



International Association  
for the Scientific Study  
of Intellectual Disabilities



## XLII Sympozjum Naukowe

# „Wczesna interwencja”

21-22 września 2018 roku

Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa, ul. Szczęśliwicka 40, Aula C

## Streszczenia wystąpień



Minister Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej  
PATRONAT HONOROWY



Pełnomocnik Rządu  
ds. Osób Niepełnosprawnych  
KRZYSZTOF MICHAŁKIEWICZ  
PATRONAT HONOROWY



Ministerstwo Zdrowia



PREZYDENT MIASTA STOŁECZNEGO WARSZAWY



International Association for  
the Scientific Study of Intellectual  
and Developmental Disabilities

**XLII Międzynarodowe Sympozjum Naukowe  
„Wczesna interwencja”  
21-22 września 2018, Warszawa**



**Radosław Piotrowicz**

### **Wczesna interwencja w systemie wsparcia dziecka i rodziny - kompleksowe rozwiązanie PSONI**

Sprostanie wyzwaniom opieki nad dzieckiem wymaga zapewnienia rodzinie systemowego wsparcia, jakim w założeniu jest kompleksowa wczesna interwencja. Podstawą jest BYCIE RAZEM z rodziną w celu zapewnienia dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub z niepełnosprawnością poczucia bliskości i bezpieczeństwa, będącego filarem jego rozwoju i podejmowanego procesu rehabilitacji. (Piotrowicz, 2017). Istotą wczesnego wsparcia dziecka i rodziny jest bazowanie na wzajemnych kompetencjach społecznych i poznawczych dziecka, rodzinnych wzorcach interakcji i zasobach rodzinnych (Olechnowicz, 1988; Guralnick, 2006, 2008, 2011; Twardowski, 2012; Piotrowicz, 2013, 2016, 2017). Proces wczesnego oddziaływania wymaga analizy poziomu rozwoju dziecka. Wymaga zrozumienia, w jaki sposób dziecko wykorzystuje swoje rosnące zasoby rozwojowe i procesy organizacyjne związane z plastycznością neurorozwojową w celu zwiększenia kompetencji społecznych i poznawczych, uwzględniając jednocześnie ograniczenia wynikające z niepełnosprawności. Wymaga identyfikacji potrzeb oraz zasobów rodziny, wspierającej rodzicą się społeczną i poznawczą kompetencję dziecka opartej na modelu interakcji (por. Guralnick, 2005; Twardowski, 2012; Powell i in., 2015) oraz na wsparciu rodziny w dostosowaniu się do unikatowej konstelacji cech rozwojowych i behawioralnych dziecka, tempa jego rozwoju i codziennych wyzwań związanych z życiem rodzinnym, niezbędnych dla wspierania jego optymalnego rozwoju.

Niestety, w rzeczywistości jest to zadanie bardzo trudne w realizacji, z licznymi barierami prawnymi oraz funkcjonującym w Polsce systemem różnych niekompatybilnych działań resortowych: zdrowia, edukacji, pomocy społecznej, administracji. Działania są różnie definiowane<sup>1</sup>: wczesna interwencja, wczesne wspomaganie rozwoju, interwencja kryzysowa. Być może z tego powodu ciągle nie ma w praktyce (choć w założeniach programowych jest) miejsca na kompleksowe rozwiązania w szeroko rozumianej rehabilitacji i leczeniu oraz na spójne działania międzyresortowe. Wsparcie resortowe – to realizacja zadań, które podlegają

ciągłej ewaluacji i kształtowane są na przestrzeni minionych lat jak i obecnie w pomocy społecznej, zdrowiu, edukacji na różnych szczeblach jednostek samorządowych (miasto, gmina, powiat, województwo), których celem jest zapewnienie rodzinie optymalnych warunków w kształtowaniu oczekiwanej jakości życia.

W wystąpieniu zostanie przedstawiony wypracowany i realizowany przez Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną (PSONI) model wsparcia osoby z niepełnosprawnością oraz jej rodziny od dzieciństwa do późnej dorosłości. Podkreślona zostanie rola i znaczenie wczesnej interwencji jako:

- zintegrowanego systemu oddziaływań profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczo-rehabilitacyjnych i terapeutycznych
- skoordynowanych usług medycznych, psychopedagogicznych i społecznych, który promuje wzrost i rozwój dziecka oraz wspiera rodziny w krytycznych pierwszych latach

Jednocześnie wczesna interwencja ukierunkowana na pracę z rodziną poprzez kształtowanie pozytywnych interakcji między rodzicami, rodzicem a dzieckiem, rodzicami a profesjonalistą to proces, który ma również na celu pomoc w przełamywaniu barier w postrzeganiu niepełnosprawności. Ma umożliwić dziecku i rodzicom poprzez wykonywanie zaplanowanych czynności wspierających i wspomagających rozwój, realizację kolejnych kroków zmierzających do poprawy jakości życia rodziny na kolejnych etapach życia.

Wczesna interwencja to początek drogi w systemie wsparcia NIEZALEŻNEGO ŻYCIA.



International Association for  
the Scientific Study of Intellectual  
and Developmental Disabilities

**XLII Międzynarodowe Sympozjum Naukowe  
„Wczesna interwencja”  
21-22 września 2018, Warszawa**



Prof. Ana Maria Serrano

**WCZESNA DZIECIĘCA INTERWENCJA:  
MUSI MIEĆ NA CELU BUDOWANIE BARDZIEJ INTEGRACYJNEJ,  
ZRÓWNOWAŻONEJ I OBIECUJĄCEJ PRZYSZŁOŚCI  
DLA MAŁYCH DZIECI I RODZIN**



**Ana Maria Serrano**, Ph.D., is an Associate Professor at the Institute of Education (IE) and a researcher in the Center for Research in Education (CIEd) at the University of Minho, Portugal. Completed her Ph.D. in Special Education at the University of Minho. She has taught in the area of Special Education/Early Intervention at the IE since 1994 where she designed and coordinates a Master Program in Early Intervention. She has participated in numerous conferences and seminars both in Portugal and abroad and has published in the area of Early Intervention. She has participated in 8 European Projects. She is part of the board of the National Association of Early Intervention (ANIP) in Portugal, a board member of ISEI and has been chair of the European Association of Early Childhood Intervention since 2012.

Prof.Dr. F.Peterander  
Ludwig-Maximilians-University  
Department of Psychology  
Leopoldstr. 13  
80802 Munich, Germany

## **The concept of “Situational Moments” in Early Childhood Intervention**

A central requirement of the interdisciplinary early childhood intervention is the strengthening of the professional work with the child and the family. The question arises: how can the promotion process be perceived and designed "better" for the individual child in the life situation of the promotion unit? One way to design the facilitation is the conscious recognition and use of "situational moments" (Stern 2004). In theoretical works there is a discussion about so-called behavioral units or behavioral episodes. In addition to the knowledge of theories, research results and practical experiences of the experts, in the case of change processes, short individual episodes of behavior play a major role in the interaction of the early interventionists with the child. What happens in important situational moments of child promotion (episodes 5 – 30 sec.)? To what extent can such situational moments be perceived, and how can this observable interaction process between therapist and child be decoded with regard to the promotion goals? There is still no formulated concept in interdisciplinary early intervention for this question. Developing a consciousness of the experts about the meaning and the use of situational moments in the promotion process should be more in the focus of individual support in the future. It is important that the therapist's attention is focused on the goals of promotion that guide the current action. In particular, attention should be focused on observing the course of the relationship process in the life situation. Experiences in action in vivo show that the continuous behavioral stream of behavior can be subdivided into situational moments per se, depending on the objective of the early interventionist. The stream of behavior is continuous, but it is not unstructured. Principles of Gestalt Psychology such as "similarity" and "closeness" support perception. Significant is the moment in which the meaningful situational moments are recognized and used by the professionals in the stream of behavior. This methodical approach should focus on the elaboration of otherwise hidden action mechanisms and relationship patterns. Ultimately, it is important for the early interventionists that on the basis of this process of understanding a developmental facilitating behavior in the current situational moment is realized.

Reflection and action in "situational moments" is in itself a universal approach to promotion and therapy and has a long tradition. Kurt Lewin has postulated in an early contribution in the Handbook of Child Psychology (1933) that change processes and the development of the child can only be understood if the individual child is perceived in his current life context in the current moment of the action. In his field theory, he thus assigned the situational moment an outstanding significance for the child developmental process. Roger Barker also impressively demonstrated the significance of the situational moment in his 1951 book "A Boy's Day". He watched a 9-year-old boy, minute by minute, for a day, qualitatively describing 686 situational moments. Likewise, Gerald Patterson (1984) developed the first parent training program and captured the mother-child interactional sequences in situational

moments. He has made visible the interaction patterns that are important for a video feedback process. Daniel Stern (2004) pioneered the analysis of relationship moments in the 1970s with the differentiated analysis of situational moments of the infant-mother interaction. The results of this basic research made the "intuitive parent behavior" transparent and further developed into therapy for early childhood regulatory disorders.

Following the concept of the situational moment, the early interventionists should realize five steps of analysis and action: self-observation, reflection, decision, action (new ways) and evaluation of the effects. In the foreground are the effects of the promotion on the child's experience processes, their motivation and the strengthening of the self-efficacy. The work of the early interventionist can be strengthened by applying the concept of situational moments. The concrete experiences of the early interventionists with the situational moments make an important contribution to this facilitation approach. Jack Shonkoff (2010) noted with regard to early childhood intervention, that the subjective experiences of professionals represent an untapped potential for the further development of the early childhood intervention system. Gaining new insights into how to improve promotion methods through randomized studies seems to be exhausted right now.

## References

- Barker, R.G. & Wright, H.F. (1951): *One Boy's Day – A Specimen Record of Behavior*. Harper New York.
- Lewin, K. (1933): *Environmental Forces*. In: Murchison, K.: *A Handbook of Child Psychology*. Clark University Press, 590-625.
- Patterson, G.R. & Reid, J.B. (1984): *Social Interactional Processes within the Family: The Study of the Moment-by-Moment Family Transactions in which Human Social Development is embedded*. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 5, 237-262.
- Sears, R.R. (1951): *A Theoretical Framework for Personality and Social Behavior*. *American Psychologist*, p.476-483.
- Shonkoff, J.P. (2010): *Building a New Biodevelopmental Framework to Guide the Future of Early Childhood Policy*. In: *Child Development*, 81, 357-367.
- Stern, D. N. (2004): *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. Norton



International Association for  
the Scientific Study of Intellectual  
and Developmental Disabilities

**XLII Międzynarodowe Sympozjum Naukowe  
„Wczesna interwencja”  
21-22 września 2018, Warszawa**



prof. dr. Franz Peterander

Ludwig-Maximilians-University

Department of Psychology

## **REFLECTIONS ON EARLY CHILDHOOD INTERVENTION – GERMANY**

The early childhood intervention of children with disabilities and developmental delays is today an internationally recognized, successful and globally practiced concept (WHO 2012; Odom et al. 2003). In Germany, interdisciplinary early childhood intervention centers (IECI) in particular are taking on this complex task. The IECI are family-oriented, team-oriented, networking and regional services. They are used for the early detection, promotion and therapy of children. Within the framework of an interdisciplinary and holistic concept, the IECI offer comprehensive support for children from birth to school enrollment. A threatening or already occurring disability should be recognized at the earliest possible age. Disability should be alleviated through goal-oriented support and treatment measures, or developmental delays should be cured.

