

## **Jak pomóc swojemu dziecku – metody stymulacji, agresja i autoagresja, zachowania stereotypowe, nadpobudliwość psychoruchowa, zachowania autystyczne, niepełnosprawność sprzężona.**

Jan Paweł II uważał, że to przede wszystkim rodzina, sanktuarium miłości i głębokiej więzi między osobami, winna bardziej niż ktokolwiek inny: być odpowiedzialna za los najsłabszych, odkrywać swoją decydującą rolę w formacji niepełnosprawnego, dążyć do jego przystosowania fizycznego i duchowego oraz skutecznego włączenia go w życie społeczne.

W słowach Ojca Świętego zawarta jest prawda o tym, że to rodzice są pierwszymi osobami, z którymi dziecko tuż po urodzeniu ma kontakt. To oni zapewniają materialne warunki życia, wychowują, przekazują doświadczenia i to oni jako pierwsi mogą wykryć u dziecka zaburzenia rozwojowe. Uchwycenie jakichkolwiek nieprawidłowości pierwszych trzech lata życia ma ogromne znaczenie, ponieważ umożliwia wczesne podjęcie właściwej interwencji diagnostyczno-terapeutycznej. Zaniedbania w tym względzie mogą opóźnić, utrudnić, lub nawet uniemożliwić rozwój dziecka. Zbyt późne podjęcie działań naprawczych często prowadzi do powstawania i utrwalania nieprawidłowych wzorców zachowań, które w późniejszym okresie jest ciężko wyeliminować.

Tabela 1. zawiera prawidłowy rozwój psychoruchowy dziecka od urodzenia do 6 roku życia. według dr Radosława Piotrowicza:

<b>MIESIĄC ŻYCIA</b>	<b>OPANOWANIE PIONIZACJI I PRZEMIESZCZANIA SIĘ</b>	<b>CZYNNOŚCI PRECYZYJNE</b>	<b>ROZWÓJ MOWY I KONTAKTÓW SPOŁECZNYCH</b>
1 m-c życia	<i>W położeniu na brzuszku unosi brodę</i>	<i>Zaciska dłoń przy dotknięciu, włożony przedmiot do ręki natychmiast wypuszcza</i>	<i>Zatrzymuje wzrok na twarzy ludzkiej, ustala się rytm snu i czuwania oraz karmienia</i>
2 m-c życia	<i>W położeniu na brzuszku unosi brodę i utrzymuje ją przez moment na wysokości 5-8 cm; podtrzymane w pozycji siedzącej utrzymuje główkę chwiejnie, ale wyprostowaną</i>	<i>Utrzymuje przez moment przedmiot w rączce</i>	<i>Śledzi poruszające się osoby</i>

3 m-c życia	<i>W położeniu na brzuszku unosi i utrzymuje głowę w oparciu o przedramiona, podtrzymane w pozycji siedzącej utrzymuje głowę z lekkim pochyleniem do przodu</i>	<i>Śledzi przedmioty znikające z pola widzenia</i>	<i>Reaguje ogólnym ożywieniem motorycznym na kontakt z ludźmi</i>
4 m-c życia	<i>W położeniu na brzuszku unosi głowę prostopadle do postawy, a nogi ma wyprostowane lub półwyprostowane</i>	<i>Zabawkę trzymaną w ręce prowadzi do ust</i>	<i>Śmieje się głośno i grucha, gdy się do niego mówi</i>
5 m-c życia	<i>Leży długo na brzuchu unosząc się</i>	<i>Chwyta niewprawnie przedmioty; przy zetknięciu z nimi, często ruch zamiatania</i>	<i>Odróżnia obcych od swoich, gaworzy przy zabawie</i>
6 m-c życia	<i>Przewraca się z pleców na brzuszek i na odwrot</i>	<i>Pewnie chwyta i sięga po przedmioty</i>	<i>Bawi się palcami u nóg, gaworzy i wydaje dźwięki sylabowe</i>
7 m-c życia	<i>Siedzi krótko, niepewnie, podpira się rękami, stoi dobrze, podtrzymane podskakuje</i>	<i>Stuka zabawką w stół, przekłada przedmioty z ręki do ręki</i>	<i>Uważnie obserwuje czynności osób mu bliskich</i>
8 m-c życia	<i>Siedzi pewnie bez oparcia</i>	<i>Stuka dwoma przedmiotami o siebie</i>	<i>Powtarza sylaby gaworzy</i>
9 m-c życia	<i>Raczkuje</i>	<i>Szuka przedmiotu, który upadł</i>	<i>Zabawa „a ku-ku”</i>
10 m-c życia	<i>Przemieszcza się z miejsca na miejsce, chodzi bokiem wzdłuż poręczy</i>	<i>Naśladuje proste czynności i wykonuje je na polecenie, „pa pa”</i>	<i>Rozumie zakaz, pije z garnuszka trzymanego przez dorosłego</i>
11 m-c życia	<i>Kuca po zabawki trzymając się poręczy, chodzi do przodu prowadzone za ręce</i>	<i>Wysypuje drobne przedmioty z większych</i>	<i>Wyrzuca z wózka przedmioty</i>

