającej interakcji. Przed przystąpieniem do badania diagnosta powinien szczegółowo zapoznać się z procedurą badania, tak aby potrafił przeprowadzić każdą próbę zgodnie ze wszystkimi wytycznymi. Ponadto należy uzyskać podstawowe informacje o diagnozowanej osobie, czyli wiek i poziom rozwoju mowy, które umożliwią dobranie modułu i tym samym odpowiednie przygotowanie pomieszczenia, w którym będzie przeprowadzone badanie przy użyciu ADOS-2. Bezpośrednio po przeprowadzonym badaniu diagnosta wypełnia protokół, w którym precyzyjnie opisuje zachowania zaobserwowane w kolejnych próbach, np. częstotliwość i jakość inicjowania kontaktów społecznych badanej osoby.

Każda pozycja w protokole jest kodowana zgodnie z określonymi zasadami i przenoszona do algorytmu. Pozycje uwzględniane w algorytmie tworzą dwie skale: afektu społecznego oraz ograniczonego i powtarzanego zachowania, które po zsumowaniu dają wynik całkowity. Klasyfikacja ADOS-2 pozwala określić ten wynik jako „spektrum autyzmu” lub „poza spektrum”. Prawidłowa analiza całego badania umożliwia określenie wyniku porównawczego (określającego poziom nasilenia symptomów związanych ze spektrum autyzmu), a także przedstawienie mocnych i słabych stron badanej osoby, co może być pomocne przy planowaniu różnych interwencji terapeutycznych oraz monitorowaniu ich skuteczności.

Badanie ADOS-2 można wykonywać u dzieci od 12. miesiąca życia, młodzieży oraz osób dorosłych (nie ma górnej granicy wieku). W modułach T,

1 i 2 (przeznaczonych dla młodszych dzieci) badanie opiera się przede wszystkim na zabawie, natomiast w modułach 3 i 4 na rozmowie i częściowo ustrukturyzowanych zadaniach. Podczas badania młodszych dzieci w pokoju powinien być obecny rodzic lub inna bliska osoba. Badania ADOS-2 nie należy przeprowadzać u osób ze znaczącą niepełnosprawnością sensoryczną (np. głęboki niedosłuch, niedowidzenie) lub motoryczną.

Wczesna i szybka diagnoza zaburzeń ze spektrum

autyzmu jest niezwykle ważna, lecz także trudna. Z tego powodu na szczególną uwagę zasługuje moduł T (Toddler), umożliwiający badanie bardzo małych dzieci – od 12. do 30. miesiąca życia, nieposługujących się mową lub używających pojedynczych słów. Aby prawidłowo przeprowadzić badanie, diagnosta powinien nie tylko opanować procedurę poszczególnych zadań, ale również posiadać gruntowną wiedzę o prawidłowym rozwoju małego dziecka na wielu płaszczyznach. W wielu krajach prowadzone są dodatkowe szkolenia, podczas których diagnosty szczegółowo zapoznają się z procedurą przeprowadzenia badania, kodowania i analizy wyników modułu T.

Rzetelność polskiej wersji ADOS-2, oceniana na podstawie zgodności ocen sędziów, stabilności i zgodności wewnętrznej, została uznana za wysoką i bardzo wysoką (zależnie od modułu), a stabilność wyników w czasie jest bardzo wysoka. Tak dobre właściwości psychometryczne sprawiają, że ADOS-2 jest bardzo użyteczny zarówno w diagnostyce klinicznej, jak i w badaniach naukowych. Zastosowanie wystandaryzowanego narzędzia w procesie diagnozy całościowych zaburzeń rozwoju sprawia, że staje się ona bardziej wiarygodna, rzetelna i obiektywna.

Mimo wielu zalet ADOS-2 nie powinien być traktowany jako jedyne źródło informacji w procesie diagnostycznym. Pamiętajmy, że lekarz stawia diagnozę medyczną (nozologiczną) umożliwiającą dostęp do wysokospecjalistycznych świadczeń na podstawie całościowego obrazu klinicznego pacjenta. ■

Paulina Szymbańska

Lekarz, studentka studiów podyplomowych „Seksuologia kliniczna - opiniowanie, edukacja, terapia”. W trakcie studiów na wydziale lekarskim odbyła staże w Brazylii [2014] i na Tajwanie [2015]. Jest diagnostą klinicznym ADOS-2. Ukończyła trzystopniowe szkolenie stosowanej analizy zachowania. Od 2012 roku współpracuje z Fundacją JiM. Jest autorką dwóch ogólnopolskich Raportów JiM: „Dziecko z autyzmem. Dostęp do diagnozy, terapii i edukacji w Polsce” [2016] oraz „Sytuacja młodzieży i osób dorosłych z całościowymi zaburzeniami rozwoju w Polsce” [2017]. Prowadzi szkolenia dla specjalistów pracujących z osobami ze spektrum autyzmu.

WYKORZYSTANIE METODY INTEGRACJI SENSORYCZNEJ W TERAPII DZIECI Z AUTYZMEM

Autyzm jest całościowym zaburzeniem rozwoju o złożonej, wieloczynnikowej etiologii i zróżnicowanym obrazie funkcjonowania. Na przestrzeni ostatnich lat obserwowany jest wzrost liczby osób, które otrzymują rozpoznanie autyzmu czy zespołu Aspergera. Statystyki podawane w Polsce wskazują, że u 1 na 100 dzieci może być postawiona taka diagnoza¹. U wielu z nich dodatkowo pojawiają się zaburzenia w odbieraniu i przetwarzaniu bodźców sensorycznych, które istotnie wpływają na funkcjonowanie każdego człowieka.

MAGDALENA CHARBICKA

A merykańska Klasyfikacja Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 w swoich kryteriach uwzględnia aspekt sensoryczny „(...) stwierdzając obecność hiperreaktywności lub hiporeaktywności w odniesieniu do bodźców zmysłowych”². Osobom z ASD (*autism spectrum disorders*) towarzyszyć mogą nietypowe zainteresowania właściwościami sensorycznymi otoczenia, takimi jak: fascynacja bodźcami wzrokowymi, np. migoczącym światłem, błyszczącymi lub wirującymi przedmiotami, bodźcami dźwiękowymi, zapachowymi czy dotykowymi. Dzieci mogą obwąchiwać przedmioty, nadmiernie ich dotykać lub wręcz unikać dotyku. Mogą przesadnie reagować na zmiany temperatury czy w ogóle nie zwracać uwagi na bodźce bólowe. Często małe dzieci z autyzmem nie reagują na swoje imię czy głos bliskich osób, wydaje się jakby nie słyszały, tymczasem inny, cichy dźwięk, może być dla nich wręcz bolesny. Jak wynika z badań prowadzonych przez J. Ayres, osoby z autyzmem „(...) zazwyczaj ignorują

bodźce wzrokowe i słuchowe. Częściej używają węchu, smaku i dotyku, a także reagują na bodźce silne. Ponadto w obrębie tych samych modalności zmysłowych niektóre procesy percepcyjne są zaburzone, inne zaś bardzo sprawne”³.

Przetwarzanie sensoryczne u osób ze spektrum autyzmu

Problem przetwarzania sensorycznego w ASD jest zagadnieniem, o którym mówi się coraz szerzej. Same osoby ze spektrum autyzmu, self-adwokaci, mówią o swoich trudnościach z radzeniem sobie z sensorycznym światem⁴. Miejsca, w których jest nadmiar bodźców, przebywa mnóstwo ludzi, jest większy hałas, mogą powodować duży dyskomfort u osób z ASD. Ich układ nerwowy szybciej ulega przeciążeniu, co skutkować może lękiem, ogromnym stresem czy nawet agresją. O zaburzeniach przetwarzania sensorycznego u dzieci z autyzmem obszernie pisał C.H. Delacato w swojej książce *Dziwne niepojęte autystyczne dziecko*. Zauważył on, że dzieci te przez swoje zachowania wysyłają do nas komunikaty pokazujące, które systemy sensoryczne mogą u nich nie działać prawidłowo. Delacato wprowadził kategorie podobne od proponowanych przez Ayres. Opisał pięć podstawowych systemów sensorycznych: dotyk, wzrok, słuch, smak i węch. Problemy związane z przetwarzaniem sensorycznym określił w następujących grupach: nadwrażliwość, podwrażliwość i „biały szum”⁵. Zdaniem Delacato z „białym szumem” mamy do czynienia wówczas, kiedy u dziecka występują wrażenia niemieszczące się ani w kategorii nadwrażliwego odbierania bodźców, ani zmniejszonej reaktywności na bodźce sensoryczne. Mózg dziecka ma trudność z określeniem, czy bodziec pochodzi z zewnątrz, czy z wnętrza ciała, a doświadczenia z poszczególnych systemów sensorycznych mogą być odbierane jako: ciągłe odczuwanie w ustach jakiegoś

smaku, ssanie własnego policzka, warg, języka, patrzenie „przez” przedmioty i ludzi, dotykanie, mocne tarcie oczu, pojawianie się „gęsiej skórki” na całym ciele bez widocznego powodu, częste drapanie się po całym ciele, uderzanie rękami w głowę, uderzanie głową w różne powierzchnie, stałe wytwarzanie i wsłuchiwanie się w dźwięki wydawane przez siebie, hiperwentylacja i wiele podobnych⁶. Delacato, w swojej teorii nie uwzględnił systemu przedśionkowego i proprioceptywnego, których to znaczenie przedstawiła Ayres, jednak obserwując liczną grupę dzieci z autyzmem, wiele z zachowań opisanych przez autora można u niektórych dostrzec.

Spektrum zaburzeń autystycznych jest szerokie, a poziom funkcjonowania jest rozpięty zarówno w sferach: poznawczej i intelektualnej, jak i w sferze komunikacji, samodzielności czy motoryki. Im młodsze dziecko, im bardziej nasilone są zaburzenia autystyczne, tym współpraca z dzieckiem jest trudniejsza. Tym samym dynamika zmian w funkcjonowaniu tak małego dziecka jest zaskakująca. Czasami nowe umiejętności pojawiają się bardzo szybko, a czasem na efekty trzeba czekać długo. Problemem jest również słabsza koncentracja uwagi na zadaniu. Terapia integracji sensorycznej nie jest w stanie „uleczyć” z autyzmu. Niektóre zachowania mające charakter autostymulacji mogą mieć podłoże w nieprawidłowym przetwarzaniu informacji docierających ze zmysłów. Inne będą wynikać z rozpoznania i cech charakterystycznych dla autyzmu. Wnikliwa obserwacja dziecka, modyfikacja stawianych przed nim wyzwań i analiza jego zachowań powinna towarzyszyć terapii na każdym etapie sesji terapeutycznej. Szukanie odpowiedzi, dlaczego dziecko tak się zachowuje, jakich doświadczeń mu brakuje, a jakich ma za dużo, poma-



► Fot. 1. Polowanie na rybki
Źródło: zbiory własne

ga je zrozumieć. Nie wszystkie dzieci reagują na działania terapeutyczne tak samo. Jednak zdecydowanie większość z nich lepiej pracuje w warunkach ograniczających nadmiar bodźców. Zdaniem Ayres włączenie stymulacji przedśionkowej podczas działań edukacyjnych może wpłynąć również na poprawę koncentracji dziecka na zadaniu⁷.

W dalszej części artykułu przedstawiono case study chłopca z ASD. Jest on dość charakterystyczny dla dużej części maluchów z autyzmem, które dopiero zaczynają proces terapeutyczny.

Przypadek Aleksa

Aleks przyszedł na zajęcia pierwszy raz kiedy miał 3 lata. Na początku nie chciał współpracować z terapeutą, wykonywać żadnych zadań ani ćwiczeń. Przez większość czasu oglądał tylko cyfry i litery. Żadne próby zmotywowania go do zajęć nie przynosiły efektu – siedział w miejscu i bawił się schematycznie kilkoma wybranymi cyferkami. Żadne sprzęty, zabawki czy pomoce nie były dla niego atrakcyjne. Przez większość czasu chłopiec płakał. Nie chciał korzystać z huśtawek, nie był zainteresowany ani torem przeszkód, ani jazdą na deskorolce. Nie sprawiało mu przyjemności wchodzenie do tunelu, basenu z kulkami czy chowanie się w pudłach. W zajęciach chłopcu towarzyszyła mama, której czasami udawało się na krótki czas zainteresować synka proponowanymi zabawkami. U chłopca wyraźna była nadwrażliwość na bodźce dotykowe, pojawiały się reakcje awersyjne na dotyk terapeuty, unikał zabaw manipulacyjnych różnorodnymi materiałami. Aleks nie mówił, nie nawiązywał kontaktu wzrokowego, trzepotał palcami i rękoma, wykręcał palce. Chłopiec preferował aktywność siedzącą, w szerokim siadzie, gdzie potrafił „złożyć” się kiwając się do przodu.



Z „białym szumem” mamy do czynienia wówczas, kiedy u dziecka występują wrażenia niemieszczące się ani w kategorii nadwrażliwego odbierania bodźców, ani zmniejszonej reaktywności na bodźce sensoryczne. Mózg dziecka ma trudność z określeniem, czy bodziec pochodzi z zewnątrz, czy z wnętrza ciała.



Aleks przychodzi na zajęcia trzymając w dłoni jakiś drobny amulet – zazwyczaj jest to ulubiona cyferka lub literka. Jednak odkłada ją do torby i na ogół jest w stanie ćwiczyć bez trzymania tego przedmiotu (wcześniej wydawało się to niemożliwe).

Obecnie chłopiec ma 5 lat i uczęszcza do przedszkola, gdzie dość dobrze radzi sobie w grupie rówieśniczej. Z perspektywy czasu, analizując początki terapii, widać, ile umiejętności chłopiec nabył w ciągu dwóch lat intensywnych oddziaływań. Największym osiągnięciem jest to, że chętnie przychodzi na zajęcia i dzielnie wchodzi na salę. Dobrze współpracuje podczas sesji. Rozwinęła się u niego mowa, która czasami przybiera formy echolaliczne, jest jednak dużo mowy spontanicznej. Chłopiec czasami adekwatnie odpowiada na pytania, zdania są coraz bardziej rozbudowane. Obserwuje się nadal niskie umiejętności w zakresie motoryki małej związanej z ruchami precyzyjnymi, takimi jak zapinanie guzika, cięcie nożyczkami czy operowanie przyborem pisarskim. Główne obszary nieprawidłowości w zakresie przetwarzania sensorycznego, które można nadal zaobserwować u chłopca, to: nadwrażliwość dotykowa, podwrażliwy układ proprioceptywny i obniżone napięcie mięśniowe. Również równowaga wymaga dalszej pracy nad usprawnianiem. Aleks ciągle unika zabaw z wykorzystaniem mas plastycznych czy terapeutycznych, nadal niechętnie lepi z plasteliny, maluje farbami czy rysuje kredką. Kiedy ubrudzi ręce lub ubranie ogarnia go niepokój. Jednak reakcje te nie są aż tak skrajnie emocjonalne. Poprawiła się tolerancja dotyku innych osób. Mokre, zimne i śliskie masy powodują u niego reakcje awersyjne i Aleks domaga się natychmiastowego wytarcia rąk. Jednak niektóre masy wzbudzają zainteresowanie i chłopiec z ciekawości z nich korzysta.

Chłopiec lubi korzystać ze sprzętu podwieszanego, na którym może się bujać, najchętniej w pozycji siedzącej lub leżącej. Przyjemność sprawia mu każdy rodzaj ruchu na huśtawce oraz każda prędkość. Niechętnie korzysta z deski rotacyjnej. Nie lubi pozycji wyprostnej, szybko się męczy i zmienia ją. Lubi jeździć na deskorolce i coraz lepiej

radzi sobie z takimi zadaniami. Najchętniej wybiera statyczne pozycje. Lubi również wszelkiego rodzaju tory przeszkód, równoważnie, na które może się wspinać, jednak w tym zakresie chętnie podtrzymuje się innej osoby.

Pozostawiony sam sobie z przeszkodą, na którą może wejść, jest bardzo ostrożny, widać niepewność przy poruszaniu się i osłabione reakcje obronne podczas upadania. Spokojnie czeka na zmianę aktywności, sam też wybiera ulubione zabawy, takie jak korzystanie z trampoliny czy równoważni.

Jak w przypadku wielu dzieci z autyzmem Aleksa fascynują cyfry i litery. Uwielbia układać je i bawić się nimi przez długi czas. Szereguje je, podnosi na wysokość oczu, macha nimi i przekręca je, a następnie odkłada na miejsce. Chętnie wybiera miękkie, gumowe zabawki, które zgarnia w dłoń, rzuca do góry lub układa w szeregu. Czasami próby wytrącenia go z tej stymulującej aktywności skutkują krzykiem, protestem, a nawet agresją, a czasami przechodzi swobodnie do kolejnej aktywności. Aleks przychodzi na zajęcia trzymając w dłoni jakiś drobny amulet – zazwyczaj jest to ulubiona cyferka lub literka. Jednak odkłada ją do torby i na ogół jest w stanie ćwiczyć bez trzymania tego przedmiotu (wcześniej wydawało się to niemożliwe).

Proces terapeutyczny w pracy z Alekssem

Dzięki fascynacji literami i cyframi zaczęła się współpraca z chłopcem. Punktem wyjścia do udziału w proponowanych zabawach okazały się ulubione cyfry i literki. Chłopiec zainteresował się pojemnikami wypełnionymi materiałem nieustrukturyzowanym: kaszą, fasolkami i kawą. Początkowo wkładano do pojemników cyfry, tak aby wystawały i były widoczne. Kiedy chłopiec zaczął je wyciągać, powoli zostały włączane duże drewniane guziki, które Aleks wrzucał w szczelinę w pokrywie od pojemnika. Te czynności porządkowały go i sprawiały mu przyjemność. Również przyjemne były zabawy z wodą, których



► Fot. 2. Fasolowy tor przeszkód. Do miski można wejść, można też wysypać zawartość i odwrócić ją do góry dnem. I mamy schodki...

Źródło: zbiory własne

Tab. 1. Rodzaje aktywności oddziałujących na procesy pobudzenia i hamowania układu nerwowego dziecka¹⁰

Działania pobudzające dziecko	Działania wyciszające dziecko
Intensywny, dynamiczny ruch ze zmianą kierunku i prędkości	Spokojny, powolny i rytmiczny ruch
Żywe, jaskrawe kolory	Spokojne, przygaszone kolory
Pulsujące lub zmieniające się światło	Światło naturalne lub przyciemnione
Głośna, żywa muzyka	Muzyka cicha, relaksacyjna
Silne zapachy	Łagodne, delikatne zapachy
Nagle, niespodziewane zdarzenie	Stołość i przewidywalność w planie dnia
Zmiana temperatury, delikatny dotyk	Stoła temperatura, mocny docisk

wprowadzenie pozwoliło na koncentrację uwagi podczas wykonywanej czynności. Stopniowo udało się włączyć chłopca w ulubione zadania, wykorzystując również sprzęt podwieszany. Z zainteresowaniem Aleks korzystał z różnych form torów przeszkód. Podsuwanie ulubionych aktywności, ich modyfikacja i stopniowe dokładanie nowych zabaw znacznie rozszerzyły zakres aktywności tolerowanych przez chłopca. Dużą rolę w procesie terapeutycznym odegrali rodzice, którzy towarzyszyli chłopcu w zajęciach, czasami przejmując rolę terapeuty, kiedy Aleks nie chciał współpracować. Również w domu realizowali z chłopcem program „diety sensorycznej” zgodnie z zaleceniami. Oczywiście chłopiec korzystał też z innych oddziaływań terapeutycznych skoncentrowanych na stymulacji zaburzonych obszarów.

Jak zaplanować pracę terapeutyczną z dzieckiem ze spektrum autyzmu

Często w początkowej terapii małego dziecka ze spektrum ASD proces terapeutyczny nie przebiega tak, jak terapeuta sobie planuje. Dziecko, które nie ma jeszcze żadnych doświadczeń, ma trudności ze współpracą, reagowaniem na komunikaty do niego wysyłane, zrozumieniem sytuacji i zadań, które są przed nim stawiane. Reaguje płaczem, krzykiem lub złością, biega po sali, wyrzuca zabawki, rozsypuje drobne przedmioty. Ogólnie w przestrzeni tworzy się chaos, który nie sprzyja współdziałaniu. Warto w takich sytuacjach przeorganizować

przestrzeń i podejście do procesu terapii. Należy uwzględnić czas, jaki dziecko może poświęcić na skoncentrowanie się na zadaniu. Najczęściej jest on bardzo krótki i dziecko przechodzi do kolejnej aktywności, zatem pomysłów i propozycji zajęć dla dziecka trzeba mieć w zapasie sporo. Poniżej przedstawione zostały strategie, które mogą pomóc w procesie terapii.

Organizacja przestrzeni sali do terapii i procesu terapii – strategie przydatne na początku terapii

- Najczęściej w sali do terapii integracji sensorycznej jest dużo różnorodnych sprzętów, które fascynują i rozpraszają dziecko. Warto schować te sprzęty, z których dziecko nie korzysta. Łatwiej będzie mu również dokonywać wyborów aktywności, jeżeli pozostawimy to, co sprawia mu przyjemność. Osoby z ASD mają fenomenalną, wręcz fotograficzną pamięć wzrokową i czasami zmiana w otoczeniu może powodować lęk, a w konsekwencji ucieczkę od ćwiczenia, które wydawało się już opanowane. Warto rozważyć, czy nie jest to efekt wprowadzenia w otoczeniu nowego bodźca, który spowodował u dziecka niepokój.
- Drobne przedmioty i sypkie materiały warto schować w pojemniki i postawić poza zasięgiem dziecka. W przeciwnym razie mogą one szybko wylądować na podłodze i w konsekwencji trzeba będzie zająć się ich sprząaniem. Podobnie jest z układankami, puzzlami, memo, czy innymi dobierankami – zbieranie stu rozsypanych obrazków może być frustrujące. Schemat i przewidywalność pomaga organizacyjnie dzieciom z ASD. Można wprowadzić zdjęcia lub obrazki będące mini planem działań, które oferuje się dziecku. Pozwolą one kontrolować przez dziecko to, co będzie się działo, a terapeucie dyskretnie zmieniać znany dziecku schemat.
- Zadania stawiane przed dzieckiem muszą się mieścić w obszarze jego możliwości. To, co jest w strefie najbliższego rozwoju, będzie dla dziecka możliwe do wykonania⁸. Zadania zbyt trudne i zbyt proste mogą spowodować pojawienie się zachowań niepożądanych. Również wprowadzenie zbyt wielu nowych ćwiczeń w terapii może się do tego przyczynić. Optymalną zasadą jest zasada 80/20, gdzie 80 procent zadań to takie, które dziecko zna i lubi, a 20 procent to proponowane przez nas nowości⁹.
- Do aktywizowania dziecka można wykorzystać jego zainteresowania. Dziecko, które fascynuje się cyframi, może rzucać kostką i przewozić taką ilość woreczków, jaka wypadła liczba oczek, miłośnik liter może pokonywać tor przeszkód, przenosząc brakujące elementy układanki z literami, zaś fan dinozaurów może je wykopywać niczym archeolog z góry grochu w pojemniku z materiałem nieustrukturyzowanym.
- „Skarbczyk sensoryczny” to pudełko zawierające wyjątkowe zabawki. Zazwyczaj znajdzie się tam jakaś zabawka czy przedmiot, który zainteresuje dziecko

z ASD i spowoduje chęć jego zdobycia, a tym samym jakieś choćby powierzchowne zwrócenie uwagi na terapeutę. W skarbczyku znajdują się: masy plastyczne i elastyczne, masy świecące w ciemności, masażyery wibracyjne i ze światłem, grające i świecące zabawki typu bąk, bańki mydlane, gumowe gniotki-zwierzątka: ośmiornice, myszki w serce, żaby, biedronki, smoki, piłeczki kolczaste, ciężkie kolczaste wałki do masażu, książeczka z cyframi, puzzle z literami, drewniane nakładanki typu figury geometryczne nakładane na pionowe kołki, guziki w pudełku-skarbonce, drobne dinozaury, małe autka, latarki z pulsującym światłem, fakturowe rękawice, kawałki taśm oporowych itp. Taki skarbczyk może mieć zastosowanie również w domu lub w przedszkolu – pomaga dziecku się zorganizować.

- W procesie terapii ważnym sojusznikiem są rodzice. Oni najlepiej znają swoje dziecko, mogą zatem pomóc znaleźć to coś, co zainteresuje dziecko. Małe dziecko czuje się znacznie bezpieczniej, mając w zasięgu wzroku bliskie mu osoby. Jednak przede wszystkim rodzice, obserwując zajęcia, a czasami aktywnie w nich uczestnicząc, mają szansę zrozumieć czemu ta zabawa ma służyć, co jest w terapii ważne, jakie pomysły mogą kontynuować w domu. Udział w zajęciach pozwala im lepiej zrozumieć znaczenie procesów sensorycznych dla rozwoju dziecka oraz jego problemy i niektóre zachowania. W zależności od funkcjonowania dziecka można wprowadzić modyfikację środowiska oddziałującą pobudzająco lub wyciszająco na dziecko. W tabeli 1. zaprezentowano działania wpływające na poszczególne procesy.
- Pomocne będzie zapewnienie dziecku dostępu do aktywności sensorycznych, które będą oddziaływały na układ proprioceptywny. Pozwala to na zorganizowanie dziecka, dostarczenie mu wiedzy o tym, co się dzieje z jego ciałem, wyciszenie go, a tym samym lepszą samokontrolę. Ponieważ wiele zabaw może być dla dziecka niezrozumiałych, można zastosować wsparcie wizualne w postaci wskazówek pomagających zrozumieć zadanie. „Przepychanie”

ściany, czy pompki na ścianie są trudne do wytłumaczenia, a dziecko z ASD często nie potrafi naśladować. Można więc na ścianie przykleić kolorowe łapki (dłonie), pięć par różnej barwy. Komunikat kierowany do dziecka „Przybij czerwone, zielone itp. piątki” pozwoli mu „upadać” na ścianę, pchać rączki itp. Podobne pomysły można zastosować naklejając stopy na podłogę, po których dziecko będzie skakać.

