



SZKOŁA PODSTAWOWA
im. Janusza Korczaka w Kleszczowie



Wspieranie rodziców i nauczycieli w procesach terapeutycznych ich dzieci/uczniów

PORADNIK

nr 4

Autorki poradnika:

Agnieszka Pabich i Magdalena Marszałek



SZKOŁA PODSTAWOWA im. Janusza Korczaka w Kleszczowie



Szanowni Państwo!

Witamy na łamach czwartego numeru poradnika „Wspieranie rodziców i nauczycieli w procesach terapeutycznych ich dzieci/ uczniów”, stanowiącego część innowacji pedagogicznej „Kto słucha nie błądzi”.

W aktualnym numerze poruszymy bardzo ważne tematy związane ze zdrowiem dzieci:

- 1. *Depresja to nie tylko problem dorosłych* – p. Agnieszka Jasek, psycholog**
- 2. *Optodysleksja ... podstępne zaburzenie* - p. Marszałek Magdalena, pedagog specjalny**
- 3. *Stany zapalne górnych dróg oddechowych a wady wymowy* - p. Agnieszka Pabich, logopeda**
- 4. *Terapia neurotaktylna w pracy z dziećmi* - p. Urszula Brześcińska, pedagog specjalny**



Autorki poradnika:

Agnieszka Pabich i Magdalena Marszałek



DEPRESJA TO NIE TYLKO PROBLEM DOROSŁYCH

23 lutego obchodziliśmy Ogólnopolski Dzień Walki z Depresją. Dziś, w dobie pandemii, izolacji dzieci i młodzieży w domach, powinniśmy w sposób szczególny zwrócić uwagę na otaczających nas bliskich. **Depresja jest podstępną chorobą, długo nie dającą jasnych, czytelnych sygnałów.** Uczucie przygnębienia, smutku towarzyszy każdemu człowiekowi od czasu do czasu. Tym co wyróżnia depresję jest długotrwałe, trwające od kilku tygodni obniżenie nastroju, utrata zdolności do odczuwania przyjemności, myśli rezygnacyjne, zaburzenia snu. Zachorowanie na depresję wiąże się z pogorszeniem funkcjonowania danej osoby w sferze osobistej, rodzinnej, zawodowej i towarzyskiej. W wyniku złego samopoczucia narasta zniechęcenie lub obojętność. Mogą pojawić się także – w społeczeństwie rzadziej kojarzone z depresją – objawy, takie jak: **rozdrażnienie, złość, gorsza pamięć czy koncentracja.**





Depresja powoli staje się chorobą cywilizacyjną, coraz więcej osób jej doświadcza, niezależnie od wieku, płci, wykształcenia czy posiadanych dóbr materialnych. **Bardzo niepokojące dane dotyczą wzrostu zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży, zachorowania w tej grupie wiekowej rosną lawinowo.** Bardzo ważną rolę w dostrzeżeniu zmian w zachowaniu dziecka odgrywają rodzice, ale również szkoła, nauczyciele, wychowawcy.

Co powinno zatem nas zaniepokoić? Jeśli zauważymy, że dziecko:

- jest wycofane i zamknięte w sobie,
- jest niezadowolone, częściej rezygnuje z zainteresowań i aktywności, które dotychczas sprawiały przyjemność,
- często doświadcza smutku,
- czuje się odrzucone lub nie lubiane,
- pogarsza swoje wyniki w nauce,
- ma kłopoty ze snem (trudności z zasypianiem lub wczesne wybudzanie, np. ok. czwartej, piątej rano),
- prezentuje coraz więcej zachowań agresywnych,
- częściej skarży się na dolegliwości somatyczne, tj. bóle głowy, brzucha,
- ma spadek energii, doświadcza większej męczliwości,
- ma problemy z koncentracją uwagi,
- zmieniło wzorzec odżywiania (wzrost lub spadek apetytu),
- odmawia nauki i spełniania obowiązku szkolnego,
- prezentuje niskie poczucie własnej wartości, poczucie winy,

