

Terapeutyczne refleksje wokół stymulacji czuciowej dziecka z wieloraką niepełnosprawnością

Streszczenie

Zrozumieć świat dziecka z niepełnosprawnością intelektualną jest niezwykle trudno. Wielu nauczycieli rozpoczynając pracę z dzieckiem o specjalnych potrzebach edukacyjnych doświadcza uczucia bezradności, które jest wynikiem trudności w znalezieniu wspólnego obszaru komunikacji z niepełnosprawnym dzieckiem. Wielu z nich zadaje pytanie: jak nawiązać kontakt z dzieckiem? Jakim sposobem dotrzeć do dziecka, by odkryć jego potrzeby, oczekiwania i preferencje? Co uczynić, aby dziecko czuło, doznawało, poznawało, przyswajało, wyrażało?

W swoim referacie uzasadniam potrzebę oparcia pracy terapeutycznej z dzieckiem wielorako niepełnosprawnym na zmysłach które rozwijają się najwcześniej w ontogenezie tzw. zmysłach bliskich, od których zależy m.in. prawidłowe czucie ciała, koordynacja ruchowa, odczuwanie ciała w przestrzeni. To właśnie dzięki dostarczaniu bodźców dotykowych, proprioceptywnych i przedsionkowych dziecko z niepełnosprawnością intelektualną zdobywa informacje o sobie i otaczającym świecie, jednocześnie bodźce te jako znane dziecku od zawsze, stanowią źródło bezpieczeństwa i radosnych przeżyć. Omawiając kwestie stymulacji czuciowej pragnę zwrócić szczególną uwagę na zaburzenia zmysłu dotyku jak również przedstawić wypracowane, skuteczne strategie terapeutyczne wraz z ich egemplifikacją.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność intelektualna, zaburzenia sensoryczne

Abstract

Therapist reflections on sensory stimulation of children with handicap disability

It is extremely hard to understand the world of a child with handicap disability. Many teachers when they start their work with a child of special educational needs feel helpless, which results from difficulties in finding a shared area for communication. Many of those teachers ask the question: how do I establish contact with the child? How to get through to the child in order to discover their needs, expectations and preferences? What can I do, to make them sense, experience, explore, learn and express things?

In my thesis I provide arguments for the need to base the therapeutic work with a child on the senses that develop first in the ontogeny, the so called close senses influencing among others the correct somatosensory information, motor coordination, and spatial orientation. It is thanks to the tactile, proprioceptive and vestibular stimulation that children of intellectual disabilities receive the information about themselves, the surrounding world. At the same time those types of stimulation known to those children since forever are the source of safety and of happy moments. When discussing the matter of sensory stimulation I wish to pay particular attention to the tactile disorder and present the effective therapeutic strategies together with their exemplification.

Keywords: intellectual disability, sensory disorders

Nie budzi wątpliwości fakt, iż nawiązanie kontaktu z dzieckiem z niepełnosprawnością umysłową, zwłaszcza obciążonego wielorakimi zaburzeniami rozwojowymi jest niezmiernie trudnym zadaniem. Poznanie i zrozumienie świata dziecka głęboko upośledzonego, tworzenie warunków do jego rozwoju, to nie tylko wyzwanie i zobowiązanie, ale nade wszystko realizacja ludzkich praw.

Dla wielu terapeutów pierwsze spotkanie z dzieckiem z głęboką niepełnosprawnością wyzwała poczucie bezradności i niemocy. Wielu z nich zadaje pytanie: jak nawiązać kontakt z dzieckiem? Jakim sposobem dotrzeć do dziecka, by odkryć jego potrzeby, oczekiwania i preferencje? Co uczynić, aby dziecko czuło, doznawało, poznawało, przyswajało, wyrażało?

Dla Janusza Korczaka „*dziecko jest pergaminem, szczególnie zapisanym drobnymi hieroglifami, których część tylko zdołasz odczytać, a niektóre potrafisz wytrzeć lub tylko zakreślić i własną wypełnić treścią*”¹. Korczakowską myśl Anna Sobolewska odnosi do dzieci niepełnosprawnych, wskazując, iż „*pismo hieroglifów wymaga umiejętności i współczującego czytania. Dziecko upośledzone jest tekstem szczególnie trudnym, pełnym luk i niejasności*”².

Stymulowanie rozwoju dziecka wielorako niepełnosprawnego wymaga zatem ogromu wiedzy, umiejętności, elastyczności w proponowaniu różnorodnych form usprawniania dostosowanych do możliwości dziecka, a także jego zmieniających się preferencji. Mimo, iż do rezultatów dochodzimy bardzo powoli, prowadzona terapia ma swój głęboki sens, który zawiera się w ciągłym odkrywaniu mocnych stron dziecka, jego nowych możliwości, stopniowym poszerzaniu wachlarza terapeutycznych form i metod.

Pojęcie wielorakiej niepełnosprawności w ostatnich latach staje się coraz bardziej powszechne. Może ono określać złożoną postać konkretnej niepełnosprawności (*gravite du handicap*), najczęściej jednak dotyczy kompleksowych ograniczeń w funkcjonowaniu ujmowanych całościowo, przy czym ograniczenia te odnoszą się do wszystkich możliwości jednostki, zarówno doświadczania jak i ekspresji³. Upośledzenia uwidaczniają się w rozwoju

¹J. Korczak, *Wybór pism pedagogicznych, Jak kochać dziecko. Prawo dziecka do szacunku. Momenty wychowawcze*, PZWS, Warszawa 1957, t.1, s. 78.