- Z uwagi na zamiłowanie do uporządkowanego świata dzieci z ASD, warto tak organizować zadania, aby dziecko widziało wyraźny początek i koniec swojego działania. I tak układamy taką liczbę woreczków, kół, koralików, piłek, ile dziecko ma podać, wrzucić, nałożyć, nawlec. Nie może ich być za dużo, bo nadmiar zniechęci każdą nawet najbardziej zmotywowaną osobę. Jeżeli dziecko widzi ubywające przedmioty, to wie, że zadanie się kończy, i będzie bardziej zmotywowane. Pomocne są tu również odmierzacze czasu.

Z chwilą, kiedy zaobserwuje się wzrost zainteresowania proponowanymi zadaniami, własną aktywność i pomysły dziecka, należy rozszerzać i uelastyczniać zajęcia. Opowiadanie historii zaangażuje dziecko emocjonalnie i zmotywuje do dalszej zabawy. Należy pamiętać o dawaniu dziecku wyboru, uruchamianiu wyobraźni i kreatywności oraz rozwijaniu zabawy. Wszak rolą dziecka jest poznawać świat, bawiąc się, a ta sfera w autyzmie jest mocno zaburzona. ■

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 autystycznym. Koordynatorka autorskich studiów podyplomowych w Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi „Diagnoza, terapia i edukacja dzieci, młodzieży i dorosłych z autyzmem i zespołem Aspergera. Bierze udział w projektach walidacyjnych mających za zadanie wprowadzenie różnych narzędzi diagnostycznych pomocnych w pracy terapeuty min. ADOS-2, PEP-3, System Oceny Zachowań Adaptacyjnych ABAS-3. Jeste autorem książek „Dziecko z zespołem Aspergera” oraz „Integracja sensoryczna każdego dnia”. Na co dzień zajmuje się diagnozą i terapią osób z ASD.

Przypisy:

- ¹ <https://polskiautyzm.pl/?s=statystyki> [data dostępu 10.05.2018 r].
- ² Patyk K., Borkowski G., *Zasady tworzenia przyjaznego środowiska dla osób z autyzmem*, [w:] Patyk K., Panasiuk M [red.] *Wsparcie młodzieży i dorosłych z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*, Sopot 2017, GWP.
- ³ Przyrowski Z., *Integracja sensoryczna. Wprowadzenie do teorii, diagnozy i terapii*, Empis, Warszawa 2012.
- ⁴ Wypowiedzi self-advokatów podczas konferencji w Radomiu „Od teorii do dobrej praktyki. Uczeń ze spektrum autyzmu”, 12.05.2018 r.
- ⁵ Delacato C.H., *Dziwne, niepojęte. Autystyczne dziecko*. Warszawa: Fundacja Synapsis 1995.
- ⁶ Delacato C.H., *Dziwne, niepojęte. Autystyczne dziecko*. Warszawa: Fundacja Synapsis 1995.
- ⁷ Maas V.F., *Integracja sensoryczna a neuronauka - od narodzin do starości*, Fundacja Innowacja i Wyższa Szkoła Społeczno-Ekonomiczna, Warszawa 2007.
- ⁸ Filipiak E., *Nauczanie rozwijające we wczesnej edukacji według Lwa S. Wygotskiego. Od teorii do zmiany w praktyce*, Agencja Reklamowo-Wydawnicza ArtStudio, Bydgoszcz 2015.
- ⁹ Z zasadą 80/20 spotkałam się podczas szkoleń z Beatą Balcerek-Bunio, psychologiem klinicznym i specjalistą terapii małych dzieci. Na przestrzeni wielu lat pracy sprawdza się ona skutecznie.
- ¹⁰ Na podstawie materiałów szkoleniowych i książki Emmons P.G., McKendry Anderson L., *Dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej. Zaburzenia rozwojowo-sensoryczne oraz edukacyjne występujące w ramach autyzmu, ADHD, trudności szkolnych oraz zaburzeń dwubiegunowych*, Wydawnictwo K.E. Liber, Warszawa 2007.

Literatura:

- Ayres J., *Dziecko a integracja sensoryczna*, Gdańsk, Harmonia Universalis 2015.
- Charbicka M., *Integracja sensoryczna przez cały rok*, Difin, Warszawa 2017.
- Delacato C.H., *Dziwne, niepojęte. Autystyczne dziecko*, Fundacja Synapsis, Warszawa 1995.
- Emmons P.G., McKendry Anderson L., *Dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej. Zaburzenia rozwojowo-sensoryczne oraz edukacyjne występujące w ramach autyzmu, ADHD, trudności szkolnych oraz zaburzeń dwubiegunowych*, Wydawnictwo K.E. Liber, Warszawa 2007.
- Filipiak E., *Nauczanie rozwijające we wczesnej edukacji według Lwa S. Wygotskiego. Od teorii do zmiany w praktyce*, Agencja Reklamowo-Wydawnicza ArtStudio, Bydgoszcz 2015.
- Maas V.F., *Integracja sensoryczna a neuronauka - od narodzin do starości*, Fundacja Innowacja i Wyższa Szkoła Społeczno-Ekonomiczna, Warszawa 2007.
- Patyk K., Borkowski G., *Zasady tworzenia przyjaznego środowiska dla osób z autyzmem* [w:] Patyk K., Panasiuk M [red.] *Wsparcie młodzieży i dorosłych z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*, GWP, Sopot 2017.
- Przyrowski Z., *Integracja sensoryczna. Wprowadzenie do teorii, diagnozy i terapii*, Empis, Warszawa 2012.

ZABURZENIA PRZETWARZANIA SENSORYCZNEGO

U DZIECI AFATYCZNYCH



Ocena procesów przetwarzania sensorycznego jest bardzo złożona i nie należy do najłatwiejszych, ponieważ duże znaczenie ma analiza wyników prób klinicznych, obserwacji dziecka podczas różnych aktywności oraz ocena koncentracji uwagi, reaktywności, a także funkcjonowania emocjonalno-społecznego. Do przeprowadzenia właściwej oceny konieczne są nie tylko wnikliwe badania, ale także wiedza o codziennym funkcjonowaniu dziecka.

JADWIGA POLAKIEWICZ

Co kryje się pod pojęciem przetwarzania sensorycznego?

Punktem wyjścia do wyjaśnienia procesu przetwarzania sensorycznego są zmysły. Wśród ich najważniejszych zadań należy wymienić: zapewnienie bezpieczeństwa, szeroko pojęte uczenie się oraz formułowanie adekwatnych reakcji na zmiany i wymagania środowiska. Kiedy myślimy o zmysłach, najważniejsze wydają się wzrok, słuch, smak i węch. Jednak fundamentalne dla rozwoju są trzy inne: **zmysł przedsionkowy, proprioceptywny i dotykowy**.

Ośrodek **zmysłu przedsionkowego**, zwanego zmysłem równowagi lub błędniakiem, znajduje się w uchu wewnętrznym. Informuje on o ruchach głowy, kierunku i prędkości ruchu oraz o działaniu siły grawitacji. **Zmysł proprioceptywny** (czucia głębokiego) odbiera wrażenia z mięśni i stawów. Pozwala nam czuć swoje ciało i kierować jego ruchami. **Zmysł dotyku** – pozyskujący informacje ze skóry – jest niezwykle ważny dla zapewnienia nam bezpieczeństwa. Jest także podstawowym narzędziem poznawania świata oraz budowania więzi z innymi ludźmi.

Aby dziecko harmonijnie się rozwijało, potrzebne jest nie tylko prawidłowe funkcjonowanie poszczególnych zmysłów, ale także ich wzajemna współpraca. Kiedy zmysły mają trudności z odbiorem bodźców, a mózg nie radzi sobie z łączeniem i porządkowaniem tych informacji, mówimy o zaburzonym przetwarzaniu sensorycznym (zaburzonej integracji sensorycznej).



Kiedy zmysły mają trudności z odbiorem bodźców, mózg nie radzi sobie z łączeniem i porządkowaniem tych informacji, mówimy o zaburzonym przetwarzaniu sensorycznym (zaburzonej integracji sensorycznej).

Jakie trudności w zakresie przetwarzania sensorycznego obserwujemy u dzieci afatycznych?

Niedokształcenie mowy o typie afazji jest zaburzeniem o podłożu neurologicznym. Wynika z tego, że w funkcjonowaniu układu nerwowego są pewne dysfunkcje. Dlatego dzieci afatyczne oprócz objawów specyficznych, dotyczących zaburzonego rozwoju mowy i języka, prezentują szereg innych trudności, określanых mianem objawów niespecyficznych.

Zalicza się do nich: obniżoną sprawność motoryczną, zaburzenia uwagi, pamięci, percepcji słuchowej, wzrokowej, zaburzenia dynamiki procesów nerwowych, męczliwość oraz trudności w sferze emocjonalno-społecznej. Problemy te mają również związek z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego. U dzieci afatycznych powszechnie rejestruje się objawy zaburzeń integracji sensorycznej. Są wśród nich zarówno dzieci z niewielkimi dysfunkcjami w tym zakresie, jak i z głębokimi trudnościami.

Często obserwuje się zaburzenia modulacji bodźców zmysłowych. Modulacja sensoryczna to proces, który polega na wzmacnianiu lub hamowaniu aktywności neuronalnej tak, aby była zsynchronizowana z pozostałymi funkcjami układu nerwowego. Twórczyni teorii integracji sensorycznej, A. Jean Ayres¹, określa modulację jako autoregulację aktywności układu nerwowego. Zaburzenia te skutkują niewłaściwym dopasowaniem zachowania do działającego bodźca. Reakcja na bodziec może być zbyt słaba lub wygórowana. W zaburzeniach modulacji istotne znaczenie ma pojęcie progu pobudzenia oraz poziomu pobudzenia ośrodkowego układu nerwowego. Dzieci charakteryzujące się wysokim progiem pobudzenia potrzebują silnych bodźców, aby podjąć działanie. Mówimy wtedy o podwrażliwości, która może dotyczyć wszystkich zmysłów. U dzieci afatycznych najczęściej można zaobserwować objawy podwrażliwości przedsiolkowo-propryoceptywnej i dotykowej. Dzieci „podwrażliwe” mogą być ospałe i bierne, słabo i z opóźnieniem reagujące na zmiany sensoryczne w otoczeniu. Takie przypadki wśród dzieci afatycznych zdarzają się rzadko. Częściej można spotkać „podwrażliwych” poszukiwaczy bodźców. Są oni nadruchliwi, wszystkiego chcą dotknąć i doświadczyć. Poszukują intensywnych doznań, by osiągnąć właściwy poziom pobudzenia układu nerwowego. Spotykamy też dzieci, które – mając niski próg pobudzenia – są nadwrażliwe na bodźce, szczególnie dotykowe czy słuchowe. U dzieci afatycznych dość często występuje nadwrażliwość słuchowa. Takim dzieciom trudno się skupić na zajęciach, bo każdy dźwięk je rozprasza, źle znoszą hałas w jadalni, w świetlicy, w sali gimnastycznej. Obserwujemy również nadwrażliwość dotykową. Dzieci, w obawie przed niespo-

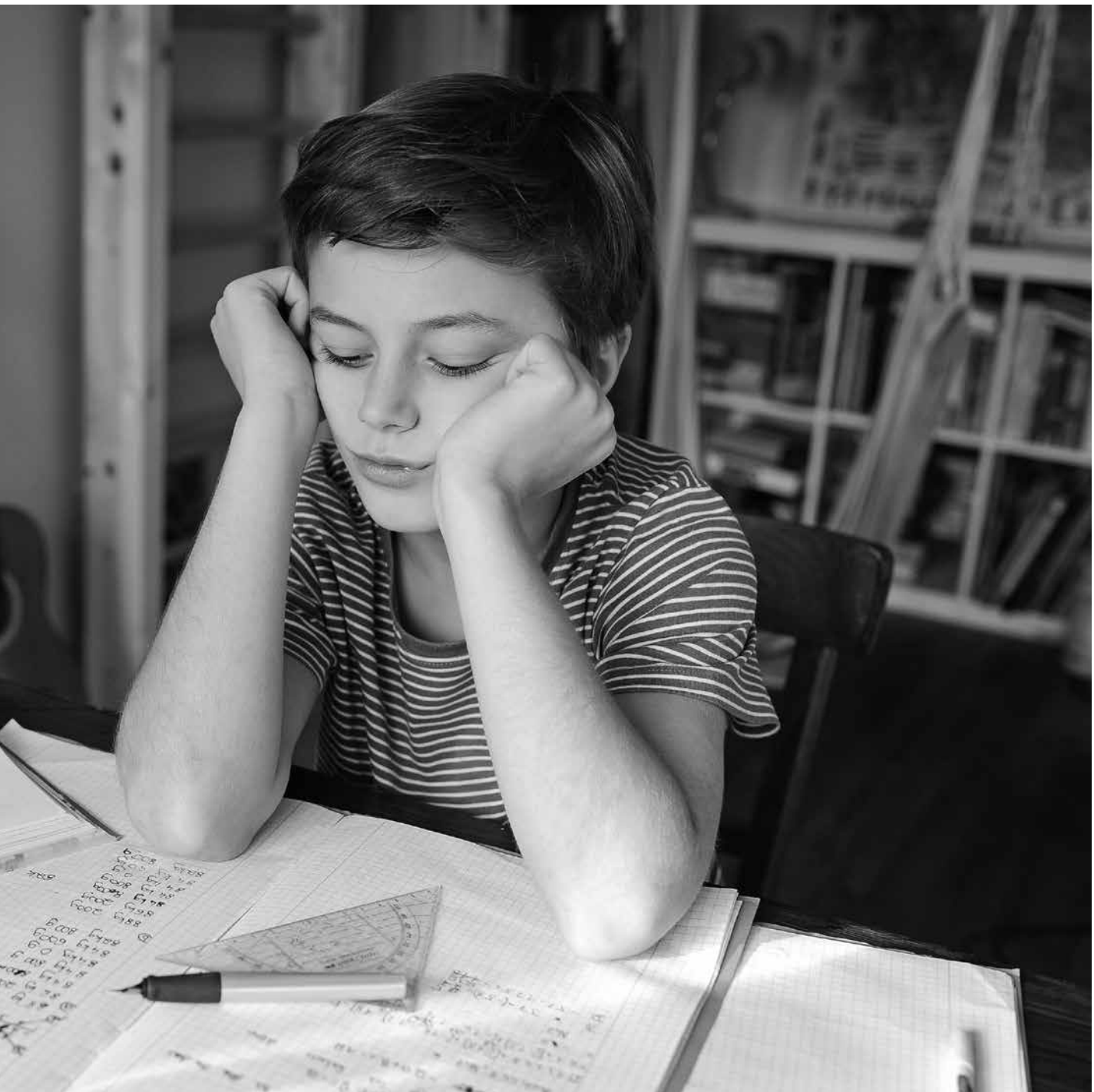
dziewanymi lub nowymi wrażeniami dotykowymi, unikają ich, tracąc okazję do wielozmysłowego poznawania świata. Zaburza to także ich kontakty z innymi osobami. Często nadwrażliwość dotykowa dotyczy sfery oralnej. Wiąże się to zwykle ze znacznymi ograniczeniami w diecie dziecka, a co za tym idzie – z ograniczoną liczbą doświadczeń czu-



ciowych w obrębie jamy ustnej. Ma to negatywny wpływ na rozwój sprawności aparatu artykulacyjnego i prowadzi do nieprawidłowej realizacji głosek.

Kolejną kategorią zaburzeń SI obserwowaną u dzieci afatycznych są zaburzenia motoryczne. Dobra sprawność motoryczna rozwija się dzięki właściwej integracji bodźców przedsionkowych, proprioceptywnych i dotykowych. U dzieci afatycznych często obserwujemy zakłócenia w działaniu tych bazowych zmysłów i ich integracji. Objawia się to słabym czuciem własnego ciała, zakłóceniami w regulacji napięcia mięśniowego (najczęściej obniżone napięcie mięśniowe), nieprawidłowościami postawy,

kłopotami w równowadze, koordynacji oraz osłabioną zdolnością planowania motorycznego. Ten rodzaj trudności obserwujemy najczęściej u dzieci z niedokształceniem mowy o typie afazji motorycznej. Prakcja jest zdolnością mózgu do zaplanowania i przeprowadzenia sekwencji działań (ruchów) w nowej sytuacji. Głębokie trudności w tym zakresie nazywamy dyspraksją. Dzieci dyspraktyczne wiedzą, co należy zrobić, mają jednak problem z wyobrażeniem sobie akcji ruchowej i z jej realizacją. Ich kłopoty ujawniają się również w trudnościach z opanowaniem czytania i pisania, gdyż bardzo wolno zapamiętują nowe wzorce ruchowe. Problem zaburzonej zdolności planowania



motorycznego u dzieci afatycznych dotyczy często ruchów artykulacyjnych. Mówimy wtedy o zaburzeniach praksisy i kinestezji artykulacyjnej.

Ostatnią grupą zaburzeń przetwarzania sensorycznego są trudności z różnicowaniem bodźców. Charakteryzują je kłopoty z dostrzeganiem podobieństw i różnic między działającymi bodźcami, trudności we wskazaniu właściwości danego bodźca. Przejawia się to np. w kłopotach dzieci z rozpoznawaniem dotykowym przedmiotów, faktur, temperatury. Może ujawniać się także w trudnościach z dostosowaniem siły potrzebnej do wykonania danej czynności. Mylenie liter podobnych kształtem, kłopoty z wyszukaniem obrazka wśród wielu innych, trudności w układankach (mozaiki, puzzle) również mogą świadczyć o tego typu trudnościach. U dzieci z n.m. o typie afazji można zaobserwować zaburzenia różnicowania sensorycznego w zakresie wszystkich zmysłów, ale szczególnie dotyczą one przetwarzania słuchowego. Dzieci myślą podobnie brzmiące głoski i słowa. Utrudnione jest przetwarzanie i rozumienie poleceń, pytań, instrukcji oraz treści słuchanych tekstów. Kłopoty te nasilają się w miejscach, w których występują inne dźwięki w tle, np. w sali gimnastycznej, w klasie. Dotyczy to zwłaszcza dzieci z afazją percepcyjną.

Jakie są istotne aspekty diagnozy i terapii przetwarzania sensorycznego u dzieci afatycznych?

Ocena procesów przetwarzania sensorycznego jest trudna i złożona. Istotne znaczenie ma wnikliwa analiza wyników prób klinicznych, obserwacji dziecka podczas spontanicznej i zadaniowej aktywności, a także ocena koncentracji uwagi, reaktywności, funkcjonowania emocjonalno-społecznego. Ogromne znaczenie mają informacje uzyskane od rodziców i nauczycieli oraz wywiad medyczny. Należy pamiętać, że do właściwej oceny przetwarzania sensorycznego dziecka potrzebne jest nie tylko przeprowadzenie stosownych badań, ale też szeroka wiedza o jego funkcjonowaniu. Proces diagnozy oraz planowanie interwencji terapeutycznych wymaga wnikliwości i ostrożności.

Terapia odbywa się na podstawie wyników diagnozy problemów dziecka w zakresie przetwarzania bodźców. Głównym zadaniem terapii SI jest dostarczenie kontrolowanej liczby bodźców zmysłowych, w szczególności z trzech zmysłów bazowych: przedsionkowego, proprioceptywnego i dotykowego. Polega to na aranżowaniu takich aktywności dziecka, by wyzwalać w nim właściwe reakcje, poprawiające jednocześnie integrację tych bodźców. Aby ćwiczenia spełniały dla dziecka rolę terapeutyczną, muszą być

dla niego właściwym wyzwaniem. Nie mogą być ani zbyt łatwe, ani zbyt trudne. Trzeba balansować na granicy możliwości pacjenta. Podstawowym celem terapii SI nie jest nauka konkretnych umiejętności, ale wzmacnianie procesów nerwowych, które warunkują ich naturalny rozwój.

Na zajęciach terapeutycznych inicjatywę ma zarówno terapeuta, jak i dziecko. Propozycje zabaw są podyktowane potrzebami sensorycznymi dziecka, których zaspokojenia aktywnie poszukuje, ale uwzględniają również bodźce, których ono unika, bo jest na nie nadwrażliwe. Dziecko, współtworząc zajęcia, staje się pewniejsze siebie. Cieszy je to, że jego pomysły są ciekawe dla innych. Wymyślając zabawy, tory przeszkód, uczy się planowania i działania według planu. Werbalizując zasady wymyślonej przez siebie zabawy oraz wykonywanych czynności, doskonalą umiejętności komunikacyjne. Wykonując różne ćwiczenia na czas lub w określonym czasie, coraz lepiej rozumie jednostki czasowe. Dziecko z zaburzeniami SI jest mniej sprawne od rówieśników, w związku z tym może unikać różnych sytuacji zadaniowych, zwłaszcza związanych z obszarem dysfunkcji (np. wspinanie się na drabinki w niepewności grawitacyjnej) Udział w terapii SI pozwala te często zgeneralizowane już lęki przełamywać.

W jaki sposób terapia SI wspomaga rozwój mowy?

W teorii integracji sensorycznej zwraca się uwagę na istotną rolę układu przedsionkowego dla rozwoju funkcji słuchowo-językowych. Istnieje anatomiczna zależność pomiędzy narządem słuchu a układem przedsionkowym. Obydwa układy sensoryczne są zlokalizowane w uchu. Ponadto bodźce słuchowe i przedsionkowe przesyłane są do OUN tym samym nerwem czaszkowym. Dlatego w trakcie zajęć terapeutycznych używamy sprzętów służących do stymulacji tego bazowego systemu sensorycznego: różnego rodzaju huśtawek, hamaka czy deskorolki. W trakcie stymulacji przedsionkowej wprowadzamy ćwiczenia językowe, np. rytmiczne recytowanie prostych wierszyków, wyliczanek, zabaw słownych doskonalących percepcję słuchową, ćw. doskonalących orientację w schemacie własnego ciała.

Istotne znaczenie dla rozwoju mowy ma także prawidłowe funkcjonowanie zmysłu dotyku i czucia głębokiego. Na podstawie właściwie odbieranych wrażeń czuciowych może być formułowana precyzyjna reakcja ruchowa. Dotyczy to wszystkich czynności, w tym mówienia. Precyzyjny ruch narządów artykulacyjnych musi mieć właściwe oparcie. Stabilizacja oralna zależy od rozwoju stabilizacji tułowia, następnie barków i szyi. Potem rozwija się stabilizacja szczęki,



U dzieci z n.m. o typie afazji można zaobserwować zaburzenia różnicowania sensorycznego w zakresie wszystkich zmysłów, ale szczególnie dotyczą one przetwarzania słuchowego. Kłopoty te nasilają się w miejscach, w których występują inne dźwięki w tle.

a na końcu możliwość swobodnych ruchów języka. U dzieci afatycznych często obserwujemy obniżone napięcie mięśniowe, a co za tym idzie – niewłaściwą stabilizację.

Rozwój sprawności aparatu artykulacyjnego zależy również od właściwego przebiegu kolejnych etapów w jedzeniu. Ważne jest także zróżnicowanie diety dziecka. To, co dziecko je, oprócz doznań smakowych jest także

Podsumowując, należy podkreślić, że zajęcia w sali SI to tylko jeden z elementów terapii SI. Bardzo ważna jest tzw. dieta sensoryczna dziecka, na którą składają się wszystkie aktywności, w których uczestniczy. Każde dziecko z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego jest inne, każde ma swoje niepowtarzalne potrzeby sensoryczne i przejawia inne trudności. Ważne jest, aby te specyficzne potrzeby



U dzieci afatycznych najczęściej obserwujemy objawy podwrażliwości przedsionkowo-propryoceptywnej i dotykowej. Najczęściej są to „podwrażliwi” poszukiwacze bodźców – czyli dzieci nadruchliwe, które wszystkiego chcą dotknąć i doświadczyć.

nośnikiem wrażeń czuciowych w obrębie aparatu artykulacyjnego. Ważne jest więc, aby niwelować nadwrażliwości w tym zakresie. Ograniczenia diety spowodowane nadwrażliwością na strukturę, zapach, czasem wygląd pokarmu to dość częsty objaw zaburzeń integracji sensorycznej u dzieci afatycznych. Ważną rolę w terapii integracji sensorycznej odgrywa różnorodność bodźców dotykowych. Wykorzystujemy więc piłki z różnych materiałów, o zróżnicowanej fakturze, a także wałki, szczotki, masażery. Dzieci mogą bawić się wodą, tworzyć masy plastyczne z naturalnych składników.