porozmawiamy z dzieckiem o jego samopoczuciu, nastroju, problemach. Nie lekceważmy niepokojących sygnałów. Dzieci, szczególnie te młodsze, nie zawsze potrafią wyrazić tego, co czują, opisać słowami przeżywane emocje, trudności. Bądźmy jednak uważni, szukajmy dróg dotarcia do dziecka. Należy pamiętać, że u wielu dzieci cierpiących na depresję, głównym nastrojem nie jest smutek lecz **drażliwość**, uczucie napięcia, **złości**. Może to bardzo często mylić rodziców i wychowawców. W postawieniu diagnozy, czy to przejściowy kryzys w rozwoju dziecka, młodzieńcza depresja, która często towarzyszy nastolatkom w okresie dorastania, czy już poważna choroba, zakłócająca normalne funkcjonowanie młodego człowieka, może pomóc tylko lekarz specjalista, zatem konieczna jest konsultacja psychiatryczna. Ważna jest także pomoc psychologa, psychoterapeuty.



Przyczyn wystąpienia zaburzeń depresyjnych jest kilka, należy uwzględnić w nich: czynnik genetyczny, procesy biochemiczne zachodzące w mózgu, wpływ środowiska zewnętrznego: rodzinnego (przemoc w rodzinie, utrata bliskiej osoby, uzależnienia, zaniedbywanie dziecka, trudna sytuacja materialna, izolacja rodziny, konflikt rodziców) i szkolnego (nadmierne wymagania stawiane przez nauczycieli, zły klimat społeczny w szkole lub klasie, przemoc rówieśnicza, niepowodzenia szkolne, niesprawiedliwe ocenianie). Nieleczona depresja, zarówno w przypadku dorosłych, jak i młodzieży może prowadzić do samobójstwa. Dlatego wczesna diagnoza i leczenie zaburzeń depresyjnych mają ogromne znaczenie. Istotnym czynnikiem w drodze do wyleczenia jest także odpowiednie zrozumienie, empatia i wsparcie osoby chorej przez najbliższą rodzinę, otoczenie.

Czynniki chroniące przed wystąpieniem problemów związanych ze zdrowiem psychicznym:

- prowadzenie zdrowego stylu życia (odpowiednia ilość snu, zdrowe żywienie, unikanie używek),
- aktywność fizyczna,
- odpowiednia suplementacja (niedobory m.in. wit. D, B12, mogą sprzyjać stanom depresyjnym)
- utrzymywanie pozytywnych więzi z rodziną, przyjaciółmi,
- pozytywne myślenie,
- radzenie sobie z porażkami.

W odniesieniu do dzieci i młodzieży **najważniejszym czynnikiem zapobiegającym**, poza w/w, jest bezpieczne, stabilne środowisko, w którym spędzają pierwsze lata życia, spokojna atmosfera w domu i przyjazna atmosfera w szkole. Jako dorośli doceniajmy w dzieciach mocne strony, mobilizujemy do rozwijania pasji i zainteresowań, nie tylko tych związanych z nauką, ostrożnie krytykujemy, zachęcajmy do kontaktów społecznych, wspierajmy, gdy widzimy porażkę dziecka.

Gdzie uzyskać pomoc:

Antydepresyjny Telefon Forum Przeciw Depresji tel. 22 594 91 00,

Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży tel. 116 111

**Ośrodek Interwencji Kryzysowej – pomoc psychiatryczno-pedagogiczna
tel. 22 855 44 32**



Całodobowa bezpłatna infolinia dla dzieci, młodzieży, rodziców i nauczycieli

tel. 800 080 222

Telefon zaufania dla osób dorosłych w kryzysie emocjonalnym tel. 116 123

Źródła:

Kendall P. C. (2004), *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk

Wilk M., (2014) *Diagnoza w socjoterapii, ujęcie psychodynamiczne*, Gdańsk: GWP

www.ore.edu.pl/ Dziecko z depresją w szkole i przedszkolu. Monika Turno

www.forumprzeciwdepresji.pl

OPTODYSLEKSJA PODSTĘPNE ZABURZENIE

W poradniku nr 1 napisałam dla Państwa artykuł na temat ważnego wpływu zmysłu wzroku i słuchu na naukę szkolną dzieci. Dziś chciałabym pogłębić temat zaburzeń widzenia u dzieci, a dokładniej przybliżyć Państwu zaburzenie optodysleksji.

