

Alergia na bodźce

Rozmowa z Małgorzatą Kargą na temat integracji sensorycznej

– *Dzieci z zaburzeniem przetwarzania sensorycznego mają swoistą alergię układu nerwowego na bodźce, potrzebują do funkcjonowania oraz rozwoju odpowiedniego środowiska i specyficznych bodźców sensorycznych, będących dietetycznym pokarmem dla mózgu. Dlaczego zatem jesteśmy otwarci na zmiany w diecie pokarmowej dziecka, a już nie w diecie sensorycznej?* – pyta Małgorzata Karga, terapeuta i instruktor integracji sensorycznej.

Najważniejsze pytanie na początek: czym jest integracja sensoryczna?

Integracja sensoryczna to sposób, w jaki wykorzystujemy odbierane bodźce do celowego działania. Jest to proces neurofizjologiczny zachodzący w naszym ciele. Metoda integracji sensorycznej (ang. *Sensory Integration* – SI) to koncepcja diagnostyczno-terapeutyczna stworzona w latach 60. XX w. przez dr Jean A. Ayres, pierwotnie dla dzieci z trudnościami w nauce.

Na czym polegają zaburzenia integracji sensorycznej?

Zaburzenia integracji sensorycznej, zwane obecnie zaburzeniem przetwarzania sensorycznego (ang. *Sensory Processing Disorder* – SPD), polegają na nieefektywnym przetwarzaniu bodźców przez układ nerwowy. W konsekwencji dochodzi do nieadekwatnej reakcji na bodziec, np. niemożność usłyszenia i zrozumienia głosu nauczyciela w szumie grupy czy klasy, zaburzona koncentracja uwagi, problemy manualne.

W miarę upływu lat zauważono, że zaburzenie przetwarzania sensorycznego współwystępuje u pacjentów z różnymi jednostkami chorobowymi. Obecnie terapię SI stosuje się również w procesie usprawniania osób m.in. ze spektrum au-

tyzmu, zespołem FAS (alkoholowym zespołem płodowym), niepełnosprawnością intelektualną, chorobami genetycznymi, z chorobami neurologicznymi, osób z ADHD wraz ze współwystępującym SPD.

Co należy do przyczyn zaburzenia przetwarzania sensorycznego?

Przyczyny nie są do końca znane. Mogą one być pierwotne (wrodzone) lub wtórne (nabyte). Wśród wielu przyczyn wymienia się: obciążenia genetyczne, obciążenia prenatalne (choroby, leki, stres, używki), okołoporodowe, wcześniactwo, ciążę mnogą, zaburzenia poporodowe (m.in. nadmierna lub niedostateczna stymulacja środowiska). Badania wskazują również na niszczycielską moc nadmiaru technologii (komputery, tablety itp.) oraz niedobory naturalnego ruchu. Zaburzenie równowagi między czasem poświęcanym na ruch a zajęcia stolikowe jest jedną z przyczyn rosnącej liczby dzieci z nabytym SPD.

Na zaburzenie przetwarzania sensorycznego wpływają zatem czynniki emocjonalne, medyczne, środowiskowe. Wszystkie czynniki zaburzające rozwój ośrodkowego układu nerwowego mogą być przyczyną SPD.



Fot. Małgorzata Karga. Zdjęcia przedstawiają uczestników kursu SI podczas warsztatów

Zaburzenia nie dotyczą tylko najmłodszych dzieci, są niezależne od wieku. Nie da się też z nich „wyrósnać” – bez terapii zaburzenie nie minie. Z wiekiem zmieniają się zwykle zachowania. Znacząca poprawa funkcjonowania osoby z SPD może nastąpić tylko w wyniku terapii.

Jakie mogą być efekty SPD w okresie szkolnym i w dorosłym życiu?

Zależą one od typu SPD i liczby zmysłów objętych tym deficytem. Możemy mieć problemy z nadwrażliwością na bodźce, podreaktywnością na bodźce (ignorowanie istotnych bodźców), być „uzależnionymi” od bodźców, np. mieć ciągłą potrzebę ruchu. Te tzw. zaburzenia modulacji sensorycznej są najczęstszą przyczyną nadpobudliwości i/lub deficytów uwagi i często są mylone z ADHD.