Istotnym zadaniem w terapii integracji sensorycznej u dzieci afatycznych jest usprawnianie zdolności planowania motorycznego. Służą temu m.in.: naśladowanie sekwencji ruchowych lub wykonywanie ich na polecenie, tworzenie torów przeszkód, wykonywanie danego zadania różnymi sposobami czy uczenie się nowych umiejętności.

Na zajęciach terapeutycznych tak dobieramy zabawy, by oprócz poprawy procesów przetwarzania sensorycznego stymulować rozwój języka oraz wspomagać zapamiętywanie liter, cyfr, nazw określających relacje przestrzenne i czasowe. W trakcie zajęć (szczególnie podczas stymulacji przedsionkowej) wprowadzamy ćwiczenia percepcji wzrokowej, słuchowej oraz czytania.

W terapii procesów przetwarzania sensorycznego bardzo ważną rolę odgrywa motywacja. Im większe jest zaangażowanie dziecka w wykonywane zadania terapeutyczne, tym szybsze i bardziej zauważalne efekty terapii. Zasadnicze znaczenie ma także różnorodność otoczenia, w którym przebiega terapia. Dobrze wyposażona sala, dająca możliwość zbierania różnorodnych doświadczeń zmysłowych, zwłaszcza przedsionkowych, proprioceptywnych i dotykowych również wpływa na efekty terapii.

Bardzo ważna jest współpraca z rodzicami. Często omówienie wyników diagnozy ułatwia im zrozumienie zachowań dziecka i jest dla nich dużym odkryciem. To zrozumienie przynosi ulgę i pozwala świadomie zaspokajać potrzeby sensoryczne dziecka. W czasie spotkań z terapeutą rodzice dowiadują się, jak ważną rolę w rozwoju integracji sensorycznej odgrywają codzienne czynności, takie jak: mycie, ubieranie się, posiłki, a także zróżnicowane formy spędzania wolnego czasu.

w miarę możliwości określić i dobrać odpowiednią dietę sensoryczną. Podobnie, jak niezdrowe jest objadanie się lub niedojadanie, tak samo układ nerwowy może być przestymulowany lub niedostymulowany. Właściwa dieta sensoryczna będzie wpływać na normalizację zaburzonych systemów zmysłowych i stymulować harmonijny rozwój dziecka. W Ośrodku Szkolno-Wychowawczym dla Dzieci z Afazją w Krakowie staramy się dbać o środowisko bogate pod względem różnorodnych bodźców sensorycznych. Sprzyjają temu codzienne zajęcia, w czasie których dziecko porusza się, śpiewa, tańczy, ogląda, dotyka, wącha, smakuje. Bogactwo wrażeń zmysłowych daje również bardzo dobrze wyposażony plac zabaw. Zajęcia rytmiczne, taneczne, sportowe są również miejscem intensywnego doskonalenia procesów integracyjnych.

Oprócz pobudzania zmysłów pamiętamy o umożliwieniu dzieciom wyciszenia, wyłączenia się z aktywności, która im nie służy. Ważne podkreślenie jest to, że zdecydowana większość dzieci bardzo lubi te zajęcia. Są dla nich przede wszystkim radosną i twórczą zabawą.

Terapia integracji sensorycznej stanowi ważne ogniwo w kompleksowych oddziaływaniach terapeutycznych w pracy z dzieckiem afatycznym. Współpraca logopedy z terapeutą integracji sensorycznej może przyczynić się do uzyskania lepszych efektów terapii logopedycznej. ■

Jadwiga Polakiewicz

Pedagog specjalny z wieloletnim doświadczeniem, nauczyciel edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej, terapeuta integracji sensorycznej, pracuje w Ośrodku Szkolno-Wychowawczym dla Dzieci z Afazją w Krakowie.

Przypis:

¹ A.J. Ayres za: Z. Przyrowski, *Zaburzenia modulacji sensorycznej*, „Integracja Sensoryczna” 2007, r. 7, nr 2.

Literatura:

- Borkowska M, Wagh K., *Integracja sensoryczna na co dzień*, Warszawa 2010.
- Grzybowska E., *O dyspraksji, czyli wiem co, ale nie wiem jak*, „Integracja Sensoryczna” 2008, r. 8, nr 2.
- Kranowitz C.S., *Niezgrane dziecko. Zaburzenia przetwarzania sensorycznego - diagnoza i postępowanie*, Gdańsk 2012.
- Odowska-Szlachcic B., *Metoda integracji sensorycznej we wspomaganiu rozwoju mowy u dzieci z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego*, Gdańsk 2010.
- Przyrowski Z., *Zaburzenia modulacji sensorycznej*, „Integracja Sensoryczna” 2007, r. 7, nr 2.

ROZWIJANIE PROCESÓW PRZETWARZANIA SENSORYCZNEGO U DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM

Scenariusz: Rozwijanie sprawności zmysłów bazowych u dziecka z zaburzeniami modulacji w postaci nadreaktywności zmysłów bazowych

TEMAT: Zabawy sensoryczne	
CEL OGÓLNY	Zwiększanie poziomu tolerancji bodźców zmysłowych za pomocą aktywności rozwijających bazowe systemy sensoryczne
CELE SZCZEGÓLWE	<ul style="list-style-type: none"> • stymulacja zmysłu dotyku, • rozwijanie koordynacji wzrokowo-ruchowej, • stymulacja układu przedsionkowego, • zwiększanie koncentracji uwagi na zadaniu, • zwiększanie tolerancji na zmianę ułożenia ciała w przestrzeni, • rozwijanie zdolności rotacji nadgarstka, • ćwiczenia oddechowe
POMOCE DYDAKTYCZNE	Piłka plażowa, ścieżka sensoryczna z mat obszytych tkaninami o różnych fakturach, równoważnia, piórka, balonik z długą nitką, podwieszany konik terapeutyczny, materac o śliskiej powierzchni, zdjęcia przedmiotów, piłka plażowa z dzwoneczkiem w środku, gazeta zwinięta w długi rulon, dyski sensoryczne, łyżeczka, chustki, ściereczki o różnej fakturze, przedmioty codziennego użytku, zabawki, które nie zniszczą się pod wpływem upadku, na przykład klocki, auta, kubki, kostki wypełnione wodą do zamrażania, gąbki do mycia naczyń, ziarna fasoli, słóiczki po kremach, miska, woda, płyn do mycia naczyń, barwnik spożywczy, olejek zapachowy, trzepaczka do jajek
CZAS REALIZACJI	Jedno spotkanie terapeutyczne

PRZEBIEG ZAJĘĆ

Ćwiczenie 1.

Czworakowanie po ścieżce sensorycznej z popychaniem nosem piłki plażowej.

Ćwiczenie 2.

Kołysanie się na równoważni i zdmuchiwanie piórek z dłoni.

Ćwiczenie 3.

Odbijanie balonika w siedzeniu na podwieszonym koniu terapeutycznym, balonik przywiązany jest do nadgarstka dziecka.

Ćwiczenie 4.

Obroty w leżeniu na brzuchu wokół własnej osi z zatrzymaniem wzroku na zdjęciu przedmiotu, nazywanie go, zmiana kierunku ruchu i ponowne nazywanie przedmiotu po zakończeniu obrotu.

Ćwiczenie 5.

Chodzenie po dyskach terapeutycznych ułożonych w kółko, trafianie zwinięta w rulon gazetą w podwieszoną piłkę plażową z dzwoneczkiem wewnątrz.

Ćwiczenie 6.

Znikająca łyżeczka – odnajdywanie pod ściereczkami o różnej fakturze ulubionej łyżeczki dziecka.

Ćwiczenie 7.

Budowanie wieży ze stosu różnorodnych przedmiotów codziennego użytku i zabawek.

Ćwiczenie 8.

Odkręcanie i zakręcanie słoików, wkładanie do środka ziaren fasoli.

Ćwiczenie 9.

Przesuwanie jedną stopą w przód i w tył, bieg po ścieżce sensorycznej, zatrzymanie na hasło: Stop! Zmianianie długości biegu dziecka.

Ćwiczenie 10.

Poruszanie trzepaczką do jajek w misce z wodą i płynem do mycia naczyń, barwnikiem spożywczym i olejkiem zapachowym, próby dmuchania przez otwory trzepaczki.

Anna Parakiewicz

Pedagog specjalny, specjalista wczesnej interwencji i terapii pedagogicznej, terapeuta integracji sensorycznej, trener TUS. Absolwentka Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie i Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. Od 1999 r. zajmuje się diagnozą i terapią dzieci. Przeprowadza diagnozę rozwoju i funkcjonowania małego dziecka, integracji sensorycznej w SENSORIA TERAPIA. Prowadzi terapię metodą integracji sensorycznej i terapię widzenia, dbając o rozwój dziecka we wszystkich sferach. Mama dwójki dzieci. Miłośniczka fotografii. Członek Warmińsko-Mazurskiego Stowarzyszenia Fotograficznego BLUR.

ROZWIJANIE PROCESÓW PRZETWARZANIA SENSORYCZNEGO U DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM

Scenariusz: Aktywności sensoryczne dzieci w wieku przedszkolnym

TEMAT: Rozwijanie obustronnej koordynacji i sprawności zmysłów bazowych	
CEL OGÓLNY	Rozwijanie sprawności ruchowej, koordynacji ruchowej za pomocą aktywności rozwijających bazowe systemy zmysłowe
CELE SZCZEGÓLNE	<ul style="list-style-type: none"> • przygotowanie mięśni do aktywności ruchowej przez wykonywanie dużych ruchów, • rozwijanie koordynacji ruchowej, • rozwijanie świadomości własnego ciała, • rozwijanie koordynacji wzrokowo-ruchowej, • rozwijanie umiejętności chodzenia po wąskim polu, • rozwijanie reakcji obronnych i równoważnych, • stymulacja czucia powierzchniowego i głębokiego, • oddziaływanie na zmysł dotyku i układ przedsionkowy, • rozwijanie współdziałania ręki i jej mięśni w ruchu, • rozwijanie precyzji ruchów, • rozwijanie spostrzegawczości i uwagi wzrokowej, • normalizacja tempa oddechu
POMOCE DYDAKTYCZNE	Deski na sprężynującym mocowaniu, woreczek gimnastyczny, wycieraczka ze sztucznej trawy, guma do skakania, koło hula-hoop z przywiązanymi do niego kawałkami wstążek o różnej grubości, zwisającymi w taki sposób, żeby były dość długie, by dotknęły dziecko przechodzące przez umieszczone pionowo koło, jedna wstążka namoczona wodą, zdjęcia zwierząt, worek jutowy, huśtawka, woreczki wypełnione przedmiotami wydającymi dźwięki, różnymi ziarnami, suszonymi kwiatami itp., wiadro silikonowe, mata do pieczenia muffinek, szczypce, gumki recepturki
CZAS REALIZACJI	Jedno spotkanie terapeutyczne

PRZEBIEG ZAJĘĆ

Ćwiczenie 1.

Chodzenie po torze przeszkód z desek sprężynujących i przerzucanie woreczka gimnastycznego z ręki do ręki.

Ćwiczenie 2.

Stanie w miejscu na wycieraczce ze sztucznej trawy, rzucanie za siebie gumy do skakania, odwrócenie się, opisanie jej wzoru, próba nazwania go, chodzenie po ułożonej po rzucie gumie.

Ćwiczenie 3.

Przechodzenie w pozycji czworaczkiej przez hula-hoop z związanymi oczami. Rozpoznawanie czy sucha, czy mokra taśma dotknęła dziecko.

Ćwiczenie 4.

Losowanie karty ilustrującej zwierzęta, naśladowanie ich ruchów.

Ćwiczenie 5.

W leżeniu na plecach kolana przysunięte do brzucha, dłonie obejmują kolana, tworząc kołyskę, przewracanie się na boki.

Ćwiczenie 6.

W leżeniu na plecach przesuwanie się po podłodze na worku jutowym.

Ćwiczenie 7.

W siadzie na huśtawce podnoszenie stopami i wrzucanie do wiadra woreczków wydających dźwięki, wypełnionych różnymi ziarnami.

Ćwiczenie 8.

Przenoszenie szczypcami gumek recepturek różnej wielkości do maty silikonowej do pieczenia muffinek.

Ćwiczenie 9.

W leżeniu na podwieszonym koniu terapeutycznym obserwowanie butelki wypełnionej wodą, gliceryną, brokatem i koralikami z potyskiem, odwracanie jej oburącz w celu wywołania ruchu drobinek.

| Anna Parakiewicz

ROZWIJANIE PROCESÓW PRZETWARZANIA SENSORYCZNEGO U DZIECI W WIEKU SZKOLNYM

Scenariusz: Sesja terapeutyczna dziecka z zaburzeniami integracji sensorycznej w postaci poszukiwania sensorycznego

TEMAT: Rozwijanie procesów hamowania u dziecka z nieprawidłowymi procesami przetwarzania sensorycznego	
CEL OGÓLNY	Poprawa mechanizmów samoregulacji za pomocą aktywności rozwijających bazowe systemy zmysłowe
CELE SZCZEGÓLNE	<ul style="list-style-type: none"> • prozwijanie koordynacji ruchowej przez wykonywanie czynności zgodnie z wypowiedzianymi słowami oraz w tempie dostosowanym do liczenia, • rozwijanie świadomości własnego ciała przez odczuwanie jego granic podczas przebywania na wyznaczonym polu, • rozwijanie praktyki na polecenia słowne, • stymulacja czucia powierzchniowego i głębokiego, • oddziaływanie na zmysł dotyku, • rozwijanie współdziałania ręki i jej mięśni w ruchu, • rozwijanie precyzji ruchów, • stymulacja zmysłu węchu
POMOCE DYDAKTYCZNE	Trampolina, worek sako, karimata turystyczna z wyciętymi otworami na wzór śladów stóp, taśma Thera Band, drabinka gimnastyczna, pachołki, deskorolka, woreczki 0,5 kg, okrągła podkładka, słoiczki z wacikami nasączonymi naturalnymi olejkami z wsypanymi przyprawami kuchennymi, drobne przedmioty o różnej fakturze: twarde, miękkie, szorstkie, puszyste itp. umieszczone w płóciennym worku, papier różnej grubości, miska, ciepła woda, mąka pszenna
CZAS REALIZACJI	Jedno spotkanie terapeutyczne

PRZEBIEG ZAJĘĆ

Ćwiczenie 1.

Wykonywanie trzech podskoków na trampolinie, a następnie zeskakiwanie na worek sako.

Ćwiczenie 2.

Chodzenie w karimacie z wyciętymi otworami na stopy.

Ćwiczenie 3.

Powolne rozciąganie i ściąganie taśmy w staniu na dysku sensorycznym Thera Band. Taśma trzymana jest w obu rękach, łokcie utrzymywane przy bokach ciała, dłonie skierowane ku górze.

Ćwiczenie 4.

Stanie przodem do drabinek, stopy szeroko ustawione, przeciąganie w równym, wolnym tempie – jednocześnie obiema rękoma – taśmy Thera Band przełożonej przez szczebelki drabinki gimnastycznej.

Ćwiczenie 5.

Przenoszenie ciężaru ciała z jednej ręki na drugą podczas wykonywania zwisu na drabince umieszczonej wysoko nad dzieckiem. Przesuwanie się od początku do końca drabinki z przenoszeniem kolejno rąk na poszczególne szczebelki.

Ćwiczenie 6.

Jazda na deskorolce w leżeniu na brzuchu ślalomem z przewożeniem na plecach, w odcinku krzyżowym, kolejno woreczków gimnastycznych wypełnionych mikrokulkami szklanymi, każdy o wadze około 0,5 kg.

Ćwiczenie 7.

Formowanie brył z piasku kinetycznego.

Ćwiczenie 8.

Dobieranie składników na pizzę za pomocą słoiczków z nasączonymi wacikami lub z wsypanymi przyprawami.

Ćwiczenie 9.

Rozpoznawanie drobnych przedmiotów za pomocą dotyku. Rzeczy twarde, miękkie, szorstkie, puszyste itp. umieszczone są w płóciennym worku.

Ćwiczenie 10.

Rwanie papieru o różnej grubości, zalewanie strzępków wodą z mąką pszenną i formowanie kul.

| Anna Parakiewicz

ROZWIJANIE PROCESÓW PRZETWARZANIA SENSORYCZNEGO U MŁODZIEŻY

Sesja terapeutyczna nastolatka z dyspraksją

TEMAT: Zwiększanie świadomości własnego ciała	
CEL OGÓLNY	Zwiększanie świadomości własnego ciała oraz umiejętności związanych z przekraczaniem linii środkowej własnego ciała za pomocą aktywności rozwijających bazowe systemy zmysłowe
CELE SZCZEGÓLNE	<ul style="list-style-type: none"> • przygotowanie mięśni do aktywności ruchowej przez wykonywanie dużych ruchów, • rozwijanie świadomości własnego ciała przez odczuwanie jego granic podczas przebywania na wyznaczonym polu, • rozwijanie reakcji obronnych i równoważnych, • stymulacja czucia powierzchniowego i głębokiego, • rozwijanie współdziałania ręki i jej mięśni w ruchu, • rozwijanie precyzji ruchów, • rozwijanie spostrzegawczości i uwagi wzrokowej, • oddziaływanie na układ dotykowy i proprioceptywny, • stymulacja zmysłu węchu, • normalizacja tempa oddechu, • stymulacja słuchu
POMOCE DYDAKTYCZNE	Piłka lekarska, mata, taśma Thera Band, dysk terapeutyczny, jo-jo, żółta magiczna plastelina kinetyczna, dwie rękawiczki zimowe, klocki typu lego, worek sako, urządzenie grające, papier ścierny, cytryna
CZAS REALIZACJI	Jedno spotkanie terapeutyczne

PRZEBIEG ZAJĘĆ

Ćwiczenie 1.

Utrzymywanie oburącz piłki lekarskiej w pozycji stojącej, nogi szeroko rozstawione, dłonie skierowane palcami ku górze, wykonywanie przysiadów, odliczanie do trzech, przyjęcie pozycji pionowej, ponowienie działania.

Ćwiczenie 2.

Przyjęcie pozycji ze zgiętymi kolanami, plecy wyprostowane, utrzymywanie piłki lekarskiej po prawej stronie ciała z palcami skierowanymi ku górze i powolne jej przenoszenie na lewy bok, zatrzymanie i zmiana kierunku przeniesienia piłki z lewego boku na prawy. Utrzymywanie wzroku na piłce.

Ćwiczenie 3.

W leżeniu na plecach utrzymywanie rąk założonych za głowę, łokcie w linii głowy, nogi wyprostowane. Unoszenie jednocześnie głowy z założonymi rękoma bez przyginania ich ku głowie wraz z wyprostowanymi nogami w kolanach, stopy z palcami wyprostowanymi.

Ćwiczenie 4.

W leżeniu na brzuchu stopy oparte o ścianę, unoszenie tułowia na całych dłoniach, łokcie wzdłuż ciała, głowa skierowana ku podłodze, wznoszenie tułowia, zatrzymanie na dwie sekundy, opadanie i ponowne unoszenie tułowia.

Ćwiczenie 5.

W siadzie na krześle położenie stóp na taśmie do crossfitu (rozciągliwej) i utrzymywanie jej w rękach, plecy wyprostowane, ręce przy udach, podnoszenie rąk z odchyleniem tułowia ku tyłowi z jednoczesnym prostowaniem i unoszeniem nóg przez silne naciąganie taśmy.

Ćwiczenie 6.

Stanie na dysku terapeutycznym i gra jo-jo.

Ćwiczenie 7.

Odbijanie magicznej plasteliny kinetycznej w kolorze żółtym.

Ćwiczenie 8.

Przenoszenie ręką w dwóch rękawiczkach klocków typu lego w celu budowy auta lub innej konstrukcji.

Ćwiczenie 9.

Lokalizowanie źródła dźwięku w siadzie na worku sako.

Ćwiczenie 10.

Pocieranie cytryny papierem ściernym.

| Anna Parakiewicz

CZTERY PORY ROKU W DRZEWIE ZACZAROWANE

Zajęcia dla dzieci w średnim wieku szkolnym

TEMAT: Cztery pory roku w drzewie zaczarowane	
ADRESACI	Zajęcia kierowane są do 6–8-osobowej grupy dzieci w średnim wieku szkolnym, niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim. Zabawy i ćwiczenia mogą, po odpowiednich modyfikacjach, być wykorzystane w pracy z osobami z niepełnosprawnościami sprzężonymi, a także podczas zajęć korekcyjno-kompensacyjnych
CZAS TRWANIA ZAJĘĆ	90 minut
CELE OGÓLNE	<ul style="list-style-type: none"> • utrwalenie cech charakterystycznych pór roku, • stworzenie barwnej kompozycji z wykorzystaniem kolorowych bibułek i krepy, • uwrażliwienie na piękno otaczającej przyrody, • usprawnianie koordynacji wzrokowo-ruchowej, • usprawnianie percepcji wzrokowej, • doskonalenie techniki pisania i czytania
CELE OPERACYJNE	<p>Uczestnik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zna nazwy pór roku i ich charakterystyczne cechy (zjawiska pogodowe, zmiany w przyrodzie, najczęściej uprawiane sporty, ubiór itd.), • wymienia i różnicuje barwy charakterystyczne dla określonej pory roku, • zgodnie współpracuje z pozostałymi uczestnikami zajęć, • tworzy pracę plastyczną, dokładając starań, by była estetyczna i zgodna z tematem, • wypowiada się pełnymi zdaniem, • wykonuje zadania indywidualne zgodnie ze swoimi możliwościami, • łączy sylaby w wyrazy, • zna kolejność występowania miesięcy, • nazywa i rozróżnia (po kształcie, kolorze, zapachu i smaku) owoce i warzywa sezonowe (np. jabłko, gruszka, winogrona, rzodkiewka, pomidor, ogórek)
FORMA ZAJĘĆ	Zbiorowa, w parach i indywidualna
FORMA ZAJĘĆ	<ul style="list-style-type: none"> • rozmowa kierowana, • opis, • burza mózgów, • pokaz, • stymulacja wielozmysłowa, • zabawa, • działania praktyczne
ŚRODKI DYDAKTYCZNE	Buźki emocji, duże obrazki przedstawiające cztery pory roku, obręcz hula hoop, napisy: wiosna, lato, jesień, zima, paski papieru, owoce i warzywa (kilka sezonowych), 4 duże koperty – w trzech namalowany kontur drzewa na białym tle, a w jednej na niebieskim papierze, kolorowe krepy i bibułki, klej dla każdego uczestnika, nożyczki, talerzyk, wykałaczki, przybory do pisania, kubki plastikowe, karty pracy, chusta animacyjna, płyta CD z nagraniem kompozycji Vivaldiego „Cztery pory roku”, radioodtwarzacz

WPROWADZENIE

Terapia zajęciowa to wielokierunkowe działania dostosowane do potrzeb i możliwości jej uczestników. Ma na celu przede wszystkim przywrócenie sprawności (umysłowej, fizycznej i psychicznej) w dostępnym zakresie oparte

na potencjale rozwojowym, tkwiącym w każdym człowieku, a także przygotowanie osób niepełnosprawnych do życia w społeczeństwie. Uczestnicy są traktowani podmiotowo i indywidualnie, a dzięki wielokierunkowym działaniom otrzymują szansę przeżycia sukcesu i radości z relacji z rówieśnikami.

PRZEBIEG ZAJĘĆ

■ Część wstępna

- Powitanie – prowadzący wita się z uczestnikami zajęć, podając każdemu rękę i zwracając się: „Witaj... (imię dziecka)”.
- Rundka wstępna.

Każde dziecko za pomocą „bużki emocji” pokazuje swoje samopoczucie na początku zajęć.

■ Część zasadnicza

• Zabawa „poszukiwany temat zajęć”

Prowadzący prosi, by dzieci kolejno poszukały w tali ukrytych sylab (**wio-sna, la-to, je-sień, zi-ma, po-ry, ro-ku**), a następnie wspólnie połączyły je w wyrazy. Później uczestnicy łączą sylaby w wyrazy i wspólnie układają temat zajęć. Przypinają na tablicy: „Pory roku: wiosna, lato, jesień, zima”.

Wskazówka

Podczas poszukiwań prowadzący może pomagać uczestnikom – wzorując się na znanej zabawie w „Ciepło-zimno”.

• Rozmowa kierowana

Nauczyciel zawiesza na tablicy duże obrazki przedstawiające pory roku. Zachęca dzieci do wypowiedziania się na temat cech charakterystycznych dla określonej pory roku. Naprowadza je pytaniami typu:

- Jaka najczęściej jest pogoda?
- Jak wyglądają rośliny?
- W co ubierają się ludzie?
- Co robią zwierzęta?
- Jakie kolory przeważają?

Wskazówka

Nauczyciel zwraca uwagę na to, by dzieci wypowiedziały się pełnymi zdaniami i żeby wszyscy byli zaangażowani.

• Burza mózgów

Prowadzący rozkłada na podłodze 4 obręcze hula hoop (zielone, żółte, czerwone i niebieskie – kolory obręczy symbolizują odpowiednie pory roku). Rozdaje dzieciom paski papieru i prosi, by zapisały na nich to, co im się kojarzy z określoną porą roku. Swoje propozycje dzieci głośno odczytują i układają wewnątrz obręczy (pór roku).