W codziennej pracy coraz częściej spotykam się z dziećmi, które mają trudności w nauce prawidłowego kolorowania, pisania, wycinania, czytania oraz wykazują niechęć do podejmowania tego typu zadań, a także mają trudności w zakresie koordynacji wzrokowo-ruchowej. Powodów takich trudności może być oczywiście dużo, jednak ja skupię się dziś na jednym z nich – optodysleksji.

Optodysleksja to zespół specyficznych trudności w nauce pisania i czytania, takich samych jak w dysleksji, **jednak wynikających z zaburzenia postrzegania wzrokowego w tym zaburzeń akomodacji, braku pełnego widzenia obuocznego oraz nieprawidłowej pracy mięśni oka**. Dodatkowo u dziecka może występować nadpobudliwość psychoruchowa oraz zaburzenia koncentracji. Problem ten może dotyczyć nawet 5% dzieci w całej populacji.

Nauka dla takiego ucznia jest istną męczarnią, pomimo starań, dobrej inteligencji i motywacji, nie osiąga ono wymarzonego celu, nie spełnia oczekiwań nauczycieli i rodziców. Podczas czytania i pisania teksty z podręcznika mogą się mu rozmazywać, pulsować, być widziane podwójnie, podobnie kratki i linijki w zeszytach, a tło wokół liter może żółknąć. Dziecko unika także aktywności, które wymagają od niego dłuższego skupiania wzroku na precyzyjnych czynnościach, m.in. nawlekaniu, układaniu małych klocków.

Należy pamiętać, że dziecko rzadko sygnalizuje, że źle widzi (ponieważ nie wie jak ma widzieć prawidłowo), **dlatego tak ważna jest baczna obserwacja naszych pociech oraz profilaktyczne badania u okulisty, optometrysty czy ortoptysty**. Na szczęście coraz częściej podczas badań w poradniach psychologiczno - pedagogicznych dziecko zostaje skierowane na badania ortoptyczne, przed postawieniem ostatecznej diagnozy. **Należy pamiętać, że postawienie tylko diagnozy dysleksji, bez pogłębionych badań wzroku, nie rozwiązuje w tym przypadku problemów dziecka**. To dzięki specjalnym testom ortoptysta sprawdza ostrość wzroku, ruchomość oczu, konwergencję, akomodację, istnienie zezu ukrytego oraz stopień widzenia obuocznego i



dzięki odpowiednio dobranym ćwiczeniom może pomóc dziecku. Terapia ortoptyczna jest procesem długotrwałym, wymaga ścisłej współpracy z pacjentem, rodzicami oraz innymi specjalistami zajmującymi się dzieckiem.



Jakie mogą być objawy optodysleksji u dzieci? (opracowanie na podstawie <https://barbarapakula.pl>)

→ **Najczęstsze objawy występujące u dzieci w wieku szkolnym :**

- trudności z pisaniem, utrzymywaniem pisma w liniaturze,
- trudności w przepisywaniu oraz w pisaniu ze słuchu,
- opuszczanie liter lub ich drobnych elementów, końcówek i części wyrazów,
- występuje duża ilość błędów ortograficznych, których przyczyną może być osłabiona pamięć wzrokowa,
- obniżona grafika pisma,
- wolne tempo pisania,
- trudności z przestrzennym rozmieszczeniem pracy, liter na kartce,
- wolne tempo czytania, które powoduje duże zmęczenie u dziecka,
- zamienianie i opuszczanie liter, nieprawidłowe odczytywanie całych wyrazów – słaba pamięć wzrokowa,
- zgadywanie wyrazów czytanych,
- podczas czytania opuszczanie linii lub odczytywanie tej samej ponownie,
- występuje niechęć do czytania, zwłaszcza głośnego,
- występują trudności w interpretacji tekstu czytanego, ponieważ dziecko skupia się na odczytaniu, a nie rozumie sensu tekstu.

→ **Najczęstsze objawy występujące u dzieci w wieku przedszkolnym:**

- niechęć do kolorowania, dziecko wyjeżdża za linie i nie trzyma się ich podczas rysowania,
- brak zainteresowania literami i czytaniem,



- trudności podczas zabaw/gier takich jak m.in.: gra w „Pamięć” („Memory”), nawlekanie koralików, przeplatanki, puzzle, układanie małych elementów.