²A. Sobolewska, *Maski Pana Boga. Szkice o pisarzach i mistykach*, WL, Kraków 2003, s. 316.

³A. Frochlich, *Stymulacja od podstaw*, WSiP, Warszawa 1998, s. 11.

emocjonalnym, poznawczym, fizycznym, utrudniając bądź uniemożliwiając skuteczne porozumiewanie się dziecka z otoczeniem.

Wyraźne odniesienie do wewnętrznej różnorodności niepełnosprawności wielorakiej możemy odnaleźć w słowniku języka polskiego, w którym słowo „wieloraki” definiowane jest jako *„występujący w wielu formach, postaciach, odmianach; różnorodny, rozmaity, różny, różnoraki”*⁴. W literaturze wieloraka niepełnosprawność nazywana jest również upośledzeniem sprzężonym, złożonym, wielokrotnym, sprzężonymi deficytami, głębokim upośledzeniem umysłowym czy też zaburzeniami narządów zmysłu. Wszystkie wymienione synonimy podkreślają wewnętrzne skomplikowanie sytuacji niepełnosprawności, którą opisują. Najczęściej jednak zamiennie stosowanym terminem jest „niepełnosprawność sprzężona”. Jej istotę stanowi „występowanie dwóch lub więcej upośledzeń spowodowanych przez jeden lub więcej czynników endo-lub/i egzogennych, które działają w różnych okresach życia dziecka (w tym również w okresie prenatalnym) łącznie lub kolejno”⁵. Warto jednak podkreślić, że niepełnosprawność sprzężona nie jest rozumiana jako prosta suma składających się na nią niepełnosprawności, lecz stanowi odrębną, specyficzną i złożoną całość.

Dziecko wielorako niepełnosprawne wymaga więc bardzo złożonego procesu rehabilitacji, ponieważ przedmiotem usprawniania są co najmniej dwie zaburzone funkcje. Bardzo często dziecko nie porusza się samodzielnie, musi być karmione, obsługiwane we wszystkich czynnościach, nie potrafi wyrazić swoich potrzeb, uczuć, często też nie jest rozumiane przez najbliższych. Stąd też głęboka, wieloraka niepełnosprawność oznacza „skrajne trudności we wszystkich aspektach życia niezależnie od dziedziny. Osoby nią dotknięte żyją na pograniczu tego, co w naszych stosunkach międzyludzkich uważane jest jeszcze za normalne. Głęboka niepełnosprawność jest przeszkodą dla wszystkich uczestników interakcji”⁶.

Rozważając w niniejszym artykule kwestie związane ze stymulacją czuciową dziecka wielorako niepełnosprawnego, konieczne staje się uzasadnienie potrzeby oparcia pracy terapeutycznej na zmysłach pierwotnych, filogenetycznie pierwszych.

⁴ S. Dubisz (red), *Uniwersalny słownik języka polskiego*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2008, t.4, s.429.

⁵ A. Twardowski, *Wychowanie dzieci o niesprawności sprzężonej*, [w]: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, I. Obuchowska (red.), WSiP, Warszawa 1999, s.514.

⁶ A. Frochlich, *op.cit.*, s.11.

Mózg wraz z całym układem nerwowym, nieustannie się zmienia pod wpływem docierających bodźców zmysłowych. Do naszego ciała codziennie docierają tysiące wrażeń przez zmysły, dzięki którym poznajemy, rozumiemy świat oraz przeżywamy całe jego bogactwo. Mózg sortuje docierające informacje, przekształca je, kieruje do miejsca przeznaczenia lub też integruje z innymi wrażeniami. Uszkodzenia CUN, charakterystyczne dla wielorakiej niepełnosprawności, skutkują zaburzeniami procesów sensorycznych. Zaburzenia te obejmują kilka rodzajów dezorganizacji zmysłowej i dotyczą zarówno odbioru, jak i przetwarzania bodźców. U dziecka przejawiać się mogą w postaci zaburzeń napięcia mięśniowego, poczucia równowagi, nadaktywności ruchowej, zaburzonej koncentracji uwagi, trudności rozwoju mowy. Mogą również dotyczyć nadwrażliwości lub niedowrażliwości poszczególnych układów zmysłowych. Dodatkowo, dopływ bodźców zmysłowych do dziecka wielorako niepełnosprawnego na początku jego życia jest znacznie ograniczony ze względu na częste i długie pobyty w szpitalu. Deprywacja zmysłowa dotyczy szczególnie bodźców czuciowych, fundamentalnych dla rozwoju zmysłu dotyku, układu proprioceptywnego oraz przedsionkowego. To właśnie dzięki dostarczaniu bodźców czuciowych, dziecko wielorako niepełnosprawne odkrywa własne ciało, zdobywa informacje o sobie i otaczającym świecie, zaczyna rozumieć i przestaje bać się tego, co wydaje mu się wielkim chaosem. Jednocześnie bodźce te jako znane dziecku od zawsze, stanowią źródło bezpieczeństwa i radosnych przeżyć. Można by więc porównać, iż odczucia „znane od zawsze”, są dla dziecka tym, czym dla człowieka zagubionego w obcym mieście dźwięk mowy ojczystej⁷.