• Zabawa chustą animacyjną

Terapeuta zaprasza dzieci do zabawy. Wszyscy stają w kręgu i trzymają za uchwyty chustę animacyjną. Chwilę bawią się, falując chustą mocno, a później delikatnie,

a potem trzymając chustę podnoszą wysoko ręce itp. Następnie na hasło nauczyciela: „Zamieniają się miejscami, np. wiosenne trawy (dzieci, które trzymają chustę przy zielonym kolorze) lub jesienne liście (kolory czerwone, brązowe)”, uczestnicy przemieszczają się, przebiegając pod chustą.

Wskazówka

Zabawa będzie przebiegała sprawnie, jeśli uczestnicy już wcześniej bawili się chustą animacyjną. Jeżeli zabawa spodoba się dzieciom, same mogą podawać hasła do zamiany miejsc. Na koniec nauczyciel może podać hasło: „Podnosimy chustę wysoko i wszystkie kolory pór roku chowają się pod wielkim parasolem”.

• Praca indywidualna.

Nauczyciel rozdaje uczestnikom karty pracy nr 1 i odczytuje polecenie: „Przyjrzyj się obrazkom. Nazwij i podpisz pory roku. Wpisz słowa w odpowiednie miejsce w tabeli”. Po skończonej pracy dzieci odczytują to, co zapisały w tabelce.

• Zabawa „Zgadnij, co jesz”

Prowadzący prosi, by dzieci dobrały się w pary. Następnie jednemu dziecku z pary przewiązuje opaską oczy. Rozkłada na talerzykach cząstki różnych owoców i warzyw (sezonowych), nakłutych na wykałaczki. Druga osoba z pary częstuje kolegę/koleżankę, która ma za zadanie odgadnąć, co je. Na koniec terapeuta podaje uczestnikom różne owoce i warzywa. Prosi, by opisały ich kształt, kolor, zapach i powiedziały, gdzie rosną (na jakich drzewach czy krzewach – w przypadku owoców).

Wskazówka

Zabawa może mieć inny przebieg. Dzieci kolejno podchodzą do stołu i mając przewiązane opaską oczy odgadują, czym poczęstował ich nauczyciel. Wypowiadają się na temat smaku.

• Praca indywidualna

Uczestnicy otrzymują karty pracy nr 2. Terapeuta odczytuje kolejno dwa polecenia:

- „Z rozsypanych sylab utwórz nazwy miesięcy i zapisz je we właściwej kolejności”.
- „Uporządkuj i zapisz zdania”.

Wskazówka

Podczas wykonywania zadań nauczyciel kontroluje i ewentualnie udziela dodatkowych wskazówek lub podaje przykład. Po skończonej pracy dzieci każdorazowo otrzymują informację zwrotną, czy poprawnie wykonały zadanie.

- **Praca plastyczna w parach – „Pora roku w drzewie zaczarowana”**

Nauczyciel wyjaśnia dzieciom temat pracy plastycznej – „Pora roku w drzewie zaczarowana”. Prosi, by uczestnicy dobrali się w pary i każda para losuje dla siebie kopertę. W trzech kopertach (podpisanych: wiosna, lato, jesień) są narysowane na białych kartkach kontury drzewa (załącznik nr 1), a na czwartej (zima) kontur narysowany jest na niebieskiej kartce. Na stole prowadzący rozkłada kolorowe krepki, bibułki, kleje i nożyczki. Zadaniem dzieci jest stworzenie drzewa, które symbolizować będzie porę roku, którą wylosowali. Nauczyciel proponuje, by liście, kwiaty, owoce i płatki śniegu były z małych kolorowych kulek z krepki lub bibułki.

Terapeuta podaje dzieciom szczegółową instrukcję wykonania pracy plastycznej:

- „Wybierz odpowiednie kolory krepki (charakterystyczne dla danej pory roku)”.
- „Z krepki (lub bibuły) oderwij paski o szerokości około 1 cm”.
- „Palcami formuj kulki”.
- „Wrzuć kulki o tych samych kolorach do kubeczków (w każdym inny kolor)”.
- „Gałęzie drzewa posmaruj klejem”.
- „Wypełnij kulkami posmarowaną klejem powierzchnię”.

Po skończeniu prac każda para uczestników prezentuje swoje drzewo, zostaje nagrodzona oklaskami przez

grupę. Wszystkie drzewa zostają zawieszane w widocznym miejscu w sali.

- **Część końcowa**

- **Prace organizacyjno-porządkowe**

Uczestnicy porządkują swoje stoliki, chowają przybory, a następnie idą razem z prowadzącym umyć ręce.

- **Relaksacja**

Wszyscy siadają w kręgu – wyciszają się, słuchając utworu Vivaldiego „Cztery pory roku”. Terapeuta zachęca do uważnego słuchania utworu i prosi, żeby dzieci zastanowiły się, co przypominają im dźwięki tej muzyki.

- **Pożegnanie**

Prowadzący dziękuje dzieciom za udział w zajęciach i prosi, by za pomocą „buźki emocji” pokazały swoje samopoczucie na końcu zajęć. Żegna się z dziećmi i zaprasza na kolejne zajęcia.

Irena Pelowska

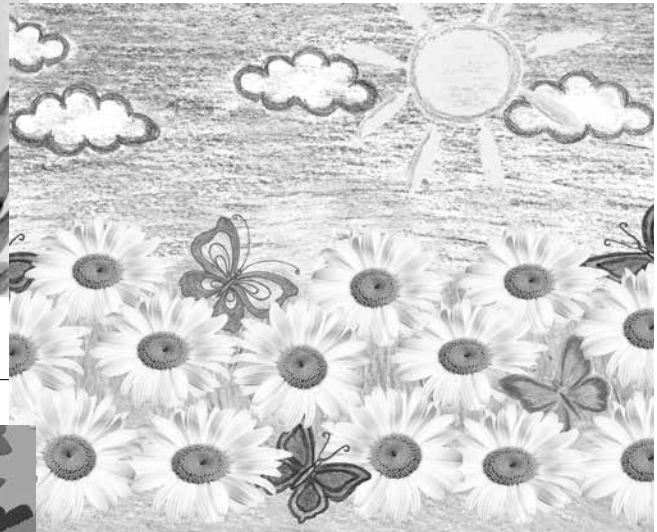
Pedagog specjalny, od 37 lat związana z edukacją dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Ukończyła studia wyższe na UAM w Poznaniu, a także studia podyplomowe w zakresie Terapii Pedagogicznej, Pedagogiki Opiekuńczo - Wychowawczej oraz Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka. Pracuje jako pedagog szkolny w Szkole Podstawowej Nr 25 z Oddziałami Integracyjnymi i Specjalnymi w Poznaniu. Jej główne zainteresowania zawodowe to: wyrównywanie szans edukacyjnych osób niepełnosprawnych i wspieranie ich rodziców, a także szeroko pojęta profilaktyka zachowań ryzykownych. Autorka prowadzi zajęcia specjalistyczne metodą EEG Biofeedback.

Załącznik nr 1.



Karta pracy nr 1.

Przyjrzyj się obrazkom. Nazwij i podpisz pory roku. Wpisz słowa w odpowiednie miejsca w tabeli.



WIOSNA	
LATO	
JESIEŃ	
ZIMA	

ciepły deszcz, żółte liście, śnieg, zielona trawa, bałwan, grzyby, bocian, sanki, wakacje, czereśnie, upały, przebiśniegi, kwitnące drzewa, kolorowe motyle, parasol, kasztany, opalanie się, mróz, wrzosa, choinka, ciepłe ubranie, marzanna, odlot ptaków, kąpielówki

Karta pracy nr 2.

- Z rozsypanych sylab utwórz nazwy miesięcy i zapisz je we właściwej kolejności.

lu- listo- -rzec -czeń -piec -pad -ty
 kwie- gru- sier- -nik -sień ma-
 -dzień wrze- październ- -eń - dzień
 -wiec -pień maj -cień li- sty- czer-

- | | | |
|---------|---------|----------|
| 1. | 5. | 9. |
| 2. | 6. | 10. |
| 3. | 7. | 11. |
| 4. | 8. | 12. |

- Uporządkuj i zapisz zdania.

przylatują/ nas/ Wiosną/ ptaki/ do/

.....

szybach/ kwiaty/ Mróz/ maluje/ na/

.....

liście/ czerwone/ się/ brązowe/ i/ żółte,/ robią/ Jesienią/

.....

nasza/ to/ pora/ ulubiona/ roku/ Lato/

.....



STUDIUM PRZYPADKU – PERSPEKTYWA NAUCZYCIELA

Zosia, 12-letnia dziewczynka, jest dzieckiem z niepełnosprawnością, uczennicą klasy IV integracyjnej w szkole podstawowej ogólnodostępnej. Posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego z uwagi na niepełnosprawność ruchową.

URSZULA WYGANOWSKA

Diagnoza

Zespół specjalistów na podstawie przeprowadzonych badań, obserwacji dziecka i wywiadu z rodzicami dokonał analizy i uzyskał informacje o możliwościach rozwojowych i potencjale dziewczynki.

Zosia od urodzenia jest pod stałą opieką lekarzy specjalistów. Z informacji uzyskanych od rodziców wynika, że cały okres ciąży przebiegał prawidłowo. W drugim tygodniu życia u dziecka pojawiła się stopa płasko-kośława i wiotkość kończyn. Rozpoczęto wówczas rehabilitację. Przed upływem miesiąca u dziecka zauważono

rozszczerzenie podniebienia. W pierwszym roku życia u dziewczynki pojawiły się nieprawidłowości i zaburzenia, które trwają do dzisiaj. Zosia jest dzieckiem z opóźnionym rozwojem psychoruchowym. Ma problemy z utrzymaniem równowagi, niestabilny chód i obniżone napięcie mięśniowe.

Na podstawie przeprowadzonych badań psychologicznych stwierdzono, że dziewczynka posiada zdolności poznawcze na poziomie, co najmniej przeciętnym dla wieku. Jednak rozwój Zosi przebiega bardzo nieharmonijnie, zaś niepełnosprawność ruchowa znacznie utrudnia jej funkcjonowanie przy wykonywaniu codziennych czynności. Duże problemy pojawiły się w sytuacji zadaniowej, niemniej jednak wykonała zadania testowe mieszczące się w przewidzianych dla wieku ograniczeniach czasowych i wymogach testowania, a uzyskany wynik mieści się w przedziale wyników przeciętnych.

Jakie są możliwości i potencjał Zosi w różnych obszarach jej funkcjonowania?

Sfera poznawcza i zmysły

Mocne strony Zosi to rozumowanie pojęciowe i pamięć słuchowa. Dziewczynka posiada zdolność do przechowywania przez dłuższy czas oraz przetwarzania informacji reprezentowanych w systemie werbalnym oraz umiejęt-

podczas aktualnie wykonywanego zadania, z jednoczesnym ignorowaniem dystraktorów, czyli czynników rozpraszających uwagę. Zosia ma też problemy w zakresie percepcji wzrokowej, trudno jej dostrzec drobne różnice w wyglądzie porównywanych ze sobą elementów. Wyraźny deficyt widoczny jest u niej również w zakresie rozumowania logiczno-matematycznego. Sprawnie natomiast dodaje i odejmuje w zakresie setki, wspomagając się liczeniem na palcach. Rozumie zadania tekstowe z klasy o dwa lata niższej. Utrzymuje wolne tempo i specyficzny styl pracy.

Komunikowanie się i artykulacja

U Zosi na właściwym poziomie kształtuje się jej zasób leksykalny oraz zdolność do precyzyjnego stosowania słów. Dziewczynka wypowiada się obszernie, pełnymi zdaniami. Nie sprawia jej trudności formułowanie pytań, prośb i życzeń. Potrafi ułożyć i wypowiedzieć dłuższy tekst na określony temat, szczególnie gdy jest zgodny z jej zainteresowaniami. Zosia chętnie dzieli się swoimi spostrzeżeniami, potrafi w kompetentny sposób wypowiadać się na forum klasy czy grupy. Posiada dużą potrzebę mówienia o sobie i bycia wysłuchaną.

Umiejętności językowe, takie jak mowa bierna, czyli zdolność rozumienia mowy, oraz mowa czynna, czyli produkcja mowy, są u Zosi na poziomie przeciętnym dla wieku. Dziewczynka chętnie wykonuje zadania, które lubi i które ją interesują. Bardzo dużo mówi, reaguje



Świetlica to miejsce, które jest w szkole potrzebne, ale o którym się mało mówi i którego się nie docenia. Coraz częściej wychowawcy świetlicy posiadają dodatkowo ukończone studia pedagogiki specjalnej.

ność ich klasyfikacji na poziomie górnej granicy wyników przeciętnych dla wieku. Na tym samym poziomie ma pamięć wzrokowo-przestrzenną (w zakresie zapamiętywania informacji obrazowych), pamięć fonologiczną (w zakresie zapamiętywania i prawidłowego odtwarzania kolejności głosek w wyrazach) oraz rozumowanie przestrzenne (dotyczy przetwarzania informacji reprezentowanych w systemie obrazowym, wyobraźniowym). Wysokie wyniki uzyskała w próbach oceniających pamięć i percepcję słuchową.

U Zosi zdiagnozowano wadę wzroku, ograniczenie ruchomości gałek ocznych i zez. U dziecka występują zaburzenia integracji sensorycznej, duża rozpraszalność uwagi i trudności z wyhamowaniem własnej aktywności.

Wyniki badań pedagogicznych wskazują na dobrze opanowaną technikę czytania i dobre rozumienie tekstu. Zosia uwielbia czytać książki. Posiada zdolność poprawnego rozumowania na materiale obrazkowym i werbalnym.

Dziewczynka na niskim poziomie ma opanowaną uwagę selektywną, czyli posiada małą zdolność do świadomego kierowania uwagi na to, co jest istotne,

na każdy dźwięk. Jej kompetencja językowa rozwija się zdecydowanie nieharmonijnie. Występują u niej nieprawidłowości narządów mowy: w budowie i funkcjonowaniu narządów nasady, obejmujące rozszerzenie podniebienia miękkiego i języczka, wadę zgryzu oraz niewłaściwe ułożenie spoczynkowe i połykanie. Widoczne jest też spowolnienie tempa pracy i ograniczenie zdolności ruchowej artykulatorów. Wyrazistość ekspresji językowej jest znacząco obniżona przez zaburzenia prozodyczne, oddechowo-fonacyjne i wymawianiowe. Mówienie jest spowolnione, niekiedy lekko niepełne, głos schrypnięty, o zmiennym natężeniu, czasem zanikający w wygłosie wyrazów. Jej artykulacja jest zniekształcona przez wieloraką dyslalię anatomiczno-ruchową, przejawiającą się rotacyzmem i międzyzębową deformacją fonemów syczących i szumiących.

Sfera społeczna

Mocne strony Zosi to posiadane na wyższym poziomie kompetencje społeczne. Jest kulturalna, życzliwa, empatyczna, chętnie pomaga innym. Łatwo nawiązuje kontakt z dziećmi, a także z osobami dorosłymi, potrafi

też zaopiekować się i bawić z dziećmi młodszymi. Miewa natomiast problemy z dostosowaniem stylu wypowiedzi do okoliczności rozmowy i osoby rozmówcy, jest zbyt bezpośrednia, skraca dystans.

Sfera emocjonalno-motywacyjna

Zosia słabo radzi sobie z codziennymi sytuacjami szkolnymi. Satysfakcja z osiągnięć, przejawiająca się zadowoleniem z wyników swojej pracy i z podejmowanego wysiłku, jest na niskim poziomie – jak wykazały badania jej wyniki utrzymują się w dolnej granicy przeciętnych dla wieku. Nie jest wytrwała w wykonywaniu zadań, nie potrafi kontynuować pracy, gdy pojawiają się przeszkody lub trudności. Zdecydowanie lepiej potrafi skupić się i efektywniej pracuje w godzinach rannych. Ma duże trudności z rozpoczęciem pracy, wykazuje silny opór i lęk. Podczas pracy Zosia ma wyraźne trudności ze skupieniem się, dużo mówi, jest rozkojarzona i dygresyjna. Szybko się rozprasza i trudno jej powrócić do kontynuowania zadania. Czasami nadmiernie koncentruje się na nieistotnych elementach zadania (np. czy klocki są równo ułożone w pudełku), a nieraz chce działać według własnego pomysłu na zadanie. Nadmiernie koncentruje się na sobie, na swoich stanach psychofizycznych, poddaje się chwilowym sentymentom, co utrudnia i spowalnia również zakończenie przez nią pracy. Dziewczynka jest samodzielną w zakresie czynności samoobsługowych i higienicznych.

Motoryka duża

W zakresie ogólnej sprawności ruchowej główny problem stanowi jej niestabilny chód i obniżone napięcie mięśniowe. Ma trudności z koordynacją ruchową całego ciała i utrzymaniem równowagi. Mocną stroną dziewczynki jest duża chęć uczestniczenia we wszystkich aktywnościach ruchowych.

Motoryka mała

U Zosi występują znaczne ograniczenia w zakresie sprawności rąk. Bardzo wolne jest tempo pracy przy pisaniu, dodatkowo występuje wyraźne drżenie ręki przy pracy z przyborem do pisania. Mimo że doskonale zna i odzwierciedla kształt liter, a także ma prawidłową koordynację oko-ręka, jej możliwości grafomotoryczne są słabe.

Zalecenia

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji zespół orzekający wydał orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wraz z zaleceniami. Obejmują one: zapewnienie dziecku specjalnych warunków edukacyjnych w oddziale integracyjnym lub ogólnodostępnym; udział w zajęciach dydaktyczno-wyrównawczych; udział w zajęciach terapii pedagogicznej; terapię integracji sensorycznej, szczególnie z naciskiem na poprawę koncentracji uwagi, stymulowanie równowagi oraz stabilizację chodu, poprawę



odbioru wrażeń dotykowych; kontynuowanie terapii logopedycznej ukierunkowanej na usprawnianie narządów mowy, trening oddechowo-fonacyjny, rozwijanie i stabilizowanie artykulacji, doskonalenie umiejętności komunikacyjnych, włączenie rodziców w proces terapeutyczny; bieżące wsparcie i opiekę wychowawcy/pedagoga; dostosowanie procesu dydaktyczno-wychowawczego do potrzeb i możliwości dziewczynki, szczególnie w aspekcie tempa pracy oraz możliwości wykonania zadań bazujących na sprawności ruchowej i grafomotoryce; dostosowanie sposobu nauczania matematyki do deficytów dziecka; wykorzystanie w pracy dobrych możliwości poznawczych i zainteresowań dziewczynki; przyjęcie przez nauczycieli i specjalistów postawy rozumiejącej i akceptującej dziecko, pozytywne wsparcie w sytuacjach trudnych (dydaktycznych i społecznych), wzmacnianie i motywowanie do pracy; pomoc nauczyciela wspomagającego wszędzie tam, gdzie niepełnosprawność ogranicza lub utrudnia jej szkolne funkcjonowanie; inne formy zajęć terapeutycznych – zależnie od zdiagnozowanych potrzeb i możliwości placówki; przesiewowe badanie słuchu; wskazana diagnoza i ewentualnie terapia metodą Tomatisa.

Rodzaje działań wspierających, metody i formy pracy z dzieckiem

Dziecku zapewnione zostały specjalne warunki edukacyjne – Zosia została uczniem szkoły podstawowej i uczęszcza do klasy integracyjnej, w której opiekę nad dziećmi z niepełnosprawnością sprawuje dodatkowo drugi nauczyciel – wspomagający. Podczas zajęć lekcyjnych w klasie dziecko siedzi w środkowym rzędzie w pierwszej ławce. Nauczyciel wspomagający/pedagog specjalny przygotował na początku roku szkolnego arkusz WOFU – Wielospecjalistycznej Oceny Funkcjonowania Ucznia, oraz IPET – Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny, zatwierdzony przez dyrektora szkoły, w porozumieniu z rodzicami i nauczycielami, specjalistami współpracującymi z dzieckiem.

Zostały tam zawarte wszystkie zalecenia Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej. Nauczyciele i specjaliści pracują z uczennicą zgodnie z zaleceniami, które służyć mają jej rozwojowi i dobremu funkcjonowaniu w środowisku szkolnym. Na cały rok szkolny przydzielono dziewczynce następujące formy pomocy na terenie szkoły: zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze z matematyki, terapię pedagogiczną, logopedię, terapię integracji sensorycznej – wszystkie w wymiarze 1 godziny w tygodniu, oraz rewalidację – 2 godziny w tygodniu. Dodatkowo wsparcie i pomoc wobec dziecka prowadzą wychowawcy świetlicy.

Zosia uczestniczy kolejny rok w terapii integracji sensorycznej. Wykorzystanie sprzętu podwieszanego, piłek różnej wielkości, szarf, ustawianie toru przeszkód, ćwiczenia równoważne na tzw. berecikach, basen z piłkami, chodzenie po linii i gumowej równoważni – wpływają korzystnie na poprawę sprawności dziecka w zakresie motoryki dużej. Ze względu na problemy ze wzrokiem terapeuta prowadzi ćwiczenia bazujące na koordynacji obustronnej, góra-dół oraz koordynacji oko-ręka. Obserwuje się poprawę polegającą na większej kontroli ruchów, ich płynności i koordynacji. Aby poprawić koncentrację dziewczynki, terapeuta stosuje przerwy podczas zajęć, przypominając o częstym picciu wody i ograniczając ilość bodźców w miejscu pracy. Bardzo ważny przy wszystkich wykonywanych ćwiczeniach jest odpowiedni oddech. Zosia, która dodatkowo wykazuje szybką męczliwość, uczy się prawidłowo i głęboko oddychać. Bez odpowiedniej ilości tlenu jej koncentracja spadnie. Aby temu zapobiec, należy nabrać głęboko powietrze przez nos, by poruszyć mięśnie przepony; brzuch powinien się wówczas uwypuklić. Wydech powinien trwać dwukrotnie dłużej niż wdech. Powtarza się to ćwiczenie 4-5 razy. Mięśnie rozluźniają się, a umysł pracuje jaśniej. Aby wprowadzić ten nawyk, ćwiczenia oddechowe stosuje się systematycznie i konsekwentnie.

Dziecko bierze systematyczny udział w zajęciach rewalidacyjnych pod nadzorem pedagoga specjalnego. Prowadzone są ćwiczenia: poprawiające czynności grafomotoryczne i zawierające elementy terapii ręki, ćwiczenia manualne i manipulacyjne, ćwiczenia koordynacji wzrokowo-ruchowej i jednocześnie doskonalące koncentrację uwagi. Wskazana jest też gimnastyka mózgu, np. przez kreślenie, jak najbardziej płynnym ruchem, „leniwych ósemek” w powietrzu, na tablicy mazakiem, kredą lub palcami dłoni. Ważne są przy tym ćwiczenia rozmachowe mięśni rąk. Prowadzone są też ćwiczenia usprawniające spostrzeganie i pamięć wzrokową, np. wyszukiwanie różnic między obrazkami i elementów na obrazku, układanie figur, kształtów szeregów według wzoru i z pamięci, składanie w całość pociętych obrazków i pocztówek, uzupełnianie braków na obrazkach, układanie puzzli (stopniowo zwiększając liczbę elementów); przerysowywanie figur i kształtów według prezentowanego wzoru, a potem z pamięci, gra w domino (obrazkowe, literowe).

Dziewczynka czwarty rok kontynuuje terapię logopedyczną. Zajęcia polegają na usprawnianiu narządów mowy, treningu oddechowo-fonacyjnym, rozwijaniu i stabilizowaniu artykulacji. Cierpliwe oczekiwanie na wypowiedź dziecka, brak krytyki, nakłanianie na zabieranie głosu, motywowanie, pozwalają Zosi na codzienne doskonalenie umiejętności komunikacyjnych i sprzyjają poprawie artykulacji. Doceniany jest wkład pracy i wysiłek dziewczynki.

Zosia uczestniczy w zajęciach terapii pedagogicznej i zajęciach dydaktyczno-wyrównawczych z matematyki. Dziewczynka ma trudności z wizualizacją i wyobraźnią przestrzenną, a także rozumowaniem matematycznym, dlatego potrzebuje prosto podanych zadań matematycznych, często kilkakrotnych powtórzeń oraz znacznie wydłużonego czasu na myślenie, analizowanie i rozwiązanie zadania. W związku z tym prowadzący zajęcia nauczyciele wychodzą naprzeciw jej potrzebom i stosują metody pracy dostosowane do możliwości dziewczynki.

Podczas lekcji nauczyciel, co kilka minut monitoruje postępy pracy uczennicy, motywuje i naprowadza ją na właściwy tok rozumowania.

