

NASZA PORADNIA

BEZPŁATNY KWARTALNIK

LISTOPAD 2017

NR 11

INTERWENCJA KRYZYSOWA WOBEC DZIECI

**ZANIM WKROCZY SPECJALISTA...-
PRZEWODNIK DLA NAUCZYCIELI PRZEDSZKOŁA I RODZICÓW.**

CO TO JEST OBRONNOŚĆ DOTYKOWA?

**WPŁYW „TRZECIEGO MIGDAŁKA” NA ROZWÓJ MOWY DZIECI
W WIEKU PRZEDSZKOLNYM**

**RUCH TO ZDROWIE? AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA
DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM I WCZESNOSZKOLNYM**

TRUDNOŚCI SZKOLNE W MŁODSZYM WIEKU SZKOLNYM

**DYSORTOGRAFIA – PRZEGLĄD PODSTAWOWYCH NURTÓW
BADAŃ DOTYCZĄCYCH PRZYCZYN**

Szanowni Czytelnicy

Witając Państwa w jesiennej odświeżeniu naszego biuletynu pragniemy zaprezentować zagadnienia dotyczące problemów emocjonalnych oraz zaburzeń zachowania dzieci i młodzieży uwarunkowanych czynnikami społecznymi czy rodzinnymi, które nieleczone mogą rzutować na prawidłowy rozwój psychospołeczny. Zwracamy Państwa uwagę na rolę interwencji kryzysowej w sytuacjach traumatycznych, z którymi stykają się młodzi ludzie. Kiedy jest zasadne skorzystanie z tej formy pomocy psychologicznej i jakie są pierwsze symptomy zaburzeń pourazowych u dzieci, na te i inne pytania odpowie artykuł Pani Beaty Ninard. Pragniemy również zachęcić rodziców i nauczycieli do lektury książki wydanej przez Panią Agnieszkę Wentrych, pracownika naszej poradni *Zanim wkroczy specjalista...* – przewodnik dla nauczycieli przedszkola i rodziców, w którym można dowiedzieć się między innymi o adaptacji przedszkolnej, problemów z jedzeniem czy syndromie Pinokia, czyli dziecięcego kłamania i fantazjowania. Artykuł naszego fizjoterapeuty, Pani Karoliny Żmudy, będzie natomiast uzasadnieniem tezy, dlaczego „ruch to zdrowie” oraz jakie konsekwencje wiąże się z brakiem aktywności fizycznej u dzieci.

Życzymy owocnej lektury.

Urszula Stopińska

SPIS TREŚCI

Beata Ninard	<i>INTERWENCJA KRYZYSOWA WOBEC DZIECI</i>	3
Agnieszka Wentrych	<i>ZANIM WKROCZY SPECJALISTA... – PRZEWODNIK DLA NAUCZYCIELI PRZEDSZKOLA I RODZICÓW</i>	5
Agnieszka Kowalówka	<i>CO TO JEST OBRONNOŚĆ DOTYKOWA?</i>	6
Anna Kwoka	<i>WPLYW „TRZECIEGO MIGDAŁKA” NA ROZWÓJ MOWY DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM</i>	8
Karolina Konik	<i>RUCH TO ZDROWIE? AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM I WCZESNOSZKOLNYM</i>	10
Maria Borowy	<i>TRUDNOŚCI SZKOLNE W MŁODSZYM WIEKU SZKOLNYM</i>	12
Marta Jurek	<i>DYSORTOGRAFIA – PRZEGLĄD PODSTAWOWYCH NURTÓW BADAŃ DOTYCZĄCYCH PRZYCZYN</i>	13
Sprawozdanie z Zebrań Logopedów Miasta i Gminy Skawina oraz Gminy Mogilany		15