Inna kategoria SPD uniemożliwia zróżnicowanie bodźca i określenie jego cech, np. dziecko nie czuje, co trzyma w ręce, za mocno trzyma długopis, nie widzi różnicy między literką „b” a „d”. Konsekwencją tych deficytów są zaburzenia schematu ciała, planowania ruchu, postawy ciała, małej motoryki, mowy, percepcji wzrokowej i słuchowej, koordynacji wzrokowo-słuchowo-ruchowej. Wśród tej grupy znajduje się wiele dzieci z niezgrabnością ruchową i osób błędnie zdiagnozowanych jako dyslektycy.

Warto pamiętać, iż SPD rzutuje również na sferę emocjonalną (niskie poczucie wartości, brak poczucia bezpieczeństwa emocjonalnego) i społeczną (dzieci z SPD zwykle nie mają przyjaciół, są wyśmiewane, nierozumiane, uznawane za złośliwe, nieznośne, dziwaczne). SPD warunkuje również życie całej rodziny (rodzice są obwiniani o złe wychowanie, życie rodzeństwa dostosowane jest do brata/siostry z SPD), a ponadto wpływa na życie osobiste i zawodowe w wieku dorosłym (np. izolacja społeczna, trudności w bliskich relacjach, problemy psychiczne, natrętność).

Które z typów SPD są najczęstsze?

Amerykańskie badania (Miller, Koomar, Benson, Schoen, Brett-Green, Reale; opublikowane w 2006 r.) wykazują, że aż 27 proc. badanych dzieci z SPD ma tzw. uogólnione SPD, będące kombinacją wszystkich podtypów zaburzeń. To powoduje, że diagnoza tych dzieci jest złożonym procesem, a terapia powinna być intensywna. Na drugim miejscu są dzieci z zaburzeniem modulacji (22 proc.), stanowiącym główny powód trudności z nadpobudliwością i koncentracją uwagi.

Jak wygląda diagnoza SI? Kiedy należy ją przeprowadzić?

Obserwację procesów SI powinno się przeprowadzić, kiedy występują niepokojące objawy, niezależnie od wieku (od niemowlęstwa do starości).

W aspekcie dzieci w wieku szkolnym każdy problem z koncentracją uwagi i trudnościami w nauce powinien być powodem do kontrolnego badania SI. Procesy SI są dla mózgu jak fundament dla domu. Tak jak niestabilne lub nieprawidłowe fundamenty powodują wady konstrukcji domu, tak nieefektywne przetwarzanie sensoryczne zaburza funkcjonowanie mózgu.

Obserwacja procesów SI, czyli tzw. diagnoza SI, składa się z wywiadu z rodzicami/opiekunami przeprowadzanego bez obecności dziecka oraz jednego–dwóch spotkań obserwacji spontanicznej i ukierunkowanej aktywności dziecka przeplatanych próbami zadaniowymi z wykorzystaniem arkuszy diagnostycznych. W zależności od poczucia bezpieczeństwa malucha w trakcie diagnozy rodzic jest obecny lub nie. W przypadku dzieci małych i lękowych obecność rodzica jest obowiązkowa. Tylko w warunkach stwarzających poczucie bezpieczeństwa możliwa jest wiarygodna diagnoza procesów SI. Niektóre dzieci potrzebują więcej czasu niż inne na oswojenie się z nową sytuacją i osobą diagnozującą.

Całkowite badanie może trwać od półtorej do trzech godzin. Ma ono na celu ocenę funkcjonowania dziecka w takich sferach jak:

- ▶ przetwarzanie wrażeń somatosensorycznych (dotyk i propriocepcja, czyli inaczej kinestezja – zmysł orientacji ułożenia i ruchów własnego ciała),
- ▶ przetwarzanie wrażeń przedsionkowych (orientacja przestrzeni i ciała w przestrzeni),
- ▶ koordynacja oko–ręka,
- ▶ planowanie ruchu (praksja),
- ▶ percepcja wzrokowa.

O jakie badania specjalistyczne warto uzupełnić proces diagnostyczny dziecka z SPD?

Moje osobiste i zawodowe doświadczenie wskazuje na konieczność konsultacji interdyscyplinarnych. Zagadnienia te wykraczają poza SI, ale chciałam się nimi podzielić, bo uważam, że sama terapia SI nie jest zwykle wystarczającą formą wsparcia.

Dzieci z nadpobudliwością i zaburzoną koncentracją uwagi przed przyjściem na diagnozę przetwarzania sensomotorycznego powinny odbyć badania wykluczające np.





kandydozę (drożdżycę), nietolerancje pokarmowe, pasożyty czy obecność metali ciężkich. Warto też przyrzeć się równowadze mikro- i makroelementów oraz poziomowi i metabolizmowi kwasów tłuszczowych.