12 m-c życia	<i>Pierwsze samodzielne kroki</i>	<i>Burzy wieżę z klocków</i>	<i>Rozumie krótkie polecenia i wykonuje je, wymawia ze zrozumieniem pierwsze słowa, je samo ciastko</i>
15 m-c życia	<i>Chodzi samo niepewnie, często upada</i>	<i>Ściąga, gromadzi i rozrzuca różne przedmioty</i>	<i>Wykonuje proste polecenia, złości się, gdy ogranicza się jego swobodę, daje znać, gdy się zmoczy</i>
18 m-c życia	<i>Wspina się na niskie przedmioty</i>	<i>Przenosi zabawki z miejsca na miejsce</i>	<i>Używa kilkunastu wyrazów, w tym wyrazy dźwiękonaśladowcze (np. tak tak), pije samo z garnuszka</i>
21 m-c życia	<i>Wchodzi samo po schodach trzymając się poręczy</i>	<i>Ciągnie za sobą zabawki na sznurku</i>	<i>Łączy w wypowiedziach 2 słowa, złości się i krzyczy, gdy nie umie słowami wyrazić swojego życzenia, zaczyna wołać na nocnik</i>
24 m-c życia	<i>Chodzi i biega pewnie</i>	<i>Naśladuje w zabawie proste czynności</i>	<i>Lubi pomagać dorosłym, zaczyna dużo mówić, przestaje mówić po swoim, pomaga przy ubieraniu</i>
30 m-c życia	<i>Wchodzi po schodach nogami na przemian</i>	<i>Rysuje kreski, kółka trzymając ołówek poprawnie</i>	<i>Zaczyna zdawać sobie sprawę z różnych płci i interesuje się nimi, mówi</i>

36 m-c życia	<i>Podskakuje, biega przy muzyce</i>	<i>W grupie zabawa równoległa obok innych dzieci, umie samo jeść</i>	<i>Wypowiedzi wielowyrazowe, mówi dość dramatycznie, mówi w pierwszej osobie, jest bardziej opanowane, radosne, często wstaje od stołu, nie moczy się w nocy</i>
4 lata	<i>Stoi na jednej nodze ponad 5 sekund, podskakuje na 1 nodze</i>	<i>Ustawi most z 5 klocków, powinien umieć posługiwać się nożyczkami, rysuje człowieka z 3-5 częściami</i>	<i>Swobodnie wypowiada się, liczy do 4, powinno umieć się samo załatwić, bawi się w sklep</i>
5 lat	<i>Na jednej nodze stoi ponad 8 sekund, jeździ na dwu-kołowym rowerze, wrotkach, nartach</i>	<i>Rysuje człowieka z 5-9 części, rysuje kwadrat i trójkąt</i>	<i>Liczy do 10, nazywa 4 kolory, zadaje pytania o znaczenie słów, samodzielnie załatwia się ubiera</i>
6 lat	<i>Kończy się rozwój ruchowy w zakresie dużej motoryki</i>	<i>Kończy się rozwój ruchowy w zakresie małej motoryki</i>	<i>Zna kilka liczb lub cyfr, dojrzałość szkolna – 4000 słów, pełna możliwość wysławiania się, bawi się w zespole</i>

**Tabela 1. Rozwój psychoruchowy dziecka w/g dr R. Piotrowicza**

Według Moniki Orkan – Łęckiej (prekursora wczesnej interwencji w Polsce) wspomaganie rozwoju dziecka jest to zintegrowany system oddziaływań profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczo – rehabilitacyjnych oraz terapeutyczno – edukacyjnych, w głównej mierze polega na:

- zapobieganiu pogłębiania istniejącego niedorozwoju,
- leczeniu i usprawnianiu elementów chorych,
- wzmacnianiu elementów osłabionych,
- stymulowaniu ogólnego rozwoju,

- kompensowaniu istniejących braków.