Stymulacji czuciowej dziecko nie poddaje się pasywnie, choć na początku aktywność dziecka może być niedostrzegalną, to jednak ukierunkowuje ona jego globalną percepcję, zarówno na siebie samego jak i najbliższe otoczenie. Ciało dziecka i jego różne możliwości ruchu, skóra, jako miejsce wymiany informacji ze światem, spostrzeganie ułożenia ciała w przestrzeni, a także rejestrowanie informacji płynących z otoczenia – wszystko to wymaga równocześnie aktywności i uwagi⁸.

Zakładając, iż tylko za pomocą własnego ciała dziecko z głęboką niepełnosprawnością może nawiązać kontakt z samym sobą oraz najbliższym otoczeniem pierwszoplanowym i fundamentalnym, zadaniem jest rozwinięcie różnych jego kompetencji poprzez

⁷H. Olechnowicz, *O elementarnym kształceniu najmłodszych dzieci*, [w]: *U źródeł rozwoju dziecka*, H. Olechnowicz (red.), WSiP, Warszawa 1999, s. 59.

⁸A. Frochlich, *op.cit.*, s.174.



odpowiednio dobrane ćwiczenia stymulujące zmysły najwcześniej dojrzewające, tj. układ przedsionkowy, proprioceptywny oraz zmysł dotyku.

Układ przedsionkowy jest najwcześniej dojrzewającym systemem zmysłowym umożliwiającym odbieranie wrażeń związanych z ruchem oraz siłą grawitacji. Odgrywa więc zasadniczą rolę w rozwoju ogólnych możliwości ruchowych dziecka, podtrzymywaniu właściwego napięcia mięśniowego, utrzymaniu równowagi oraz koncentracji uwagi⁹. Jest układem łączącym dla innych zmysłów, gdyż koordynuje odbieranie i przetwarzanie wrażeń przez zmysł dotyku, czucia głębokiego, wzroku i słuchu. Dla dziecka doznania płynące za pośrednictwem układu przedsionkowego są bliskie i znane, gdyż pamięta ono rytmiczne kołysanie z okresu życia płodowego, będące źródłem poczucia bezpieczeństwa i komfortu. Dziecko z wieloraką niepełnosprawnością wyraźnie

reaguje na zmianę ciała w przestrzeni podczas rytmicznego kołysania, huśtania, wstrząsania, obracania oraz ruchu liniowego w różnym tempie oraz w różnych kierunkach. Najprostsze i najbezpieczniejsze w pierwszym okresie stymulacji przedsionkowej wydają się być lekkie ruchy kołysania wzdłuż długiej osi ciała¹⁰. Prostą formą stymulacji przedsionkowej jest również delikatne huśtanie dziecka na dużej piźce, wałku rehabilitacyjnym, w hamaku lub huśtawce uszytej np. z dużego kawałka płótna i podwieszanej u sufitu. Cenną pomocą stymulacyjną jest również łóżko wodne, które pozwala odczuwać własne ciało, ruchy

⁹B. Odowska--Szlachcic, *Metoda Integracji sensorycznej we wspomaganiu rozwoju mowy u dzieci z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego*, Wyd. Harmonia, Gdańsk 2010, s.28.

¹⁰A. Frochlich, *op.cit.*, s.178.

podłoża, umożliwia poruszanie się i wykonywanie ruchów nawet w przypadku dużych ograniczeń ruchowych.

Stymulując zmysł równowagi dziecka z wieloraką niepełnosprawnością najmniej zalecane są ruchy rotacyjne wokół osi ciała. Mogą spowodować przestymulowanie i w efekcie szkodliwą dla dziecka dezorganizację percepcji. Jeżeli więc obserwujemy u dziecka objawy nudności, niepokój, gwałtowne ruchy gałek ocznych oraz ogólne psychoruchowe pobudzenie stymulacja nie powinna trwać dłużej niż dwie minuty. Jeżeli natomiast dziecko prawidłowo reaguje na zmiany położenia ciała w przestrzeni zajęcia mogą być wydłużone nawet do 15-20 minut¹¹.

Umiejętnie i rozważnie wykonywana stymulacja przedsionkowa jest niezmiernie ważna dla psychofizycznego rozwoju dziecka niepełnosprawnego, bowiem układ przedsionkowy integruje pracę pozostałych systemów zmysłowych.

Układ proprioceptywny, zwany też „zmysłem odczuwania samego siebie”, informuje nas o tym, gdzie znajdują się w danym momencie poszczególne części ciała, bowiem jego receptory znajdują się w mięśniach, stawach oraz otaczają narządy wewnętrzne. Układ ten umożliwia wykonywanie



Zdj. I. Szczygieł

¹¹M. Baraniewicz, E. Batko, J. Ochał, *Stymulacja sensomotoryczna*, [w]: *Edukacja uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym*, M. Piszczek (red.), CMPPP MEN, Warszawa 2000, s.37.

precyzyjnych, skoordynowanych ruchów rąk lub nóg, bez konieczności ciągłego ich obserwowania. Wpływa również na umiejętność manipulowania drobnymi przedmiotami, dostosowania siły, z jaką należy wykonać ruch¹².