Coraz częstszą przyczyną zaburzeń koncentracji u dzieci jest nieprawidłowe odżywianie oraz wszechobecna chemia w pokarmie i środowisku. U niektórych moich pacjentów w wyniku leczenia kandydozy czy pasożytów zachowanie na tyle się zmieniło, że terapia nie była potrzebna. Dlaczego? SPD to objaw nieprawidłowo funkcjonującego mózgu. Sprawność mózgu zależy od wielu czynników, w tym pokarmowych. Usunięcie przyczyny zaburzającej pracę mózgu, np. przerostu drożdży *Candida*, usuwa objaw w postaci SPD.

Innym ważnym czynnikiem wpływającym na procesy sensoryczne jest rozwój emocjonalny. Zaspokojenie potrzeb emocjonalnych dziecka (np. potrzeby miłości, akceptacji, prawa do własnego zdania i odmiennego zachowania, wyrażania emocji pozytywnych i negatywnych) jest warunkiem sprawnego mózgu. Żyjąc coraz szybciej, łatwo jest zignorować potrzeby emocjonalne dziecka, a to zaburza procesy mózgu. Stąd potrzeba współpracy z psychologiem rodziny.

W procesie diagnostyczno-terapeutycznym powinno się również wykluczyć problemy neurologiczne (np. padaczka), endokrynologiczne (np. nadczynność/niedoczynność tarczycy) oraz wziąć pod uwagę inne niewykryte jeszcze problemy medyczne.

W przypadku dzieci z trudnościami w nauce niezbędne jest badanie trzykierunkowe:

- ▶ obserwacja funkcjonowania sensomotorycznego,
- ▶ badanie audiologiczne i przetwarzania słuchowego (pod kątem centralnych zaburzeń słuchu – APD),
- ▶ badanie okulistyczne/optometryczne (wady wzroku) i ortoptyczne (funkcji wzrokowych).

Badania te mają na celu określenie, co i w jaki sposób dziecko czuje, widzi i słyszy.

Na czym polega terapia SI?

Po dokładnej analizie wyników obserwacji oraz informacji uzyskanych od rodziców i innych specjalistów terapeuta zaproponuje odpowiednią terapię integracji sensorycznej. Zalecenia te oparte są na wiedzy o stopniu i naturze zaangażowania procesów integracji sensorycznej w rozwoju dziecka oraz badań wskazujących, jakie techniki terapeutyczne są najbardziej skuteczne w przypadku poszczególnych zaburzeń.

W przypadku dzieci z wyraźnym/typowym zaburzeniem przetwarzania sensorycznego wskazana jest intensywna terapia integracji sensorycznej. W przypadku podopiecznych, u których wyniki badania wskazują w sposób niejednoznacz-

ny na dysfunkcje integracji sensorycznej, zalecona może zostać „próbna” terapia, mająca na celu określenie, czy dziecko skutecznie zareaguje na ten rodzaj interwencji, czy nie. W przypadku innych maluchów może się okazać, że potrzebują one innego rodzaju pomocy.

Podczas terapii integracji sensorycznej dziecko jest zachęcane i kierowane do wykonywania aktywności, które będą wyzwalać i prowokować odpowiednie, skuteczne reakcje na bodźce sensoryczne. Jest to terapia oparta na umiejętnym podążaniu i kierowaniu aktywnością małego pacjenta, a nie dyrektywnym wyznaczaniu ćwiczeń.

W trakcie zajęć wykonywane są odpowiednie dla dziecka aktywności dostarczające głównie stymulacji przedsionkowej i proprioceptywnej oraz dotykowej. Do dostarczenia tego rodzaju stymulacji służy sprzęt jak na placach zabaw. Nie oznacza to, że terapię SI można zastąpić pójściem na plac zabaw. Dlaczego nie? Mózg dziecka z SPD nie potrafi odpowiednio odebrać i zorganizować bodźców dostarczanych podczas zabawy. Potrzebuje „przewodnika” w postaci terapeuty, podobnie jak turysta w nowym, nieznanym mieście. Aktywności kierowane przez terapeutę stopniowo są utrudniane, aby wymagać od dziecka bardziej zorganizowanych i zaawansowanych reakcji.