Interdisciplinary early childhood intervention represents a holistic and complex performance, in individual cases both an educational-psychological as well as a medical achievement is necessary. Complex performance is today used as a generic term for diagnosis and promotion of children, counseling of parents and cooperation with institutions (Thurmair & Naggl 2010). The main task is an interdisciplinary in-depth, follow-up and final diagnosis. The tasks consist of special education, psychological, medical and medical-therapeutic aids. In addition, the children are supported in cooperation with the families in the immediate environment. Increasingly, IECI also support children from risk families when they are at risk of learning disability and behavioral problems due to their depriving living environment. IECI work ambulant as well as mobile in families, in kindergartens and in integrative institutions. The supported children have learning difficulties, behavioral problems, language problems, mental retardation, motor disabilities. The children may also be visually impaired or blind or hearing impaired or deaf. As a rule, one to two promotion units take place weekly. Well over 1,500 institutions in Germany offer an interdisciplinary early childhood intervention. In the federal states it is structurally differently organized (see [www.fruehfoerderung-viff.de](http://www.fruehfoerderung-viff.de)). For detailed information on the situation of the 200 IECI in Bavaria see the Franzl study 2012 ([www.fruehfoerderung-bayern.de](http://www.fruehfoerderung-bayern.de)).

### **Legal Basis**

In Germany, the first IECI were founded in the state of Bavaria in 1974. The legal basis for interdisciplinary early childhood intervention is § 30 “Early diagnosis and early intervention” of the Social Security Code (SGB IX, 2017). The IECI is financed by the municipalities, districts and health insurances. Early intervention is free for families. Under the law, the IECI also supports children at risk of disability. For the IECI, this represents a preventive task for early intervention for children with a high developmental risk. The aspect of prevention led in 2007 to the founding of the “National Center for Early Aid” ([www.fruehehilfen.de](http://www.fruehehilfen.de)). The aim was above all to offer improved help with child well-being in risk families. The Federal Child Protection Act, passed in 2011, aims to secure the financing of family midwives in the sense of early aid. There is a cooperation of the Interdisciplinary Early Childhood Intervention with the Early Aid. In addition to IECI, there are Social Pediatric Centers (SPC) in individual federal states on the basis of § 119 of the Social Security Code (SGB V) for the ambulant and mobile treatment and promotion of disabled children and adolescents from birth to 18 years of age, in which medical and psychosocial care takes place.

## **Theoretical**

## **basics**

The work in the IECI is based primarily on behavioral, cognitive and systemic learning and development theories, and special needs concepts as well as a variety of empirical studies. The starting point is formed by theories that attribute outstanding importance to the influence of the environment on human development. Kurt Lewin emphasized this aspect in 1933 with his contribution “Environmental Forces” and his legendary formula  $B = f(PE)$  – (“Behavior is a function of the interaction between person and environment”). Donald Hebb (1949, “Organization of Behavior”) formulated a fundamental theory of behavior (“enriched environment”). This theory emphasizes the outstanding influence of the environment on brain development and has become very important in modern neuroscience. Robert Sears (1951, “Theoretical framework for personality and social behavior”) developed a theory on the meaning of the dyadic relationship as an analysis unit, e.g. the parent-child relationship. Sears has thus created a modern basis for the systematic analysis of interaction processes and their effects on the child's cognitive, social and emotional development. John Bowlby's Theory of Attachment (1969) also created an important prerequisite for more differentiated coverage of the effects of the quality of early relational patterns on child developmental processes. Urie Bronfenbrenner formulated a systemic-ecological developmental psychology (1979), which emphasizes the influence and the interactions between the nature and nurture on child development. The Transactional Development Theory by Arnold Sameroff (2009) also is focused on the importance of reciprocal relationships between person, environment and genetics. Based on these theories, many research results have now been submitted to describe risk and protective factors, which are of highest relevance for early childhood intervention today.

## **Risk Factors, Vulnerability and Resilience**

These constructs contribute to a better explanation of child developmental processes. Risk factors can be: poverty, family violence, development-inhibiting parent-child interactions, temperament of the child. The cumulative effect of risk factors has been demonstrated, but the mode of action is still unclear. Children who are exposed to seven or more risk factors have a 30 points decrease in IQ.

Vulnerability describes whether and to what extent risk factors adversely affect a child's development. There are periods of increased vulnerability in the development of the child. The knowledge of these “sensitive phases” can be of great importance for the early detection, planning and implementation of early childhood intervention (Peterander 2011). Resilience and Protective Factors: Longitudinal studies show that children may be relatively well-developed despite a variety of risk factors. The “resilience” of these children is attributed to their ability to successfully use of internal and external resources. The



task of early children intervention: changing the balance between risk factors and protective factors and strengthening resilience processes.

### **Cooperation with parents and inclusion**

The partnership-based cooperation between parents and early interventionists requires the consideration of the ideas and expectations of the parents. The generalized expert knowledge of the early interventionists and the individual knowledge of the parents about their child lead to a holistic understanding of the situation and the task. In the promotion of child development processes proved to be positive: strengthening parental competences, creating developmental facilitating family conditions (Peterander 2000), counseling parents about their children's development opportunities, establishing a dialogue between parents and professionals on child promotion (including model learning), support in building social Networks (parent groups).

Inclusion: Early childhood intervention is by itself a central approach to the inclusion of children with disabilities in the life, play and learning communities of society (UN Charta 2006). A major social challenge in the future is the strengthening of cooperation with kindergartens in order to support inclusion.

### **Effectiveness and efficiency**

Numerous studies prove the high effectiveness and efficiency of early intervention (Guralnick 1997, 2018). Long-term impact factors: duration and intensity of promotion, holistic and flexible support, individualization rather than standardization, stability of developmental facilitating environmental conditions into the school phase. In addition to achieving behavioral and cognitive goals, the long-term "value" of early intervention should also be operationalized in the future. Value: Promotion of self-initiative, self-regulation, self-reliance, ability to attachment, well-being, basic trust, attention and motivation, and strengthening self-esteem and self-efficacy. Meta-analyzes by the economist and Nobel laureate James Heckman (Heckman 2013) on the cost-benefit ratio in early intervention impressively confirm the high effectiveness and efficiency of early intervention. The ratio of financial resources to economic value is also very impressive at 1: 4 (Peterander 2006).

### **Contribution neuroscience**

Given the rapid brain development in the first three years of life, this time is also considered a "sensitive phase" of child development. In this phase of life, crucial foundations for future child development are established. Advances in neuropsychology, genetic research and molecular biology will in future offer extended explanatory models for child development processes and thus have a lasting impact on the design of promotion processes (Shonkoff 2010). Thus, it can be seen that the genes provide a prenatal first blueprint for the development of brain structures. Depending on the quality of the early environmental conditions, it proves whether and how comprehensively neuronal networks are linked. Reciprocal interaction processes between the genetic disposition of the child and his early experiences lay the foundations for his learning and behavior. On this basis it is decided whether a favorable or an unfavorable development of the children is to be expected. If early childhood is "shaped" by insecure, neglecting or deprivation conditions, the stress system overacts, which can even lead to damage the neural structures (Scheich & Braun 2009). As a result, the development of children's learning and attention, as well as their ability to shape emotional relationships, is impaired at an early age (Peterander 2011). Especially for children with disabilities, who grow up under risk conditions, the opportunities for development are seriously reduced.

## Final comment

Individual early childhood experiences can not be isolated in their effect on learning and behavior because of the complexity and dynamics of development processes. In addition to current systemic-ecological theories in early intervention, an action-guiding theory is needed in the future that explains the mechanisms of systematically initiated change processes (promotion). After 50 years of theory, research and practice, the formulation of a general theory of early intervention should be possible. It should help to better explain the complex and emergent effects of early intervention. It should also be helpful in formulating the individual developmental goals and describing the promotion methods in such a way that more effective change processes can be initiated for the individual child and the family.

## References

- Bronfenbrenner, U. (1979): *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard university press.
- Guralnick, M. J. (1997): *The effectiveness of Early Intervention*. Paul Brookes, Baltimore.
- Guralnick, M. J. (2018): *Effective Early Intervention: The Developmental Systems Approach*. Paul Brookes, Baltimore.
- Heckman, J.J. (2013): *Giving Kids a fair Chance (A Strategy that Works)*. MIT press, Cambridge, Mass.
- Odom, S.L., Hanson, M.J., Blackman, J.A. & Kaul, S. (eds.) (2003): *Early Intervention Practices around the world*. Paul Brooks, Baltimore.
- Peterander, F. (2000): *The Best Quality Cooperation between Parents and Experts in Early Intervention*. *Infants and Young Children*, 12 (3); 32-45.
- Peterander, F. (2006): *Der Wert der Frühförderung*. In: *Frühförderung interdisziplinär*, 25, 159-168.
- Peterander, F. (2011): *Sensible Phasen und kindliche Entwicklung*. In: *Frühförderung interdisziplinär*, 30, 196-202.
- Sameroff, A. (2009): *The transactional model of development*. Washington.
- Scheich, H. & Braun, A.K. (2009): *Bedeutung der Hirnforschung für die Frühförderung*. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 157, 953-964.
- Shonkoff, J.P. (2010): *Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy*. In: *Child Development*, 81, 357-367.
- Thurmair, M. & Naggl, M. (2010): *Praxis der Frühförderung*. Reinhardt, München/Basel.
- World Health Organization WHO – Unicef (2012): *Early childhood development and disability*.



International Association for  
the Scientific Study of Intellectual  
and Developmental Disabilities

**XLII Międzynarodowe Sympozjum Naukowe  
„Wczesna interwencja”  
21-22 września 2018, Warszawa**



dr n. med. Anna Jakubiuk-Tomaszuk

## **ROLA I ZNACZENIE PORADNICTWA GENETYCZNEGO WE WCZESNEJ INTERWENCJI**

Wystąpienie u dziecka opóźnionego lub nieprawidłowego rozwoju albo trudności z nawiązaniem kontaktu wzrokowego powinno budzić podejrzenie zaburzeń rozwojowych. Pomimo zapewnienia opieki prenatalnej, diagnostyki medycznej i znacznego postępu technologii medycznych zaburzenia rozwoju o różnej etiologii dotyczą 3 proc. populacji dzieci. Istotne w poszukiwaniu przyczyn tych zaburzeń są uwarunkowania genetyczne wywołujące rzadkie zaburzenia rozwojowe.