TERAPIA NEUROTAKTYLNA W PRACY Z DZIEĆMI

Nie ma nic w umyśle czego by przedtem nie było w zmysłach

Arystoteles

Elementy terapii neurotaktylnej są stosowane przeze mnie w naszej szkole podczas zajęć z zakresu integracji sensorycznej. Dlatego chciałabym przybliżyć Państwu to zagadnienie.

Terapia neurotaktylna pochodzi od łacińskich słów: „neurosis” (układ nerwowy) oraz „tactilis” (dotykowy), co oznacza stymulację zmysłu dotyku poprzez wykorzystanie naturalnych, neurofizjologicznych zasobów czuciowo-ruchowych organizmu.

Jest to metoda pracy opracowana przez dr Swietlanę Masgutową, która swoją koncepcję oparła na doświadczeniu i wynikach wieloletniej pracy z dziećmi i dorosłymi, z zespołem stresu pourazowego i deficytami rozwoju układu nerwowego. **Terapia neurotaktylna to odpowiednie techniki masażu oraz stymulacji skóry, które wpływają na rozwój funkcji poszczególnych partii mózgu, a także na dojrzałość niektórych funkcji psychicznych.** Terapię taktylną stosuje się zarówno u osób zdrowych (jako forma relaksu), jak i z wyzwaniami rozwojowymi, a także u dzieci, które mają trudności w uczeniu się i kontaktach społecznych. Istotnym czynnikiem jest dostarczenie odpowiedniej ilości pozytywnego dotyku. Receptory, które pełnią ważną funkcję są stymulowane. Związane są z innymi obszarami mózgu i całego organizmu z poznaniem, twórczością i zachowaniem. Dotyk, jako jeden ze zmysłów, stanowi element systemu pozyskiwania wiedzy o otoczeniu. Dzięki niemu mózg odnotowuje kontakt skóry z przedmiotem, poznaje jego właściwości: temperaturę, ciężar, kształt, fakturę materiału, ale także zapamiętuje lokalizację przestrzenną mięśni. Dane z pozostałych zmysłów nie mogą być wystarczające dla stworzenia obrazu przedmiotów. Zniekształcenie wrażeń dotykowych znacząco zakłóca procesy poznawcze. W przypadku zaburzeń odbioru wrażeń dotykowych pojawiają się też skutki w sferze emocjonalnej. Dzieje się tak wówczas, gdy w standardowych stymulacjach dotyk jest odbierany jako ból i nieprzyjemne doznania. Odpowiedzią organizmu na ból jest reakcja obronna w postaci lęku, ucieczki lub agresji. Kiedy, przy zaburzeniach w obrębie zmysłu taktylnego, częstotliwość takich reakcji rośnie dochodzi do uogólnienia stanu lękowego, czy też reakcji agresywnych oraz do stałego



pobudzenia organizmu. Potrzeba terapii i wspierania rozwoju dzieci z trudnościami rozwojowymi to niezwykle trudne zadanie.



Celem powyższej terapii jest normalizacja ogólnej wrażliwości. Pomaga to zmniejszyć lub wyeliminować dotykową defensywność lub niewystarczającą wrażliwość na dane sensoryczne. Uaktywnia mechanizmy odpowiedzialne za prawidłowe napięcie mięśni, organizuje dotykowy odbiór bodźców, ponieważ łączy się z naszym systemem sensorycznym. Pozwala to zoptymalizować pracę układu nerwowego, w tym pobudza i stymuluje łańcuchy biomechaniczne kostno-mięśniowo-powięziowe do aktywności motoryki małej, średniej i dużej, kształtuje świadomość kinestetyczną, poprawia samopoczucie dotykowe, aktywizuje odruch więzi, stymuluje wyższe czynności poznawcze i stwarza okazję do pozytywnej komunikacji społecznej z innymi.

Praca stymulująco-terapeutyczna ukierunkowana jest na specyficzne właściwości rozwoju psychoruchowego charakterystycznego dla poszczególnych zaburzeń. Dzięki ogromnej sile uaktywniania naturalnych mechanizmów wspierających funkcjonowanie systemu ciało-mózg może być skutecznie wykorzystywana podczas pracy w przypadkach:

- porażenia mózgowego,
- autyzmu,



- nadpobudliwości psychoruchowej,
- występowania lęków i fobii,
- zaburzeń regulacji emocjonalnej (agresja),
- trudności w nauce,
- opóźnienia rozwoju psychomotorycznego,
- zaburzonego rozwoju mowy.