Beata Ninard, psycholog, psychoterapeuta

Interwencja kryzysowa wobec dzieci

Nagle, nieprzewidziane trudne zdarzenia losowe, np. śmierć osoby bliskiej, skutki wypadku komunikacyjnego, pożaru, poważnej i prowadzącej do istotnych zmian w funkcjonowaniu choroby własnej lub opiekuna, rozvodu rodziców itp., prowadzą do zachwiania poczucia bezpieczeństwa i destabilizacji u dziecka. To, w jaki sposób poradzi sobie z nową sytuacją, zależy od wielu czynników. Obserwując zachowania innych osób z rodziny doświadczających traumy, dziecko uczy się sposobu emocjonalnego odreagowywania napięcia poprzez naśladownictwo identyfikację. Jednak w związku z wczesnym etapem rozwoju osobowości, jego sposoby przystosowania są niedojrzałe, co pogłębia naturalna w sytuacji kryzysu regresja. Niezwykle ważne jest w porę udzielone wsparcie osoby dorosłej, rozumiejącej specyfikę życia psychicznego i mechanizmów obronnych niedojrzałej osobowości dziecka. W praktyce pomocy psychologicznej szczególną rolę odgrywa interwencja kryzysowa. Nie jest ona równoznaczna z psychoterapią, rozumianą jako długoterminowy proces prowadzący do zmiany sposobu myślenia, przeżywania i funkcjonowania pacjenta, rozwoju osobowości oprócz zredukowania objawów. Interwencja kryzysowa ma na celu przywrócenie równowagi i stanu psychicznego sprzed kryzysu, pomoc w adaptacji do nieuchronnych zmian w sytuacji. Redukcja symptomów związanych z zespołem stresu pourazowego (PTSD) i przywrócenie równowagi psychicznej zapobiega dalszej dezorganizacji. Polega na zapewnieniu wsparcia emocjonalnego, poczucia bezpieczeństwa, zredukowaniu lęku i związanych z nim zmian w spostrzeganiu i myśleniu. Interwencja kryzysowa jest to działanie doraźne, krótkoterminowe, zmierzające do udzielenia natychmiastowej pomocy osobom znajdującym się w sytuacji kryzysowej. Ma złagodzić objawy, przywrócić zdolność samodzielnego radzenia. To „pierwsza pomoc psychologiczna”. W interwencji kryzysowej istotne jest empatyczne, a zarazem praktyczne i konkretne odpowiedzenie na potrzeby

osoby w kryzysie. Pomoc musi być udzielona szybko, koniecznie w początkowym okresie (około 6-8 tygodni od wydarzenia krytycznego) – zanim nie uruchomią się patologiczne mechanizmy obronne. Trzeba pomagać szybko i intensywnie, potrzebne są częste spotkania wspierające. Współwystępujące zaburzenia u dzieci po przeżyciu wydarzenia traumatycznego to m.in.: pogorszenie wyników w nauce, zwiększona nadpobudliwość emocjonalna, trudniejsze relacje z rówieśnikami, zwiększony dystans do członków rodziny, trudniejsze radzenie sobie z gniewem, lękiem, poczuciem winy oraz nasilenie zaburzeń emocjonalnych, występujących wcześniej takich jak: zaburzenia lękowe, depresyjne, fobie, zaburzenia jedzenia, nadpobudliwość psychoruchowa itp. Objawy zaburzeń pourazowych można podzielić na trzy grupy: zachowania regresywne, objawy somatyczne, objawy emocjonalne.

Symptomy zaburzeń pourazowych u dzieci.

Zalicza się do nich następujące objawy (Farberow N.L. 1978, Lystad M. 1986, Badura-Madej W., Leśniak E. 1997, National Center for PTSD 1997):

- wyraziste, natrętne wspomnienia
- przeżywanie z fotograficzną dokładnością traumatycznych wydarzeń wywoływane przez bodźce (widoki, dźwięki, zapachy) zapamiętane w sposób swoisty dla danego dziecka w czasie wydarzenia traumatycznego towarzyszące temu takie wegetatywne objawy stresu jak przyspieszone bicie serca, pocenie się, drżenie rąk
- powtarzające się przykre sny, koszmary senne i sny o śmierci
- przekonanie o nieuchronności przyszłych katastrofalnych wydarzeń i czujne rejestrowane ich oznak
- pesymizm co do przyszłości, oczekiwanie wczesnej śmierci
- unikanie, ucieczka od traumatycznych wspomnień

- powtarzanie zachowań takich, jak w czasie traumatycznych wydarzeń np. w zabawach tematycznie związanych z traumą
- emocjonalne odrętwienie (wydaje się, że dziecko nic lub mało przeżywa, jest takie, jakby nie miało uczuć)
- zmniejszone zainteresowanie różnymi ważnymi aktywnościami
- symptomy somatyczne (ból głowy, ból brzucha)
- nadmierna czujność i nadreaktywność zwłaszcza na bodźce przypominające traumę.