Terapia SI jest wyłącznie terapią indywidualną. Można jednak na podstawie założeń teorii SI stworzyć zajęcia grupowe, ale nie będą one terapią SI, lecz aktywnościami sensomotorycznymi. Nie można ich nazwać terapią z elementami SI, co często ma miejsce. Nazwa „SI” może być użyta tylko wtedy, gdy zajęcia są indywidualne i odbywają się według metodyki stworzonej przez Jean A. Ayres.

Jak długo powinna trwać terapia?

Czas trwania terapii SI zależy od dziecka i jego problemów. Ubolewam, że w Polsce terapia SI odbywa się zwykle tylko raz w tygodniu lub rzadziej. Doświadczenia amerykańskich terapeutów z SPD Foundation w Denver pod kierownictwem dr Lucy Jane Miller jednoznacznie wskazują, że dla rozwoju dziecka korzystniejsza jest intensywna terapia przez 30 sesji uznawanych za realne minimum (3–5 razy w tygodniu po 60 min) i ewentualna przerwa na 3–9 miesięcy (w tym czasie stosowanie jedynie „diety sensorycznej” i zaleconych ćwiczeń w programie domowym) niż te same 30 sesji rozłożonych w dłuższym czasie przy częstotliwości spotkań raz w tygodniu. I nie chodzi tu tylko o szybsze postępy w krótszym czasie, ale o fakt, że w trakcie tych 30 sesji dziecko robi większe postępy. Liczba sesji ta sama, a osiągnięte efekty większe. Cykl 30 sesji to minimum – w zależności od konkretnego zaburzenia może zaistnieć potrzeba powtórzenia go raz lub dwa.

W jaki sposób rodzice powinni uczestniczyć w terapii SI swojego dziecka?

Bardzo ważne są regularne spotkania z rodzicami w celu omówienia postępów terapii czy zaktualizowania wspólnych celów terapeutycznych. Zwyczajowo w Polsce rodzic przyprowadza dziecko na terapię, zostawia je w gabinecie, odbiera po zajęciach, a w drzwiach gabinetu zamienia kilka słów z terapeutą. Taki „korytarzowy” kontakt nie wystarcza do monitorowania procesu terapii czy przekazania zaleceń. Zwykle terapeuta nie dysponuje czasem na dodatkowe spotkania z rodzicem. Dlatego zachęcam, aby np. co 10 sesję

zamiast dziecka na spotkanie przychodził sam rodzic. Nie jest to czas stracony dla malucha, jak uważa część rodziców. Moje doświadczenie pokazuje, że cykliczne rozmowy z rodzicami, podsumowujące dany etap działań, są niezbędnym elementem procesu terapii dziecka. Pozwalają one pokazać postępy, przedyskutować przyczyny ich braku, zorientować się, jakie czynniki życia codziennego mogą spowalniać proces terapii. Jest to również okazja do zaktualizowania jej celów i wzmocnienia motywacji obydwu stron do dalszej pracy.

Terapia SI nakierowana jest na rodzinę, nie tylko na dziecko. To, co się dzieje z dzieckiem, jest efektem tego, co dzieje się w rodzinie. Z tego powodu współpraca z rodzicami jest niezbędna. Ważną rolę rodzica w procesie terapii jest realizowanie zaleceń dotyczących organizacji otoczenia i tzw. diety sensorycznej. Czasami zalecane są też konkretne ćwiczenia do programu domowego. Z powodu koncepcji niedyrektywnej terapii i specyfiki sprzętu SI wyłącznie niektóre ćwiczenia mogą być wykonane w domu.

Czym jest dieta sensoryczna?

Mimo że bezpośrednia terapia jest najważniejszym elementem procesu zmiany, wprowadzenie zindywidualizowanej „diety sensorycznej” może pomóc zaspokoić część potrzeb zmysłowych dziecka. Dieta sensoryczna to regularne aktywności sensomotoryczne wplatanie w codzienne czynności. Mózg, jak układ pokarmowy, potrzebuje „pokarmu” dostarczanego w regularnych posiłkach. W przypadku diety sensorycznej są to aktywności sensomotoryczne, które dostarczają układowi nerwowemu bodźców potrzebnych do funkcjonowania. Takich aktywności jest bardzo wiele, ale zawsze powinny być dostosowane do konkretnego zaburzenia – np. ćwiczenia oporowe, podskoki na trampolinie, podskoki na piłce, zabawy na dysku sensorycznym czy wibrujące długopisy.