Diagnoza:

- Czy pacjent ma świadomość swojego ciała i jego aktywności kinestetycznej?
- Czy reakcja na dotyk jest adekwatna do bodźca?
- Zakres ruchomości stawów?

Czy dziecko:

- Jako niemowlę nie zawsze odbierało dotyk jako przyjemny lub uspokajający?
- Przesadnie reaguje na ból?
- Nagle dotknięte (lekko) reaguje przesadnie?
- Ma łaskotki?
- Unika zabaw w piasku, plasteliną, masą solną, farbami.
- Unika używania rąk?
- Jest kapryśne w kwestii materiałów, z jakich wykonane są jego ubrania? Nie lubi golfów, obcisłych ubrań, woli luźne ubrania? Jest nadmiernie wrażliwe?
- Nie lubi mycia twarzy, zębów, czesania, obcinania włosów, paznokci, kąpieli? Nie lubi dziecięcego baraszkowania z rodzicami lub rodzeństwem, nie lubi turlać się po podłodze, podskakiwać, robić fikołków? Nie lubi lekkiego dotyku, a toleruje mocny, stanowczy. Lubi dotyk (poszukuje dotyku) lubi gwałtowne zabawy? Nie reaguje na bodźce dotykowe?
- Nie reaguje na ból fizyczny, wydaje się nie zauważać, że się skaleczyło, uderzyło?
- Często wkłada ręce i przedmioty do buzi?
- Pcha, pociera ciałem o przedmioty, ścianę, podłogę, itp?
- Drapie się, szczypie, gryzie, ciągnie za włosy, bije się, itp?

Literatura:

Svetlana Masgutowa; Metody pracy z dziećmi i dorosłymi z wyzwaniami i neurodeficytami w psychoruchowym rozwoju; współautorzy Denis Masgutow, Nelly Akhmatova, Anna Krasowska, Katarzyna Nowak; Warszawa 2016



SZKOŁA PODSTAWOWA im. Janusza Korczaka w Kleszczowie

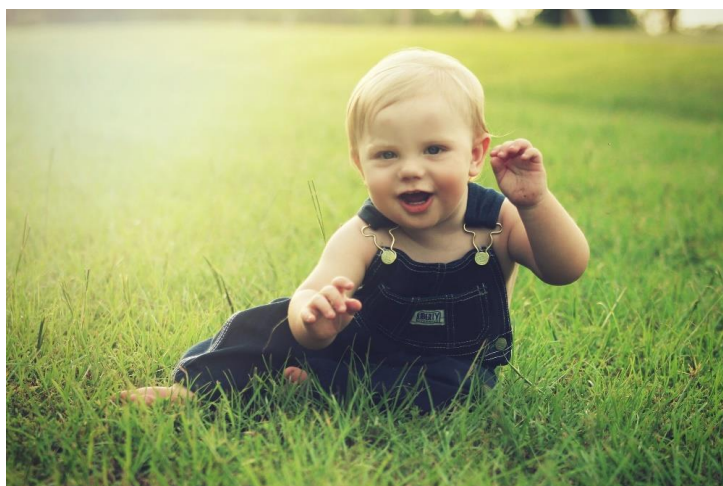


STANY ZAPALNE GÓRNYCH DRÓG ODDECHOWYCH A WADY WYMOWY

Z każdym rokiem wzrasta liczba zachorowań na astmę i choroby alergiczne. Przyczyn należy upatrywać w: zmianach środowiskowych, zanieczyszczeniu środowiska, skażeniu wody, chemizacji żywności. Zdaniem profesora Bolesława Samolińskiego około 4 miliony Polaków cierpi na astmę, a około 9 milionów na alergiczny nieżyt nosa, przy czym dolegliwości te dotyczą przede wszystkim dzieci. Pierwsze objawy chorobowe pojawiają się w 2 miesiącu życia, a około 6 miesiąca życia widoczne są objawy ze strony układu oddechowego (zatkany nos, sapka, świszczący oddech i kaszel), natomiast pomiędzy 6 a 7 rokiem życia dzieci cierpią na katar sienny, astmy, pokrzywki i alergię.