Nieprawidłowości czucia głębokiego dotyczą słabej percepcji własnego ciała oraz odczuwania ruchu w przestrzeni. Zakłóceniu ulegają również zdolności do zaplanowania i wykonania nowej czynności ruchowej¹³. Dzieci, które nie otrzymują dostatecznej ilości informacji od układu propriocepcji, gdy siedzą nieruchomo, stale potrzebują się ruszać, by dostarczyć sobie informacji przekazanych przez ruch mięśni o swoim położeniu w przestrzeni¹⁴.

Aby zapewnić dziecku odczucia proprioceptywne, możemy masować oraz wykonywać kompresję stawów, szczególnie w obrębie nadgarstków, łokci, bioder i ramion. Reakcje czucia głębokiego uzyskać możemy również poprzez dociskanie dziecka leżącego na dużej piłce czy też ugniatanie jego karku, pleców, pośladków, a także nóg piłkami o różnym stopniu sprężystości¹⁵.

Nie kwestionując istotności każdego ze zmysłów dla rozwoju dziecka z wieloraką niepełnosprawnością wskazać należy, iż zmysł dotyku jest tym układem, który daje najszersze możliwości nawiązania kontaktu pomiędzy dzieckiem a otoczeniem.

*„Pieszczoty, głaskanie i przytulanie są dla dziecka jak pożywienie,
tak samo ważne jak białko, minerały i witaminy”
(Frederick Leboywe)*

Dotyk

rozwija się najwcześniej ze zmysłów. Pierwsze reakcje płodu na bodźce dotykowe pojawiają się już w 8. tygodniu życia w postaci odruchowego zgięcia górnej części



Zdj. A. Gorgól.

¹²Por. V.F. Maas, *Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej*, Warszawa 1998, s.72; B. Odowska-Szlachcic, *Terapia integracji sensorycznej*, Zeszyt 1, Wyd. Harmonia, Gdańsk 2011, s.9.

¹³ B. Odowska--Szlachcic, *op.cit.*, s.58.

¹⁴S. Goddard Blythe, *Odruchy, uczenie i zachowanie. Klucz do umysłu dziecka*, Międzynarodowy Instytut dr Swietłany Masgutowej, Warszawa 2004, s.106.

¹⁵ B. Odowska--Szlachcic, *op.cit.*, s.50.

tułowia podczas drażnienia cienkim włosem okolicy ust. Z kolei w 11. tygodniu drażnienie okolic brwi wywołuje skurcz mięśni ocznych. W tym samym czasie dziecko reaguje zaciśnięciem palców, gdy drażniona jest wewnętrzna strona dłoni. Tydzień później wrażliwe stają się również podeszwy stóp. Badacze podkreślają ponadto, że znaczną część stymulacji dotykowej płód dostarcza sobie sam¹⁶. Przychodzące na świat dziecko wyposażone jest zatem w pewien zakres doświadczeń dotykowych, które jako odczucia znane, są tym samym bliskie i dające poczucie bezpieczeństwa.

Dotyk to najprostszy sposób porozumiewania się. Dotykanie oznacza więź, ciepło, upewnia nas, że nie jesteśmy samotni, potwierdza sens naszego istnienia i własnej wartości.

Istotność dotyku dla psychofizycznego rozwoju dziecka była przedmiotem licznych badań. I tak w Ameryce w prowadzonych pomiędzy rokiem 1910-1935 badaniach wśród niemowląt przebywających w ośrodkach szpitalnych i opiekuńczych stwierdzono, iż na skutek słabego pobudzania dotykiem wiele dzieci zmarło w okresie niemowlęcym lub też przejawiało cechy zaburzonego rozwoju fizycznego i psychicznego¹⁷. Również Harry Harlow w swoich doświadczeniach prowadzonych na małpich niemowlętach udowodnił ogromne znaczenie kontaktu cielesnego między matką a dzieckiem dla jego rozwoju. Obecność małpiej matki, do której można było się przytulać, przywierać, ocierać o nią wpływało wyraźnie na aktywność i ekspansywność małpek, w przypadku gdy małpiej matki brakowało w pobliżu - małe szybko stawały się bierne, pełne apatii i lęku¹⁸. Warto również dodać, iż w Finlandii, doceniając znaczenie wczesnej stymulacji dotykowej dla rozwoju dziecka, inkubatory wyposażono w specjalne otwory, przez które matki trzy razy dziennie przez kilka minut trzymają swoje niemowlę w dłoniach, dotykają, głaskają zapobiegając w ten sposób pustce sensorycznej¹⁹.

Zmysł dotyku u wielu dzieci wielorako niepełnosprawnych jest najważniejszym zmysłem umożliwiającym porozumienie, łączność z otoczeniem. Poprzez dotyk możemy bowiem nawiązywać kontakt z tymi dziećmi, u których uszkodzone zostały inne ważne układy sensoryczne, np. zmysł wzroku czy słuchu. Dzieciom z głęboką niepełnosprawnością

¹⁶B. Szmigielska, *Pełnia życia w łonie*, [w:] *Czym jest psychologia*, D. Krzemionka-Brózda (red.), „Charaktery”, Kielce 2002, s. 67.