Wprowadzenie diety powinno obejmować wszystkie pory dnia, a szczególnie czas spędzany w szkole i domu. Korzystnie na efekty terapii mogą też wpłynąć zmiany w otoczeniu, których mogą dokonać rodzic i nauczyciel. Aby odnieść optymalny skutek, dieta powinna być zaprojektowana przez terapeutę we współpracy z rodziną, z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb sensorycznych. Dzięki temu dziecko korzystałoby ze stymulacji sensorycznej w sposób zsynchronizowany z całym procesem terapeutycznym.

Wspomniała pani o specjalnej organizacji otoczenia dziecka z SPD. Na czym ona polega w warunkach domowych?

Klasycznym przykładem dla dzieci nadwrażliwych jest zorganizowanie pokoju/domu według potrzeb malucha, np. schowanie zabawek do pudeł z symbolami, ograniczenie liczb

by plakatów na ścianach, dobór stonowanych kolorów ścian, ograniczenie rozpraszających bodźców w czasie odrabiania lekcji, stały rytm dnia, dobór odpowiedniego krzesła, szczoteczki do mycia zębów, gąbki do kąpieli.

Dla dzieci z trudnościami życia codziennego wskazane jest upraszczanie codziennych czynności, np. kupowanie prostych ubrań z dużymi zapięciami i rozkładanie ich w odpowiedniej kolejności, z metkami jako wskazówkami i z zawieszkami do chwytania.

Sposoby organizacji otoczenia domowego i w placówkach edukacyjnych są różne i zależą od podtypu SPD oraz zaangażowania rodziców i nauczycieli.

W jaki sposób zaburzenie przetwarzania sensorycznego u dziecka wpływa na funkcjonowanie całej rodziny?

Kluczowy dla rozwoju dzieci z SPD jest dobry kontakt i komunikacja w rodzinie. Niestety problemy sensoryczne często zaburzą prawidłową relację rodzic–dziecko. W wielu sytuacjach codziennych pojawiają się konflikty. Rodzice zaczynają postrzegać pociechę przez pryzmat jej problemów i programują się na „naprawienie dziecka”, zapominając o emocjach generowanych w tych trudnych sytuacjach, o mocnych stronach dziecka, jego zainteresowaniach i ich wzmacnianiu. Pomocy psychologicznej potrzebuje nie dziecko z SPD, ale cała rodzina. Najlepiej, aby prowadził ją psycholog zorientowany w zagadnieniach SPD.

Model terapii z Denver zakłada obligatoryjne włączenie rodziców w interdyscyplinarny proces terapii. Nie traktuje terapii SI jako oddzielnego elementu. W zależności od potrzeb stosowane są: indywidualne, równoległe sesje psychoterapeutyczne z rodzicami, którzy często nie radzą sobie z trudnym zachowaniem dzieci i postrzegają je jedynie przez pryzmat tych trudności, współuczestniczenie w sesji terapii dziecka w celu poprawy kontaktu, radzenia sobie w konfliktowych sytuacjach, nauka odpowiedniej organizacji życia dziecka z SPD i dobór korzystnych zabaw.

Mam świadomość, że nie każdy ośrodek czy gabinet ma możliwości wprowadzenia interdyscyplinarnej pomocy dziecku i jego rodzinie. Warto jednak zdawać sobie sprawę z psychologicznej roli rodziców w procesie terapii. W sytuacji, kiedy równoległa praca z rodzicami nie jest możliwa, potrzebna jest współpraca ze specjalistami z innych ośrodków.

Kto może prowadzić diagnozę i terapię SI?

Diagnozę i terapię SI mogą prowadzić wyłącznie osoby posiadające certyfikat potwierdzający ich kompetencje. W tym miejscu pragnę uczulić rodziców i specjalistów. Niestety zdarzają się przypadki osób wykonujących diagnozę i terapię bez wymaganych kwalifikacji. Zwykle są to osoby tylko po kursach informacyjnych, tzw. kursach SI I stopnia.





W Polsce w kursach SI mogą wziąć udział lekarze, terapeuci zajęciowi, fizjoterapeuci, logopedzi, pedagodzy, psycholodzy, pedagodzy specjaliści. Dopuszczenie pedagogów i psychologów spowodowane jest brakiem wystarczająco licznej grupy terapeutów zajęciowych, którzy w wielu krajach zajmują się tą terapią. Rodzic dziecka z SPD też może wziąć udział w kursie, ale tylko jeśli posiada wspomniane kwalifikacje zawodowe.

Czy w przypadku SPD odpowiednio przeprowadzona terapia to „złoty środek”, który zawsze pomoże?