Gerald Caplan, 1964 „Psychiatria prewencyjna” (amerykański psychiatra, jeden z twórców interwencji kryzysowej) wyróżnia 4 fazy reakcji kryzysowej:

1. Napięcie związane ze spostrzeganiem nagłej zmiany; spostrzeganie sytuacji jako utraty lub zagrożenia, poczucie niepewności co do przyszłości i utraty kontroli.
2. Wzrost napięcia i podejmowanie prób radzenia sobie w oparciu o dotychczasowe sposoby. Próby zaprzeczania stracie, „otrząśnięcia się” jakby nic się nie wydarzyło.
3. Te sposoby okazują się niewystarczające; uruchamiamy wszelkie możliwe rezerwy aby odzyskać równowagę. To faza dezintegracji, obniżonej sprawności psychicznej, silnych emocji (smutku, złości, dezorientacji) ale i podatności na zmianę, otwartości na pomoc.
4. W przypadku nieudzielenia skutecznej pomocy dochodzi do fazy dekompensacji (np. środki odurzające, samobójstwo, choroba psychiczna itp.)

Interwencja kryzysowa ma konieczne etapy:

I. Odreagowanie emocji – trzeba pomóc dziecku w ich otwartym wyrażeniu, zaakceptować i przyjąć nawet zaskakujące lub gwałtowne sposoby ekspresji (np. lęk, rozpacz, płacz, gniew, pozorną obojętność wynikającą z tzw. „anestezji” emocjonalnej, czyli obronnego znieczulenia i odrętwienia). Dziecko musi czuć się zrozumiane i przyjęte ze swoimi uczuciami, dorosły powinien być „pojemnikiem” na trudne emocje, których doświadcza dziecko: nazywać je i komentować, zapewniając, że ma prawo czuć to co przeżywa i uspokajając, że za jakiś czas poczuje się lepiej. Trzeba powstrzymać się od doradzania, natychmiastowego wskazywania sposobów rozwiązywania sytuacji, bo w silnych emocjach nie jest w stanie ich zastosować. Nie sugerować odcinania i wypierania:

„zapomnij”, „nie myśl o tym” itp. Zamiast pocieszać na siłę, trzeba towarzyszyć w przeżywaniu emocji i dopiero potem pomagać w ich rozumieniu.