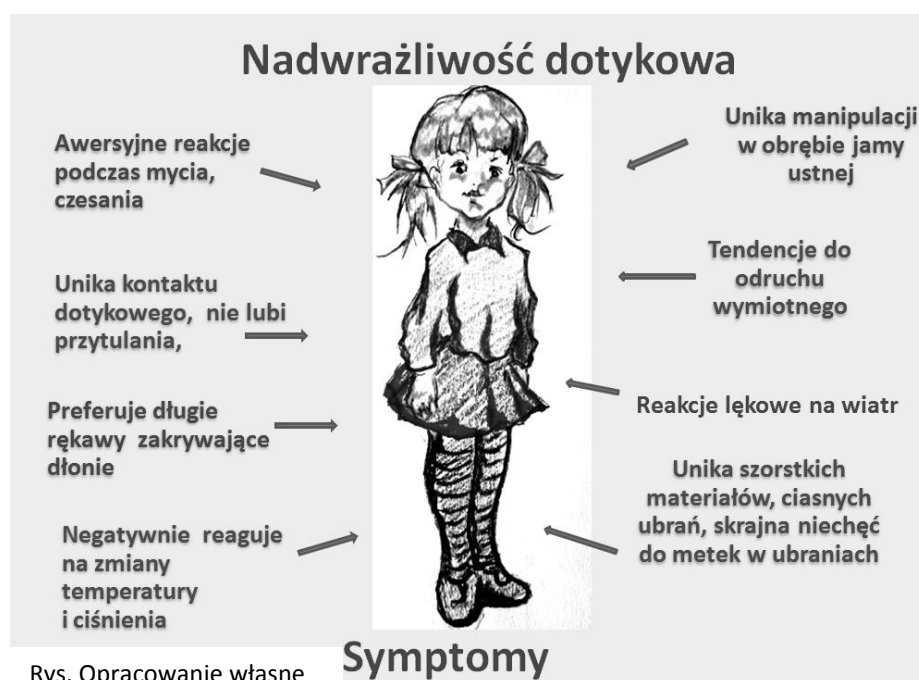
¹⁷S. Thomas, *Masaż w pospolitych dolegliwościach*, Wyd. Delta W-Z, Warszawa 2000, s.10.

¹⁸H.F. Harlow, *Miłość u dzieci rezusów*, [w:] *Środowisko a życie psychiczne*, Wybór artykułów z „Scientific American”. Wybrał i opracował K. Jankowski, Warszawa 1969, t.143, s.116-119, [za]: T. Chachulską, *Ręce matki-ciało dziecka*, [w:] *U źródeł rozwoju dziecka*, H. Olechnowicz (red.), WSiP, Warszawa 1999, s. 126.

¹⁹*Ibidem*, s.125.

odbiór bodźców dotykowych sprawia też stosunkowo najmniej trudności, ponieważ receptory dotyku znajdują się na całej powierzchni ciała, tym samym odbierane bodźce nie wymagają dużego wysiłku przy analizie. Niestety, uszkodzenia CUN dziecka z wieloraką niepełnosprawnością skutkują bardzo często zaburzeniami percepcji dotykowej, przybierając formę nadwrażliwości, niedowrażliwości lub tzw. białego szumu.

Obronność dotykowa (nadwrażliwość czuciowa) przejawia się w nieadekwatnych, nadmiernych reakcjach dziecka na wrażenia czuciowe z powodu zbyt dużej ilości bodźców przedostających się do mózgu. Zdolność układu nerwowego do wyhamowywania bodźców



Rys. Opracowanie własne

negatywnych emocji wpływających na jakość przejawianych zachowań. Objawy obronności mogą się przejawiać już w pierwszych dniach życia dziecka, powodując znaczne utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu. Typowe objawy nadwrażliwości szczególne uwidaczniają się w obrębie twarzy, szyi, karku oraz na podeszwach stóp. Dziecko może mieć trudności z przyjmowaniem pokarmu, krztusi się, pojawia się odruch wymiotny, często odmawia przyjęcia odpowiednich posiłków. Obserwuje się kłopoty ze ssaniem, później gryzieniem, żuciem. Bardzo często dziecko gwałtownie reaguje podczas czynności pielęgnacyjnych: nie akceptuje szczotkowania zębów, przejawia niechęć do mycia twarzy, czesania, szczotkowania włosów, obcinania paznokci. Reakcje nadwrażliwości uwidaczniają się także podczas kontaktu bosych stóp z podłożem, niejednokrotnie wywołując reakcje bólowe. Obserwuje

czuciowych jest niewystarczająca, dochodzi więc do przeładowania i niewspółmiernych reakcji organizmu²⁰. Dziecko staje się pobudzone, rozdrażnione, doświadcza poczucia dyskomfortu,

²⁰ M. Urzędowska-Sitarczyk., *Metoda integracji sensorycznej A. Jean Ayres*, [w]: *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z uszkodzonym wzrokiem i dodatkowymi niepełnosprawnościami. Poradnik dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych*, G. Walczak (red.), Warszawa 2005, s.75.

się także niechęć dziecka do poznawania przedmiotów z wykorzystaniem dotyku. Dziecko unika brania przedmiotów do dłoni oraz manipulowania nimi, dotykania lepkich i ziarnistych materiałów i różnorodnych faktur. Do zabawy dziecko wybiera najczęściej miękkie, pluszowe zabawki, którymi delikatnie łaskota i głaska własne ciało. Wśród innych objawów nadwrażliwości dotykowej obserwować można także złą tolerancję przez dziecko na powiew wiatru, niechęć do noszenia obcisłych ubrań, wełnianych bluzek, szorstkich dzianin czy też metek przy ubraniach drażniących kark²¹.