Dla dziecka z SPD terapia SI jest priorytetem. Niektóre kategorie SPD można wyeliminować, inne znacząco zmniejszyć. Określony profil układu nerwowego pozostanie jednak do końca życia. Stąd ważna w terapii jest edukacja rodziców i samych dzieci w rozpoznawaniu potrzeb sensorycznych i opracowywaniu strategii postępowania w trudnych sytuacjach.

Czy są przypadki osób, w których terapia SI nie jest wskazana?

Terapia SI zalecana jest tylko dla osób, u których diagnoza wskazuje na występowanie trudności w tym zakresie. Dla wszystkich pozostałych jest zatem niewskazana – nie zaszkodzi, ale też nie pomoże. W przypadku niektórych dzieci mimo wskazań do terapii SI trzeba zachować szczególną ostrożność, rozważyć modyfikację lub wręcz świadomy wybór braku stymulacji – np. u dzieci z padaczką.

Celem terapii SI jest poprawa integracji wrażeń wielozmysłowych. U osób z głęboką wieloraką niepełnosprawnością uszkodzenia mózgu nie pozwalają na tak złożony proces przetwarzania bodźców. Nie można zatem w ich przypadku mówić o terapii SI, a raczej o prostej stymulacji sensorycznej. Dużo kontrowersji wzbudza również terapia SI w przypadku pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym (MPDz), szczególnie ze spastycznością (zaburzeniem ruchowym, objawiającym się wzmożonym napięciem mięśniowym lub sztywnością mięśni). Zakres stosowania tej metody zależy od stopnia niepełnosprawności dziecka – większość oryginalnego sprzętu do stymulacji przedsionkowo-proprioceptywnej (platformy, huśtawki itp.) nie jest dostosowana do dzieci z MPDz. Należy pamiętać, że metoda ta powstała dla dzieci sprawnych z problemami w nauce. Oczywiście część sprzętu można zmodyfikować, ale stymulacja, która wpływa na zmianę napięcia mięśniowego, powinna być stosowana wyłącznie przez fizjoterapeutę jako część procesu rehabilitacyjnego. Ogromną ostrożność należy również zachować u dzieci z hipotonią (znacznie obniżonym napięciem mięśniowym), np. u dzieci z zespołem Downa.

Jakie mogą być skutki źle prowadzonej terapii?

Najczęstsze skutki źle prowadzonej terapii to długotrwała dezorganizacja zachowania, manifestująca się m.in. rozdrażnieniem, zwiększeniem nadpobudliwości, zaburzeniem snu, zwiększoną impulsywnością. Szczególną ostrożność należy zachować u pacjentów z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego.

Osoba bez przygotowania w zakresie SI nie powinna prowadzić żadnych zajęć na sprzęcie SI. Brak wiedzy i nieodpowiednia stymulacja mogą zwiększać np. liczbę ataków padaczki, wzmacniać autostymulacje czy nasilać patologiczne wzorce ruchowe. Niestety znane mi są przypadki ośrodków i terapeutów, którzy, nie mając uprawnień, prowadzą terapię SI czy stymulację sensoryczną i nieodpowiedzialnie narażają dzieci lub wręcz im szkodzą.

Jaka jest korelacja między dysleksją a SPD?

Efektom nieprawidłowej integracji wrażeń czuciowo-ruchowych (proprioceptywnych, dotykowych, przedsionkowych) są trudności w zakresie percepcji wzrokowej i słuchowej, co może być mylone z dysleksją. W tym miejscu pragnę zrobić dygresję. Jako instruktor metody SI uważam, że diagnoza SI dzieci z ryzyka dysleksji jest niezbędna w celu wykluczenia sensorycznego podłoża trudności ucznia. Często jednak jest to niewystarczające badanie. Moje doświadczenie wskazuje, że dzieci te, oprócz diagnozy SI, powinny być również zbadane pod kątem centralnych zaburzeń przetwarzania słuchowego (APD) oraz funkcji wzrokowych w aspekcie dysleksji. Metoda SI nie uwzględnia wszystkich tych aspektów.

Jaka powinna być rola przedszkoli i szkół w wykrywaniu i niwelowaniu zaburzenia przetwarzania sensorycznego? Czy nauczyciel, który nie jest certyfikowanym terapeutą SI, również może pomóc dzieciom w tym zakresie?

Uważam, że przedszkola powinny organizować przesiewowe badania wszystkich dzieci po okresie adaptacyjnym. Są podtypy tego zaburzenia, które nie dają ewidentnych trudności w zachowaniu aż do momentu podjęcia nauki w szkole.