Każda niewyjaśniona przyczyna odmienności rozwojowych dziecka wymaga konsultacji genetyka klinicznego. Genetycy w poszukiwaniu odpowiedzi na pytanie o przyczyny braku oczekiwanego rozwoju dziecka udzielą porady genetycznej. Do poradni genetycznych trafiają osoby z zaburzeniami rozwoju intelektualnego, ruchowego, wadami wrodzonymi narządów wewnętrznych i odmiennymi cechami wyglądu zewnętrznego. Konsultowane są osoby z obciążonym wywiadem rodzinnym niepowodzeń prokreacyjnych, występowaniem w rodzinie znanych lub niewyjaśnionych chorób o podłożu genetycznym oraz spokrewnione pary małżeńskie. Wizyty w poradniach genetycznych mają inny charakter niż te, do których przywykliśmy, odwiedzając specjalistów, np. z zakresu okulistyki, neurologii, kardiologii. W trakcie wizyty lekarz genetyk kliniczny bardzo wnikliwie pozyskuje informacje o występowaniu w rodzinie chorób, przebiegu ciąży, okresie okołoporodowym i analizuje kolejne etapy rozwoju dziecka. Zapoznając się z dokumentacją medyczną, pozyskuje informacje o współistnieniu zaburzeń rozwojowych narządu wzroku, słuchu, mózgu, wad narządów wewnętrznych czy układu kostno-stawowego. Ważną rolę odgrywają opinie psychologów i logopedów monitorujących proces rozwoju dziecka. Ocena kliniczna, jakiej dokonują lekarze genetycy, często zaskakuje rodziny. Po rozebraniu się osoby badanej „od głowy do stóp” lekarze wnikliwie oceniają proporcje ciała, wykonują pomiary, oceniają zewnętrzną budowę ciała, zwracają uwagę na najmniejsze anomalie (m.in. dołki i bruzdy na

małżowinach usznych, szczałkowe dodatkowe brodawki sutkowe, skórne zrosty palców, linie papilarne dłoni i stóp, przebarwienia skórne). Genetyk, oceniając znaczenie stwierdzonej u dziecka cechy zewnętrznej, może również chcieć zbadać rodziców biologicznych. Ważne w ocenie jest wykonanie dokumentacji fotograficznej umożliwiającej po zakończeniu wizyty spokojną analizę porównawczą. Genetyk kliniczny jak Sherlock Holmes wykorzystuje metodę „szkiełka i oka”, następnie zleca genetyczne badania diagnostyczne.

Testy genetyczne pozwalają ustalić przyczyny wielu chorób genetycznie uwarunkowanych. Umożliwiają identyfikację błędów materiału genetycznego tak małych jak igła w wielkim stogu siana. Wśród identyfikowanych chorób są wady materiału genetycznego o charakterze dziedzicznym i takie, które powstają w trakcie wytwarzania komórek rozrodczych – ryzyko ich powtórzenia w kolejnych ciążach jest niskie. W ostatnich latach dzięki zastosowaniu nowoczesnych metod biologii molekularnej u licznych pacjentów, których rodziny wiele lat poszukiwały przyczyn występowania odmienności rozwojowych, zidentyfikowano liczne rzadkie zespoły genetyczne.

Diagnoza zespołu genetycznego umożliwia omówienie prognozy co do dalszego rozwoju dziecka, zaplanowanie opieki wielospecjalistycznej, aby minimalizować następstwa zidentyfikowanych błędów genetycznych. Rodziny pozyskują informację o sposobie dziedziczenia choroby w rodzinie i możliwych opcjach postępowania – takich, aby zminimalizować ryzyko ponownego wystąpienia wady genetycznej w kolejnych ciążach i pokoleniach. Istotę prezentowanych zagadnień poradnictwa genetycznego przedstawiono na przykładach rzadkich zespołów genetycznych.



dr Ewa Pisula

Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

## **SYTUACJA RODZICÓW DZIECI Z TRUDNOŚCIAMI ROZWOJOWYMI – ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ**

Badacze interesują się sytuacją rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju od dawna, choć początkowo zainteresowanie to wiązało się głównie z dążeniem do określenia źródeł trudności rozwojowych dziecka. Uważano, że podłoże wielu zaburzeń, w tym np. autyzmu, ma charakter emocjonalny, i istotną rolę w ich powstawaniu przypisywano nieprawidłowym postawom rodzicielskim, zaburzonej więzi rodzica z dzieckiem lub innym czynnikiem związanym z funkcjonowaniem rodziny. Koncepcje te, popularne w latach 50. i 60. XX wieku, nie znalazły naukowego potwierdzenia i współcześnie uznawane są za historyczne.

Kolejnym etapem badań nad sytuacją rodziców było skoncentrowanie się na przeżywanych przez nich problemach, rozpatrywanych z różnych perspektyw teoretycznych. Szczególnie bogatych informacji dostarczyły badania prowadzone w paradygmacie stresu i radzenia sobie, w których analizom poddawane są zarówno wyzwania, z jakimi rodzice są konfrontowani, jak i zasoby sprzyjające adaptacji. Zaczęto też dostrzegać pozytywne doświadczenia rodziców oraz możliwość potraumatycznego wzrostu. Coraz częściej też sytuację rodziny analizuje się całościowo, traktując ją jako system i poddając analizie rozmaite sprzężenia zwrotne, które istnieją w ramach tego systemu. Odnosi się to również do badania relacji zachodzących w diadzie rodzic-dziecko.

Na przestrzeni ostatnich dekad zmienia się także sposób definiowania relacji rodziców ze specjalistami – od podejścia, w którym profesjonalista był ekspertem, a rodzic wykonawcą jego zaleceń, poprzez traktowanie rodziców jako sprzymierzeńców w procesie wspierania rozwoju dziecka, a całej rodziny jako odbiorcy usług, aż po podejście skoncentrowane na rodzinie, w którym jest ona partnerem współdecydującym o zakresie i charakterze potrzebnego wsparcia. Przemiany te są w toku,

wiadomo już jednak, że sprzyjają one większej satysfakcji rodzin z otrzymywanej pomocy oraz lepszemu dopasowaniu pomocy do potrzeb konkretnej rodziny.

W wystąpieniu omówione zostaną informacje płynące z badań nad czynnikami warunkującymi stres rodzicielski oraz proces radzenia sobie z tym stresem, subiektywną ocenę jakości życia i dobrostan oraz funkcjonowanie systemu rodzinnego. Określone zostaną: znaczenie wyników badań dla wspierania rodzin i kierunki dalszych prac.



Małgorzata Juszcak-Kapusta, Martyna Banasiak

## WARSZTAT

### **ZAJĘCIA GRUPOWE WE WCZESNEJ INTERWENCJI – WZBOGACANIE FORM TERAPII I PRACY PRZY WSPÓŁUDZIALE RODZICÓW**

Czynny udział w terapii własnego dziecka stanowi dla rodziców nieocenioną szansę na lepsze poznanie dziecka, mocnych i słabszych stron jego funkcjonowania, zrozumienie jego zachowań, rozwijanie jego potencjału w celu kształtowania autonomii i podnoszenia przystosowania społecznego. Celem warsztatu jest otwarta i konstruktywna dyskusja dotycząca włączania rodziców w terapię (zwłaszcza grupową) dziecka z niepełnosprawnością oraz zagrożonego niepełnosprawnością. Wspólnie będziemy rozważać formy terapii i pracy z rodzicami oraz sposób ich organizacji z uwzględnieniem zajęć bazujących na Metodzie Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne. Warsztat przedstawia propozycje zajęć bazujących na pracy z rodziną:

- analizowanie znaczenia udziału rodziców w terapii dziecka z niepełnosprawnością,
- wymiana doświadczeń związanych z organizacją i prowadzeniem zajęć grupowych przy współudziale rodziców,
- warunki dobrej współpracy z rodzicami,
- przykłady praktycznych ćwiczeń wykorzystywanych w pracy z całą rodziną (głównie zajęcia edukacyjno-terapeutyczne, Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne).

**Materiały:** rzutnik, głośniki, koce (10), szary papier (10 arkuszy), flamastry, magnesy do tablicy.

## Konspekt

1. Zajęcia grupowe przy współudziale rodziców – w Ośrodku Wczesnej Interwencji PSONI Koło w Zgierzu:
  - Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne;
  - Trening Umiejętności Społecznych (zajęcia z rówieśnikami w obecności terapeutów w sali oraz w terenie – wyjście na lody, pieczenie pierników);
  - Zajęcia edukacyjno-terapeutyczne (poranny krąg, zabawy na świeżym powietrzu, kino, wycieczki, bale karnawałowe).
  
2. Dlaczego rodzice są ważni? (Dlaczego angażujemy ich w te zajęcia?)<sup>2</sup>
  - intymność;
  - rzecznicy potrzeb i umiejętności własnego dziecka;
  - ćwiczenia usprawniające dla dziecka powinny być traktowane nie jako nieunikniony obowiązek, ale jako jedna z form rozrywki, forma odpoczynku dla całej rodziny;
  - zwiększenie czasu terapii;
  - większy stopień sukcesu dziecka;
  - dzieci lepiej utrzymują wyuczone umiejętności i generalizują je na środowisko domowe;
  - aktywne i kreatywne włączanie się w proces rehabilitacji dziecka, inspiracja do zabaw domowych;
  - dzieci mają szansę na wytworzenie związku z drugim człowiekiem (zdanie się na pomoc dorosłego: zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa, zaufania, przyjazna atmosfera, relaks, możliwość decydowania o swojej aktywności przez dziecko)<sup>3</sup>;
  - udzielanie dziecku umiejętnej pomocy w podejmowaniu i realizowaniu proponowanych zadań<sup>4</sup>.
  
3. Co daje rodzicom czynny udział w terapii grupowej z dzieckiem?<sup>5</sup>
  - nawiązanie kontaktu z dzieckiem, lepszy kontakt emocjonalny, wzajemne zrozumienie, lepsze poznanie się, komunikacja niewerbalna, radość bycia ze sobą;
  - bycie obdarzonym uwagą i troską;
  - poczucie więzi grupowej<sup>6</sup>;

---

<sup>2</sup> Kwaśniewska G., Rola i kompetencje specjalistów w procesie wczesnego wspomaganie rodziny dziecka z niepełnosprawnością [w:] *Wczesna diagnoza i wspomaganie rozwoju dziecka z dysfunkcjami*, pod red. Brejnak W., Zabłocki K. J., Warszawa 2009, Wydawnictwo Seventh Sea.

<sup>3</sup> Bogdanowicz M., Okrzesik D., *Opis i planowanie zajęć według Metody Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne*, Gdańsk 2011, Wydawnictwo Harmonia.

<sup>4</sup> Bogdanowicz M., *Metoda Dobrego Startu we wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa* [w:] *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, pod red. Kaczmarek B., Kraków 2014, Wydawnictwo Impuls.

<sup>5</sup> Suchowierska M., Rola rodziców w terapii dziecka z autyzmem w perspektywie podejścia behawioralnego, [w:] *Rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością*, red. Pisula E., Danielewicz D., Gdańsk 2007, Wydawnictwo Harmonia.

<sup>6</sup> Kisiel B., *O Ruchu Rozwijającym Weroniki Sherborne* [w:] *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, red. Kaczmarek B., Kraków 2014, Impuls.



- okazja do dzielenia się swoimi kłopotami i wymiany doświadczeń, szansa nauczenia się nowych, bardziej skutecznych zachowań wobec własnych dzieci;
- nauka relaksu i kontrolowania własnych reakcji emocjonalnych;
- uświadomienie konieczności realizacji podstawowych potrzeb psychicznych dziecka oraz umożliwienie zaspokojenia wielu z nich;
- wzajemna relacja dawania i brania<sup>7</sup>;
- okazja do przeżywania radości i odprężenia, powrót do dzieciństwa;
- pozytywne zmiany w osobowości (pewność siebie, zaufanie do siebie i innych, otwartość w kontaktach z innymi, kreatywność)<sup>8</sup>;
- lepsze poznanie dziecka, jego mocnych i słabszy stron funkcjonowania;
- zrozumienie jego zachowań (ograniczenia spowodowane niepełnosprawnością, reakcje emocjonalne i zachowania w różnych sytuacjach, poznanie i zrozumienie potrzeb biopsychicznych);
- rozwijanie jego potencjału w celu kształtowania autonomii i podnoszenia przystosowania społecznego dziecka;
- kontakt z innymi osobami, które doświadczają podobnych trudności, jest dla rodziców źródłem wsparcia, pozwala wyjść z izolacji, poniekąd staje się swoistym modelem, wzorcem do dalszej pracy<sup>9</sup>;
- ukierunkowanie działań rehabilitacyjnych, nabycie lub wzrost kompetencji i sprawności rodziców w usprawnianiu dziecka, wzbogacanie repertuaru ćwiczeń do stosowania w domu, nauka efektywnych oddziaływań na dziecko;
- bezpośredni wgląd w postępy czynione przez dziecko;
- utwierdzanie rodziców w ich własnej sile, co obniża poziom stresu rodzicielskiego;
- pewność, że dziecko ma dobrą opiekę;
- orientacja w wielokierunkowości procesu terapii;
- pewien stopień odpowiedzialności za pomoc dziecku;
- wzrost poziomu postrzeganej kontroli nad procesem terapeutycznym dziecka;
- koncentracja na dziecku i jego potrzebach, empatia, nawiązywanie z nim kontaktu emocjonalnego i językowego, umocnienie więzi między członkami rodziny.