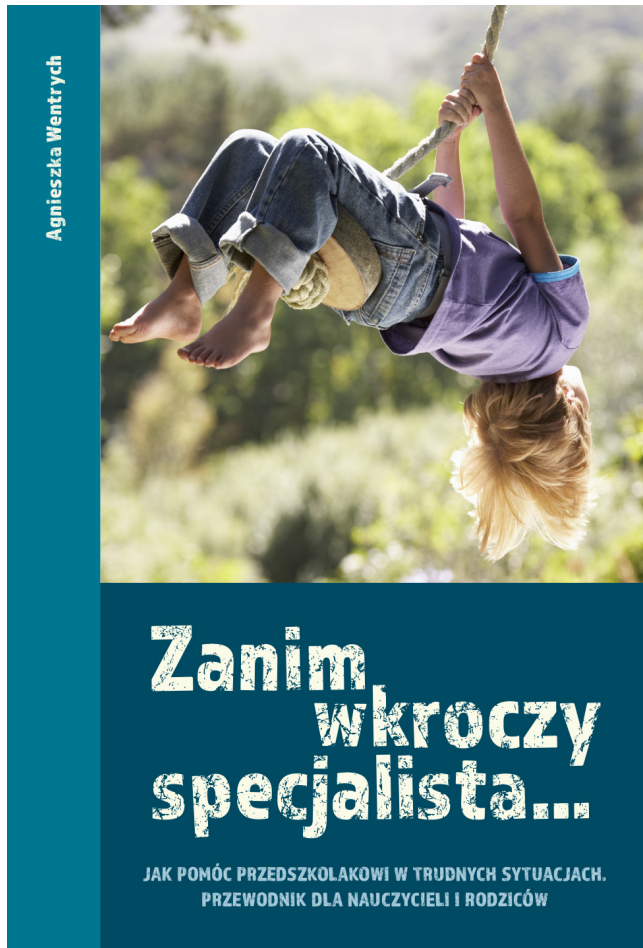
II. Psychoedukacja czyli pomoc w zrozumieniu tego, co się stało i czego doświadcza w celu przywrócenia poczucia kontroli i szukania wyjścia z sytuacji. Trzeba w zrozumiały sposób przekazać wiedzę o dynamice reakcji pourazowej, uspokając, że wszelkie reakcje i objawy posttraumatyczne są normalne, zmniejszając lęk przed „zwarowaniem”. Dzieci uspokają się, gdy wiedzą, że z czasem miną „migawki” wspomnień, intruzywnie przeżywanych obrazów z wypadku, pożaru, napadu itp., jakby wciąż były realistyczne. Te złudzenia wzrokowe, słuchowe a czasem także czuciowe, jakby trauma działa się wciąż od nowa, dopatrywanie się zagrożenia w neutralnej sytuacji, są przejściową reakcją wzmożonego „pogotowia lękowego”. Uzyskanie wiedzy pomoże zyskać dystans do uporczywych omamów zmysłowych i przetrwać czas powrotu do równowagi. Ważne jest uważne słuchanie dziecka i obserwowanie jego funkcjonowania, aby zauważyć np. irracjonalne obwinianie się za zdarzenie, na które nie miały wpływu. Konieczna jest pomoc w uwolnieniu się od poczucia winy a także w odreagowaniu napięcia, uzewnętrznieniu traumy. Dzieci często mają potrzebę odreagowania poprzez zabawę w odgrywanie sytuacji, poprzez powtarzalne motywy rysunków, symbolicznie przywracające im poczucie wpływu i kontroli. Pozwólmy im wielokrotnie odgrywać np. wypadek, zderzenie, pożar i jego gaszenie, nawet fantastyczne akcje ratunkowe. Towarzyszymy im w rysunkowym porządkowaniu swojego wewnętrznego świata, którego ład został boleśnie i gwałtownie naruszony. Dzieci mają różne pomysły, odreagowują i dążą do przywrócenia poczucia bezpieczeństwa np. fantazjując o „zamykaniu w więzieniu” sprawców, „łapaniu ich przez tysiąc policjantów”, „magicznego helikoptera z pomocnikiem” itp. Trudne doświadczanie skutków kryzysowej sytuacji dotyczy najczęściej nie tylko dziecka ale także innych członków rodziny. Dlatego ważne jest zapewnienie możliwości jak najwcześniejszego profesjonalnego wsparcia, aby zapobiec przewlekłym, patologicznym skutkom kryzysu i eskalacji problemów.

Bibliografia:

Wanda Badura-Madej: „Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej”, Wydawnictwo Naukowe Śląsk 1999.

Agnieszka Wentrych, psycholog, terapeuta EEG-Biofeedback

Zanim wkroczy specjalista... – przewodnik dla nauczycieli przedszkola i rodziców.



Specjalistyczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Skawinie ma przyjemność zaprezentować Państwu przewodnik dla nauczycieli i rodziców dzieci przedszkolnych, który jest owocem współpracy pani Agnieszki Wentrych, psychologa SPPP, z Wydawnictwem „Blżej Przedszkola.”

Pani Agnieszka Wentrych pracuje z dziećmi i młodzieżą oraz ich rodzicami prowadząc diagnozę psychologiczną, konsultacje, spotkania terapeutyczne. Prowadzi także treningi EEG-Biofeedback. W ramach swoich zadań podejmuje również współpracę ze szkołami i przedszkolami z terenu miasta i gminy Skawina. Przewodnik „Zanim wkroczy specjalista...” jest swoistą odpowiedzią na pytania i wątpliwości formułowane przez nauczycieli i rodziców

a dotyczące różnych problemów w rozwoju i funkcjonowaniu dzieci przedszkolnych. Takich, z którymi spotykają się na co dzień, które chcieliby rozwiązać, poszukują zatem wsparcia, informacji, praktycznych wskazówek.