Objawy przewlekłych zapaleń górnych dróg oddechowych pojawiają się w okresie, gdy dziecko utrwala nawyki w sposobie realizowania oddychania, ssania, połykania, żucia i gryzienia. Wszystkie te funkcje mają od początku nieprawidłowe podłoże i wywierają niekorzystny wpływ na tworzące się wzorce artykulacyjne głosek już od okresu niemowlęcego.

Ponadto: zniesienie drożności nosa, przerost trzeciego migdałka czy migdałków podniebiennych przyczyniają się do osłabienia słuchu fizjologicznego. Objawy te powodują powstawanie stanów zapalnych ucha środkowego, co utrudnia prawidłowy odbiór mowy z otoczenia, a co za tym idzie, właściwe tworzenie wzorców słuchowych głosek czy wyrazów. Są też przyczyną osłabienia autokontroli słuchowej produkowanych dźwięków, a więc upośledzają rozwój słuchu mownego.



Autorki poradnika:

Agnieszka Pabich i Magdalena Marszałek



Przewlekłe stany zapalne górnych dróg oddechowych są główną przyczyną wymowy międzyzębowej. Język układa się w jamie ustnej zbyt płasko i wysuwa poza siekacze. Często też napiera na zęby z dużą siłą, co przyczynia się do powstawania wad zgryzu. Dodatkowymi czynnikami wpływającymi negatywnie na rozwój artykulacji są: zastępowanie karmienia naturalnego niemowląt sztucznym, uniemożliwiającym wykształcenie prawidłowych umiejętności ssąco – żujących, zbyt długie karmienie dzieci pokarmami o konsystencji papki, nadużywanie podawania smoczków, kubków niekapków. Naturalne karmienie jest najlepszym zabezpieczeniem niemowlęcia przed chorobami górnych dróg oddechowych: wzmacnia odporność, ułatwia powrót do zdrowia, wzmacnia czy przywraca osłabione lub zaburzone funkcje połykania i oddychania.

Przewlekłe schorzenia górnych dróg oddechowych, zaburzone oddychanie, przedłużające się połykanie typu niemowlęcego, zaburzenia ssania, żucia, gryzienia, spowodowane błędami w sposobie karmienia dzieci oraz wady zgryzu będące ich konsekwencją sprawiają, że zaburzenia mowy związane z nieprawidłowymi funkcjami oddechowo – połykowymi, a przede wszystkim międzyzębowość, to wady złożone i wymagające długotrwałej terapii logopedycznej. Bardzo często taka terapia wymaga dodatkowego wsparcia, np. alergologa, foniatry, laryngologa, otolaryngologa czy ortodonta.

W takich przypadkach terapia logopedyczna obejmuje m.in.: naukę prawidłowego połykania, żucia, gryzienia, oddychania, usprawnianie aparatu artykulacyjnego, poprawę kinestezji artykulacyjnej, wywołanie prawidłowo brzmiących głosek i ich utrwalanie, trening słuchu mownego i autokontroli słuchowej. Terapię rozpoczyna się możliwie jak najwcześniej, aby nie dopuścić do pogłębiania się nieprawidłowości. Brak wsparcia dziecka niesie ze sobą poważne konsekwencje, nie tylko w sferze językowej. Należy zdawać sobie sprawę, że zaburzone funkcje oddechowe upośledzają transport tlenu do całego organizmu, co wpływa na jakość snu, osłabia koncentrację, zwiększa drażliwość i powoduje nadruchliwość,

a więc ogólnie wpływa negatywnie na funkcjonowanie dziecka w przedszkolu czy szkole.

Droży Rodzice! Dbajmy więc o zdrowie dzieci, chrońmy ich górne drogi oddechowe, zasięgajmy porad i konsultacji u lekarzy, nauczmy pociechy podstawowych zasad higieny. Pamiętajmy: lepiej zapobiegać niż leczyć.

Bibliografia:

Medycyna w logopedii, pod red. Jacka Błeszyńskiego, Gdańsk 2013

Fotografie z całego poradnika:

<https://pixabay.com>