#### 4. Warunki dobrej współpracy z rodzicami:<sup>10 11</sup>

- zaufanie (ułatwia rodzicom mówienie o sprawach trudnych), zapewnienie o dyskrecji, dostępność (możliwość kontaktu, zainteresowanie trudnościami przeżywanymi przez rodzinę i każdego z jej członków z osobna, dostępność czasowa i emocjonalna);
- wrażliwość na przeżycia i doświadczenia, szacunek, troska okazywana dziecku i rodzicom;
- komunikacja, uważne słuchanie, cierpliwość, zrozumienie;

<sup>7</sup> Bogdanowicz M., Kisiel B., Przasnyska M., *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganie rozwoju dziecka*, Warszawa 1992, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

<sup>8</sup> Bogdanowicz M., Kasica A., *Ruch Rozwijający dla wszystkich*, Gdańsk 2009, Wydawnictwo Harmonia.

<sup>9</sup> Pisula E., *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Warszawa 1998, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.

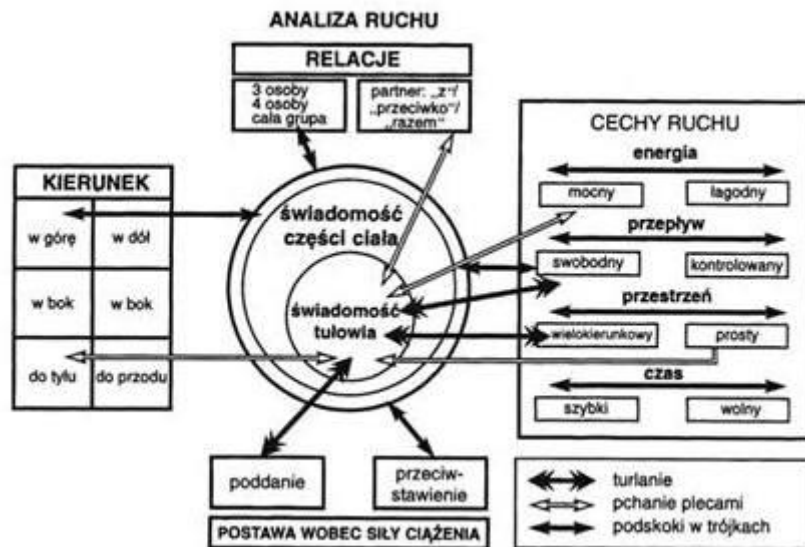
<sup>10</sup> Nawrot J., *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa 1990, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.

<sup>11</sup> Sińska J., *Opinie matek dzieci z zaburzeniami rozwoju na temat współpracy z profesjonalistami [w:] Rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością*, red. Pisula E., Danielewicz D., Gdańsk 2007, Wydawnictwo Harmonia.

- dobra organizacja czasu i miejsca spotkania.

## 5. Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne

- Ćwiczenie – burza mózgów: z czym kojarzy się Metoda Ruchu Rozwijającego?
- Kilka słów o MRR Weroniki Sherborne:
  - opracowana w latach 50. i 60.;
  - Polska lata 70. (Maria Przasnyska i Izabela Korsak – dzieci z niepełnosprawnością intelektualną i autyzmem);
  - analiza ludzkiego ruchu Rudolfa Labana (rys. 1)<sup>12</sup>;



- podejście pedagogiczne, a nie „narzędzie techniczne”;
- nawiązuje do **doświadczeń** wczesnodziecięcych poprzez wykorzystanie dotyku, ruchu, wzajemnych relacji fizycznych, emocjonalnych i społecznych.

*Każdemu dziecku trzeba pomóc skoncentrować się na opisanych doświadczeniach tak, aby stało się świadome tego, co dzieje się z jego ciałem. W ten sposób będzie mogło uczyć się na własnych doświadczeniach ruchowych. Nazywam to „słuchaniem własnego ciała”.<sup>13</sup>*

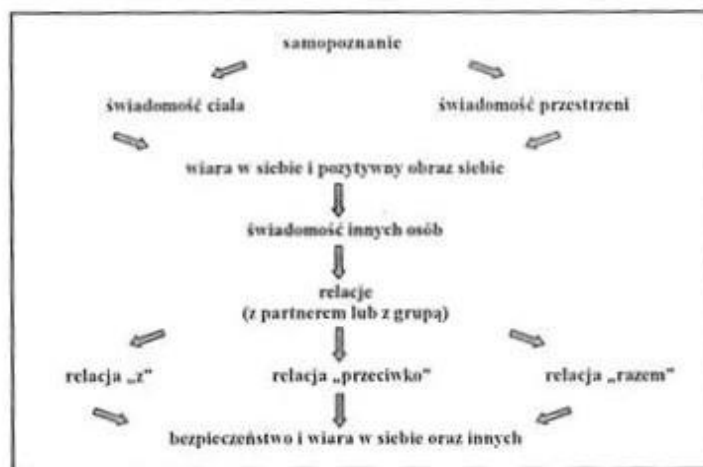
Weronika Sherborne

- Kto...
  - psycholog, pedagog, fizjoterapeuta z uprawnieniami terapeuty z zakresu MRR;
  - obecność osób współuczestniczących (rodzice, opiekunowie, wolontariusze, rodzeństwo, rówieśnicy).
- Dla kogo...
  - dzieci z problemami rozwojowymi i specjalnymi potrzebami edukacyjnymi;

<sup>12</sup> Sherborne W., *Ruch Rozwijający dla dzieci*, Warszawa 2012, Wydawnictwo PWN.

<sup>13</sup> Tamże.

- dzieci o prawidłowym rozwoju;
- osoby dorosłe.
- Jak często...
  - minimum raz w tygodniu;
  - początkowe sesje 15-20 minut, kolejne do 45 minut.
- Co jest potrzebne...
  - wygodne ubranie, ćwiczymy boso lub w skarpetkach;
  - materace, koce.
- Cel – rozwijanie poprzez ruch:
  - świadomość własnego ciała;
  - świadomość przestrzeni i działania w niej;
  - dzielenie przestrzeni z innymi osobami<sup>14</sup>;
  - relacja opiekuńcza „z”;
  - relacja „przeciwko”;
  - relacja współpracy „razem”.
- Cel – relacje:
  - bezpieczeństwo fizyczne i emocjonalne;
  - zaufanie do samego siebie;
  - komunikacja.



15

- Grupy w OWI PSONI Koło Zgierz
  - maluchy – konspekt nr 1 (budowanie poczucia bezpieczeństwa, zwracanie uwagi na innych, kształtowanie świadomości ciała, usprawnianie ruchowe);
  - wiek przedszkolny (4.-5. rok życia) – konspekt nr 2 (rozwijanie świadomości ciała i przestrzeni);

<sup>14</sup> Puszczalska-Lizis E., Biała E., *Terapia osób o specjalnych potrzebach*, Warszawa 2013, Fraszka Edukacyjna.

<sup>15</sup> Rys. 2: Dynamika relacji w grupie podczas zajęć prowadzonych MMR; Bogdanowicz M., Okrzesik D., *Opis i planowanie zajęć według Metody Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne*, Gdańsk 2011, Wydawnictwo Harmonia.

- poziom „master” (grupa zaawansowana) – konspekt nr 3 (doskonalenie świadomości ciała i przestrzeni, doświadczanie czekania na swoją kolej, wykorzystanie siły bez agresji).

Przykładowy schemat scenariusza zajęć prowadzonych Metodą Ruchu Rozwijającego (rys. 3)<sup>16</sup>.

TEMAT ZAJĘĆ:		
PROWADZĄCY:		
DATA:		
Etapy zajęć	Przebieg zajęć	Uwagi
Powitanie grupy		
Świadomość osoby, schematu ciała i przestrzeni		
Relacja „z”		
Ćwiczenie relaksacyjne		
Relacja „przeciwko”		
Ćwiczenie relaksacyjne		
Relacja „razem”		
Ćwiczenie relaksacyjne		
Pożegnanie grupy		

Przykładowe arkusze diagnostyczne i scenariusze zajęć<sup>17</sup>.

### **Konspekt nr 1 – Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne**

#### **Powitanie**

„Powitanie piosenką” – „Na powitanie wszyscy razem...”.

„Krağ” – wszyscy siedzą w kole; dorośli naprzemiennie starają się uchwycić wszystkie dłonie dzieci; rozpoczynając od prowadzących, lekko pocierają dłonie poszczególnych dzieci („pseudoiskierka”).

<sup>16</sup> Rys. 3, Bogdanowicz M., Okrzesik D., *Opis i planowanie zajęć według Metody Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne*, Gdańsk 2011, Wydawnictwo Harmonia.

<sup>17</sup> Na podstawie: Bogdanowicz M., Okrzesik D., *Opis i planowanie zajęć według Metody Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne*, Gdańsk 2011, Wydawnictwo Harmonia.

## **Schemat ciała**

„Moje” – rodzic wykonuje następujące czynności: poklepuje kolana dziecka / stuka kolanami dziecka jednym o drugie / posuwa stopy dziecka po podłodze / masuje uda, łydki, stopy, podeszwy, pięty, kostki.

„Koncert – gra na plecach” – dziecko leży na brzuchu, dorosły klęczy przy nim i „gra” na jego plecach wg kolejnych instrukcji: lekkie uderzanie opuszkami palców / mocniejsze uderzanie opuszkami palców / uderzanie kantami dłoni z wycuciem / uderzanie pięściami / uderzanie całymi dłońmi.

„Przeciąganie się (II)” – dzieci leżą na plecach, dorośli pomagają im się przeciągać („orzełek na śniegu”).

## **Ćwiczenia „z”**

„Leżanka (III)” – dorosły leży na brzuchu, dziecko kładzie się brzuchem na jego plecach. Dorosły delikatnie kołysze się na boki / przesuwają do przodu i do tyłu (przytrzymuje przy tym dziecko).

„Koń na biegunach” – rodzic siada z dzieckiem i trzyma je tyłem do siebie między nogami, podtrzymując dziecko za uda, przetacza się z nim na plecy.

„Wycieczka (I) i (II)” – dziecko leży na plecach na kocu, dorosły trzyma je najpierw za dłonie i nadgarstki i w ten sposób lekko ciągnie dziecko po podłodze; następnie dorosły chwytają dziecko za nogi na wysokości kostek i powtarza działanie.

## **Ćwiczenia „razem”**

„Piłowanie drewna” – staramy się posadzić dziecko na wprost dorosłego na podłodze. Dorosły trzyma dziecko za ręce, nogi dziecka (wyprostowane w kolanach) znajdują się pod nogami dorosłego. Dorosły wychyla się w przód i w tył (stara się przy tym o jak największy kąt wychylenia w każdym kierunku), cały czas trzymając dziecko za ręce.