Książka ta podpowiada:

- jak rozumieć problemowe zachowania dzieci
- w jaki sposób na nie reagować
- jak wspierać dziecko
- jak, będąc nauczycielem, rozmawiać z opiekunami dziecka i nawiązywać z nimi współpracę
- w jakich sytuacjach interwencja na poziomie przedszkola i środowiska domowego będzie wystarczająca, a kiedy konieczne może się okazać wsparcie specjalisty

Przewodnik stanowi narzędzie praktyczne. Przejrzysty układ książki zachęca do lektury. Każdy rozdział traktuje o konkretnym problemie. W każdym znalazły się zarówno podstawy teoretyczne poruszanych zagadnień, jak i konkretne propozycje rozwiązań – łącznie z gotowymi materiałami do pracy w przedszkolach oraz tekstami bajek terapeutycznych i profilaktycznych. Nauczyciele znajdą tu także wskazówki, jak o sprawach trudnych rozmawiać z rodzicami, a rodzice – kompetentne porady, które pomogą im w udzieleniu dzieciom odpowiedniego wsparcia.

Książka podzielona jest na 3 działy.

W dziale I Dzieci i ich emocje podejmowane są zagadnienia:

- adaptacji przedszkolnej (Nie porzucajcie mnie tutaj)
- problemów z jedzeniem (By niejadek zjadł..)
- ryzyka uzależnień od urządzeń multimedialnych (Wirus TIK)
- onanizmu dziecięcego (Co wiedzą dzieci o swojej seksualności)
- mutyzmu wybiórczego (Czy Karol i Kinga nie potrafią mówić? – szczególnie cenny wywiad ze specjalistą dr Anną Skoczek).

II dział – Dzieci w relacjach – dostarcza wskazówek jak postępować w wypadkach:

dziecięcego izolowania się (Gdy dziecko bawi się samo)

dziecięcego tzw. kłamania i fantazjowania (Syndrom Pinokia...)

zachowań agresywnych u dzieci (Prawo dżungli w przedszkolu)

buntu przedszkolaka (Gdzie jest granica dla dziecięcego nie)

dziecięcej rywalizacji i nieradzenia sobie z niepowodzeniem (Zawsze najlepszy gracz?).

III dział – Dzieci w rodzinie – traktuje o problemowych sytuacjach rodzinnych, opisując takie zagadnienia, jak: rozstania i rozwód w rodzinie (To nie jest Twoja wina), śmierć i umieranie w rodzinie (Kiedy ktoś z rodziny odchodzi na zawsze), euro-emigracja rodzica, przemoc wobec dziecka w rodzinie. Ostatni rozdział (Trudne dorosłych rozmowy) zawiera wskazówki dotyczące efektywnej komunikacji między nauczycielem a rodzicami dziecka.

Nauczycielu! Rodzicu! Publikacja ta powstała, jako odpowiedź na Twoje pytania i wątpliwości. Mam nadzieję, że będzie stanowić dla Ciebie zarówno trafne wsparcie teoretyczne, jak i autentycznie pomocne narzędzie praktyczne.

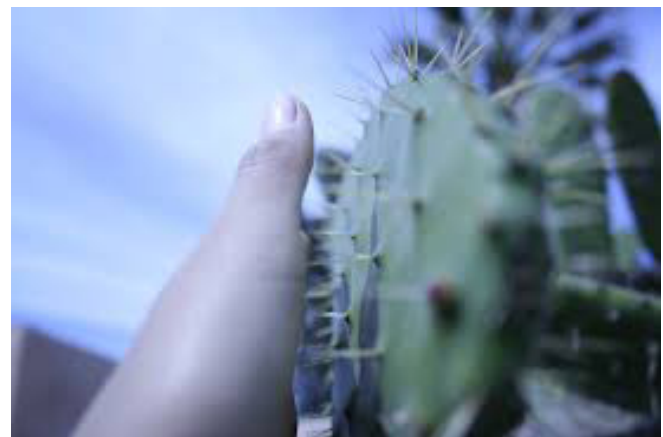
Agnieszka Kowalówka, psycholog, terapeuta SI

Co to jest obronność dotykowa?

„Nicky była czarującą czterolatką – inteligentną i gadatliwą jak na swój wiek. Dziewczynka była szczęśliwa tylko wtedy, gdy ktoś ją tulił lub kołysał, ale nawet w takich sytuacjach spokój trwał krótko. Od najmłodszych lat dziewczynka miała negatywny stosunek do kąpielii; do dotyku ubrań, koców i zabawek; do faktury, smaku i zapachu różnych potraw; do głośnych i niezwykłych dźwięków; a także do sytuacji, w których była dotykana lub trzymana w niewłaściwy sposób. Mycie, szczotkowanie lub obcinanie włosów było koszmarem. Wszyscy – nauczycielka, sąsiedzi, inne matki, krewni, a nawet ojciec dziewczynki uważali, że matka Nicky ją rozpusza lub jej pobbłaża”

(Ayres, 2015, s.118).