Oprócz całokształtu oddziaływań specjalistycznych, ogromne znaczenie ma osobiste zaangażowanie rodziców w proces rewalidacji. Mądre i rozsądne traktowanie dziecka umożliwia usprawnianie na miarę jego indywidualnych możliwości tak, aby było jak najbardziej zaradne, umiało sterować własnym życiem oraz zachowaniem.

Rodzice podejmując się pracy rehabilitacyjnej z dzieckiem powinni pamiętać, że musi ono przejść przez następujące etapy:

- pobudzania i integracji zmysłów (wzroku, słuchu, smaku, dotyku, węchu),
- rozwijania poczucia świadomości własnego ciała oraz orientacji w przestrzeni,
- wypracowania gotowości do nauki.

Szczegółowe metody i formy rewalidacji zależą od typu wady jaką dziecko posiada. Inne oddziaływania trzeba podejmować w przypadku dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, inne w stosunku do dzieci wykazujących uszkodzenia narządu ruchu a jeszcze inne w sytuacji, kiedy zaburzone są funkcje sensoryczne. Tabela 2. zawiera wykaz metod wspomagających rozwój dzieci w zależności od rodzaju niepełnosprawności:

**Tabela 2. Metody wspomagające rozwój dzieci niepełnosprawnych**

ZABURZONA FUNKCJA	METODY
Zaburzenia ogólnorozwojowe	<i>Terapia ustno-twarzowa Castillo-Morales</i>  <i>program Huberta</i>  <i>metoda Dobrego Start M. Bogdanowicz</i>  <i>Program Montessori</i>  <i>program M.Frostig</i>
Zaburzenia ruchowe	<i>Metoda Dennisona</i>  <i>Masaż Shantali</i>  <i>Integracja sensoryczna</i>  <i>Metoda W.Sherborne</i>  <i>Metoda Knillów</i>

	<i>Hipoterapia</i>
Zaburzona sprawność manualna	<i>Metoda Orffa-Labana</i> <i>Techniki origami, kirigami</i> <i>Metoda Integracji Sensorycznej</i>
Zaburzenia w komunikacji	<i>Metoda symboli Bliss</i> <i>Piktogramy</i> <i>Słownik Makaton</i> <i>Metody komunikacji alternatywnej</i>
Zaburzenia emocjonalne	<i>Trening psychogenny Szulca</i> <i>Dogoterapia</i> <i>Hipoterapia</i> <i>Terapia zaburzeń emocjonalnych dzieci</i> <i>Techniki socjoterapeutyczne</i> <i>Drama</i>
Niepowodzenia szkolne	<i>Ćwiczenia z zakresu dysleksji i dysgrafii</i> <i>Metoda zabawy</i> <i>Muzykoterapia</i> <i>Metoda Domana</i> <i>Artterapia</i> <i>Techniki komputerowe</i>

## **Zachowania trudne:**

**Zachowania agresywne i autoagresywne** wynikają z wielu czynników i stanowią poważny problem medyczny, psychologiczny i pedagogiczny. Najczęściej są rezultatem niewykształcenia właściwych form zachowań lub wykształcenia zachowań niepożądanych. Zachowania te są podejmowane w celu:

- wyładowania frustracji,
- dążenia do zwrócenia na siebie uwagi,
- niewerbalnego przekazania jakiejś informacji,
- rozładowania napięcia emocjonalnego.

Pozytywne efekty w wygaszaniu tych zachowań może dawać wykorzystywanie elementów:

- zabawy
- zajęć relaksacyjnych i odprężających,
- zajęć uwrażliwiających,
- zajęć muzycznych, tanecznych, plastycznych, teatralnych,
- zajęć ułatwiających kształtowanie pozytywnego obrazu samego siebie.

**Zachowania stereotypowe** to powtarzające się ruchy i zachowania takie jak: kiwanie się, kręcenie się w koło, wpatrywanie w światło, pocieranie dłońmi, chodzenie na palcach, machanie rękami, uderzanie głową, zadawanie tego samego pytania lub powtarzanie tej samej sekwencji językowej. Zachowania te są ucieczką od otaczającej rzeczywistości, ponieważ dają poczucie bezpieczeństwa oraz rozładowują napięcie. Obecnie dostępnych jest wiele metod ułatwiających eliminowanie zachowań stereotypowych. Należą do nich: metoda Weroniki Sherborne, muzykoterapia, hipoterapia, dogoterapia, „Programy aktywności” Marianny i Christophehra Knill’ów, „Dotyk i komunikacja” Christophera Knill’a.