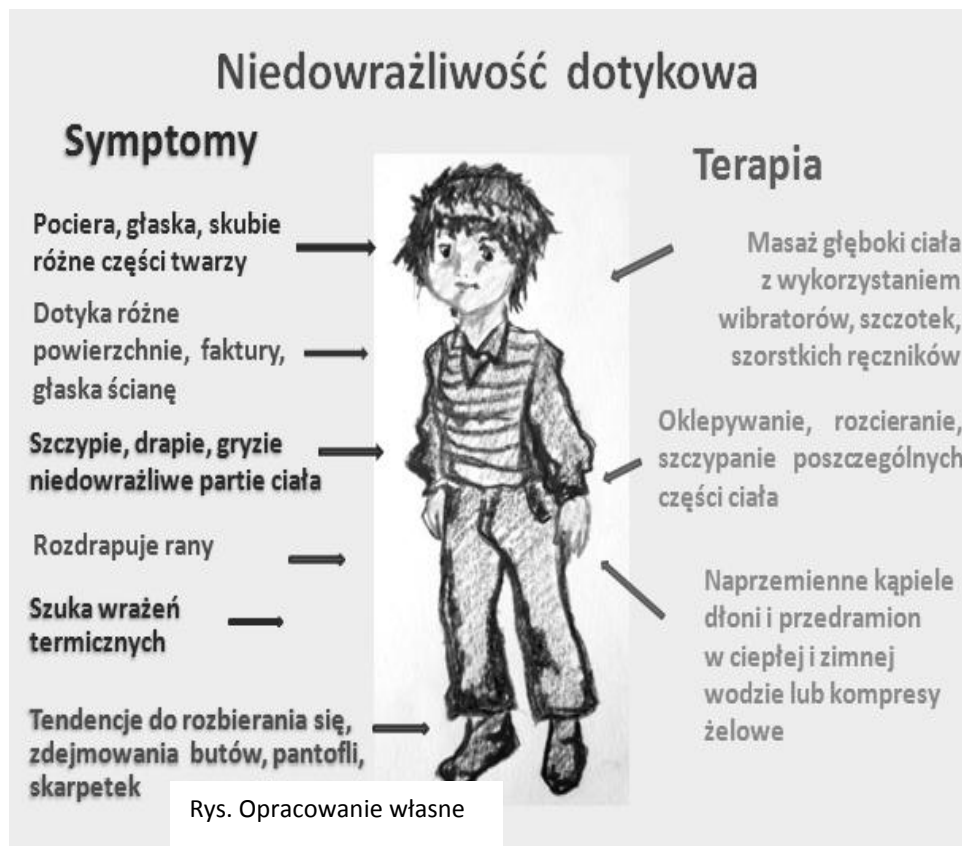
Celem pracy terapeutycznej z dzieckiem z nadwrażliwością dotykową jest ukształtowanie tolerancji na bodźce dotykowe pochodzące z zewnątrz a nie od niego samego. Hamowanie odruchów obronnych przed dotykiem najlepiej osiąga się poprzez dostarczanie głębokich bodźców podczas masażu oraz mocnego nacisku na różne części ciała za pomocą woreczków, piłek o różnej fakturze i stopniu sprężystości. Dotyk powinien być wcześniej dziecku sygnalizowany. Zaleca się dotykanie dłoni różnymi fakturami, wkładanie dłoni i przedramion do materiałów nieustrukturyzowanych, takich jak np. ryż, makaron, kasztany. Podczas mycia głowy czy też wycierania ciała należy stosować zdecydowany silny nacisk i ruchy przypominające masaż. Najłatwiej ubierać dziecko przed lustrem, tak by odwrócić jego uwagę od wykonywanych czynności. Ważne, by materiał ubrania był miękki, np. polar a ubrania pozbawione metek. Skarpety i bieliznę najlepiej zakładać na lewą stronę, tym samym zmniejszając wrażliwość ciała na szwy²².

Niedostateczna reaktywność dziecka na bodźce dotykowe zwana jest niedowrażliwością dotykową. Przejawia się ona trudnościami z rejestracją lub rozpoznawaniem docierających informacji, gdyż do mózgu dociera zbyt mała ilość bodźców. Nie otrzymując dostatecznej ilości bodźców, dziecko będzie ich aktywnie poszukiwać, dostarczając sobie samemu stymulacji, często poprzez gryzienie, szczypanie, uderzanie samego siebie bądź też uderzanie rękami, nogami lub głową w twarde powierzchnie, przy czym skaleczenia, uderzenia czy też urazy nie wywołują u dziecka reakcji bólowej.

²¹Por. V.F. Maas, *Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej*, WSiP, Warszawa 1998, s. 66-67; B. Odowska-Szlachcic, *op.cit.*, s.88- 89.

²² B. Odowska-Szlachcic, *op.cit.*, s.88-89.

Wszystko to, co przez nas odbierane byłoby jako bolesne, dziecku sprawia przyjemność²³. W swojej aktywności dziecko z obniżoną wrażliwością dotykową będzie



dążyć do mocnego, fizycznego kontaktu, dlatego też w terapii zaleca się stosowanie głębokiego masażu z wykorzystaniem wibratorów, szczotek, szorstkich ręczników. Dodatkowych bodźców dotykowych dostarczyć możemy

dziecku poprzez oklepywanie, rozcieranie, opukiwanie poszczególnych jego partii ciała.