„Wiadukt” – rodzice w klęku podpartym ustawiają się z warcie blisko siebie, dzieci kolejno kładą się na ich plecach. Dorośli kołyszą się rytmicznie do przodu i do tyłu. Kończąc ćwiczenie, ostrożnie siadają na piętach, podtrzymując dziecko zsuwające się na podłogę.

## **Ćwiczenia z rekwizytem – kocem**

„Karuzela” – 4 dorosłych trzyma koc za rogi, 2-3 dzieci siada na kocu, dorośli posuwają się w wybraną stronę, obracając koc.

## **Masażyk na zakończenie**

„List do babci” – dziecko siedzi tyłem do rodzica.

*„Wyglądzamy papier listowy” – rodzic głaszcze plecy dziecka.*

*„Kochana Babciu” – rodzic pisze palcem na plecach dziecka.*

*„Kropka” – naciska plecy dziecka palcem w jednym miejscu.*

*„Piszę Ci, że mamy w domu kotka” – rodzic kontynuuje pisanie.*

*„Kropka” – rodzic znowu naciska plecy dziecka palcem w jednym miejscu.*

*„Kotek chodzi” – rodzic kroczy palcami.*

*„Kotek skacze” – rodzic naśladuje skoki, opierając dłoń na przemian na przegubie i na palcach.*

*„Kotek drapie” – rodzic drapie dziecko po plecach.*

*„Kotek chrapie” – rodzic opiera głowę na plecach dziecka i udaje, że chrapie.*

*„Składamy list” – rodzic krzyżuje ręce dziecka.*

*„Naklejamy znaczek” – rodzic dotyka czoła dziecka wewnętrzną częścią dłoni.*

*„Zanosimy list na pocztę” – rodzic bierze dziecko na ręce i kieruje się do wyjścia.*

„Pożegnanie piosenka” – „Na pożegnanie wszyscy razem...”

**Omówienie**

Omówienie poszczególnych grup ćwiczeń, zachęcenie do wykorzystywania poznanych zabaw w warunkach domowych, rozmowy indywidualne w zależności od potrzeb.

## **Konspekt nr 2 – Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne**

### **Powitanie**

„Powitanie częściami ciała” – wszyscy chodzą po sali i witają się z innymi palcami dłoni / całymimi dłońmi / przybiciem piątki / stopami / kolanem itp. (każda osoba inną częścią ciała).

### **Schemat ciała**

„Przeciąganie się” – wszyscy leżą na plecach i: jak najszerzej przeciągają się / próbują zająć jak najmniejszą powierzchnię / starają się nogami dotknąć sufitu / wkręcają rękami „żarówki” (rodzice wykonują ćwiczenie na przemian z dzieckiem).

„Raki” – w leżeniu na plecach rodzic i dziecko próbują się ślizgać do tyłu i delikatnie podszczypywać nawzajem.

### **Ćwiczenia „z”**

„Wagoniki” – wszyscy, siedząc na podłodze, starają się przemieszczać w tej pozycji po sali. Po chwili „wagoniki” łączą się w pary/czwórki itd.

„Bujany fotel” – dziecko siedzi tyłem do rodzica blisko niego, rodzic kołysze dziecko na boki oraz do przodu i do tyłu.

„Łódka” – pozycja jak w poprzednim ćwiczeniu, jednak tworzą się 2 pary (2 dorosłych i 2 dzieci). Rodzice i dzieci siedzą przodem do drugiej pary, rodzice obejmują dziecko i kołyszą je na boki oraz do przodu i do tyłu.

### **Ćwiczenia „przeciwno”**

„Przepychanki (I)” – dorośli i dziecko siedzą na podłodze w rozkroku tyłem do siebie, dotykają się plecami. Na sygnał dorosłego każdy próbuje przepchnąć partnera w przeciwną stronę.

„Paczka” – rodzic siedzi skulony na podłodze, mocno ściska ręce i nogi. Dziecko próbuje rozpakować paczkę, odciągając poszczególne kończyny.

### **Ćwiczenia „razem”**

„Wiadukt” – rodzice w klęku podpartym ustawiają się zwarem blisko siebie, dzieci kolejno kładą się na ich plecach. Dorośli kołyszą się rytmicznie do przodu i do tyłu. Kończąc ćwiczenie, ostrożnie siadają na piętach, podtrzymując dziecko zsuwające się na podłogę.

„Bujanie na linie” – 2 dorosłych trzyma za końce zrolowany koc, dziecko kładzie się na podłodze i obejmuje koc rękoma i nogami. Dorośli unoszą koc i lekko kołyszą dziecko.

„Karuzela”, 4 dorosłych trzyma koc za rogi, 2-3 dzieci siada na kocu, dorośli posuwają się w wybraną stronę, obracając koc.

„Ćwiczenia porządkowe” – dzieci przy niewielkiej pomocy dorosłych wykonują kolejne czynności: rolują koc, układają kocy jeden na drugim (dokładnie krawędziami), składają koc w kostkę (zwrócenie uwagi na dokładne wykonanie ćwiczenia – składanie koca róg w róg).

### **Masaż na zakończenie**

Pizza – dziecko leży na brzuchu przed siedzącym na podłodze rodzicem.

„Najpierw sypimy mąkę” – rodzic przebiera opuszkami palców dłoni po plecach dziecka.

„Zgarniamy ją” – rodzic brzegami obu dłoni wykonuje ruchy zagarniające.

„Lejemy oliwę” – rysuje palcem falistą linię od karku aż do dołu pleców dziecka.

„Dodajemy szczyptę soli” – lekko szczypie dziecko. „No... może dwie, trzy szczypty” ...

„Wyrabiamy ciasto” – rodzic z wycuciem ugniata boki dziecka.

„Wałkujemy” – wodzi dłońmi zwiniętymi w pięści po plecach dziecka w górę i w dół.

„Wygladzamy placek” – gładzi plecy dziecka.

„Na wierzchu placka kładziemy: pomidory” (rodzic *delikatnie stuka dłońmi stulonymi w miseczkę*), „krążki cebuli” (rysuje *kółka na plecach dziecka*), „oliwki” (naciska *plecy palcem w kilku miejscach*) „i...” – *dziecko samo wymyśla, co chce dodać do pizzy.*

„Posypujemy serem” – *rodzic szybko muska dziecko po plecach opuszkami palców dłoni* („parmezanem, mozzarellą”)

„I... buch! do pieca” – *rodzic przykrywa sobą dziecko i pozostaje w tej pozycji, dopóki dziecko ma na to ochotę.*

„Wyjmujemy pizzę i kroimy” – *rodzic „kroi” plecy brzegiem dłoni.*

„Dla mamusi, dla tatusia, dla babci, dla brata, dla...” – *dziecko wymyśla, dla kogo jeszcze będą kawałki pizzy.*

„A teraz polewamy keczupem” – *rodzic na plecach dziecka kreśli palcem linię z pętelkami.*

„I... zjadamy... mniam, mniam, mniam” – *gdy rodzic bawi się z dzieckiem, w tym momencie następuje zwykle cała gama pieszczot połączonych z całowaniem dziecka, delikatnym naśladowaniem gryzienia itp.*

### **Omówienie**

Przypomnienie celu zajęć, omówienie grup ćwiczeń, zalecenie wykorzystania poznanych zabaw w warunkach domowych, rozmowy indywidualne w zależności od potrzeb.



### **Konspekt nr 3: Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne**

#### **Powitanie**

„Iskierka (IV)” – wszyscy leżą na brzuchu w kole, z głowami zwróconymi do środka koła, trzymają się za ręce. Prowadzący przekazuje „iskierkę”.

#### **Schemat ciała i przestrzeni**

„Plażowanie (II)” – dorośli i dzieci leżą w kręgu tak, aby wszyscy się widzieli. Podnoszenie i machanie: prawą stopą i lewą dłoń, lewą stopą i lewą dłoń itd.

„Prawa ręka – lewe ucho” – wszyscy siedzą w kręgu; osoba wybrana przez dorosłego w sposób „nietypowy” wskazuje dowolną część ciała (ewentualnie opisuje słowami, to co robi, np. prawym kciukiem wskazuje lewe ucho).

„Za głosem” – dorosły stoi obok siedzącego na podłodze dziecka, dziecko siedzi z zamkniętymi oczami. Dorosły chodzi wokół dziecka, szepcząc jego imię, dziecko zaś porusza się po podłodze w siadzie, podążając za głosem dorosłego.

#### **Ćwiczenia „z”**

„Wycieczka (IV): stos” – dzieci leżą na plecach na podłodze, z ramionami wyciągniętymi za głowę, dorosły stoi przed leżącym dzieckiem. Dorośli przeciągają dzieci w jedno miejsce i układają je blisko siebie, tworząc stos. Następnie każde dziecko jest „wyciągane” na zewnątrz stosu. Podczas tej zabawy należy reagować na wszelkie przejawy niezadowolenia dzieci.

„Małpka” – dorosły wykonuje klęk podparty, dziecko leży na plecach na podłodze, a jego twarz znajduje się na wysokości twarzy dorosłego. Dorosły pochyla się nad dzieckiem, tak aby mogło ono mocno objąć go nogami i rękami (tak jak małpka). Z małym i lekkim dzieckiem dorosły może próbować wstać.

„Duży samolot” – dorosły leży na podłodze z nogami ugiętymi w kolanach, dziecko stoi przed nim. Dorosły unosi tułów, chwytając dziecko za ręce, podpira stopami jego biodra i unosi dziecko nad sobą, prostując nogi w kolanach. Dorosły i dziecko nawiązują kontakt wzrokowy.

#### **Ćwiczenia „przeciwko”**

„Odklejanie” – dziecko leży na podłodze i całym ciałem „przykleja się” do podłoża, rodzic próbuje „odkleić” poszczególne części ciała dziecka (dziecko stawia pewien opór).

„Kula u nogi”

„Twierdza” – grupa dorosłych stoi w zwartym kręgu, trzymając się pod ręce. Dzieci siedzą wewnątrz „twierdzy”, a na sygnał prowadzącego próbują wydostać się na zewnątrz.

#### **Ćwiczenia „razem”**

„Naleśniki” – dziecko leży na kocu (przy jednym z jego boków), dorosły zawija dziecko w koc, nie zawijając jego głowy.

„Mańka-wstańka” – dorosły i dziecko siedzą na podłodze przodem do siebie, z nogami złączonymi i ugiętymi kolanami, trzymają się za ręce. Jednocześnie najpierw wstają, a potem siadają, pomagając sobie nawzajem przez przytrzymywanie swoich rąk.

„Razem w kole”

„Literki” – dzieci kładą się na podłodze, rodzice układają z nich litery wybrane przez terapeutę.

#### **Zabawa na zakończenie**

„Proponowanie pożegnania” – wskazane dziecko proponuje swój gest na pożegnanie.



Małgorzata Juszcak-Kapusta, Martyna Banasiak

## WARSZTAT

# **ZAJĘCIA GRUPOWE WE WCZESNEJ INTERWENCJI – WZBOGACANIE FORM TERAPII I PRACY PRZY WSPÓŁUDZIALE RODZICÓW**

## ANKIETA EWALUACYJNA

Szanowni Państwo,

uprzejmie prosimy o wypełnienie ankiety ewaluacyjnej. Dostarczone przez Państwa informacje oraz Państwa uwagi i sugestie posłużą jako źródło wiedzy dla prowadzących warsztat. Ankieta jest anonimowa.