Dyrektor przedszkola świadomy SPD powinien innym okiem spojrzeć na sposób urządzania sali. W przedszkolach jest zbyt dużo różnorodnych bodźców wzrokowych. Powoduje to przeciążenie układu nerwowego, zmęczenie, irytację, problemy z koncentracją uwagi, agresywne zachowania. W każdej sali powinno być „miejsce cisy”, np. namiot z poduszkami i słuchawkami wyciszającymi, pufy do relaksu i uspokojenia, bezpieczne zabawki zachęcające do aktywności ruchowej. Propozycje te są korzystne dla wszystkich dzieci, nie tylko tych z SPD.

Rola nauczyciela powinna polegać na realizowaniu wskázówek przekazywanych przez terapeutę. Chodzi tu o wspomnianą już „dieta sensoryczną” i organizację otoczenia. SPD jest zbyt złożonym zaburzeniem, aby móc dać uniwersalne zalecenia. Jako terapeuta cieszę się, jeśli nauczyciel jest chętny do współpracy. Niestety nie zawsze ma to miejsce, ze szkoda dla wszystkich dzieci i organizacji zajęć przedszkolnych i szkolnych.

Zbyt często dzieci z SPD postrzegane są jako problematyczne, zamiast jako dzieci ze specyficznymi potrzebami. Posłużę się analogią dzieci z alergią. Dzieci z SPD mają swoistą alergię układu nerwowego na bodźce, potrzebują do funkcjonowania oraz rozwoju odpowiedniego środowiska

i specyficznych bodźców sensorycznych, będących dietetycznym pokarmem dla mózgu. Dlaczego zatem jesteśmy otwarci na zmiany w diecie pokarmowej dziecka, a już nie w diecie sensorycznej?

Jaka jest świadomość i znajomość tematyki integracji sensorycznej i jej zaburzeń w społeczeństwie?

Przez prawie 20 lat istnienia SI w Polsce świadomość znacznie wzrosła. Wielu pedagogów i psychologów kieruje dzieci na badania kontrolne. Nie jest to jeszcze powszechna praktyka, ale coraz częstsza.

Czy aktualnie obowiązujący system pomocy psychologiczno-pedagogicznej funkcjonujący w przedszkolach i szkołach uwzględnia dzieci z SPD?

Coraz częściej w placówkach psychologiczno-pedagogicznych pracują wykwalifikowani specjaliści i oferują zajęcia SI. Niestety ich liczba jest niewspółmierna do potrzeb.

Kluczową rolą placówek edukacyjnych jest stworzenie, we współpracy ze „środowiskowym” terapeutą SI, w miarę optymalnych warunków do funkcjonowania dziecka. Odbывается to poprzez organizację otoczenia oraz regularne aktywności sensomotoryczne w ciągu dnia, zwane „posiłkami sensorycznymi”, np. gimnastykę śródlekcyjną, siedzenie na dysku sensorycznym czy bezpiecznej piłce. Niestety nieliczne placówki dostosowują sale i klasy oraz aktywności do potrzeb dzieci z SPD. Liczę na to, że w Polsce, podobnie jak w USA, z czasem będzie istnieć współpraca placówek z terapeutą w celu znalezienia optymalnych rozwiązań. Czasami niewielkie zmiany mogą dać znaczący efekt.

Jakie są znane pani mity na temat integracji sensorycznej?

Najczęstszy mit mówi, że terapia SI jest odpowiednia dla dzieci od czwartego do dziewiątego roku życia. Jest to nieprawda. Drugi, że terapia SI szkodzi. O tym mówiłam już wcześniej. Jeśli już, to brak profesjonalizmu terapeuty szkodzi, a nie terapia.

SPD staje się dziś coraz „modniejszym” zaburzeniem. Czy – pani zdaniem – grozi mu los dysleksji czy ADHD, które często diagnozuje się „na wyrost”?

Według mnie to niestety ma już miejsce. Zdarza się, że niewielkie trudności z przetwarzaniem sensorycznym są diagnozowane jako zaburzenie SPD. W przypadku SPD zachowania muszą być powtarzalne i zaburzać zdolność rozwoju, funkcjonowania i radości życia. Czasami dzieci, które nie mają postawionej podstawowej diagnozy, wysyłane są na terapię SI jako „złoty środek”. Kolokwialnie to ujmując, „Jak nie wiadomo, o co chodzi, to niech idzie na SI”.