Wskazane jest również wykonywanie naprzemiennych kąpieli dłoni i przedramion w ciepłej i zimnej wodzie lub też kompresów żelowych²⁴.

Omawiając zaburzenia percepcji dotykowej diagnozowane u dzieci wielorako niepełnosprawnych nie sposób pominąć tzw. białego szumu. Jego istota polega na tym, iż przekaz bodźców ze świata zewnętrznego jest zakłócony lub nie dociera do mózgu ze względu na pojawiające się szумы.

Carl Delacato, tak tłumaczy zjawisko białego szumu: „Kiedy włączamy radio, wydaje szумы i trzaski. Jeśli natomiast nastawimy je na jakąś nadającą właśnie stację, nie słyszymy trzasków, słuchamy audycji. Tak samo dzieje się w przypadku wzmacniacza. Włączając go, słyszymy buczenie (biały szum), jeśli jednak zaczniemy mówić coś do mikrofonu, nie słyszymy już buczenia - nasz mózg wyłącza je.

²³ J. Kielin, *Trudności i problemy terapeutyczne*, [w]: *Rozwój daje radość. Terapia dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim*, J. Kielin (red.), GWP, Gdańsk 2000, s.108.

²⁴ Por. J. Kielin, *op.cit.*, s. 109-110; B. Odowska--Szlachcic, *op.cit.*, 89.

Mózg takiego dziecka nie potrafi tego - nadal słyszy trzaski, buczenie lub biały szum. U dzieci z "białym szumem" wewnętrzny hałas zakłóca prawidłowy odbiór²⁵.

Biały szum w sferze dotykowej objawia się częstym drapaniem ciała przez dziecko. Dziecko czuje, iż coś dotyka jego skóry, mimo iż nic takiego się nie dzieje, bez widocznych powodów pojawia się też tzw. gęsia skórka. Objawy uwidaczniają się również w zachowaniu dziecka, które po chwili spokoju i wyciszenia przejawia nagle wybuch różnych form agresywnych zachowań²⁶.

Prowadząc terapię dzieci z białym szumem w zakresie dotyku, należy dostarczać dużo różnorodnych doznań pochodzących z zewnątrz, dążąc do tego, by dziecko nauczyło się różnicować

wrażenia

wywołane

bodźcami

zewnętrznymi i

wewnętrznymi.

Dlatego

niezmiennie

istotne jest, by

podawane

bodźce były

bardzo



Rys. Opracowanie własne

wyraziste, poprzedzone wcześniejszym sygnalizowaniem, skąd pochodzi dany bodziec. Zaleca się wyeliminowanie podczas stymulacji masażerów. Dziecko zachęcamy do dotykania dłońmi i stopami różnych faktur oraz do naśladowania różnych układów ciała. W terapii pomocne będą również zabawy paluszkowe²⁷. Za każdym razem, gdy zaobserwujemy u dziecka właściwą reakcję na bodziec, warto wzmocnić ją nagrodą.

Omawiając problematykę stymulacji czuciowej dziecka z wieloraką niepełnosprawnością, warto nadmienić, iż w związku z tym, że dotyk odbierany jest całą powierzchnią ciała, można go wykorzystywać do stymulacji rozwoju dziecka przy okazji wielu

²⁵ C.H. Delacato, *Dziwne, niepojęte. Autystyczne dziecko*, Fundacja Synapsis, Warszawa 1995, s.84.

²⁶ Por. C.H. Delacato, *op.cit.*, s. 85; J. Kielin, *op.cit.*, s. 109; B. Odowska--Szlachcic, *op.cit.*, s.90.

²⁷ B. Odowska--Szlachcic, *op.cit.*, s.90.

zwykłych czynności, podczas zabiegów pielęgnacyjnych, karmienia, ubierania, mycia. Ważne jest jednak, aby podczas tych właśnie czynności szczególnie zachować spokój, nie wprowadzać nerwowej atmosfery. Dziecko z wieloraką niepełnosprawnością, w odróżnieniu od dziecka zdrowego, stara się za wszelką cenę unikać codziennej toalety, ubierania, rozbierania. Woda, mycie, wycieranie, powodują całą serię różnych doznań na poziomie skóry, odczuwanych jako zrozumiałe i przyjemne lub niezrozumiałe i nieprzyjemne. Szybkie, nagłe, nerwowe ruchy matki, dotykane mniej lub bardziej wrażliwych części ciała, mogą być odbierane przez dziecko jako „niespodziewany atak”, na który zareaguje krzykiem i buntem²⁸. Dlatego też należy pozwolić dziecku dokonać oceny, co się dzieje, nazywać i pokazywać co robimy. Pozwolić poznawać i doświadczać bez pośpiechu i nerwowości, a tym samym odbierać wszelkie wrażenia dotykowe w poczuciu bezpieczeństwa i radosnej atmosfery. Ważne, aby podczas tych czynności być skupionym wyłącznie na dziecku, na jego reakcjach, utrzymywać z dzieckiem kontakt wzrokowy. Jednym słowem – dać dziecku odczuć, że jest najważniejszą istotą na świecie²⁹.