Dużą rolę w prawidłowym funkcjonowaniu Zosi w środowisku szkolnym, poprawie jej sprawności fizycznej i utrzymaniu dobrej kondycji psychicznej przypisuje się świetlicy, do której uczęszcza ona od klasy I. Świetlica to miejsce, które jest w szkole potrzebne, ale o którym się mało mówi i którego się nie docenia. Coraz częściej wychowawcy świetlicy posiadają dodatkowo ukończone studia pedagogiki specjalnej. Taka sytuacja ma miejsce w szkole, której uczniem jest opisywana Zosia. Dziewczynka ze względu na czas pracy rodziców przebywa w świetlicy kilka godzin każdego dnia, przed i po zakończeniu lekcji. Wychowawcy, którzy są przygotowani do pracy z dziećmi o różnym rodzaju i stopniu niepełnosprawności, potrafią stworzyć odpowiednie warunki do pracy z grupą (dotyczy to między innymi: wyposażenia sali, sprzętu i pomocy dydaktycznych, gier i zabawek). Zosia zawsze z radością i widocznym zapałem bierze udział w proponowanych grach i zabawach. Jej otwarta postawa i pozytywne nastawienie wpływają nie tylko na poprawę jej sprawności fizycznej, ale także na integrację ze środowiskiem rówieśników. Nauczyciel zawsze jest blisko dziecka, koryguje postawę ciała, asekuruje z uwagi na niekontrolowane zachwiania równowagi, wspiera i pomaga w trudnych sytuacjach. W świetlicy stosuje się różne formy pracy z dziewczynką: indywidualną, grupową i zbiorową. W pracy z Zosią wykorzystuje się różne metody: praktycznego działania, do których należą techniki plastyczne i artystyczne (np. odgrywanie scenek, elementy dramy) – rozwijające zainteresowania i zdolności, poprawiające sprawności manualne

i manipulacyjne, językowe; gry i zabawy dydaktyczne rozwijające logiczne myślenie, pamięć, koncentrację uwagi; zajęcia ruchowe i spacerzy poprawiają sprawność motoryczną dziecka i koordynację ruchów całego ciała, np. chodzenie w rytm muzyki, zabawy taneczne; stawianie różnych kroków, naśladowanie ruchów prowadzącego; tor przeszkód; zabawy z piłkami różnej wielkości; wykorzystanie woreczków z grochem; masaż stóp i dłoni; zabawy z papierem, krepiną, materiałem; zgniatanie papieru stopą; ćwiczenia z gumą rehabilitacyjną; zabawy z chustą animacyjną; metody poglądowe wykorzystujące mapy, albumy, prezentacje, filmy, tablice, liczydła itp. (np. zabawy z liczydłem, globusem, matematyka na wesoło) – pogłębiające i utrwalające wiedzę dziecka; poprawiające umiejętności czytania, pisania i liczenia;



doskonalące pamięć, myślenie i koncentrację; metody werbalne – kształtujące umiejętności językowe i poprawiające artykulację; metody aktywizujące, takie jak np. burza mózgów, śniegowa kula – motywujące Zosię do podjęcia konkretnego działania, poprawiające tempo pracy, wzmacniające samoocenę i wiarę we własne możliwości. Wszystkie zajęcia w świetlicy mają również na celu integrację dziecka z grupą. Ponieważ Zosia szybko się męczy, wychowawcy robią częste przerwy w zabawach, zmieniają tempo i czas wykonania zadania. Kilka razy w tygodniu wychowawcy świetlicy, posiadający uprawnienia, prowadzą z Zosią ćwiczenia z terapii ręki. Na początku są to ćwiczenia rozmachowe, które stymulują czucie głębokie: poruszanie barkami, wymachy kończyną górną, ruchy okrężne; machanie całymi dłońmi na całych powierzchniach; naśladowanie mycia okien, odkurzania zamiatania; łapanie niewidocznych motyli w siatki; gra „Twister”. Następnie stosowane są ćwiczenia manipula-

na terenie szkoły i w domu. Odbywa się stały przepływ informacji między nauczycielami a rodzicami. Rodzice informowani są o rozwoju dziecka, jego osiągnięciach i trudnościach, rodzaju potrzebnej pomocy i możliwościach jej uzyskania. Udzielane są im wskazówki dotyczące pracy z dzieckiem w domu, rodzaju ćwiczeń i ewentualnych materiałów pomocniczych. Na bieżąco informowani są też o ofercie szkoleniowej skierowanej do rodziców.

Podsumowanie

Zosi, 12-letniej dziewczynce, z uwagi na niepełnosprawność ruchową zostały zapewnione specjalne warunki edukacyjne i odpowiednie wsparcie specjalistyczne na terenie szkoły podstawowej ogólnodostępnej. Uczennica klasy integracyjnej podczas zajęć lekcyjnych może liczyć na pomoc nauczyciela wspomagającego. Odpowiednio dostosowane warunki do nauki umożliwiają Zosi dobre funk-



Wychowawcy, którzy są przygotowani do pracy z dziećmi o różnym rodzaju i stopniu niepełnosprawności, potrafią stworzyć odpowiednie warunki do pracy z grupą (dotyczy to między innymi: wyposażenia sali, sprzętu i pomocy dydaktycznych, gier i zabawek).

cyjne: rysowanie w szablonie; kolorowanie w konturze; różne labirynty do pokonywania palcem, kredką lub innym narzędziem pisarskim; konstruowanie i budowanie z klocków, patyczków, drucików, układanie puzzli; układanie kompozycji z guzików; nawlekanie koralików; wydzielanie z papieru; składanie z papieru origami; wycinanie nożyczkami; lepienie z plasteliny czy modeliny; malowanie farbami palcami i pędzelkiem; obrysowywanie przedmiotów; rysowanie po śladach; rysowanie szlaczków. Zaleca się tu m.in. metodę Frostig i Horn „Wzory i obrazki”, metodę Tymichowej, metodę „Dobrego Startu” prof. Bogdanowicz. Ponadto prowadzone są z dzieckiem ćwiczenia manualne, np. nawijanie sznurka, wstążki; rzucanie i łapanie piłki lub woreczka z grochem; przrzucanie piłki/woreczka z ręki do ręki; rzuty do celu; toczenie piłki dużej po podłodze; przelewanie wody, przesypywanie kaszy/ryżu z naczynia do naczynia; gra w łapki; krążenie dłoni; wymachy dłoni; malowanie na niby w powietrzu/po ścianie. Propozycje ćwiczeń przekazywane są rodzicom, ponieważ od ich zaangażowania i systematyczności w dużym stopniu zależy powodzenie w poprawie sprawności fizycznej ich dziecka. Ponadto dziewczynka korzysta z pomocy wychowawców świetlicy w odrabianiu prac domowych.

Współpraca z rodzicami

Niezwykle ważne jest zbudowanie dobrych relacji z rodzicami. Nauczyciele, specjaliści i rodzice ściśle współpracują w zakresie realizacji zadań mających na celu całościowe stymulowanie rozwoju dziewczynki. Wspólnie omówione zostały założenia IPET-u oraz oddziaływania wychowawcze

cjonowanie na co dzień w środowisku szkolnym, a dzięki wsparciu ze strony nauczycieli nawiązała pozytywne relacje z rówieśnikami. Dostrzegane są jej sukcesy, doceniany wysiłek, a to pozytywnie wpływa na poprawę samooceny i motywację dziecka do nauki.

Udział w specjalistycznych zajęciach terapeutycznych wpływa stymulująco na efektywność pracy dziewczynki i jej zaangażowanie podczas lekcji. Udział w zajęciach terapii pedagogicznej pozwala na stymulowanie obniżonych funkcji i uczy sposobów kompensowania deficytów, czego efektem jest zwiększenie możliwości uczenia się. Terapia pedagogiczna poprawia artykulację i poziom kompetencji językowych. Udział w zajęciach dydaktyczno-wyrównawczych poprawia tempo pracy dziewczynki, umiejętność pisania, wyrównuje braki w wiedzy przekazywanej podczas zajęć lekcyjnych. Terapia integracji sensorycznej poprawia równowagę i stabilizację chodu dziecka oraz wpływa pozytywnie na odbiór wrażeń dotykowych, pomaga w koncentracji uwagi.

Dzięki tym wszystkim podjętym działaniom dziewczynka z niepełnosprawnością ruchową może uczęszczać do tej samej szkoły co jej rówieśnicy, siedzieć razem w ławce, wspólnie uczyć się i bawić. My, jako nauczyciele i specjaliści, dajemy dziecku szansę na normalne życie, na poprawę sprawności fizycznej, prawidłowy rozwój emocjonalny i na integrację ze środowiskiem społecznym. ■

Urszula Wyganowska

Nauczyciel dyplomowany, kierownik świetlicy w szkole podstawowej z oddziałami integracyjnymi.



KOMUNIKACJA OSÓB Z ZESPOŁEM RETTA

W JAKI SPOSÓB OSOBY Z ZESPOŁEM RETTA UCZĄ NAS,
ŻE BRAK MOŻLIWOŚCI MÓWIENIA NIE OZNACZA BRAKU
KOMUNIKACJI, A BRAK KONTROLI NAD CIAŁEM
TO NIE BRAK UMIEJĘTNOŚCI POZNAWCZYCH?

„Czują całą daną im miłość. Posiadają wielką wrażliwość na miłość. Jestem o tym przekonany. Jest wiele tajemnic, a jedną z nich są oczy dziewczynek. **Mówię rodzicom, by patrzyli w ich oczy. Oczy mówią do nich. Jestem pewny, że dziewczynki rozumieją wszystko, ale nie mogą nic z tą wiedzą zrobić.**” Dr Andreas Rett

KATARZYNA ŁUSZCZAK

W drzwiach wychodzących na mój balkon niedawno stanęła pewna uroczą dziewczynka, Blanka. Widziała ten balkon wiele razy, ale tym razem zatrzymała wzrok na dłużej. Z właściwą dzieciom w wieku przedszkol-

nym szczerością powiedziała, że balkon jest brzydki, brzydki... W istocie panował na nim wyjątkowy rozgardiasz! Pozostało mi przeprosić mojego małego Gościa za ten stan rzeczy i wyjaśnić jego przyczynę. Blanka porozumiewa się, między innymi, za pomocą sterowanego wzrokiem tabletu (EyeMobile Mini od Tobii Dynavox) z oprogramowaniem do komunikacji (Communicator 5). To na nim wybrała wśród przycisków z kategoriami ten z symbolem Miejsca, następnie Balkon, wróciła do planszy głównej, gdzie

wybrała przycisk z symbolem Opinie, na której to planszy wyraziła swoje zdanie. **Wszystko to Blanka zrobiła z własnej inicjatywy, posługując się zaawansowanym systemem do komunikacji, który obsługuje oczami. I, jak można się domyślać, sprawiło jej to wielką satysfakcję!**

Porozumiewam się, choć nie mówię

Blanka jest jedną z kilkuset dziewczynek w Polsce walczących z zespołem Retta, rzadką wadą genetyczną, która uniemożliwia im porozumiewanie się za pomocą mowy. W ciągu kilkunastu lat spotkań z osobami niemówiącymi nie poznałam osoby, która się nie komunikuje. Czasem komunikatem jest uśmiech, czasem płacz, grymas, zaciśnięcie dłoni, zamknięcie oczu, wstrzymany oddech lub przyspieszone tętno. Nierzadko na komunikat czekam kilka minut. Czekam, aż przedostanie się przez uszkodzony układ nerwowy, przez degenerujące się mięśnie, przez nadwyróżzone zmysły. I pojawia się zawsze. Nie od razu intencjonalny, często nieświadomiony, ale jest, a moim zadaniem jest dostrzec, odczytać, nadać znaczenie i podążyć za nim. Komunikacja jest bowiem procesem dwustronnym i jako odbiorca zobowiązuję się do dekodowania wiadomości, a następnie współtworzenia interakcji.

Rozmowy z osobami niemówiącymi, możliwe dzięki komunikacji wspomagającej i alternatywnej (w skrócie AAC, od angielskiej nazwy *augmentative and alternative communication*), **są doświadczeniem uczącym pokory, cierpliwości i, tak aktualnie pożądanego, bycia „tu i teraz”, przede wszystkim jednak są zaszczytem i przyjemnością spotkania z drugim człowiekiem.**

Rozmawiając z dziewczynkami z zespołem Retta uczę się rozumieć je, świat i siebie. Rozmowy te przypominają, jaką wartość ma komunikacja w kontekście rodziny i społeczeństwa, co niezwykle trafnie ujęła mama chłopca, który w wyniku rdzeniowego zaniku mięśni (SMA) nie porozumiewa się werbalnie: „Przez to, że Syn nie mówi, znikamy oboje. On, bo ludzie mówią tylko do mnie. I ja, bo mówią tylko o nim. To są dwie osoby mniej dla społeczeństwa”.



Czym jest komunikacja i dlaczego warto toczyć o nią walkę każdego dnia?

Komunikacja, czyli proces wymiany wiadomości w środowisku społecznym, obejmujący aktywność poznawczą, stany afektywne oraz zachowanie informacji, stanowi podstawę funkcjonowania w społeczeństwie (Manstead, Hewstone, 2001). Jej odbudowa jest więc istotną częścią rehabilitacji społecznej, której celem jest umożliwienie osobom z niepełnosprawnością uczestnictwa w życiu społecznym (Świerczyński, 2006). Komunikacja oznacza również proces porozumiewania się, czyli wymianę informacji między nadawcą i odbiorcą. W procesie komunikacji wyróżniamy: sytuację, bodźce środowiskowe, mózgowo mechanizmy przetwarzania informacji oraz wypowiedzi (Pąchalska 1999 za: Kaczmarek 1988, Pąchalska 1986, 1986a, 1986b, 1993, Schindler 1988). Komunikujemy się, aby ujawniać potrzeby, chęci, pragnienia, prośby, ale również po to, aby wyrażać emocje i siebie (kreować swoją tożsamość), dowiadywać się i opowiadać, okazywać aprobatę lub dezaprobatę, raportować, respektować etykietę społeczną, reagować, edukować – siebie i innych. Wszystkie te funkcje komunikacji powinny być brane pod uwagę podczas budowania i wdrażania systemu komunikacji wspomagającej, zarówno w kontekście poszerzenia komunikacji receptywnej, jak i dawania narzędzi komunikacji ekspresywnej. To sporo... Zdecydowanie więcej niż może wyrazić pojedynczym spojrzeniem czy uśmiechem niemająca kontroli nad ciałem dziewczynka, jeśli nie dostarczymy jej sposobu i nie nauczymy, siebie i jej, wykorzystania go.

Komunikacja wspomagająca i alternatywna daje możliwości zadbania o wszystkie wymienione aspekty. Komunikacja wspomagająca odnosi się do sytuacji, w której człowiek mówi, jednak nie na tyle wyraźnie, aby mógł być zrozumiany przez otoczenie, i wspomaga mowę innymi formami komunikacji. Komunikacja alternatywna jest metodą porozumiewania się zamiast mowy. Doświadczenia pokazują, że komunikacja wspomagająca obejmuje wszystkie sposoby porozumiewania się i zawiera w sobie także pojęcie komunikacji alternatywnej. W literaturze i praktyce używa się najczęściej, wspomnianego już wyżej, skrótu AAC na określenie metod komunikacji wspomagającej (Warrick, 1999). Komunikację wspomagającą możemy podzielić na dwie kategorie:

- **komunikację wspomagającą naturalną** (bez użycia pomocy komunikacyjnych), czyli te sposoby przekazywania informacji, które wymagają użycia wyłącznie własnego ciała. Są wśród nich: gesty, mimika, pozycja ciała czy język migowy,
- **komunikację wspomagającą, specjalistyczną** (wymagającą wykorzystania pomocy komunikacyjnych), czyli porozumiewanie się za pomocą dodatkowych narzędzi: książki, papieru, symbolu czy komputera.

W komunikacji wspomagającej i alternatywnej wyróżniamy systemy gestów (m.in. gesty, język migowy), symboli (m.in. z Programu Rozwoju Komunikacji Makaton, *Picture Communication Symbols* – PCS, Piktogramy) oraz systemy dotykowe (m.in. alfabet Braille'a, alfabet palcowy do dłoni). Istnieją liczne metody i strategie wprowadzania i rozwoju systemu komunikacji (takie jak PECS – *Picture Exchange Communication System* czy PODD – *Pragmatic Organisation Dynamic Display*), które w mniej lub bardziej usystematyzowany sposób prowadzą od diagnozy potrzeb komunikacyjnych po efektywną komunikację na co dzień. **Ponieważ zarówno potrzeby, jak i możliwości wykorzystania systemów i metod AAC, są bardzo zróżnicowane, ale też zmieniają się na skutek wyzwań rozwojowych, przemęczenia czy emocji, nie można mówić o wyższości jednej metody czy systemu nad innymi.**

Sposób i system komunikacji dobierany jest indywidualnie i ewoluuje, tak jak nasz język. Szczególnie w przypadku niepełnosprawności złożonej, a więc takiej, jaką jest zespół Retta, warto zadbać o wykorzystanie wszelkich efektywnych sposobów komunikacji i nie przedkładać wykorzystania jednego narzędzia nad inne. Są bowiem dni, kiedy nasza rozmówczyni będzie mogła rozmawiać za pomocą etranu (tablica najczęściej z przezroczystego materiału, z wyciętym na środku prostokątem, na bokach której znajdują się litery, wyrazy, symbole lub zdjęcia, na które użytkownik wskazuje wzrokiem) i umieszczonych na nim symboli lub wyrazów. Są też dni, kiedy efektywnie będzie w stanie wskazać wzrokiem na naszych rękach (dwie opcje

wyboru), ale są i takie dni, kiedy chętnie skorzysta z komputera sterowanego wzrokiem lub wszystkich dostępnych narzędzi komunikacji wspomagającej specjalistycznej, z jednoczesnym wykorzystaniem komunikacji wspomagającej naturalnej.

Kiedy ciało mnie nie słucha

Dlaczego tak ważne jest w przypadku zespołu Retta korzystanie z różnych sposobów komunikacji i zakładanie kompetencji? Przyjrzyjmy się, czym jest zespół Retta i jak jego symptomy wpływają na efektywność podejmowanych przez dziewczynki prób komunikacji. Zespół Retta (pierwszy raz opisany w roku 1966 przez austriackiego neurologa, dr. Andreasa Retta) jest rzadkim zaburzeniem neurorozwojowym o podłożu genetycznym, które ujawnia się w okresie wczesnego dzieciństwa i przede wszystkim dotyczy dziewczynek. Zespół Retta mylony jest z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, mózgowym porażeniem dziecięcym oraz ogólnym opóźnieniem rozwoju. Symptomy zespołu Retta pojawiają się po okresie prawidłowego, lub wyglądającego na prawidłowy, rozwoju, między 6. a 18. miesiącem życia, kiedy to następuje spowolnienie i stagnacja. Następnie obserwuje się regres umiejętności komunikacyjnych i wycofanie celowych ruchów rąk. Pojawiają się stereotypie. Część dziewczynek zachowuje umiejętność chodzenia, czasem wypowiedane są pojedyncze słowa, zdarzają się też celowe ruchy rąk. Ze względu na dodatkowe, mogące się pojawić symptomy, takie jak: padaczka, drżenia, bruksizm, skolioza, hiperwentylacja, problemy w obrębie układu pokarmowego czy też zaburzenia snu, funkcjonowanie dziewczynek, ich komfort, samopoczucie są zmiennie i wymagają szczególnej uważności na wynikające z tych wyzwań potrzeby, również komunikacyjne. Z czasem, na skutek apraksji problemy motoryczne mogą wzrastać, jednak okresy rozdrażnienia i pozornej izolacji, wynikające z nasilania się symptomów, mijają, a kontakt wzrokowy i komunikacja się poprawiają.





Znaczna liczba wymienionych symptomów zespołu Retta dotyka Blanki, która ma tak wiele do powiedzenia, uwielbia wyrażać opinie, i której interakcje społeczne sprawiają tak ogromną radość. Dziewczynka od trzech lat porozumiewa się za pomocą symboli PCS (*Picture Communication Symbols*) i Symbol Stix, które towarzyszą jej przez cały dzień. Dom Blanki oklejony jest wydrukowanymi i zalaminowanymi symbolami, do których może podejść, i na które może wskazać. W pobliżu Blanki znajduje się niezbędny komunikacyjny składający się z zalaminowanych kart z symbolami do wyboru, zawierający najczęściej używane przez nią i jej najbliższych zwroty (m.in. symbole: Jeszcze/ /Koniec, Jeść/Pić, Lubię/Nie lubię). W otoczeniu Blanki można znaleźć tablice kontekstowe, używane w konkretnych sytuacjach lub do opowiadania o bajkach czy książkach. Dziewczynka ma również komunikator Big Mack, urządzenie, do nagrywania wiadomości lub sekwencji wiadomości, które odtwarzane są

wtedy, kiedy Blanka naciśnie przycisk. Big Mack ma 12,6 cm średnicy, można więc uruchomić komunikat, nawet jeśli ruch ręki nie jest precyzyjny. Najbardziej rozbudowaną częścią systemu komunikacji dziewczynki jest Eye-Mobile Mini z programem Communicator 5 – to na nim stopniowo rozbudowywany jest system składający się z połączonych ze sobą plansz z symbolami, zdjęciami i wyrazami (Blanka czyta globalnie kilka wyrazów). Aktualnie dziewczynka posługuje się zestawem plansz Sono Flex, dostosowanym do jej potrzeb przez mamę Blanki, a będącym jedną z aplikacji programu Communicator 5. Niezbędnym w efektywnej komunikacji i zawsze brany pod uwagę sposobem jest naturalna komunikacja Blanki – jej mimika i pozycja ciała. Ten złożony z licznych elementów system komunikacji wciąż się zmienia, tak jak zmienia się Blanka i jej potrzeby, zainteresowania, a także możliwości. Efektywność komunikacji i możliwość rozbudowania systemu wynika z kilku przyjętych i konsekwentnie respektowanych założeń pracy z dziećmi z zespołem Retta.

Rozmawiaj ze mną w dostępny dla mnie sposób

Susan Hanlin Norwell, amerykańska terapeutka komunikacji, od 40 lat pracująca z dziewczynkami i kobietami z zespołem Retta, szczególną uwagę przykładła do dwóch kwestii: zakładania kompetencji i modelowania (uczenia przez wykorzystywanie samemu na oczach dziecka i w interakcji z nim) systemu komunikacji. Dziewczynki mają potencjał zarówno komunikacyjny, jak i poznawczy, należy dbać o ich edukację i rozwój komunikacji w dostępny dla nich sposób. Są najczęściej bardzo towarzyskie, warto więc angażować je w konwersacje. Największym wyzwaniem w przypadku zespołu Retta jest

apraksja – dziecko chce wykonać ruch, jednak ciało nie słucha polecenia lub ruch nie jest kończony. Apraksja dotyczy nie tylko kończyn górnych, ale i głowy czy nawet chodzenia. Dziewczynki mają trudności zarówno z rozpoczęciem ruchu, np. sięgnięciem po przedmiot, jak i z jego zakończeniem, np. zatrzymaniem się przed drzwiami czy szybą. Apraksja powoduje znaczne utrudnienie w komunikacji, ponieważ może się wydawać, że dziecko nie słucha, nie reaguje lub nie rozumie, ponieważ nie następuje reakcja, bądź też jest ona znacznie odroczone. Niezwykle ważne jest, aby pamiętać, że apraksja, podobnie jak spastyka w mózgowym porażeniu dziecięcym, wzmagą się pod wpływem presji, ekspozycji społecznej, emocji, a także kiedy dziecko chce nam pokazać coś w chwili ekscytacji. Dlatego też proszenie czy nakazywanie, aby dziewczynka z zespołem Retta zrobiła coś na polecenie, okazywanie zniecierpliwienia, poganianie i wymuszanie odpowiedzi, zwiększają apraksję w sposób uniemożliwiający dziecku kontrolę swojego ciała, również ruchu gałek ocznych. Innym czynnikiem mogącym zafałszować kompetencje komunikacyjne i poznawcze dziewczynek jest percepcja i przetwarzanie bodźców zmysłowych. Przez zaburzenia sensoryczne trudno się skoncentrować, utrzymać uwagę i zaangażować w zadania. Istotne jest zadbanie o komfort dziecka, brak odpytywania, stworzenie takiego środowiska, w którym inicjatywa komunikacyjna jest wspierana i nagradzana, oraz dostarczenie silnie motywujących do komunikacji doświadczeń.

Jako partner komunikacyjny, szczególnie na początku drogi, mamy zadanie nadawać znaczenie i nazywać komunikaty płynące od dziecka (np. „Widzę, że się uśmiechasz i patrzysz na mnie – dla mnie to znak, że podoba Ci się ta książka, poczytamy więc jeszcze” – pokazujemy symbol Jeszcze), dawać mu poczucie, że jest wysłuchane, a jego próba podejmowania interakcji dostrzeżona i nagrodzona. Ważne jest już na tym etapie nazywanie emocji dziecka i rozmowa o nich za pomocą systemu komunikacji (np. „Ojej!

Ale ziewasz! Pewnie jesteś... zmęczona” – nawigujemy podczas mówienia do planszy z emocjami/odczuciami, nazywając jednocześnie kroki, które wykonujemy na systemie do komunikacji, wskazujemy symbol Zmęczona). Spokojna rozmowa z dziewczynkami z zespołem Retta, wsparta planszą z symbolami reprezentującymi emocje, wycisza i toruje drogę do, innego niż krzyk, wyrażania złości, lęku czy zniecierpliwienia. Takie podejście wspiera model oparty na relacji. Dostrzegamy emocje i potrzeby dziecka, ono nas prowadzi. Naszym zadaniem jest je odczytać, odebrać komunikat i wspólnie pracować nad nadaniem mu znaczenia oraz pokazaniem innych dróg wyrażenia danej wiadomości. W przypadku Blanki nieocenioną rolę odegrali rodzice, którzy w naturalny sposób „czytali” dziewczynkę i nazywali jej emocje. Jak większość dzieci, Blanka miewa złe i dobre nastroje, ma do nich prawo – do nich i do ich wyrażania. Komunikacja wspomagająca pomaga jej i otoczeniu w radzeniu sobie z emocjami i zarządzaniu nimi.