**Prosimy zaznaczyć odpowiednią ocenę w skali od 1 do 5, gdzie: 1 – bardzo słaba, 2 – słaba, 3 – średnia, 4 – dobra, 5 – bardzo dobra.**

- A. Jak ocenia Pani/Pan swoją wiedzę i umiejętności w omawianej dziedzinie przed rozpoczęciem warsztatu, w którym Pani/Pan uczestniczyła/ył?

1 – 2 – 3 – 4 – 5

- B. W jakim stopniu warsztat, w którym Pani/Pan uczestniczyła/ył, pogłębił Pani/Pana wiedzę i umiejętności w omawianej dziedzinie?

1 – 2 – 3 – 4 – 5

- C. Jak ocenia Pani/Pan materiały szkoleniowe (pod względem merytorycznym, praktycznym, tj. ich przydatności, podczas warsztatu i po warsztacie)?

1 – 2 – 3 – 4 – 5

**D. Jak Pani/Pan ocenia prowadzących i ich sposób pracy podczas szkolenia?**

Proszę dokonać oceny, posługując się skalą ocen od 1 do 5,

gdzie: 1 oznacza bardzo niezadowolające, 2 – niezadowolające, 3 – średnie, 4 – dobre, 5 – bardzo dobre.

		1	2	3	4	5
1.	Znajomość tematu, przygotowanie merytoryczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Sposób przekazywania informacji (przystępny, klarowny)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Umiejętność odpowiadania na pytania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Umiejętność tłumaczenia szczególnie trudnych kwestii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Umiejętność właściwego organizowania czasu szkolenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Dbanie o dobrą atmosferę podczas szkolenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Atrakcyjność przekazywanego materiału	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ogólna ocena prowadzących szkolenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E. Jak Pani/Pan ocenia wymienione poniżej aspekty warsztatu?**

Proszę dokonać oceny, posługując się skalą ocen od 1 do 5,

gdzie: 1 oznacza zdecydowanie nie, 2 – raczej nie, 3 – trudno powiedzieć, 4 – raczej tak, 5 – zdecydowanie tak.

		1	2	3	4	5
1.	Czy warsztat spełnił Pani/Pana oczekiwania?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Czy treść warsztatu odpowiadała jego tematowi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Czy warsztat zawierał zadania/prace zespołowe umożliwiające przećwiczenie zdobytej wiedzy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Czy po warsztacie ma Pani/Pan nowe pomysły, które chciałaby/łby Pani/Pan zastosować w przyszłości? Czy zdobyta wiedza i nowe umiejętności będą przydatne w Pani/Pana działaniach zawodowych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Czy poleciliby/łby Pani/Pan ten warsztat innym osobom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--	--	--	--

**F. Prosimy o uzupełnienie Państwa sugestiami.**

Najbardziej podobało mi się:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Przed wszystkim zabrakło mi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy za udział w warsztacie i cenne uwagi 😊

Mgr Łukasz Michiewicz

## WARSZTAT

### PO CO WCZESNEJ INTERWENCJI TERAPEUTA (POST)SYSTEMOWY? KILKA SŁÓW O PRACY Z DZIECKIEM, RODZINĄ I ZESPOŁEM WE WSPÓŁCZESNYCH KONTEKSTACH

Celem warsztatów będzie pogłębienie rozumienia sytuacji diagnostycznej i terapeutycznej, w jakiej znajduje się w swojej pracy specjalista w spotkaniu z małym dzieckiem i rodzicem z wykorzystaniem perspektywy systemowej i postsystemowej.

Rodzic/e zgłaszający się z dzieckiem do Ośrodka Wczesnej Interwencji pojawiają się z szeregiem trudności, przeżyć i myśli. Zawierają się one w kontekstach zarówno zdrowotnych, rodzinnych, instytucjonalnych, kulturowych, jak i społecznych. W trakcie warsztatu podjęta zostanie próba poszerzenia rozumienia takiej sytuacji o wymienione perspektywy, co może stanowić użyteczne narzędzie do prowadzenia skuteczniejszych oddziaływań diagnostycznych i terapeutycznych. Ilustracją przedstawionych treści będą przykłady z praktyki klinicznej. Uczestnicy będą również zachęceni do omawiania własnych doświadczeń. Tłem teoretycznym prowadzonych dyskusji będą paradygmaty postsystemowych koncepcji terapeutycznych.



**Łukasz Michiewicz** – psycholog i psychoterapeuta, ukończył całościowe szkolenie z psychoterapii ze szczególnym uwzględnieniem systemowej terapii rodzin oraz dzieci i młodzieży, członek Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, kierownik Ośrodka Wczesnej Interwencji Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Zgierzu. Prowadzi diagnozę i terapię indywidualną dzieci i młodzieży oraz terapię rodzinną.



mgr Małgorzata Kowalska

## WARSZTAT

# STAN POBUDZENIA I MECHANIZMY OBRONNE W PRACY Z DZIECKIEM Z WYZWANIAM I ROZWOJOWYMI

Na początek, aby zobrazować, jak istotną rolę **przetwarzanie sensoryczne** odgrywa w naszym życiu, przedstawię krótki schemat jego rozwoju.

1. **Funkcjonowanie zmysłowe** (głównie dotyk, układ przedsionkowy – zmysł równowagi i propriocepcja – czucie swojego ciała)
2. **Umiejętności sensoryczno-motoryczne** (integracja odruchów, rozwój mechanizmów posturalnych, praktyka)
3. **Rozwój percepcyjno-motoryczny** (celowa aktywność, różnicowanie wzrokowe i słuchowe, mowa, koordynacja wzrokowo-ruchowa)
4. **Gotowość szkolna** (uwaga, organizacja zachowania, umiejętności szkolne, złożone umiejętności ruchowe, poczucie własnej wartości, autokontrola).

Powyższy schemat obrazuje, w jak ścisłych zależnościach pozostają ze sobą poszczególne sfery rozwoju i że powiązania te wynikają z naturalnego procesu ich rozwoju, którego podstawę stanowi przetwarzanie sensoryczne.

**Funkcjonowanie zmysłowe** dominuje już w trakcie życia płodowego. Podstawowymi zmysłami stymulowanymi przez macicę są dotyk, układ przedsionkowy i propriocepcja. Swoistym treningiem tych trzech zmysłów jest naturalny poród (z tego powodu dzieci urodzone przez cesarskie cięcie, choć o czasie, również mogą wykazać zróżnicowane trudności w modulacji).

Ośrodkowy układ nerwowy do prawidłowego rozwoju wymaga spełnienia dwóch podstawowych warunków zewnętrznych. Pierwszy to właśnie **właściwy doptyw bodźców zmysłowych**, drugi to **właściwe warunki rozwoju emocjonalnego**, w tym przede wszystkim właściwa opieka matki i budowanie więzi oraz adekwatne reagowanie otoczenia na potrzeby dziecka. Pobyt wcześniaka lub dziecka ze zdiagnozowanym już zaburzeniem rozwojowym na oddziale neonatologicznym często wiąże się z intubacją, długotrwałym przebywaniem w inkubatorze w towarzystwie specjalistycznych przyrządów, a nie w ramionach mamy. Zaspokojenie potrzeb emocjonalnych takiego dziecka jest właściwie niemożliwe.

Kształtowanie się **umiejętności sensoryczno-motorycznych** dziecka następuje stopniowo poprzez integrację odruchów bezwarunkowych i przekształcanie ich w odruchy warunkowe. Odruchy bezwarunkowe umożliwiały względną adaptację do – odmiennych niż dotychczas – warunków życia. Pod wpływem doświadczeń zmysłowych, w tym także ruchowych, które wpływają na dojrzewanie kory mózgowej, odruchy bezwarunkowe ustępują aktywności celowej i kierowanej przez dziecko. Dzięki temu następuje doskonalenie umiejętności ruchowych i percepcyjnych, co warunkuje adekwatne reagowanie na bodźce otoczenia. Stopniowe ustępowanie aktywności odruchowej powoduje, że dziecko może coraz częściej swobodnie i dowolnie eksplorować otoczenie, a zatem zdobywać coraz to nowe doświadczenia, które z kolei będą wpływać na poszerzanie się repertuaru reakcji adaptacyjnych, a to łącznie będzie wpływać na prawidłowy rozwój psychoruchowy. Integracja odruchów u dzieci urodzonych przedwcześnie lub z zaburzeniami może mieć bardzo zaburzony przebieg, przez co dalsze etapy rozwoju mogą nie przebiegać harmonijnie i często mieć dość dziwny, niezrozumiały dla rodzica obraz.

**Odruch**, jak definiuje go S. Masgutova, to „genetycznie uwarunkowana reakcja układu nerwowego na adekwatny, specyficzny bodziec, który odbywa się w formie odpowiedzi motorycznej, pobudzającej mechanizmy obronne i przetrwania organizmu w ramach trójkąta stresu (podwzgórze – przysadka mózgowa – nadnercze)”. A w tym sensie odruchy, oprócz tego, że są podstawą procesów dalszego rozwoju, spełniają podstawową rolę przetrwania i ochrony w stresie.

Jeśli w trakcie rozwoju prenatalnego, narodzin czy postnatalnego dziecka miała miejsce jakakolwiek minimalna dysfunkcja mózgu, miejmy świadomość, że może ona negatywnie wpłynąć i obciążyć funkcjonowanie właściwych mechanizmów obronnych i przetrwania. Takie doświadczenia powodują często nieadekwatne wracanie się dziecka do wykorzystania wczesnych odruchów i reakcji (podwyższenie napięcia mięśniowego, negatywna obrona, impulsywne zachowania, prymitywne reakcje z poziomu tyłomózgowia walki i ucieczki lub zamrożenia). Uruchomienie się takich mechanizmów determinuje profil emocjonalny dziecka i znacząco wpływa na kształtowanie procesów samoregulacji, ponieważ impulsywne reakcje blokują proces rozumowania.

Proces strategii przetrwania regulowany jest przez tylne partie mózgu. W sytuacjach przetrwania wytwarza on reakcję dwóch rodzajów: ochrony (zamrożenia) oraz przetrwania (walki i ucieczki). Czyli ich zadaniem jest chronić i pomagać w procesach przetrwania. Odruchy mogą się integrować, gdy spełnią swoją podstawową funkcję przetrwania, dając poczucie bezpieczeństwa i swobody. Dopiero wtedy możemy mówić o strategii rozwoju, którego bazą jest integracja odruchów z kontrolowanymi ruchami i nawykami.

Najbardziej charakterystyczną trudnością dzieci z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego i słabą, zaburzoną bazą odruchową są **zaburzenia samoregulacji**, które manifestują się trudnościami w regulowaniu emocji i zachowań (w tym motorycznych) w odpowiedzi na stymulację sensoryczną, czyli doznania wzrokowe, słuchowe, węchowe, a przede wszystkim dotykowe oraz odczucie ruchu i świadomość własnego ciała w przestrzeni. **Modulacja** to

proces polegający na hamowaniu lub wzmacnianiu aktywności neuronalnej tak, aby była ona spójna z pozostałymi funkcjami układu nerwowego. Właściwie funkcjonujące procesy modulacji pozwalają prawidłowo rejestrować i przetwarzać bodźce zmysłowe, a następnie prawidłowo reagować na wyzwania życia codziennego. Wraz z wiekiem zdolność do samoregulacji wzrasta.