**Nadpobudliwość psychoruchowa** objawia się już we wczesnym dzieciństwie, cechami charakterystycznymi są:

- nadmierna ruchliwość zarówno w zakresie dużej jak i małej motoryki,
- brak samokontroli i refleksji na temat własnego zachowania,
- trudności w koncentracji uwagi,
- opóźniony lub przyspieszony rozwój mowy,
- impulsywność,
- problemy ze snem,
- problemy z jedzeniem,
- zaburzone relacjami z rówieśnikami,
- trudności z uwewnętrznianiem swoich uczuć,
- braki kontroli własnych emocji.

W leczeniu nadpobudliwości psychoruchowej najlepsze efekty daje psychoterapia, zmiana metod wychowawczych oraz farmakologia. Rodzice powinni zwrócić uwagę na:

- pozytywne wzmocnienie - chwalenie dziecka za pracę i dobre wyniki,

- nieutralizowanie negatywnych zachowań przez zwracanie uwagi na dziecko tylko wtedy, gdy jest niegrzeczne,
- angażowanie dziecka w drobne prace domowe,
- poświęcanie dziecku więcej czasu,
- umożliwianie dziecku kontaktów z rówieśnikami.

**Zachowania autystyczne** to zespół zaburzeń rozwojowych, związanych z wrodzonymi dysfunkcjami układu nerwowego. Pojawia się we wczesnym dzieciństwie, zwykle przed upływem 3 roku życia. Objawami autyzmu są:

- zaburzone kontakty społeczne,
- zaburzenia wzroku, słuchu, czucia bólu, równowagi, węchu i smaku,
- brak mowy lub jej zaburzenia,
- stereotypowe wzorce zachowań,
- odbiegające od normy procesy intelektualne.

Metodą najczęściej proponowaną do pracy z dziećmi z autyzmem jest terapia behawioralna. Polega ona na systematycznym wzmacnianiu prawidłowych form zachowania. Jest to możliwe dzięki zastosowaniu ważnych dla dziecka nagród. W pierwszym etapie terapii są to zazwyczaj smakołyki lub ulubione zabawki. Później, dzięki uczeniu się, coraz większego znaczenia nabierają wzmocnienia społeczne. Głównymi celami terapii behawioralnej to:

- kształtowanie i zwiększanie ilości zachowań pozytywnych,
- zmniejszanie i redukcja zachowań negatywnych,
- utrzymywanie efektów terapii.

**Niepelnosprawność sprzężona** występuje wtedy, gdy u danej osoby zostaną zdiagnozowane dwie lub więcej niesprawności. Mogą to być osoby: z upośledzeniami widzenia i upośledzeniami słyszenia, z upośledzeniem widzenia i niepełnosprawnością intelektualną, z upośledzeniami słyszenia i niepełnosprawnością intelektualną, z niepełnosprawnością intelektualną i autyzmem, z upośledzeniami widzenia i z porażeniem mózgowym, z niepełnosprawnością intelektualną i przewlekłą chorobą, z niepełnosprawnością intelektualną i upośledzeniami komunikacyjnymi. Metody pracy zależą od rodzaju niepełnosprawności i powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb i możliwości dziecka.

#### **Linki dla rodziców:**

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

[www.dlaczego.org.pl](http://www.dlaczego.org.pl)

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

[www.gen.org.pl](http://www.gen.org.pl)

[www.tecza.org.pl](http://www.tecza.org.pl)

[www.xksi.home.pl](http://www.xksi.home.pl)

<http://www.rehabilitacja.pl>



## Bibliografia:

1. *Cytowska B., Winczura B., (2006), Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka, Kraków, Impuls,*
2. *Kaja B., (1994), Zarys terapii dziecka. Metody psychologicznej i pedagogicznej pomocy wspomagającej rozwój dziecka, Bydgoszcz, WSP.*
3. *Mrugalska K., (1999), Czy rodzice i profesjonaliści mogą być sojusznikami. (w:) Olechnowicz H. (red.): U źródeł rozwoju dziecka: o wspomaganiu rozwoju prawidłowego i zakłóconego. WSiP.*
4. *Obuchowska I., (2008), Dziecko niepełnosprawne w rodzinie, Warszawa, WSiP.*
5. *Twardowski A., (2005) (red.): Wspomaganie rozwoju dzieci ze złożonymi zespołami zaburzeń, Poznań, Wydawnictwo Naukowe Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego.*

## Strony internetowe:

[http://bip.uml.lodz.pl/informator dla rodziców dzieci w wieku 0-7 lat „Wczesne wspomaganie rozwoju”/](http://bip.uml.lodz.pl/informator_dla_rodzicow_dzieci_w_wieku_0-7_lat_„Wczesne_wspomaganie_rozwoju”/)

[www.dlaczego.org.pl](http://www.dlaczego.org.pl)