Komunikacja to nie egzamin

Ze względu na to, że, jak stwierdził sam dr Andreas Rett, oczy są drogą do komunikacji z osobami z zespołem Retta, najwcześniej – jak to możliwe – należy ćwiczyć umiejętność wykorzystania wzroku do komunikacji. Można to robić zarówno opierając się na niskiej (np. wydrukowane symbole), jak i na wysokiej technologii (*eyetrackery*). Nie wykluczają się one, wręcz przeciwnie – uzupełniają swoje funkcje. Blanka od lat wzmacnia na jest w komunikacji za pomocą wzroku przez natychmiastowe reakcje na wskazywane przez nią komunikaty, symbole czy zdjęcia. Ciągłe pamiętamy o tym, aby Blanka nie była odpytywana czy testowana, ale miała tak motywujące i zabawne materiały, że sama chce z nich korzystać, wypowiadać się za ich pomocą na temat ulubionych bajek, piosenek lub czynności, których zdecydowanie nie lub, i na które chętnie „ponarzekła”. Nie pokazujemy więc, na przykład cały czas tych samych zwierząt czy kolorów, prosząc o wskazanie konkretnego. Jak wielokrotnie w swoich webinarach i na konferencjach podkreśla **Susan Hanlin Norwell**: „**Wskazywanie symbolu na polecenie uczy wskazywania symbolu na polecenie, nie komunikacji. Jaki jest nasz cel?**”. Warto natomiast zadawać otwarte pytania. Jeśli system składa się z wielu plansz, nawigujemy do tej, w której znajduje się potencjalna odpowiedź, tak

aby ułatwić wybór i stale modelować użycie systemu. Podążamy za wyborami dzieci, reagujemy żywo na ich wskazania i używamy tego samego systemu do komunikacji. **Nie zapominajmy, korzystając z technologii wspomagającej, o wyzwaniach, jakie stanowią apraksja i przetwarzanie bodźców. Modelujemy użycie systemu i spokojnie, cierpliwie czekajmy na dziecko, dając mu znać, że jesteśmy i ma czas, by zorganizować swoje ciało.** Zarówno u Blanki, jak i u innych dzieci z zespołem Retta, ale też z mózgowym porażeniem dziecięcym, chcąc dać przestrzeń i czas na wypowiedź, informuję dzieci, że poczekam na nie – mamy czas i wiem, że czasem niełatwo jest skomponować swoje ciało i emocje. Takie komunikaty sprawiają, że dziecko czuje się bezpiecznie, napięcie obniża się i swobodnie może korzystać z komunikacji wspomagającej. Ważne i motywujące jest uwzględnienie w systemie komunikacji nie tylko wyborów, rzeczowników, ale też dostarczenie możliwości komentowania w zabawny sposób, korzystania z czasowników, przymiotników, całych zwrotów, które są używane w otoczeniu i przez rówieśników dziecka.

Jane Korsten podaje, że przeciętne 18-miesięczne dziecko było ekspozowane na mowę 4380 godzin, średnio 8 godzin dziennie od urodzenia. Dziecko ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi, spotykające się na terapii mowy 2 razy w tygodniu, po 20–30 minut, osiągnie taki sam czas ekspozycji na język w dla niego dostępnej formie po 84 latach. Blanka jest otoczona komunikacją dzięki zaangażowaniu i zrozumieniu ze strony rodziców. Nie musi czekać na spotkania z terapeutą, aby opowiedzieć, co wydarzyło się w przedszkolu, nie ma odbieranego systemu komunikacji, kiedy zamykają się drzwi gabinetu logopedy. Dzięki temu zarówno sama dziewczynka, jak i jej bliscy, cały czas uczą się komunikacji, poznają i rozbudowują system, weryfikują jego budowę i treści. Nauka komunikacji to długotrwały proces, w którego przebieg wpisane są błędy, okresy, kiedy przestaje sprawdzać się dana metoda i szukamy innej, tygodnie i miesiące, podczas których poznajemy nowe systemy, szukamy, gdzie znajduje się symbol, przestawiamy go w bardziej dostępne miejsce lub rezygnujemy z niego, ponieważ nie wzbogaca on słownika, a zabiera miejsce innemu, aktualnie Blance bardziej potrzebnemu. Staramy się możliwie spójnie i konsekwentnie budować coraz bardziej zaawansowane zestawy plansz, ich efektywne użycie wymaga jednak wielu ćwiczeń, w różnych sytuacjach i kontekstach. Blanka swobodnie wyraża swoje zdanie, we wszelkich dostępnych dla niej formach komunikacji. Balkon był brzydki, po prostu brzydki. I wspaniale było to od niej usłyszeć. ■

Katarzyna Łuszczak

Pedagog specjalny, logopeda, trener. Od 13 lat zajmuje się komunikacją wspomagającą i alternatywną oraz technologią wspomagającą. Wykładowca podyplomowych studiów gerontologii na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, konferencji logopedycznych i pedagogicznych w Polsce i Europie, członek komitetu programowego i wykładowca jednej z największych na świecie konferencji dotyczących komunikacji wspomagającej i alternatywnej ATAAC w Zagrzebiu, ambasadorka Fundacji „Na niebiesko” i Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Zespołem Retta. Założycielka Atabi Komunikacja.

Literatura i źródła:

- Abbott C., Detheridge T., Detheridge C., *Symbols, Literacy and Social Justice*, Widgit Software, 2006.
- Lechowicz A., *Komputerowe wspomaganie procesu komunikacji niewerbalnej dzieci z wieloraką niepełnosprawnością*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2005.
- Pąchalaska M., *Afazjologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.
- Świerczyński M., *Osoby niepełnosprawne – od rehabilitacji do pracy*, Biblioteczka dla Osób Niepełnosprawnych, 2006.
- Warrick A., *Porozumiewanie się bez słów. Komunikacja wspomagająca i alternatywna na świecie*, Wyd. Stowarzyszenie na Rzecz Propagowania Wspomagających Metod Porozumiewania się „Mówić bez słów”, Kraków 1999.
- <http://www.rettsyndrome.pl>.
- <http://www.mogepotrapiעהce.pl>.
- <https://rettuniversity.org>.
- <http://praacticalaac.org>.
- <https://www.facebook.com/blankapiegat/>.

ZACHOWANIA PROBLEMOWE W OBSZARZE SEKSUALNOŚCI U OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ I OSÓB ZE SPEKTRUM AUTYZMU

CZ. I. MASTURBACJA W OKRESIE DOJRZEWANIA I DOROSŁOŚCI. DIAGNOZA

Niniejszym artykułem pragnę rozpocząć cykl tekstów, które dotyczą zachowań o charakterze seksualnym, które przejawiają osoby z niepełnosprawnością intelektualną, a które najczęściej skłaniają rodziców, opiekunów, nauczycieli i terapeutów do szukania specjalistycznej pomocy seksuologicznej. Nazwałam je „zachowaniami problemowymi”, bowiem zazwyczaj w ten właśnie sposób bywają określane przez osoby szukające wsparcia.

IZABELA FORMALIK

W ostatnim czasie w literaturze zagranicznej niektórzy autorzy rezygnują się z używania określenia „problemowe zachowania seksualne” lub „trudne zachowania seksualne” na rzecz terminu *sexualized challenging behavior* (Lockhart i wsp., 2009). Przyjmują oni, że są to zachowania o charakterze seksualnym, z którymi trudno sobie poradzić, a ich konsekwencje mogą być dla danej osoby negatywne i stygmatyzujące. Wymagają więc od otoczenia, czyli rodziny i specjalistów, większego zaangażowania w zrozumienie ich genezy i funkcji, jakie pełnią.

Zachowania, które najczęściej są zgłaszane jako problemowe lub trudne, można podzielić na dwie grupy. Pierwsza z nich to zachowania osoby skierowane na siebie, m.in.: masturbacja wczesnodziecięca, masturbacja w okresie dojrzewania i dorosłości (publiczna masturbacja, intensywne masturbacja, masturbacja z użyciem specyficznych przedmiotów itp.), używanie fetyszy, uporczywe oglądanie pornografii połączone z masturbacją. Druga grupa to zachowania skierowane na innych, m.in.: przekraczanie dystansu w relacjach z innymi, naruszanie intymności innych, np. dotykanie ich w miejsca intymne, obnażanie się w obecności innych osób, mówienie na temat seksu (w tym propozycje seksualne), podglądanie innych osób, obnażanie się w ich obecności.

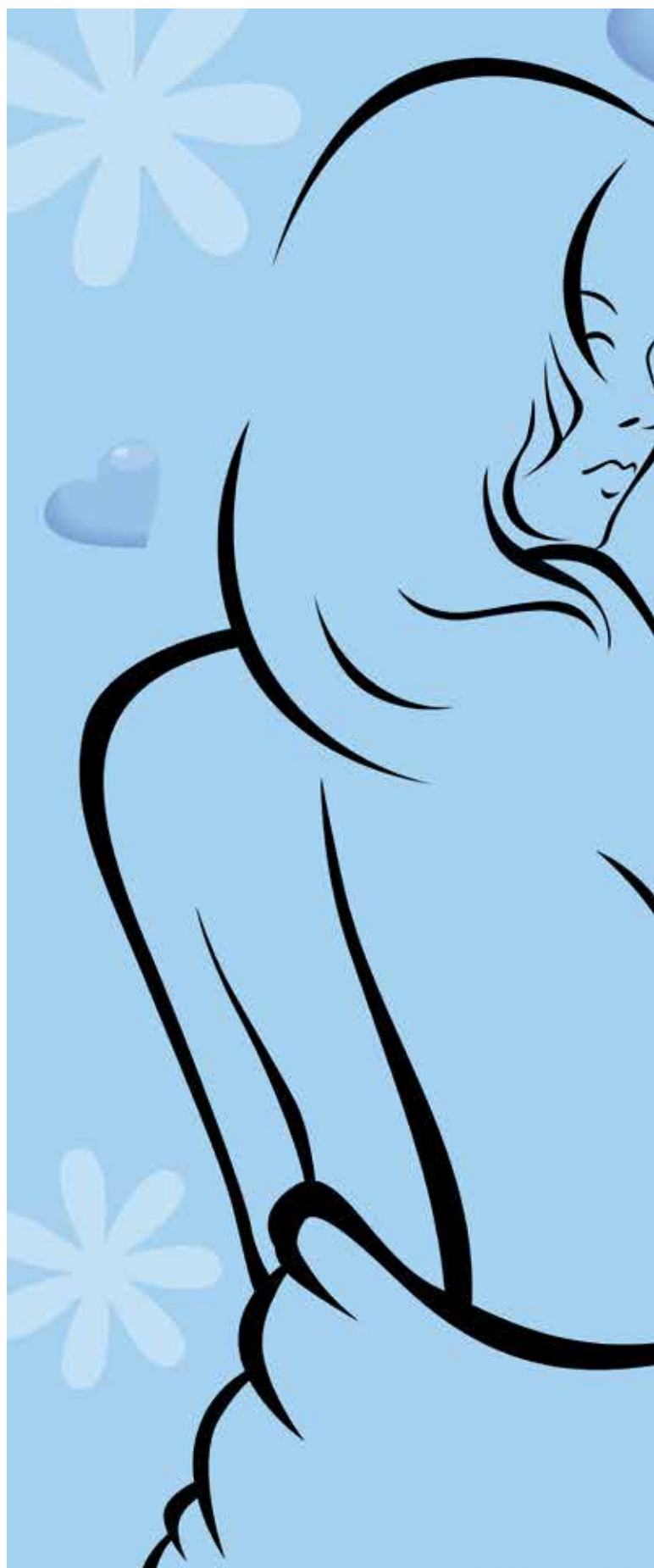
W niniejszym artykule skoncentrowano się na omówieniu zagadnienia masturbacji w okresie dojrzewania i dorosłości, bowiem to ono rodzi najwięcej pytań rodziców i nauczycieli i jest najczęściej zgłaszanym zachowaniem problemowym.

Zachowanie problemowe – czyja perspektywa?

Niezmiernie ważne jest na wstępie zastanowienie się nad tym, **KTO** postrzega dane zachowanie o charakterze seksualnym, np. masturbację, jako zachowanie **PROBLEMOWE**? Czy jest to rodzic? Czy może nauczyciel lub terapeuta? A być może sama osoba z niepełnosprawnością lub spektrum autyzmu (ASD, *autism spectrum disorder*) uważa swoje zachowanie za nieodpowiednie i szuka specjalistycznej pomocy?

W kontekście powyższych pytań pojawiają się kolejne: czy rodzic/opiekun/nauczyciel akceptuje fakt, że jego syn/córka/podopieczny wyraża swoją seksualność? Czy osoba z niepełnosprawnością lub ASD akceptuje przejawy swojej seksualności? Czy rodzic/opiekun/nauczyciel lub sama osoba mają wiedzę na temat ludzkiej seksualności oraz tego, co jest normą, a co nie w zachowaniach seksualnych człowieka? Jakie kryteria biorą pod uwagę, oceniając dane zachowanie syna/córki/podopiecznego lub własne? W jakim stopniu osobiste przekonania wpływają na ocenę danego zachowania? Czy osoby rozumieją, z czego może wynikać pewna specyfika przejawów seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną i ASD?

To tylko przykładowe wstępne pytania, które należy uwzględnić, dokonując diagnozy i ustalając interwencję w przypadku wystąpienia u osoby z niepełnosprawnością zachowania o charakterze seksualnym. Jest to ważne z tego



powodu, że choć osoby z otoczenia mogą uznawać zachowanie podopiecznego lub własnego dziecka za problemowe, **nie musi to oznaczać, że jest ono problemowe z seksuologicznego punktu widzenia** i że wymaga specjalistycznej interwencji.

Masturbacja – kilka faktów...

W wąskim ujęciu, masturbacja jest zachowaniem seksualnym polegającym na pobudzaniu własnych narządów płciowych i innych stref erogennych w celu wywołania u siebie seksualnej przyjemności i orgazmu. Jest ona behawioralnym wyrazem popędu seksualnego. W niniejszym artykule przyjęto jednak szerszą definicję masturbacji: mówiącą o tym, że zachowanie polegające na stymulacji narządów płciowych, może służyć różnym celom, zarówno seksualnym, jak i pozaseksualnym. W przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną i osób z ASD, nierzadko spełnia ona inne funkcje niż rozładowanie napięcia seksualnego.

Może ona przybierać różne formy: pocieranie, dotykanie własnych narządów płciowych dłońmi, używanie do tego celu często „przypadkowych” przedmiotów, niekiedy gadżetów seksualnych, pocieranie ciałem o materac, ścianę, o inne osoby, napinanie mięśni krocza, zaciskanie ud i wiele innych. Im niższy jest poziom intelektualny osoby, tym częściej sięga ona po bardziej „prymitywne” formy stymulacji, np. pocieranie ciałem o meble, podłogę czy zabawki (Fornalik, 2002). Osoba masturbuje się zazwyczaj w taki sposób, jaki jest jej dostępny ze względu na możliwości intelektualne, ruchowe czy reakcje osób z otoczenia.

Wyniki brytyjskiego badania NATSAL (z 2000 roku, na próbie 4762 mężczyzn i 6399 kobiet w wieku 16–44 lat) wskazują, że aż 95% mężczyzn oraz 71,2% kobiet masturbowało się na pewnym etapie życia (Bancroft, 2011, s. 194). Zachowania masturbacyjne są więc podejmowane przez **większość** ludzi, a ich największe nasilenie przypada na okres adolescencji.

Wskaźnik masturbacji wśród osób z niepełnosprawnością intelektualną jest zróżnicowany w zależności od wieku, płci, stopnia niepełnosprawności oraz warunków życia, na co wskazują liczne badania (Kijak, 2010; Parchoimiuk, 2012). U młodzieży i dorosłych jest on porównywalny ze wskaźnikiem w grupie osób pełnosprawnych i wynosi około 76% (Kijak, 2010). Również większość osób ze spektrum autyzmu masturbuje się. Jedno z doniesień wskazuje, że masturbację odnotowano u 68% badanych z 89-osobowej grupy osób z ASD w wieku 16–59 lat (van Bourgondien, Reichle i Palmer za: Realmuto, Ruble, 1999). Podobne dane uzyskano w badaniach prowadzonych w Danii (Haracopos i Pedersen, 1992) i wynika z nich, że 68% badanych z autyzmem masturbowało się, w tym 74% osób płci męskiej i 54% kobiet.

Dlaczego tak ważna jest znajomość tych danych?

Otóż chcąc obniżyć poziom dyskomfortu, lęku rodziców spowodowanego faktem, że syn lub córka z niepełnosprawnością masturbuje się, warto w rozmowie podkreślić,

że jest to zachowanie powszechne zarówno wśród osób pełnosprawnych, jak i z problemami rozwojowymi i nie jest udziałem tylko ich dorastającego lub dorosłego dziecka.

Masturbacja jako problem. Kiedy masturbacja wymaga interwencji?

Mimo że z seksuologicznego punktu widzenia masturbacja jest typowym zachowaniem dla nastolatków oraz dla części osób dorosłych, są sytuacje, w których wymaga bezwzględnej interwencji – niekiedy także specjalistycznej.

Dokonując oceny, czy masturbacja mieści się w granicach normy, należy wziąć pod uwagę:

- miejsce i czas masturbacji oraz szerszy kontekst społeczny,
- sposób masturbacji,

- motywację, jaka leży u podłoża masturbacji (seksualna czy pozaseksualna),
- proporcję masturbacji do innych form aktywności,
- ocenę masturbacji w oczach osoby, która się masturbuje,
- kwestię naruszenia normy partnerskiej w związku.

Kiedy więc masturbacja wymaga interwencji?

- Jeśli podczas masturbacji **dochodzi do uszkodzenia ciała** (narządów płciowych, piersi, odbytu lub innych części ciała). Uszkodzenia te najczęściej wynikają z braku wiedzy osoby o prawidłowych technikach masturbacji, używania do niej niewłaściwych przedmiotów (wkładanie ich do pochwy czy odbytu). Mogą też być efektem zbyt częstej lub zbyt intensywnej stymulacji poszczególnych części ciała (np. gdy u osoby występuje podwrażliwość na bodźce).



- Jeżeli **masturbacja ma „nietypowy/dziwaczny schemat”**. Chodzi np. o taki schemat masturbacji, który będzie trudno wkomponować w partnerską relację seksualną. Jeśli bowiem u osoby utrwali się określony model masturbacji, np. stymulacja łechtaczki strumieniem wody, czy masturbacja polegająca na zaciskaniu ud, nie będzie jej łatwo „przeuczyć” się na osiąganie przyjemności podczas wzajemnych pieszczot lub stosunku seksualnego z partnerem/partnerką. Ważne jest także to, czy owa „dziwaczność” nie utrudnia życia osobie i osobom z jej otoczenia, np. osoba poszukuje określonej scenerii czy też masturbacja musi odbywać się zgodnie z rozbudowanym rytuałem.
- Jeżeli **masturbacja zaburza codzienne funkcjonowanie** osoby, czyli staje się aktywnością dominującą i utrudnia osobie realizację innych życiowych zadań, które są przewidziane dla danego etapu życia, na którym się ona znajduje.
- Jeżeli masturbacja ma **charakter kompulsywny**, czyli osoba straciła kontrolę nad tym zachowaniem i odczuwa przymus podjęcia masturbacji, bowiem zachowanie masturbacyjne służy redukcji lęku.
- Jeśli **masturbacja jest podejmowana w miejscu publicznym, czyli w obecności innych osób**.
- Jeżeli **masturbacja w sposób rażąco narusza porządek społeczny, powoduje u innych dyskomfort i cierpienie**. Dotyczy to sytuacji, kiedy osoba np. kradnie części odzieży należące do innych, by używać ich do masturbacji, albo podczas masturbacji jest bardzo głośna i np. zakłóca tym rodzinne życie (Walsh za: Hingsburger, 2000).
- Jeżeli podejmowanie **masturbacji wywołuje u osoby cierpienie**. Interwencji wymaga zachowanie masturbacyjne, które rodzi u osoby frustrację z powodu niemożności osiągnięcia orgazmu lub też wywołuje silne poczucie winy (z powodu łamania zasad religijnych lub też zasad określonych przez rodzica).
- Jeżeli **masturbacja jest podejmowana z powodów pozaseksualnych, czyli najczęściej jest próbą rozwiązania jakiegoś problemu**, który jest udziałem danej osoby (szerzej poniżej).
- Rozmowa z rodzicami/opiekunami osoby z niepełnościami (zebranie danych, psychoedukacja rodziców/opiekunów na temat masturbacji, podział zadań, podpisanie kontraktu).
- Ustalenie i wdrożenie zasad postępowania w placówce i w domu.
- Sprawdzenie skuteczności.
- Ewentualna modyfikacja działania i współpraca z innymi specjalistami.

W niniejszym artykule skupiono się przede wszystkim na zaprezentowaniu niezbędnego kroku, jakim jest **rozszerzona diagnoza zachowania masturbacyjnego**. W kolejnym artykule zostaną zaprezentowane możliwe oddziaływania interwencyjne.

Przystępując do działania, konieczne jest zebranie danych, które dotyczą zachowania masturbacyjnego, a także osoby, która je podejmuje, oraz reakcji otoczenia na te zachowania. W zbieraniu i porządkowaniu informacji pomocne mogą być poniższe tabele. Zawarto w nich pytania, na które warto uzyskać odpowiedź w wywiadach prowadzonych z rodzicami oraz innymi pracownikami placówki (Fornalik, 2017). Pomocne będzie przygotowanie takich tabel z miejscem na uzupełnianie danych dotyczących konkretnego podopiecznego i jego zachowania.

Informacje dotyczące zachowania

Niezmiernie ważnym krokiem jest bardzo szczegółowa analiza zachowania masturbacyjnego i kontekstu, w jakim się pojawia (Tab. 1).

Informacje dotyczące osoby podejmującej zachowanie

Analizując zachowanie masturbacyjne, potrzebne jest zebranie wielu informacji na temat osoby, która je podejmuje. Uzyskana wiedza pozwoli znaleźć powiązania pomiędzy danym zachowaniem a różnymi czynnikami tkwiącymi po stronie osoby oraz pomoże ustalić możliwe interwencje (Tab. 2).

Opis reakcji osób z otoczenia na zachowanie masturbacyjne

Bardzo ważne jest szczegółowe opisanie dotychczasowych sposobów reagowania przez nauczycieli/rodziców i innych osób na zachowanie masturbacyjne podopiecznego oraz ich skuteczności. Warto też przemyśleć odpowiedź na poniższe pytania:

- jaki cel chciały osiągnąć osoby reagujące w określony sposób na zachowanie masturbacyjne podopiecznego?
- czy reakcje otoczenia okazały się skuteczne? Dlaczego tak/dlaczego nie? Jak podopieczny zareagował na reakcje otoczenia?
- w jaki sposób reakcje osób z otoczenia mogły utrwalać zachowanie podopiecznego w takim kształcie, w jakim ono występuje?

Mój podopieczny masturbuje się. Od diagnozy do...

Warto zacząć od stwierdzenia, że nie istnieje gotowa procedura czy schemat postępowania w sytuacji, gdy nauczyciel lub terapeuta zaobserwuje u podopiecznego zachowanie masturbacyjne, np. na terenie placówki. Każda sytuacja wymaga bowiem indywidualnego potraktowania oraz uwzględnienia szerszego kontekstu.

Poniżej zaprezentowano swoiste kroki, które warto uwzględnić podejmując interwencję na terenie placówki.

Uproszczony model oddziaływania można ująć następująco:

- Zebranie danych od osób pracujących w placówce.
- W przypadku niewystarczających danych i występowania wątpliwości – specjalistyczne konsultacje (ginekologiczne, urologiczne, endokrynologiczne, psychiatryczne).
- Próba ustalenia uwarunkowań zachowania.

Próba ustalenia, jakie funkcje pełni masturbacja w życiu podopiecznego

Ten krok ma kluczowe znaczenie dla podjęcia odpowiednich oddziaływań interwencyjnych. Masturbacja może bowiem pełnić w życiu osoby z niepełnosprawnością i ze spektrum autyzmu różne funkcje. Zasadniczą jest funkcja seksualna, czyli kiedy zachowanie służy rozładowaniu napięcia seksualnego. Poza tym może spełniać także inne, pozaseksualne zadania: niektórym pomaga zasypiać i zrelaksować się, bywa, że łagodzi ból fizyczny, np. menstruacyjny, oraz niepokój, frustrację i złość lub jest lekiem na samotność. Warto pamiętać, że u nastolatków i dorosłych zawsze należy uwzględnić fakt, że może służyć rozładowaniu napięcia seksualnego (Tab. 3).

Dlaczego niezbędne jest zebranie tak wielu danych? Dzięki uzyskaniu tak wielu informacji, możliwe będzie zobaczenie szerszego kontekstu zachowania masturbacyjnego

oraz funkcji, jakie pełni w życiu konkretnej osoby. Niekiedy niezbędne jest uwzględnienie różnych funkcji jednocześnie. Może bowiem być tak, że nastolatek lub nastolatka masturbuje się, ponieważ jest w okresie dojrzewania i odczuwa napięcie seksualne, ale także zwiększa się liczba tych zachowań, gdy się nudzi. Dodatkowo może mieć zaburzenia sensoryczne, co wpływa na sposób stymulacji i ich częstotliwość itd. Bardzo ważne jest, by widzieć całą osobę i sposób jej funkcjonowania w różnych sferach, nie zaś tylko wyizolowane zachowanie, jakim jest np. publiczna masturbacja.