Natomiast jeśli proces ten nie przebiega prawidłowo, pojawiają się trudności, które wpływają na codzienne funkcjonowanie oraz ogólny rozwój dziecka i ujawniają się w różnych kontekstach sytuacyjnych. Dzieci mogą mieć kłopoty w ocenie intensywności bodźca i często uruchamiają nieadekwatne (nadreaktywne lub podreaktywne) reakcje i zachowania (pobudzenie, płaczliwość, drażliwość, kłopoty ze snem, z jedzeniem, nadmierna wrażliwość na dotyk, bardzo silna potrzeba specyficznych rytuałów lub też lękowość, bierność i brak intencji w kontakcie i eksploracji otoczenia). Ma to też swoje konsekwencje w rozwoju zdolności ruchowych, na które będą się składały nieprawidłowe reakcje posturalne, napięcie mięśniowe, a w konsekwencji – nieudane planowanie motoryczne. Niestety, zdolność dziecka do regulowania własnych stanów emocjonalno-behawioralnych znacząco wpływa na późniejsze funkcjonowanie.

Bywa również tak, że dziecko w okresie niemowlęcym nie wykazuje specyficznych zaburzeń, a przebieg jego rozwoju nie przysparza rodzicom większych trudności. Niekiedy dopiero w okresie przedszkolnym czy szkolnym, mimo prawidłowego rozwoju intelektualnego, wiele dzieci doświadcza trudności w zakresie umiejętności wzrokowo-motorycznych-słuchowych, rozwoju emocjonalnego i społecznego oraz koncentracji uwagi i technik szkolnych, takich jak pisanie i czytanie. Jest to związane ze zmianą otoczenia i wymagań. Zmianą, która często wiąże się ze stawianiem dziecku o wiele większych wymagań, do których jego układ nerwowy jeszcze nie dojrzał.

Właściwe zdiagnozowanie dziecięcych **preferencji sensorycznych** jest niezwykle ważnym elementem działań wspomagających rozwój dzieci. Jeśli otoczenie dostarcza dziecku bodźców nieprzyjemnych, proces uczenia się jest ograniczony i przebiega nieprawidłowo. Dziecko stosuje strategię unikania, wycofywania się z aktywności, a tym samym zmniejsza swoje możliwości rozwojowe.

Istotne jest, aby rodzice zrozumieli, że **nietypowe reakcje dziecka** są przejawem jego **indywidualności sensorycznej** i należy je uwzględnić w codziennym życiu. Należy również pamiętać, że wysoka plastyczność mózgu małego dziecka stwarza ogromną szansę na procesy kompensacyjne, dlatego tak ważne są wczesna diagnostyka i interwencja terapeutyczna.



## Model przetwarzania sensorycznego wg Winnie Dunn

Próg neurologiczny	Samoregulacja	
	Pasywna	aktywna
Wysoki	<b>Widz</b>	<b>poszukiwacz</b>
Niski	<b>Czuciowiec</b>	<b>unikacz</b>

### Progi:

Niski próg neurologiczny oznacza, że mózg bardzo szybko zauważa bodźce i do działania nie potrzebuje ich wiele.

Wysoki próg neurologiczny oznacza, że mózg potrzebuje więcej czasu, by uzbierać dość informacji o bodźcu i podjąć działanie.

### Regulacja:

Samoregulacja aktywna oznacza, że człowiek robi coś, by kontrolować ilość i typ bodźców sensorycznych, które do niego dopływają, np. wychodzi z pokoju, aby uniknąć hałasu, podgłośnia telewizor.

Samoregulacja pasywna oznacza, że człowiek pozwala, by bodźce sensoryczne do niego docierały, a następnie na nie reaguje, np. poirytowanie głośnością telewizora lub nieodnotowanie, że telewizor został podgłośniony.

### Wzorce:

Poszukiwacz (wysoki próg, aktywna strategia regulacji)

Poszukiwacze tworzą ekscytację i zmieniają wszystko wokół siebie. Poszukujący umysł skupia się na znalezieniu nowych, ciekawych bodźców. To poszukiwanie często jednak może zaburzać rytm dnia i wykonywania codziennych czynności, które są nieuporządkowane i wiecznie chaotyczne.

Uwaga! Jako dziecko poszukiwacz może się skupiać na bodźcach wchodzących, bez uczenia się. Potrzebuje wsparcia.

Widz (wysoki próg, pasywna strategia regulacji)

Widzowie są łatwi we współzyciu i mogą się skupiać nawet w hałaśliwych miejscach. W większości różne sytuacje nie sprawiają im kłopotu, ponieważ nie zauważają oni części informacji sensorycznej. Zdarza się, że nie zauważają rzeczy, które zdaniem otoczenia powinni zauważyć. Widzowie mogą też, niestety, przegapiać ważne informacje i ignorować (nieświadomie) inne osoby.

Uwaga! Jako dziecko widz może być bardzo bierny w działaniu, bez wsparcia nie będzie rozwijał swojego potencjału.

Czuciowiec (niski próg, pasywna strategia regulacji)

Czuciowcy zauważają większość informacji sensorycznej wokół siebie. Dzielą się swoimi wrażeniami na temat tego, co odczuwają, co sprawia im problem. Łatwo się rozpraszają, mogą nie radzić sobie z nadmiarem bodźców.

Uwaga! Jako dziecko czuciowiec może być ciągle poirytowany nadmiarem bodźców. Potrzebuje wsparcia w uporządkowaniu nadmiaru bodźców i opracowania strategii radzenia sobie z ich nadmiarem.

Unikacz (niski próg, aktywna strategia samoregulacji)

Unikacze tworzą rutynę, by ich życie było spokojne, uporządkowane, dające się kontrolować. Chcą więcej tego samego i niczego innego. Lubią porządek i rutynę, a to, co zostało zaplanowane, wydaje się im bezpieczniejsze. Unikacze chcą kontrolować bodźce otoczenia. Mogą być całkiem zadowoleni z braku towarzystwa.

Uwaga! Jako dziecko unikacz może za bardzo ograniczać dopływające bodźce, przez co nie będzie w stanie harmonijnie się rozwijać. Potrzebuje wsparcia w delikatnym odwracaniu i zapewnieniu sobie komfortowego odpoczynku.

### **Uwagi końcowe**

Może się zdarzyć, że jedna osoba należy wyłącznie do jednego wzorca sensorycznego. W większości jednak możemy przypisać nasze zachowanie do różnych wzorców, w zależności od danego systemu sensorycznego. Najważniejsze, abyśmy mogli zrozumieć i zaakceptować swój profil sensoryczny oraz profile innych członków rodziny. A gdy coś utrudnia codzienne funkcjonowanie, byśmy potrafili na to oddziaływać w sposób efektywny i niezaburzający poczucia bezpieczeństwa.

**Podsumowując:** zachowanie dziecka często może być nieświadomą demonstracją lub manifestacją przeciążenia układu nerwowego. Na takie przeładowanie najczęściej narażone są dzieci, u których zadziałały niekorzystne czynniki już w okresie prenatalnym, porodowym i postnatalnym. Ważne, abyśmy jako specjaliści potrafili zaakceptować dziecko ze wszystkimi jego trudnościami, dać mu informację zwrotną o tej akceptacji i dopiero potem planować pracę terapeutyczną.

Literatura:

Ayres A.J.: Sensory Integration and the Child. Western Psychological Services, Los Angeles 1991.

Mass F.V.: Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej dla rodziców i specjalistów. Wydawnictwo WSiP, Warszawa 2005.

Karga M.: Podstawowe zasady obserwacji i terapii zaburzeń integracji sensorycznej u małego dziecka. [w:] Cytowska B., Winczura B.: Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008.

Potapska-Skwara A.: Specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu a zaburzenia procesów przetwarzania sensorycznego. Biuletyn Polskiego Towarzystwa Dysleksji „Dysleksja”, 2012; 3(14).



Anna Zwolińska

## WARSZTAT

### OD LEŻENIA DO CHODZENIA

1. Doskonalenie i wpływ podporu a efektywność siadu i chodzenia:
  - podpór noworodkowy,
  - stabilizacja pasa barkowego po 3. miesiącu życia jako podstawa prawidłowego podporu na otwartej dłoni,
  - aktywny podpór przy przejściu do pozycji siedzącej (ślizg łopatki po klatce piersiowej),
  - reakcje podporowe po 7. miesiącu życia.
2. Rotacja i dysocjacja w pasie biodrowym i pasie barkowym oraz między nimi jako przygotowanie do aktywnego chodzenia:
  - fenomen „piwotowania”, czyli aktywne wydłużanie i skracanie stron tułowia w pozycji horyzontalnej,
  - aktywne przetaczanie (zmiana pozycji z leżenia tyłem do leżenia przodem),
  - uzyskanie podporu bokiem (aktywne skracanie i wydłużanie stron tułowia podczas siadu),
  - czworakowanie jako całkowita dysocjacja pasów barkowego i biodrowego przy stabilizacji głowy i tułowia,
  - ważność chodzenia bokiem jako przygotowanie stóp do obciążeń podczas chodu oraz doskonalenie reakcji równoważnych.
3. Chodzenie jako majstersztyk umiejętności psychoruchowych:
  - mobilność na stabilności.



Małgorzata Kobus, Marzena Polinkiewicz

## WARSZTAT

### PRZYCHODZI RODZIC XXI WIEKU DO LOGOPEDY

Temat warsztatu został podyktowany coraz częstszymi problemami charakterystycznymi dla XXI wieku, z którymi spotykają się logopedzi w ramach Wczesnej Interwencji Logopedycznej oraz Wczesnego Wspomagania Rozwoju.

Na prawidłowy rozwój mowy wpływa wiele czynników, np. środowisko, w którym wychowuje się dziecko, słuch, budowa aparatu mowy i jego sprawność. Jednak w ostatnich latach zwraca się uwagę na wpływ urządzeń mobilnych, multimedialnych (telefon, tablet, laptop itp.), które stały się niezbędnym elementem naszej codzienności, na rozwój mowy. Są one dostępne nie tylko dla dorosłych, ale również dla dzieci i niemowląt. Niestety, to często sami rodzice i opiekunowie udostępniają dzieciom te urządzenia, które w coraz większym stopniu wypełniają im czas, wypierając tradycyjne zabawki. Współcześni rodzice małych dzieci to pokolenie dorastające w czasie wielkiego rozwoju cyfryzacji i boomu technologicznego. W wielu domach telewizor lub komputer jest włączony niemal bez przerwy i pełni rolę opiekunki. Ma to zgubny wpływ na relację rodzica z dzieckiem, gdyż ogranicza w znacznym stopniu kontakt słowno-wzrokowy. Wynika to często z zapracowania rodziców oraz z braku pomysłu lub chęci na wspólną zabawę. Skutkiem tego jest również brak rozmowy z własnymi dziećmi. Z czasem rozmowa ogranicza się do wymiany krótkich, zdawkowych komunikatów, niewymagających większej aktywności językowej.

Jak powszechnie wiadomo, nic nie zastąpi codziennego treningu mówienia, wymiany informacji, prowadzenia dialogu, poszerzania słownika czynnego i biernego. Zahamowana w ten sposób ekspresja słowna powoduje, że dziecko nie potrafi zbudować zdania, wyrazić

swoich myśli ani potrzeb. Ma to negatywny wpływ na kontakty społeczne, które mogą nastroczać wiele trudności, również emocjonalnych.

Ku przestrodze logopedzi starają się uświadomić rodzicom, że gadżety elektroniczne nie nauczą dziecka mówić. Wartością jest słowo wypowiedane przez drugą osobę, zabarwienie emocjonalne, które to słowo ze sobą niesie, oraz kontakt budowany dzięki rozmowie.