Kończąc niniejsze rozważania, należy podkreślić, iż każde dziecko obdarzone jest zadatkami rozwoju. Potencjału rozwojowego - wbrew często wypowiedzanym opiniom - nie są pozbawione również dzieci z wieloraką niepełnosprawnością. Różnorodność wrażeń zmysłowych rozważnie dostarczanych tym dzieciom, będzie decydowała o jakości ich rozwoju. Wziąwszy pod uwagę, iż nie ma uniwersalnych dla wszystkich dzieci z wieloraką niepełnosprawnością metod, form i strategii terapeutycznych, terapeuta musi ciągle być baczny obserwatorem aktywnie poszukującym, odkrywającym i rozważnie dostosowującym takie sposoby pracy z dzieckiem, które będą dla niego nie tylko źródłem rozwoju, ale nade wszystko radosnych przeżyć. Stwórzmy więc dziecku szerokie możliwości stymulowania zmysłów. Dajmy szanse dotykania, manipulowania, odczuwania ciepła, zimna, pozwólmy poznać różne struktury materiałów. Nie chrońmy również dziecka z wieloraką niepełnosprawnością od doznań czuciowych, jakie niosą ze sobą poszczególne pory roku. Warto, by dziecko mogło poczuć powiew ciepłego wiatru czy też dotknąć śniegu. Różnorodność doświadczeń, jakie dostarczymy poprzez stymulację zmysłów, pozwoli dziecku z wieloraką niepełnosprawnością nawiązać kontakt z samym sobą i najbliższym otoczeniem. Będzie też drogą prowadzącą do lepszego rozumienia otaczającego świata.

²⁸A. Frochlich, *op.cit.*, s.178.

²⁹E. Batko, E. Jędrzejczyk, A. Smyczek, J. Szwiec, *Jak być sobą. O wspomaganiu rozwoju osobowości*, [w]: *Edukacja uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym*, M. Piszczek (red.), Warszawa 2000, s.51.

Bibliografia:

- Baraniewicz M., Batko E., Ochał J., *Stymulacja sensomotoryczna*, [w]: *Edukacja uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym*, M. Piszczek (red.), CMPPP MEN, Warszawa 2000.
- Batko E., Jędrzejczyk E., Smyczek A., Szwiec J., *Jak być sobą. O wspomaganiu rozwoju osobowości*, [w]: *Edukacja uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym*, M. Piszczek (red.), CMPPP MEN, Warszawa 2000.
- Delacato C.H., *Dziwne, niepojęte. Autystyczne dziecko*, Fundacja Synapsis, Warszawa 1995.
- Dubisz S. (red.), *Uniwersalny słownik języka polskiego*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- Frochlich A., *Stymulacja od podstaw*, WSiP, Warszawa 1998.
- Goddard Blythe S., *Odruchy, uczenie i zachowanie. Klucz do umysłu dziecka*, Międzynarodowy Instytut dr Swietłany Masgutowej, Warszawa 2004.
- Harlow H.F., *Miłość u dzieci reżusów*, [w]: *Środowisko a życie psychiczne*, Wybór artykułów z „Scientific American”. Wybrał i opracował K. Jankowski, Warszawa 1969, t.143, s.116-119, [za]: T. Chachulska, *Ręce matki-ciało dziecka*, [w]: *U źródeł rozwoju dziecka*, H. Olechnowicz (red.), WSiP, Warszawa 1999.
- Kielin J., *Trudności i problemy terapeutyczne*, [w]: *Rozwój daje radość. Terapia dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim*, J. Kielin (red.), GWP, Gdańsk 2000.
- Korczak J., *Wybór pism pedagogicznych, Jak kochać dziecko. Prawo dziecka do szacunku. Momenty wychowawcze*, t.1, PZWS, Warszawa 1957.
- Maas V.F., *Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej*, WSiP, Warszawa 1998.
- Odowska-Szlachcic B., *Metoda Integracji sensorycznej we wspomaganiu rozwoju mowy u dzieci z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego*, Wyd. Harmonia, Gdańsk 2010.
- Odowska-Szlachcic B., *Terapia integracji sensorycznej*. Zeszyt 1, Wyd. Harmonia, Gdańsk 2011.
- Olechnowicz H., *O elementarnym kształceniu najmłodszych dzieci*, [w]: *U źródeł rozwoju dziecka*, H. Olechnowicz (red.), WSiP, Warszawa 1999.
- Sobolewska J., *Maski Pana Boga. Szkice o pisarzach i mistykach*, WL, Kraków 2003.
- Szmigielska B., *Pełnia życia w łonie*, [w]: *Czym jest psychologia*, D. Krzemionka-Brózda (red.), „Charaktery”, Kielce 2002.
- Thomas S., *Masaż w pospolitych dolegliwościach*, Wyd. Delta W-Z, Warszawa 2000.
- Twardowski A., *Wychowanie dzieci o niesprawności sprzężonej*, [w]: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, I. Obuchowska (red.), WSiP, Warszawa 1999.

Urzędowska-Sitarczyk M., *Metoda integracji sensorycznej A. Jean Ayres*, [w]: *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z uszkodzonym wzrokiem i dodatkowymi niepełnosprawnościami. Poradnik dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych*, G. Walczak (red.), Warszawa 2005.