Uzyskanie wielu informacji o osobie, jej zachowaniu, reakcjach osób z otoczenia i ustalenie przyczyn zachowania pozwoli dopasować rodzaj interwencji do konkretnej osoby i zmniejszyć ryzyko popełnienia błędu.

Opisowi możliwych oddziaływań interwencyjnych zostanie poświęcony kolejny artykuł, który znajdzie swe miejsce w następnym numerze czasopisma. ■

Tab. 1. Pytania dotyczące zachowania masturbacyjnego

PYTANIE	CEL PYTANIA
Gdzie? (Miejsca, w których pojawia się masturbacja: w placówce, w domu, w miejscach publicznych)	Pytanie pozwoli określić, czy osoba przestrzega zasadę intymności, czy wśród miejsc, w których podejmuje zachowanie, znajduje się miejsce preferowane
Kiedy? (Kiedy po raz pierwszy zachowanie pojawiło się, najczęstsza pora dnia, umiejscowienie w planie dnia, np. rodzaj zajęć)	Odpowiedzi pozwolą uchwycić związek pomiędzy porą dnia a zachowaniem, a także rodzajem zajęć i masturbacją. Ważna jest też wiedza, kiedy zachowanie nigdy się nie pojawia (rodzaj zajęć, obecność jakich osób itp.)
Jaka była/jest dynamika zachowania? (Czy zachowanie zawsze wyglądało tak samo, czy miało miejsce tak samo często, jak często ma miejsce obecnie itp.)	Pytanie pozwoli określić, czy zachowanie zmieniało się od chwili pojawienia się do dziś oraz częstotliwość zachowania, a także jakie czynniki mogły wywołać zmianę
Jaka jest proporcja masturbacji do innych zachowań? (Jak długo trwa zachowanie masturbacyjne? Czy osoba uczestniczy w innych aktywnościach w ciągu dnia? Czy mimo masturbacji osoba zaspakaja inne potrzeby?)	Odpowiedzi pozwolą określić, czy masturbacja jest dominującą formą aktywności, czy też jedną z wielu znajdujących się w repertuarze osoby oraz czy i w jakim stopniu zachowanie zaburza realizację innych zadań rozwojowych
Jak osoba to robi? (Dokładny opis zachowania z uwzględnieniem pozycji, sposobu stymulacji, używanych przedmiotów)	Dokładny opis pozwala określić, czy osoba masturbuje się w sposób prawidłowy, czy używa do masturbacji przedmiotów, czy się uszkadza itp.
Jakie są reakcje osoby, gdy to robi? (Jakie są fizjologiczne reakcje ciała?)	Opis reakcji pozwoli sprawdzić m.in. to, czy u osoby występują symptomy podniecenia seksualnego, jakie reakcje emocjonalne jej towarzyszą itp.
Jak można rozpoznać, że zachowanie się pojawi? (Czy osoba idzie w stronę jakiegoś miejsca/przedmiotu/osoby? Czy wykonuje jakiś ruch/gest? Czy coś mówi?)	Wiedza pozwoli wychwycić moment, w którym możliwa będzie reakcja otoczenia. Interwencja podjęta w tej fazie często bywa skuteczniejsza niż w sytuacji, gdy osoba podejmie zachowanie masturbacyjne
W jakich sytuacjach osoba sama przerywa zachowanie? (Czy gdy poczuje przyjemność? Czy mając do wyboru inne zachowanie? Czy w obecności określonych osób?)	Uzyskanie wiedzy na ten temat pozwoli stwierdzić nie tylko, czy osoba masturbuje się aż do chwili rozładowania napięcia seksualnego, ale także czy są aktywności, które wydają jej się w danej chwili atrakcyjniejsze niż masturbacja
Jak osoba reaguje przy próbie przerwania zachowania? (Czy przerywa zachowanie? Czy reaguje agresją skierowaną na siebie lub innych? Czy coś mówi?)	Odpowiedzi pozwolą określić, jak duże znaczenie ma dla osoby masturbacja (czy chce ją przerwać?) i jakie skutki przynosi przerwanie zachowania

Tab. 2. Informacje o osobie podejmującej zachowanie masturbacyjne

INFORMACJE O OSOBIE	CEL UZYSKANIA INFORMACJI O OSOBIE
Wiek osoby (obecny i wiek pojawienia się zachowania)	Pytanie istotne z punktu widzenia oceny rozwoju płciowego
Poziom rozwoju płciowego (czy występują symptomy dojrzewania płciowego? Jakie?)	Określenie poziomu rozwoju płciowego to niezbędny warunek tego, by można było uznać, że masturbacja może (choć nie musi) służyć rozładowaniu napięcia seksualnego. Jeśli bowiem u chłopca czy dziewczynki nie widać jeszcze żadnych symptomów świadczących o tym, że rozpoczęło się u nich dojrzewanie płciowe, najprawdopodobniej masturbacja służy innym, pozaseksualnym celom. Napięcie seksualne pojawia się bowiem dopiero w okresie adolescencji
Poziom rozumienia podejmowanego zachowania (czy osoba rozumie cel zachowania, warunki, w jakich może być podejmowane, oraz konsekwencje zachowania)	Uzyskana wiedza pozwoli odpowiedzieć na pytanie, czy w modyfikowaniu zachowania można wykorzystać zrozumienie przez osobę istoty zachowania i jego ewentualnych konsekwencji
Komunikacja (poziom rozumienia mowy i innych komunikatów, np. obrazkowych, zdjęciowych, sposoby komunikowania się – w tym AAC – alternatywne i wspomagające metody komunikacji)	Uzyskana wiedza pozwoli określić, czy osoba ma szansę wyrazić swoje odczucia czy pragnienia oraz jaki rodzaj komunikatów będzie możliwy do wykorzystania podczas interwencji
Stan zdrowia i przyjmowane leki (współwystępujące sprzężenia chorobowe, problemy urologiczne, endokrynologiczne itp.)	Wiedza pozwoli określić: <ul style="list-style-type: none"> - czy może istnieć związek między istniejącymi chorobami czy zaburzeniami a masturbacją (np. stulejka; zaburzenia hormonalne, grzybica lub inne infekcje narządów płciowych), - czy może istnieć związek między zachowaniem a przyjmowanymi lekami (np. osoba przyjmuje leki, które zwiększają jej libido albo wywołują zaburzenia erekcji lub ejakulacji)
Poziom samodzielności osoby (zwłaszcza w zakresie samoobsługi)	Wiedza pozwoli określić, w jakim stopniu możliwa będzie samodzielność osoby w procesie interwencji, np. podczas ustalania zasad dotyczących masturbowania się
Zaburzenia sensoryczne (czy występuje nadwrażliwość czy podwrażliwość w zakresie zmysłu dotyku? czy występują zaburzenia w zakresie innych zmysłów?)	Uzyskane informacje pozwolą stwierdzić, czy masturbacja może być sposobem dostarczania sobie bodźców sensorycznych. Poza tym występowanie zaburzeń sensorycznych może mieć wpływ na rodzaj stymulacji, jaki wybiera dana osoba
Wiedza na temat tego, co prywatne-publiczne (czy osoba rozumie różnice między miejscami i czynnościami prywatnymi i publicznymi, wie, jakie czynności powinny mieć miejsce w prywatnym, a jakie w publicznym miejscu)	Informacje pozwolą zrozumieć, czy zachowanie naruszające normy społeczne, np. publiczna masturbacja, wynika z braku wiedzy, czy też jest spowodowane innymi czynnikami

Tab. 3. Pytania dotyczące przyczyn zachowania masturbacyjnego

PYTANIA DOTYCZĄCE PRZYCZYN	NA CO ZWRÓCIĆ UWAGĘ?
<p>Czy masturbacja służy rozładowaniu napięcia seksualnego?</p> <p>Jeśli dziewczyna/kobieta próbuje stymulować swoje narządy płciowe, należy zwrócić uwagę na jej reakcje fizjologiczne mogące być wskaźnikami podniecenia seksualnego: przyspieszony oddech, zwiększona potliwość, zaczerwienienie twarzy, ogólne pobudzenie psychoruchowe, wilgotność pochwy, erekcja sutków. U chłopców podniecenie seksualne może objawiać się również przyspieszonym oddechem, zwiększonym poceniem się, zaczerwienieniem twarzy, pobudzeniem psychoruchowym, a ponadto erekcją penisa. Oczywiście nie jesteśmy w stanie dostrzec na pierwszy rzut oka niektórych objawów seksualnego podniecenia, np. erekcji penisa czy wilgotności pochwy. Czasem na reakcje mają wpływ zażywane leki, np. mogą powodować zaburzenia erekcji</p>	<p>Uwzględnij:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wiek osoby, - poziom rozwoju płciowego, - symptomy podniecenia seksualnego, - reakcje ciała (np. wytrysk nasienia)

<p>Czy masturbacja jest symptomem problemów zdrowotnych? Zdarza się, że osoba pociera narządy płciowe, zaciska uda lub też próbuje coś wkładać do pochwy czy odbytu a nawet cewki moczowej, ponieważ odczuwa nieustanne swędzenie lub ból. Tego typu problemy nie są rzadkie zwłaszcza u osób niżej funkcjonujących ze względu na: pieluchowanie, problemy z higieną, brak dezynfekowania toalet i inne</p>	<p>Uwzględnij:</p> <ul style="list-style-type: none"> - przebyte infekcje lub stany zapalne narządów płciowych, - stan narządów płciowych (stulejka, alergię, zaczerwienienia itp.), - ewentualne wyniki badań moczu, badań na pasożyty, badań urologicznych, badań hormonalnych lub wyniki innych badań, które mogą mieć znaczenie, - przyjmowane leki, - opinię prowadzącego lekarza psychiatry, czy może istnieć związek między lekami a zachowaniami seksualnymi
<p>Czy masturbacja jest skutkiem dyskomfortu spowodowanego higieną lub nieodpowiednią odzieżą?</p>	<p>Dowiedz się:</p> <ul style="list-style-type: none"> - czy osoba myje się samodzielnie i czy potrafi utrzymać higienę narządów płciowych, - czy osoba nosi właściwą bieliznę i inną odzież (czy jest wystarczająco wygodna, czy nie uciska, czy jest „oddychająca” itp.)
<p>Czy masturbacja jest odpowiedzią na zaburzenia sensoryczne? Istnieje pewien związek pomiędzy masturbacją a zaburzeniami integracji sensorycznej (SI), a zwłaszcza problemami z modulacją sensoryczną w obrębie zmysłu dotyku. Osoba może poszukiwać silnych wrażeń sensorycznych w obrębie ciała, w tym także narządów płciowych, które są przecież bardzo wrażliwe ze względu na dużą ilość zakończeń nerwów czuciowych. Może bardzo mocno się stymulować, uciskać narządy płciowe, czasem uderzać w nie lub intensywnie pieścić, niekiedy powodując nawet uszkodzenia. Z kolei osoba nadreaktywna, unikająca bodźców dotykowych może poszukiwać takich sposobów masturbacji, które nie będą wiązały się z dotykiem dłonią i typowymi pieszczołami</p>	<p>Sprawdź:</p> <ul style="list-style-type: none"> - czy osoba ma diagnozę zaburzeń integracji sensorycznej (SI) i jak ona brzmi, - jak funkcjonują jej zmysły, a zwłaszcza zmysł dotyku (czy poszukuje silnych bodźców na ciele, czy unika dotyku, jakiego), - czy w ogóle dotyka narządów płciowych dłońmi, czy odmawia dotyku (np. podczas mycia)
<p>Czy masturbacja jest sposobem radzenia sobie z napięciem emocjonalnym? Masturbacja może mieć miejsce w sytuacjach odczuwania przez osobę lęku, stresu, dyskomfortu spowodowanego znalezieniem się w sytuacji zadaniowej, frustracji związanej z brakiem komunikacji z innymi. Niektóre osoby reagują na sytuacje stresowe i towarzyszący im lęk podnieceniem seksualnym</p>	<p>Oceń:</p> <ul style="list-style-type: none"> - jak osoba zachowuje się w sytuacjach napięcia emocjonalnego (jak reaguje, jak się wycisza), - czy masturbacja pojawia się w sytuacjach, kiedy osoba czegoś się boi lub doświadcza frustracji związanej z tym, że czegoś nie chce, - czy osoba przerywa zachowanie masturbacyjne
<p>Czy masturbacja ma miejsce w sytuacjach nadmiaru bodźców i braku porządku? Jeśli osoba z ASD znajdzie się w sytuacji, w której bombardowana jest nadmiarem bodźców, np. jest zbyt głośno, jest zbyt wiele zapachów, osób, jest zbyt wiele bodźców wzrokowych, a do tego osoba jest zmęczona, jej układ nerwowy ulega przeciążeniu, a ona pragnie jak najszybciej „wyłączyć się” z otoczenia, w którym jest „za dużo” i „za mocno”. Niekiedy owo wyłączenie się następuje w postaci zachowania stereotypowego, autostymulacyjnego, np. kiwanie się z uderzaniem w uszy itp. Masturbacja także może stać się jednym z zachowań pozwalających danej osobie uciec od nadmiaru bodźców</p>	<p>Sprawdź:</p> <ul style="list-style-type: none"> - czy osoba masturbuje się w sytuacjach, gdy zajęcia nie mają ustalonej struktury, - czy osoba ucieka w masturbację, gdy jest w sytuacjach nadmiaru bodźców (hałas, duża liczba osób, wielość zapachów itp.)
<p>Czy masturbacja jest konsekwencją trudnych, traumatycznych przeżyć? Jednym z krótko- i długofalowych skutków wykorzystania seksualnego może być masturbacja. Jako symptom wykorzystania, zwykle pojawia się wraz z innymi objawami, nie zaś jako wyizolowane zachowanie</p>	<p>Zdobądź wiedzę:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kiedy masturbacja pojawiła się po raz pierwszy, - jakie wydarzenie lub wydarzenia poprzedziły masturbację, - czy osoba doświadczyła jakiejś formy wykorzystania seksualnego
<p>Czy masturbacja jest sposobem na nudę i brak aktywności? W przypadku osób nisko funkcjonujących masturbacja bywa jedną z niewielu aktywności, które potrafią zrealizować samodzielnie. Jest łatwo dostępna i przyjemna, więc ma charakter wzmocnienia pozytywnego. Może się utrwalić jako sposób reagowania, gdy osoba pozostaje beczynna, nudzi się, nie rozumie zadania, nie umie włączyć się w zajęcia grupowe, brakuje jej aktywności ruchowej</p>	<p>Odpowiedz na pytania:</p> <ul style="list-style-type: none"> - czy osoba masturbuje się podczas aktywności, które lubi, - podczas jakich form aktywności osoba się masturbuje, - czy osoba masturbuje się, gdy jest w bezpośrednim kontakcie z inną osobą czy gdy pozostaje sama

<p>Czy masturbacja jest sposobem unikania? Masturbacja może służyć unikaniu wykonania konkretnego zadania, zwłaszcza czegoś, co z perspektywy osoby ze spektrum autyzmu nie jest ani atrakcyjne, ani przyjemne. Unikanie to zachowanie wyuczzone</p>	<p>Zwróć uwagę na to:</p> <ul style="list-style-type: none"> - czy osoba masturbuje się w sytuacjach zadaniowych czy też w sytuacjach, gdy zostaje sama
<p>Czy masturbacja jest sposobem na zwrócenie na siebie uwagi? To wyuczona strategia, jaką może zacząć stosować osoba, jeśli chce otrzymać uwagę osób z otoczenia. Stosowanie kar jest również formą odbarzenia uwagi, może więc wzmacniać zachowania masturbacyjne</p>	<p>Potrzebujesz wiedzy na temat tego:</p> <ul style="list-style-type: none"> - czy osoba preferuje masturbację, gdy jest sama (o ile ma taką możliwość) czy w obecności innych osób, - czy zaprzestaje masturbacji, gdy otrzymuje uwagę innych, - czy zaprzestaje masturbacji, gdy jest wyprowadzona do innego pomieszczenia lub ma wybór – zostać i nie dotykać się, lub wyjść – i dotykać się

dr Izabela Fornalik

Pedagożka specjalna i edukatorka seksualna, doktor nauk humanistycznych, psychoterapeutka CBT w procesie szkolenia, członkini Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego – Przewodnicząca Zespołu ds. Seksualności Osób z Niepełnosprawnością. Wykładowczyni na Podyplomowym Studium Wychowania Seksualnego Wydziału Pedagogicznego UW oraz na Podyplomowych Studiach „Seksuologia Kliniczna – Opiniowanie, Edukacja, Terapia” na UAM w Poznaniu. Autorka licznych publikacji, między innymi książek: *Mam autyzm. Mam seksualność. I co dalej? Poradnik dla rodziców, terapeutów i nauczycieli*, *Jak edukować seksualnie osoby z niepełnosprawnością intelektualną? Poradnik dla specjalistów oraz Dojrzewanie. Miłość. Seks. Poradnik dla rodziców osób z niepełnosprawnością intelektualną*.

Bibliografia:

- Bancroft J., *Seksualność człowieka*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011.
- Fornalik I., *Mam autyzm. Mam seksualność. I co dalej? Poradnik dla rodziców, terapeutów i nauczycieli*. Fundacja JIM, Łódź 2017.
- Fornalik I., *Rozwój psychoseksualny młodzieży z głębszą niepełnosprawnością intelektualną w zależności od środowiska życia. Praca doktorska*. UAM WSE Poznań 2002, promotor prof. dr hab. I. Obuchowska.
- Haracopos D., Pedersen L., *Sexuality and Autism Danish Report 1992*. <http://www.autismuk.com/autism/sexuality-and-autism/sexuality-and-autism-danish-report/> [data dostępu: 05.06.2018].
- Kijak R., *Seks i niepełnosprawność. Doświadczenia seksualne osób z niepełnosprawnością intelektualną*. PZWL, Warszawa 2010.
- Lockhart K., Guerin S., Shanahan S., Coyle K., *Defining „Sexualized Challenging Behavior” in Adults With Intellectual Disabilities*. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 2009; 6(4): 293-301.
- Parchomiuk M., *Seksualność człowieka z niepełnosprawnością intelektualną*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2016.
- Walsh A., *IMPROVE and CARE: Responding to Inappropriate Masturbation in People with Severe Intellectual Disabilities*. *Sexuality and Disability* 2000; 18(1): 27-39.

REKLAMA



Pewny start. Seria publikacji edukacyjnych dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną, spektrum autyzmu



Serie **O dojrzewaniu. Dziewczęta** oraz **O dojrzewaniu. Chłopcy** zostały przygotowane z myślą o uczniach ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Materiały pomogą uczniom zrozumieć

i oswoić się ze zmianami fizycznymi, zachodzącymi w okresie dojrzewania.



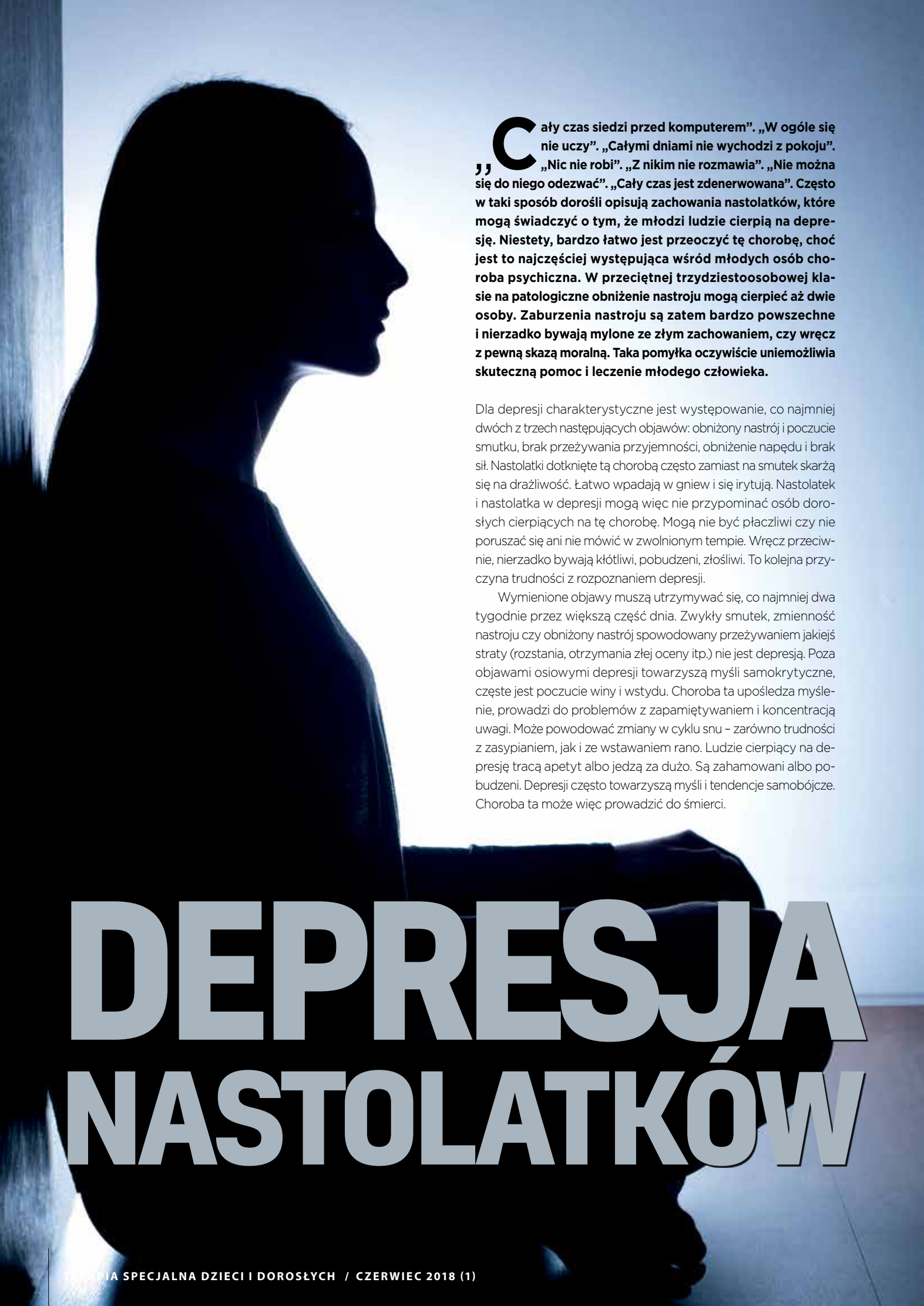
Seria **Pewny start. Poznać i zrozumieć uczucia**

to różnorodne publikacje: karty pracy, historyjki obrazkowe i społeczne, opowiadki, czytanki, poradnik i gra karciana. Materiały pomagają uczniom

rozpoznawać stany emocjonalne u siebie i innych, a także radzić sobie z emocjami.

[Sprawdź pełną ofertę na stronie: pewnystart.pwn.pl](http://pewnystart.pwn.pl)





„**C** cały czas siedzi przed komputerem”. „W ogóle się nie uczy”. „Całymi dniami nie wychodzi z pokoju”. „Nic nie robi”. „Z nikim nie rozmawia”. „Nie można się do niego odezwać”. „Cały czas jest zdenerwowana”. Często w taki sposób dorośli opisują zachowania nastolatków, które mogą świadczyć o tym, że młodzi ludzie cierpią na depresję. Niestety, bardzo łatwo jest przeoczyć tę chorobę, choć jest to najczęściej występująca wśród młodych osób choroba psychiczna. W przeciętnej trzydziestoosobowej klasie na patologiczne obniżenie nastroju mogą cierpieć aż dwie osoby. Zaburzenia nastroju są zatem bardzo powszechne i nierzadko bywają mylone ze złym zachowaniem, czy wręcz z pewną skazą moralną. Taka pomyłka oczywiście uniemożliwia skuteczną pomoc i leczenie młodego człowieka.

Dla depresji charakterystyczne jest występowanie, co najmniej dwóch z trzech następujących objawów: obniżony nastrój i poczucie smutku, brak przeżywania przyjemności, obniżenie napędu i brak sił. Nastolatki dotknięte tą chorobą często zamiast na smutek skarżą się na drażliwość. Łatwo wpadają w gniew i się irytują. Nastolatek i nastolatka w depresji mogą więc nie przypominać osób dorosłych cierpiących na tę chorobę. Mogą nie być płaczkliwi czy nie poruszać się ani nie mówić w zwolnionym tempie. Wręcz przeciwnie, nierzadko bywają kłótlivi, pobudzeni, złośliwi. To kolejna przyczyna trudności z rozpoznaniem depresji.

Wymienione objawy muszą utrzymywać się, co najmniej dwa tygodnie przez większą część dnia. Zwykły smutek, zmienność nastroju czy obniżony nastrój spowodowany przeżywaniem jakiejś straty (rozstania, otrzymania złej oceny itp.) nie jest depresją. Poza objawami osiowymi depresji towarzyszą myśli samokrytyczne, częste jest poczucie winy i wstydu. Choroba ta upośledza myślenie, prowadzi do problemów z zapamiętywaniem i koncentracją uwagi. Może powodować zmiany w cyklu snu – zarówno trudności z zasypianiem, jak i ze wstawaniem rano. Ludzie cierpiący na depresję tracą apetyt albo jedzą za dużo. Są zahamowani albo pobudzeni. Depresji często towarzyszą myśli i tendencje samobójcze. Choroba ta może więc prowadzić do śmierci.