Powszechnie uważa się, że dzieci do 2. roku życia nie powinny oglądać telewizji. To, co jest im potrzebne, to wielość i różnorodność bodźców, doświadczeń poprzez kontakt z innymi osobami, poprzez wspólne kreatywne zabawy, śpiewanie, czytanie książek, spędzanie czasu na świeżym powietrzu. Korzystanie z telewizora, komputera oraz innych urządzeń tego typu przez przedszkolaków powinno się odbywać pod kontrolą rodziców. Dotyczy to zarówno treści przekazu, jak i czasu kontaktu z urządzeniem.

Natomiast w przypadku opóźnionego rozwoju mowy należy całkowicie ograniczyć korzystanie z urządzeń mobilnych na rzecz stymulowania rozwoju mowy.



Ewa Ziemka

## WARSZTAT

### WSPIERANIE INTERAKCJI RODZIC – DZIECKO

Kiedy z jakichś przyczyn dochodzi do zakłócenia rozwoju małego dziecka, wzajemne komunikowanie się może być od początku utrudnione lub zaburzone. Wiązać się to może z trudnościami adaptacyjnymi dziecka i jego rodziców. Dzieci mogą przejawiać ograniczone możliwości nawiązywania kontaktu z otoczeniem, ich komunikaty mogą być mało czytelne, a dla rodziców ich zachowania mogą być trudne do zrozumienia. W takich sytuacjach ważne jest, aby w oddziaływaniach terapeutycznych nie koncentrować się jedynie na dziecku, ale opieką objąć również całą jego rodzinę. Istotne jest przygotowanie rodziców do pracy z dzieckiem poprzez wyjaśnienie im zachowań dziecka, nauczanie ich, jak rozumieć jego komunikaty, jak radzić sobie z różnymi jego zachowaniami, jak rozwijać kontakt z nim w naturalnym środowisku, jakim jest dom.

W przypadku małych dzieci oddziaływania terapeutyczne powinny być dostosowane do naturalnej aktywności dziecka oraz włączone w codzienne czynności. Małe dzieci są bowiem na ogół niedojrzałe do kontaktu zadaniowego. Stąd znaczna część pracy spoczywa na rodzicach. Ważne jest wzmocnienie u rodziców ich kompetencji rodzicielskich, nauczanie ich rozumienia potrzeb i zachowań dziecka oraz sposobów radzenia sobie z tymi zachowaniami. Zapobiega to powstawaniu syndromu wyuczonej bezradności lub traktowaniu dziecka w kategoriach przedmiotowych – jako obiektu, który za wszelką cenę należy wyedukować i „unormalnić”.

Metoda Wideotreningu Komunikacji (VIT) to krótkoterminowa, intensywna pomoc rodzinie, skoncentrowana na zmianie interakcji między rodzicami a dzieckiem. Jej celem jest wspieranie kompetencji rodziców, uczenie ich zasad poprawnej komunikacji i wykorzystania tych umiejętności do nawiązywania pozytywnych kontaktów z dzieckiem. Praca z rodziną odbywa się w oparciu o analizę interakcji nagranych na wideo. Trener dokonuje 10-15-minutowych nagrań w domu rodzinnym dziecka, w naturalnych sytuacjach. Na następnym spotkaniu

wspólne z rodzicami omawia wybrane fragmenty filmu. Trener koncentruje się na pozytywnych aspektach tych relacji – wskazuje mocne strony rodziców we wzmacnianiu lub wywoływaniu pożądanых zachowań dziecka. Praca koncentruje się na procesach interakcji i komunikacji w rodzinie oraz na właściwej stymulacji rozwoju dziecka.

Wideotrening Komunikacji jest skuteczną metodą pracy we wszystkich rodzinach, gdy kontakt z dzieckiem jest utrudniony ze względu na problemy w rozwoju, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci z zaburzeniami rozwoju mowy, niepełnosprawnością intelektualną, autyzmem, wieloraką głęboką niepełnosprawnością. Jest skuteczną metodą pracy także wtedy, kiedy rodzice zgłaszają problemy wychowawcze, oraz profilaktycznie, gdy zależy nam na wzmacnianiu więzi emocjonalnej, wrażliwości społecznej, umiejętności rozwiązywania problemów, poczucia własnych kompetencji.

Celem warsztatu jest przedstawienie uczestnikom założeń, celów i procedur stosowanych w ramach Wideotreningu Komunikacji. Uczestnicy warsztatu będą mieli możliwość wzięcia udziału w diagnozie interakcji zachodzących w rodzinie, w tworzeniu planu pomocy rodzinie w oparciu o założenia metody oraz w dyskusji o użyteczności VIT w codziennej pracy z rodzinami z dzieckiem z trudnościami rozwojowymi. Przedstawiony zostanie również materiał filmowy z przebiegu przykładowych sesji VIT w pracy z rodzinami.

**Słowa kluczowe:** plan pomocy, zasoby rodziny, komunikacja podstawowa (inicjatywa i jej przyjęcie; obdarzanie uwagą, dostrajanie się), wymiana w kręgu, naprzemiennosc interakcyjna i współpraca, wspólne naradzanie się, rozwiązywanie konfliktów.



**Anna Kloze**, dr nauk o kulturze fizycznej  
AWF Warszawa, Wydział Rehabilitacji  
Ośrodek Wczesnej Interwencji ZG PSONI, Warszawa

## **WARSZTAT**

### **OCENA FIZJOTERAPEUTYCZNA NIEMOWLĘCIA ZAGROŻONEGO NIEPRAWIDŁOWYM ROZWOJEM RUCHOWYM**

Integralną częścią fizjoterapii jest ocena stanu ruchowego pacjenta. Testy wybierane przez fizjoterapeutów do oceny rozwoju ruchowego młodych niemowląt powinny być dobrane tak, by wychwycić najdrobniejsze nieprawidłowości w rozwoju ruchowym dziecka już w pierwszych tygodniach życia, czyli wtedy, gdy pacjenci po raz pierwszy trafiają do specjalistycznych ośrodków rehabilitacyjnych. Podstawą oceny rozwoju jest analiza jakości prezentowanych wzorców postawy i ruchu. Ocenie podlega nie tyle tempo osiągnięcia poszczególnych umiejętności ruchowych, co sposób reakcji na bodźce płynące z otoczenia, będący objawem prawidłowego lub zaburzonego rozwoju psychoruchowego.

Dzięki trafnej diagnozie stanu ruchowego możliwe jest opracowanie szczegółowych, zindywidualizowanych programów terapii dla dzieci prezentujących zaburzenia rozwoju w pierwszych miesiącach życia. Współczesne testy rozwoju ruchowego stosowane przez fizjoterapeutów opierają się głównie na ocenie ruchów spontanicznych niemowlęcia, umiejętności kontroli głowy i tułowia w linii środkowej ciała we wszystkich fizjologicznych pozycjach, umiejętności pracy przeciwko sile grawitacji, ocenie ruchów selektywnych, precyzyjnych itp. Wyniki testów są podstawą do opracowywania programów usprawniania ruchowego i kontroli efektów fizjoterapii. Nie bez znaczenia we współczesnym świecie jest to, że testy nie są czasochłonne i są łatwo akceptowalne przez rodziców i opiekunów, a ich wiarygodne wyniki mogą się stać podstawą do zagwarantowania środków pieniężnych potrzebnych, by sfinansować wysokospecjalistyczną, często długotrwałą terapię.

Podczas warsztatu zostaną zaprezentowane testy stosowane przez fizjoterapeutów do oceny najmłodszych pacjentów zagrożonych nieprawidłowym rozwojem, czyli dzieci od urodzenia do 1. roku życia. Prowadząca przedstawi nagrania wideo ilustrujące poszczególne próby z wybranych testów rozwoju ruchowego stosowane w Ośrodku Wczesnej Interwencji w Warszawie, tj.: test TIMP (Test of Infant Motor Performance), test AIMS (Alberta Infant Motor Scale), Ocena Globalnych Wzorców Ruchu wg Prechtl'a, test TSFI (Test of Sensory Functions in Infants).





mgr Aleksandra Wnuk  
Poradnia Wczesnego Wspomagania Rozwoju "Lolek"  
Koła PSONI w Lublinie

## WARSZTAT

### GRUPY RODZIC - DZIECKO W SYSTEMIE NAUCZANIA KIEROWANEGO

#### 1. Wprowadzenie (50 min)

- Autoprezentacja autorki i uczestników warsztatu (20 min)
- Krótka historia Nauczania Kierowanego – prezentacja (30 min)

**Nauczanie Kierowane** to węgierski model pracy grupowej z małymi dziećmi z niepełnosprawnościami oraz ich rodzicami. Cieszy się on dużym zainteresowaniem terapeutów wczesnej interwencji. Z jego belgijską, angielską i polską modyfikacją zapozna uczestników warsztatu psycholog, wieloletni członek zespołów terapeutycznych i organizator wczesnego wspomaganie rozwoju w Poradni Wczesnego Wspomagania Rozwoju „Lolek” Koła PSONI w Lublinie.

#### 2. Analiza materiału filmowego (50 min)

- Prezentacja filmu „**Grupa Matka z Dzieckiem**” (20 min).
- Omówienie pracy w grupach „Matka z Dzieckiem” z punktu widzenia: dziecka, rodzica, terapeuty (30 min).

#### 3. **Grupy Rodzic - Dziecko** w systemie Nauczania Kierowanego (50 min)

- Prezentacja podstawowych założeń i przykładowych scenariuszy zajęć (20 min).

Grupy Rodzic – Dziecko w systemie Nauczania Kierowanego są ważnym elementem wczesnego wsparcia zarówno dla dzieci z niepełnosprawnościami, jak i ich rodziców. Systematyczna praca zespołu terapeutów wzmacniających prawidłowe wzorce

ruchów, postawy oraz zachowania małego dziecka, której obserwatorami, a często też aktywnymi uczestnikami są rodzice, przynosi bardzo pozytywne efekty. Rodzice uczą się, w jaki sposób skutecznie wspomagać rozwój dziecka, wiedzą, jakie mogą być zagrożenia, i stają się prawdziwymi partnerami w procesie usprawniania własnego dziecka. Dzieci zaś mają szansę na powtarzanie i wykorzystywanie nowych umiejętności nie tylko podczas zajęć z terapeutami, ale również w sytuacjach domowych, poza placówką terapeutyczną. Częściej i dzięki temu skuteczniej wykorzystują i utrwalają nowe umiejętności. Jest to szczególnie ważne dla dzieci z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego, z zaburzeniami napięcia mięśniowego, dla których oddziaływania terapeutyczne raz lub dwa razy w tygodniu są niewystarczające, bo nie dają im szansy na naukę nowych funkcji.

- **Omówienie** scenariuszy zajęć i próba przeanalizowania **możliwości i sposobów aplikacji** grupowej formy pracy z dzieckiem i rodzicami w placówkach uczestników warsztatu (30 min).

---

**Aleksandra Wnuk** – psycholog i pedagog specjalny, specjalista wczesnego wspomaganie rozwoju, dyrektor Niepublicznej Poradni Wczesnego Wspomaganie Rozwoju i Punktu Przedszkolnego „Lolek” Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Lublinie, przewodnicząca Ogólnopolskiej Federacji na rzecz Osób z Mózgowym Porażeniem Dziecięcym „Sieć MPD” z siedzibą w Zamościu, członek Sekcji Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji oraz International Society of Early Intervention (ISEI; Międzynarodowe Towarzystwo Wczesnej Interwencji).