Diagnostując SPD, terapeuci borykają się też z innym problemem – oporem ze strony rodziców przed przyjęciem informacji, że dziecko ma SPD, lecz jest to zaburzenie współwystępujące, a nie podstawowe, lub że problem leży gdzieś indziej. Takie dziecko wymaga całościowej diagnostyki, a nie tylko diagnozy i terapii SI. Nierzadko zdarzają się niezdiagnozowane dzieci z zespołem Aspergera, uszkodzeniem mózgu, małe dzieci z niepełnosprawnością intelektualną lub innymi jednostkami chorobowymi.

Rozmawiała Agnieszka Mieszala

Fot. Małgorzata Karga. Zdjęcia wykorzystane w wywiadzie zostały wykonane podczas kursu SI.

Lista zachowań będących sygnałami ostrzegawczymi pod kątem SPD

Wiek niemowlęcy i poniemowlęcy. Dziecko:

- ▶ ma problemy z jedzeniem lub spaniem,
- ▶ odmawia zbliżania się do kogokolwiek prócz rodzica/rodziców,
- ▶ irytuje się, gdy jest ubierane, czuje się niekomfortowo w ubrankach,
- ▶ rzadko bawi się zabawkami,
- ▶ nie lubi przytulania, odgina się, gdy jest trzymane,
- ▶ nie potrafi się samodzielnie wyciszyć,
- ▶ jest „lejące się” lub zbyt napięte, występują opóźnienia w rozwoju motoryki.

Wiek przedszkolny. Dziecko:

- ▶ jest nadwrażliwe na dotyk, hałas, zapachy, innych ludzi,
- ▶ ma trudności z nawiązywaniem kontaktów,
- ▶ ma trudności z ubieraniem, jedzeniem, spaniem i/lub treningiem czystości,
- ▶ jest niezręczne, słabe, ma słabo rozwinięte zdolności motoryczne,
- ▶ jest w nieustającym ruchu, narusza prywatną przestrzeń innych osób,
- ▶ ma częste lub długotrwałe napady wściekłości.

Wiek wczesnoszkolny. Dziecko:

- ▶ jest nadwrażliwe na dotyk, hałas, zapachy, innych ludzi,
- ▶ łatwo się rozprasza, wierci i niepokoi, jest agresywne, ma wzmożoną potrzebę ruchu,
- ▶ często czuje się przytłoczone, przynębione,
- ▶ ma trudności z ręcznym pisanem i aktywnościami z zakresu małej motoryki,
- ▶ ma trudności z nawiązywaniem kontaktów, zaprzysiężaniem się,
- ▶ ma mniejszą świadomość bólu (także odczuwanego przez innych),
- ▶ słabo odczuwa bliskość innych osób.

Młodzież i dorośli:

- ▶ są nadwrażliwi na dotyk, hałas, zapachy, innych ludzi,
- ▶ charakteryzuje ich niska samoocena, lęk przed porażką przy podejmowaniu nowych zadań,
- ▶ są letargiczni i powolni,
- ▶ są cały czas w ruchu, są impulsywni, łatwo się rozpraszają,
- ▶ mają trudności z doprowadzeniem do końca zaczętych prac,
- ▶ są niezgrabni, powolni, z trudem opanowują umiejętności ruchowe, brzydko piszą,
- ▶ mają kłopoty ze skupieniem uwagi.



Małgorzata Karga

Magister rehabilitacji ruchowej (1993 r.), wykwalifikowany nauczyciel w doświadczeniu pracy w szkole. Terapeuta integracji sensorycznej (1994 r.) i metody NDT-Bobath Baby (1995 r., 1997 r., 1998 r.). W 2000 r. odbyła staż z zakresu integracji sensorycznej w Bostonie. Ukończyła też wiele kursów w zakresie treningów słuchowych: Zintegrowane Treningi Słuchowe (Denver 2010 r., Cambridge 2011 r.), metoda Tomatisa (2011 r.), Amerykański Program Słuchowy (2012 r.), metoda Warnkego (2013 r.). Od 2002 r. instruktor SI – organizuje i prowadzi szkolenia w zakresie SI oraz pierwsze w Polsce Centrum Integracji Sensorycznej, które oferuje terapię SI w połączeniu ze Zintegrowanymi Treningami Słuchowymi. Dzięki stałym kontaktom ze specjalistami z USA (kolebki integracji sensorycznej) wprowadza do Polski nowości w zakresie SI. Założycielka i prezes Polskiego Towarzystwa Integracji Sensorycznej (2005–2010 r.).