DEPRESJA NASTOLATKÓW

Należy zwracać szczególną uwagę na te młode osoby, u których wystąpiła drastyczna zmiana zachowania. Młody chłopak dotychczas miał wielu znajomych i trudno było zatrzymać go w domu, a od dwóch tygodni cały czas siedzi przed komputerem i prawie w ogóle nie wychodzi ze swojego pokoju. Młoda dziewczyna, wcześniej wybitna uczennica i sportsmenka, od trzech miesięcy dostaje trójki i zrezygnowała z treningów. Takie nagłe zmiany nazywamy załamaniem linii życiowej. Zawsze powinny one niepokoić i motywować do wizyty u specjalisty. Niezależnie od tego, co je spowodowało, dobrze jest to wyjaśnić, gdyż owe zmiany często są oznaką zachorowania na depresję lub inną chorobę psychiczną.

Oczywiście załamanie linii życiowej może być związane z konkretnymi wydarzeniami z życia młodych osób i stanowić naturalną odpowiedź na sytuację kryzysową. Często wiąże się choćby z przejściem do nowej szkoły, ze zmianą otoczenia bądź ze zmianami w sytuacji rodzinnej (np. rozwód czy separacja rodziców) lub życiowej młodego człowieka (np. rozstanie z chłopakiem czy dziewczyną). Takie wydarzenia nas zasmucają i to naturalne, że czujemy się źle, gdy wystąpią w naszym życiu. Jeżeli jednak obniżony nastrój, napięcie i niepokój po doświadczeniu takich wydarzeń utrzymują się w sposób trwały przez większą część dnia, jeśli nie występują momenty lepszego samopoczucia, a stan ten utrzymuje się powyżej dwóch tygodni, to powinno nas to zaniepokoić i zmotywować do skonsultowania się ze specjalistą.

Istnieje wiele niebezpiecznych mitów i uprzedzeń, które utrudniają kontakt ze specjalistami ochrony zdrowia psychicznego (psychiatrami, psychologami, psychoterapeutami). Choćby przekonanie, że choroba psychiczna powoduje jakąś szczególną szkodę („świr”, „wariat” i tym podobne poniżające i nienawistne etykiety), że rozpoznanie takiej choroby zaważy na życiu osoby chorej („Nie chcę, żeby miał coś takiego w papierach”), że terapia jest oznaką słabości („Do psychologa chodzą świry, które sobie nie radzą”) lub że leczenie farmakologiczne uzależnia i świadczy o słabości („Silni ludzie radzą sobie bez leków”). Pamiętajmy, że wszystkie te szkodliwe mity każą uznawać chorobę psychiczną za jakieś dziwne zjawisko na pograniczu wybuchu, zła moralnego, wstydu. Tymczasem choroby psychiczne są takimi samymi chorobami jak choroby somatyczne. Nic nie powstrzymuje nas przed udaniem się do ortopedy, gdy złamiemy czy skrzyjemy nogę – potworny ból, jaki odczuwamy, silnie motywuje nas do szukania pomocy. Olbrzymi ból psychiczny powodowany przez depresję jest często znoszony w ciszy i samotności, ze względu na opisane powyżej mity. Czasem choroba ta może minąć samoistnie, wówczas jednak ryzyko jej nawrotu jest bardzo duże. Depresja jest niestety chorobą nawracającą.

Gdzie szukać pomocy? W przypadku lekkiego epizodu depresji skuteczną jest psychoterapia. Modelami o najlepiej udowodnionej skuteczności są terapia poznawczo-behawioralna i terapia interpersonalna. Trzeba się jednak przygotować na to, że psychoterapia jest procesem długotrwałym i potrwa co najmniej trzy, cztery miesiące (realnie najkrócej: do pół roku). W Polsce pomoc psychologiczna jest stosunkowo łatwo dostępna. Możemy z niej skorzystać na przykład w niektórych poradniach psychologiczno-pedagogicznych, poradniach zdrowia psychicznego czy organizacjach pozarządowych. W poradni psychologiczno-pedagogicznej dzieci i nastolatki mogą zostać wstępnie zdiagnozowane w kierunku depresji. W przypadku umiarkowanego i ciężkiego epizodu tej choroby czy nasilonych myśli samobójczych konieczna jest konsultacja

z lekarzem psychiatrą. To on zdecyduje o wprowadzeniu leczenia farmakologicznego. Niestety w Polsce jest stosunkowo niewielu lekarzy specjalizujących się w psychiatrii dzieci i młodzieży, dlatego czasem na wizytę trzeba poczekać. W takim wypadku warto zapewnić młodej osobie przynajmniej wsparcie psychologiczne.

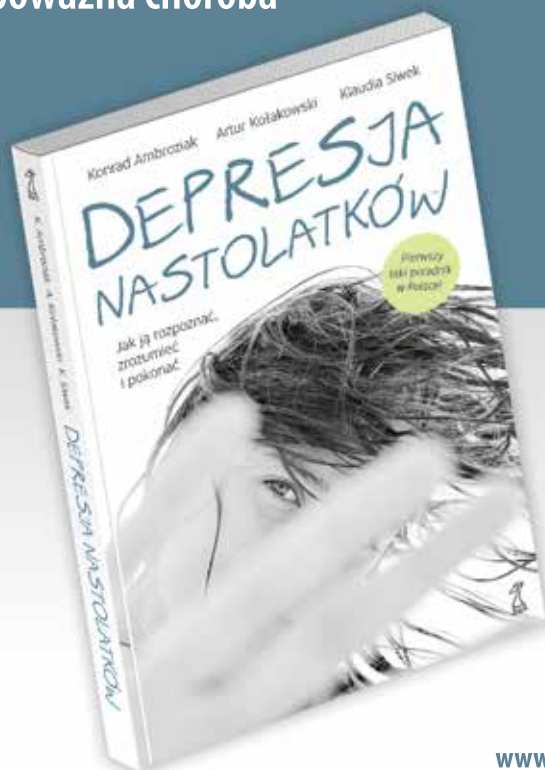
Pamiętajmy, że depresja jest tylko i aż chorobą. Jest wyleczalna, choć może nawracać. Leczenie znacznie skraca czas jej trwania i może zapobiegać nawrotom, a w najgorszym razie sprawić, że nawrót będzie lżejszy. Nie bójmy się szukać pomocy dla dzieci i młodzieży chorych na depresję. ■

Konrad Ambroziak

Doktor nauk humanistycznych w zakresie filozofii, terapeuta poznawczo-behawioralny, terapeuta motywujący i trener dialogu motywującego. Współautor książki *Depresja nastolatków. Jak ją rozpoznać, zrozumieć i pokonać* (GWP, 2018). Członek Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczo-Behawioralnej, Polskiego Towarzystwa Terapii Motywującej i Motivational Interviewing Network of Trainers. Ukończył szkolenie superwizyjne z terapii poznawczo-behawioralnej organizowane przez Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej i Oxford Cognitive Therapy Center i jest superwizorem Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej. Pracował z dorosłymi ofiarami przemocy i ich dziećmi, a także z dziećmi krzywdzonymi w ośrodkach interwencji kryzysowej oraz w Fundacji Dzieci Niczyje. Pracuje z młodzieżą i dorosłymi dotkniętymi zaburzeniami: zachowania, depresyjnymi, lękowymi i osobowości, a także ADHD. Jest autorem wielu artykułów dotyczących terapii poznawczo-behawioralnej oraz zagadnień związanych z uprzedzeniami. Od wielu lat uczy psychoterapii w Centrum Terapii Poznawczej i Behawioralnej oraz Szkole Psychoterapii Crescentia.

REKLAMA

Depresja to nie złe zachowanie,
bunt czy burza hormonów,
to poważna choroba



Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne

www.gwp.pl

PATRONAT:



POCZUCIE WINY

RODZICÓW DZIECI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

Wyrzuty sumienia i rodzące się z nich poczucie winy są emocjami towarzyszącymi każdemu człowiekowi. Rodzice dzieci z niepełnosprawnościami są grupą, w której emocje te nader często przybierają wymiar patologiczny – rodzą się one w rodzicu z przekonania, że zrobił coś złe, dopuścił się zaniedbania lub zaszkodził własnemu dziecku, a skutkują wypaleniem sił, problemami w relacjach z innymi ludźmi, nierzadko także depresją.

AGNIESZKA KOSSOWSKA

Nie ma chyba rodzica dziecka z niepełnosprawnością, którego nie męczą wyrzuty sumienia, powodujące narastające poczucie bezwartościowości, bycia gorszym niż inni rodzice, wywołujące galop negatywnych myśli i pytań bez odpowiedzi: „Nie dałam(-em) z siebie wszystkiego”, „Co mogłam(-em) zrobić inaczej, lepiej?”, „Dlaczego nie zrobiłam(-em) więcej?”, „Jak mogłam(-em) nie mieć siły, jak mogłam(-em) nie wiedzieć, że...”.

Rodzice przyjmują na siebie narzucony przez społeczeństwo model rodzicielstwa martyrologicznego, w którym nie mają prawa do radości, samorealizacji, popełniania błędów i nieradzenia sobie rady z rzeczywistością. Jedynym prawem, jakie jest im dane, to prawo do bycia rodzicem poświęcającym się.

Matki, z którymi rozmawiałam, mówiły mi o byciu postrzeganymi jako matki Polki, omnimatki, które muszą wszystko udźwignąć, bo zostały „wybrane przez Boga”, mówiły także o „tradycji” przemocy wobec kobiet. Z drugiej zaś strony są ojcowie, którym także

społecznie nie daje się prawa do słabości, emocjonalnego nieradzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych.

Oto kilka wypowiedzi: „Mam poczucie, że nie zrobiłam wszystkiego na czas, że już nie mam szans na lepsze funkcjonowanie mojego dziecka, że brakuje mi siły i nie wiem, skąd ją czerpać”, „Kiedy wychodzę gdzieś sama, zawsze mam wyrzuty, że ja się bawię, a moja córka nie”, „Gdy jest gorzej z M., nieraz myślę, że mam dość takiego życia, dość ciągłej opieki nad nim, dość zmęczenia i ciągłego odmawiania sobie wszystkiego. A potem zdręzcza mnie, jak mogłam tak w ogóle pomyśleć o moim dziecku. Jak mogłam sobie w ogóle pozwolić na takie myśli”.

Gdyby każdy rodzic przed pojawieniem się w jego rodzinie dziecka niepełnosprawnego był z wykształcenia lekarzem (najlepiej od razu z kilkoma specjalizacjami), oligofrenopedagogiem, psychologiem, fizjoterapeutą, logistyką, ekonomistą i mistrzem skoków na bungee, byłoby mu – być może – łatwiej odnaleźć się w nowej rzeczywistości. Nie znam jednak takiego, który byłby do tej życiowej roli przygotowany w stu procentach – i od strony merytorycznej, i od strony emocjonalnej.

Wina i rozgrzeszenie

Na początku drogi z moim niepełnosprawnym synem wyrzuty sumienia męczyły mnie nieustannie – uważałam, że skoro jego stan był, jaki był, to w dużej mierze jest to moja wina – to na pewno ja nie zrobiłam absolutnie wszystkiego, co bym zrobić mogła i powinna. Przecież inne wcześniaki dają radę, wychodzą na prostą, żegnają się z niepełnosprawnością – pewnie dlatego, że mają absolutnie doskonałych rodziców. Tymczasem ja bywam zmęczona, miewam dość, i zdarzają mi się chwile załamania.



Z mojej perspektywy – rodzica dziecka niepełnosprawnego – jestem przekonana, że rolą terapeuty jest, aby rodzicom tłumaczyć, jak mają pracować z dziećmi, ale też należy dawać im prawo do odpoczynku i niedoskonałości.

Pamiętam swoje koszmarnie wyrzuty sumienia, gdy pierwszy raz pozwoliłam sobie i synowi na weekend bez rehabilitacji – najwyczejniej w świecie, emocjonalnie nie miałam już siły z nim ćwiczyć. W poniedziałek wyrzuty sumienia niemal mnie zabiły. Ale weekend był przecież taki piękny (aż wstyd i strach przyznać się do tego przed sobą i przed rehabilitantem). I gdy znowu poczułam, że emocjonalnie nie daję rady, pozwoliłam sobie na wolne – zrozumiałam, że to wolne było dla mojego dziecka i dla naszej rodziny sto razy lepsze niż praca na siłę, w nerwach. W tamtym czasie chciałam tylko dostać od specjalistów opiekujących się moim dzieckiem przyzwolenie na bycie niedoskonałą, nie słyszeć ciągle – musicie, musicie, musicie.

Jak odpuścić?

Z czasem nauczyłam się odpuszczać, gdy nie miałam już siły – chyba w odruchu samoobronnym. Nauczyłam się także nie mieć z tego powodu wyrzutów sumienia. Zrozumiałam, że pewnych rzeczy nie dam rady zmienić, trzeba je po prostu zaakceptować. Trzeba zaakceptować swoje dziecko, pogodzić się z jego

niepełnosprawnością, inaczej człowiek zwariuje, spali się, zatraci i w pościgu za tym, co nieosiągalne, straci to, co najważniejsze – dzieciństwo swojego dziecka (a może nawet rodzinę), relację z nim i pielęgnowanie niewielu beztrudnych chwil. Nie da się zmienić wszystkiego w swoim dziecku – ukształtować go tak, jak my, rodzice, byśmy tego chcieli, tak jak to sobie wyśniliśmy, jak to nasze wyczekane dziecko sobie wymarzyliśmy – a dotyczy to rodziców dzieci zarówno niepełnosprawnych, jak i zdrowych. Bo wyobrażenia – my, rodzice mamy wszyscy, tylko punkt odniesienia inny.

Poczucie winy rodziców dzieci niepełnosprawnych jest podsycane nie tylko przez społeczeństwo i rodzinę, lecz również przez specjalistów – lekarzy, terapeutów, nauczycieli. Pamiętam, jak w pierwszym roku życia syna słyszałam: „Musicie ćwiczyć, dużo ćwiczyć, bo w pierwszym roku życia można osiągnąć 100%, w drugim 90%, w trzecim już tylko jakieś 60%. A potem już naprawdę niewiele. Po szóstym roku życia już tylko podtrzymuje się efekty tego, co się osiągnęło ciężką pracą do tego czasu”. Który rodzic nie da z siebie wszystkiego, gdy usłyszy takie słowa? Który nie będzie miał wyrzutów, że nie daje rady – w końcu przez jego niedoskonałość dziecko traci szansę na zdrowie, na wyjście z niepełnosprawności – tak mu do głowy wkładają specjaliści.

Na jednym z pierwszych turnusów rehabilitacyjnych, na których byłam z synem, poznałam pewną mamę – typ walczący, poszukujący, niepoddający się. Miała córkę dwa czy trzy lata starszą od mojego dziecka. Też mi powtarzała przytoczoną powyżej regułkę matematyczną, bo sama w nią wierzyła. Po szóstych urodzinach swojego dziecka widziałam, jak zaczęła gasnąć w oczach – przecież przez sześć lat robiła wszystko, co było w jej możliwościach, a jej dziecko nadal było niepełnosprawne. Pojawiła się depresja, poważne problemy zdrowotne, problemy w relacji z mężem i zdrowymi dziećmi.

W prowadzonym przeze mnie badaniu rodziców dzieci niepełnosprawnych, w którym wzięło udział 779 rodziców, 19,5% z nich zgodziło się ze stwierdzeniem: „terapeuci mojego dziecka oczekują podejmowania przeze mnie działań wykraczających poza moje możliwości”.

Dla dziecka poprzez rodzica

Z mojej perspektywy – rodzica dziecka niepełnosprawnego – jestem przekonana, że rolą terapeuty jest, aby rodzicom tłumaczyć, jak mają pracować z dziećmi, ale też należy dawać im prawo do odpoczynku i niedoskonałości. Ponad wszystko jednak należy reagować w chwili, gdy tylko specjalista opiekujący się dzieckiem zauważy pierwsze symptomy wypalenia sił, obniżenia nastroju, depresji.

W tej sytuacji dziecku o wiele bardziej pomoże rozmowa specjalisty z rodzicem i uświadomienie mu, że sam powinien skorzystać ze wsparcia specjalistycznego. Relacja specjalisty z rodzicami dzieci niepełnosprawnych jest w wielu przypadkach bardzo trudna i wymaga od niego wyjątkowych kompetencji.

Rodzice są grupą szczególnie narażoną na wypalenie sił ze względu na brak systemowego wsparcia psychologicznego, opieki wytchnieniowej, codzienne mierzenie się z trudną rzeczywistością edukacyjną, terapeutyczną, medyczną, społeczną i ekonomiczną, ze stereotypizacją i z własnym zmęczeniem. Czasem pomoc dziecku będzie możliwa dopiero po udzieleniu wsparcia rodzicowi. Znacząca większość dzieci niepełnosprawnych będzie także niepełnospraw-



W prowadzonym przeze mnie badaniu rodziców dzieci niepełnosprawnych, w którym wzięło udział 779 rodziców, 19,5% z nich zgodziło się ze stwierdzeniem: „terapeuci mojego dziecka oczekują podejmowania przeze mnie działań wykraczających poza moje możliwości”.

nymi dorosłymi. Zadaniem specjalistów pracujących z dziećmi jest również uwzględnianie w tej pracy rodzica – rodzina działa na zasadzie naczyń połączonych, nie da się odseparować dziecka od jego rodzica. Swoimi działaniami specjaliści nie mogą się przyczyniać do rozbudzania w rodzicach poczucia winy, a praca z dzieckiem w niektórych sytuacjach powinna wręcz zostać zastąpiona pracą z rodzicem.

Jeśli tekst ten czytają także rodzice dzieci z niepełnosprawnościami, chciałabym zaapelować, by pozwolili sobie pomóc i by dali sobie prawo do niedoskonałości. Nie możemy sami sobie odbierać sił czynieniem sobie wyrzutów i rozbudzaniem poczucia winy. To do niczego dobrego nie prowadzi. Zamiast tego powinniśmy wierzyć, że robimy wszystko, absolutnie wszystko, co jesteśmy w stanie zrobić dla swojego dziecka, i powinniśmy dać sobie prawo do niedoskonałości, zwyczajności, zmęczenia, odpoczynku i udzielenia sobie pomocy.

Nie jesteśmy bogami, nie damy rady zmienić torów życia naszych dzieci, jeśli są one niezmiennalne. Możemy robić wszystko, co w naszej mocy, wierzyć w dzieci, dawać im maksimum miłości, wsparcia i akceptacji, jednak czasem powinniśmy pomyśleć też o sobie i swoim zdrowiu, bo nasze dzieci długo będą nas potrzebowały. ■

Agnieszka Kossowska

Doktor nauk humanistycznych, językoznawca, wykładowca Politechniki Opolskiej, autorka książki *Duże sprawy w małych głowach*, w roku szkolnym 2016/17 koordynatorka merytoryczna projektu „Wychowanie do nauczania włączającego” (Learning to include) dofinansowanego przez Departament Stanu Stanów Zjednoczonych w ramach Alumni Engagement Innovation Fund 2016. Ambasadorka Konwencji ONZ o Prawach Osób z Niepełnosprawnościami, współinicjatorka powołania przy Rzeczniku Praw Dziecka Zespołu ds. Wypracowania Zaleceń do Pracy z Dziećmi ze Specjalnymi Potrzebami Edukacyjnymi, którego jest członkinią.

Prywatnie mama niepełnosprawnego Franka i Natalii, prowadzi blog o życiu z niepełnosprawnym dzieckiem (dzielnymfrank.blogspot.com), zaangażowana w sprawy środowiska osób niepełnosprawnych.



ZOSTAŃ PRAKTYKIEM TOMATISA®

I Ty możesz dołączyć do Praktyków i Konsultantów przeszkolonych przez firmę TOMATIS DEVELOPPEMENT S.A. biorąc udział w najbliższym szkoleniu prowadzonym przez dr n. med. Joannę Ratyńską, które odbędzie się w Warszawie w dniach 14-16 września 2018!

Metoda Tomatisa®

Słuchowa stymulacja neurosensoryczna, która pozwala pomóc dzieciom i dorosłym napotykalającym następujące trudności:

- Problemy w uczeniu się i zakłócenia językowe
- Zaburzenia uwagi
- Zaburzenia emocjonalne
- Zaburzenia psychomotoryczne
- Całościowe zaburzenia rozwoju
- Przystawianie języków obcych



+200.000
Osób korzysta corocznie z Metody Tomatisa®



+2000
Specjalistów w 75 krajach



+300
Szkół wyposażonych w sprzęt do Metody Tomatisa®



+80
Badań naukowych i tysięcy badań klinicznych



+50
Szkoleń rocznie, w 20 krajach



/// Szkolenie zostało zrealizowane z dużą starannością, na wysokim poziomie merytorycznym i organizacyjnym w miłej, życzliwej i profesjonalnej formie. Prowadząca szkolenie dr Joanna Ratyńska imponowała wiedzą i dydaktycznym przygotowaniem, [...]. Materiały dydaktyczne bardzo pomocne i obszerne, czas poświęcony

na część praktyczną wystarczający. ///

KATARZYNA KIEDROWSKA, Psycholog
Praktyk Tomatisa® Poziom 2

Więcej informacji w języku polskim mogą Państwo uzyskać pod numerem telefonu +48 22 431 6223 lub e-mailem: info@tomatis.com

TOMATIS DEVELOPPEMENT S.A.
76 av. de la Liberté. L-1930 Luxembourg
www.tomatis.com

TOMATIS POLSKA Sp. z o.o.
Ul. Smolna 40 | 00-375 Warszawa

Arteterapia

jako skuteczna metoda pracy z dziećmi, młodzieżą oraz osobami niepełnosprawnymi intelektualnie

21 września 2018

Warszawa

1. Metody arteterapeutyczne w odpowiedzi na problemy emocjonalne i zaburzenia zachowania

- Terapia osób niepełnosprawnych intelektualnie, a praca z dziećmi i młodzieżą m.in. z zaburzeniami lękowymi, zaburzeniami więzi, depresją – w jaki sposób efektywnie dobierać metody?
- **Wykorzystanie rysunku, malarstwa, rzeźby, grafiki, collage'u, a nabywanie kompetencji społecznych**, rozładowanie frustracji i wyciszenie zachowań agresywnych i autoagresywnych.
- **Biblioterapia i bajkoterapia w terapii nadpobudliwości** i przestymulowania nowoczesnymi technologiami dzieci i młodzieży oraz w pracy z podopiecznymi z problemem izolacji społecznej i odrzucenia – skuteczne narzędzia terapeutyczne.
- **Ekspresyjna forma muzykoterapii jako pomoc w usprawnianiu psychomotoryki**, obniżaniu napięć i podnoszeniu samooceny. Wykorzystanie instrumentów, śpiewu i ruchu – nowe podejście do metod C. Orffa i E. Jaques-Dalcroze'a.

2. Terapia tańcem i ruchem jako holistyczna metoda pracy wspomagająca rozwój umiejętności społecznych i poznawczych

2.1 Terapia tańcem i ruchem w pracy z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie

- **Jak wykorzystać ruch do wzmacniania wiary w siebie i budowania relacji z drugim człowiekiem** w pracy z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie – synchronia, rytm, zabawa i spójność jako kluczowe czynniki leczące w terapii tańcem.
- **Ruch w strukturze i ruch kreatywny** – wykorzystywanie rekwizytów i rysunków podczas ruchu na zajęciach z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie.

2.2 Terapia tańcem i ruchem w pracy z dziećmi i młodzieżą

- Improwizacja, wizualizacja w ruchu, praca z rozwojowymi wzorcami ruchowymi I. Bartenieff, doświadczenie różnych kategorii ruchu R. Labana oraz tańce w kręgu – gotowe przykłady jak wzbogacić swoje zajęcia.
- W jaki sposób stosować wybrane ćwiczenia z terapii tańcem i ruchem, aby budować poczucie własnej wartości dzieci i młodzieży, uczyć rozwiązywania konfliktów, pokonywania nieśmiałości oraz kształtowania umiejętności zapamiętywania

3. Teatroterapia w szerokim zastosowaniu pracy nauczyciela, pedagoga i terapeuty

- **Teatroterapia metodą na wyciszenie agresji, nieśmiałości i budowanie wspólnoty**. Jak prowadzić efektywne zajęcia w przedszkolu, szkole i warsztatach terapii zajęciowej?
- W jaki sposób wykorzystywać zmysły? Gotowe **pomysły na spektakle w terapii osób niepełnosprawnych intelektualnie** – ćwiczenia improwizacji grupowej z udziałem uczestników.
- **Jakie elementy musi zawierać spektakl, aby miał działanie terapeutyczne?** Tworzenie i etapy budowania spektaklu krok po kroku – pisanie scenariusza, dobór muzyki, prowadzenie aktora i tworzenie scenografii.

PANEL SPECJALNY

Arteterapia w pracy na zasobach w oparciu o model psychologii pozytywnej, czyli w jaki sposób wykorzystywać umiejętności, mocne strony, zdolności i talenty uczniów podczas zajęć?

Przedsprzedaż!

www.kongres-arteterapia.pl