Fragment tej historii ukazuje jak mało wiemy na temat zjawiska obronności dotykowej i jak często jest ono mylnie interpretowane. Tytułowa obronność dotykowa to inaczej podwyższona wrażliwość na bodźce dotykowe. Oznacza to, że dziecko jest przesadnie



wyczulone na bodźce, odczuwa dyskomfort, reaguje negatywnie na szczególnie nieprzyjemne bodźce. Negatywne reakcje wynikające z nadwrażliwości na dotyk mogą być przenoszone na inne osoby, co może doprowadzić do poczucia niezrozumienia. Często bliskość innych osób, chęć podania ręki czy okazania czułości jak przytulenie lub pocałowanie, może doprowadzić do poczucia irytacji i podwyższonej

drażliwości. Wbrew pozorom dziecko z obronnością dotykową potrzebuje dotyku bardziej niż inne osoby, ale nie jest w stanie utrzymać równowagi w swoim układzie nerwowym i dlatego dochodzi do negatywnych reakcji i niechęci do kontaktu fizycznego. Obserwuje się związek między obronnością dotykową, a chwiejnością emocjonalną, co może potęgować poczucie wyobcowania. U dzieci, które cierpią na to zaburzenie, często pojawiają się problemy z uczeniem się, opóźnieniem rozwojowym oraz innymi poważnymi schorzeniami. Zazwyczaj dzieci te, są bardzo aktywne, rozkojarzone, mają problem z utrzymaniem koncentracji na konkretnym zadaniu. Obronność dotykowa może przeszkadzać w tworzeniu się prawidłowych relacji między rodzicem, a dzieckiem oraz w interakcjach z rówieśnikami.

Obronność dotykowa jest to skłonność do negatywnych i emocjonalnych reakcji na bodźce dotykowe, występujące jednak tylko w określonych warunkach. Dziecko doświadczające trudności związanych z obronnością dotykową często może czuć się niezrozumiałe przez otoczenie. Największym problemem są sytuacje, kiedy ktoś dotyka dziecko, poza jego kontrolą wzroku, co potęguje zaskoczenie odczuwane przez dziecko, w konsekwencji może to skutkować uczuciem ciągłego niepokoju i rozdrażnienia. Dzieci przejawiające obronność dotykową, dążą do ochrony przed nadmiarem niechcianych bodźców. Szczególnie wrażliwe miejsca na ciele to: twarz, przedramiona, stopy. Doświadczenia płynące z obronności dotykowej często są subiektywnie odczuwane przez dziecko, może ono nie być w pełni świadome natury swoich doznań. Istnieje kilka sposobów, dzięki którym możemy ułatwić dziecku funkcjonowanie z obronnością dotykową. Przede wszystkim trzeba przyznać i zaakceptować, że istnieje takie zaburzenie. Trzeba uważać

na oznaki nadmiaru stymulacji i pobudzenia. Ważne jest, by próbować ułatwić dziecku przebywanie w środowisku, które może nieść dla niego zagrożenia. Dotyk ocierających się dzieci może być drażniący, dlatego w sytuacjach kiedy jest możliwość uniknięcia takich sytuacji, można dziecku pomóc. Wbrew pozorom dla dziecka z obronnością dotykową bardziej komfortowy będzie stały nacisk niż delikatny dotyk. Dotykanie takiego dziecka czubkami palców może wydać się bardzo niekomfortowe dla niego. Warto próbować poszerzać doświadczenia dotykowe dziecka najlepiej w przystępny sposób na przykład podczas zabaw. Dziecko w dogodnych warunkach z większą chęcią będzie wtedy mogło eksplorować środowisko. Gdy dziecko jest mniejsze, można też spróbować kilku prostych zabaw. „Dotykowe pudełko” to zabawa polegająca na tym, że do pudełka wkładamy przedmioty o różnych fakturach, a następnie prosimy by, wkładając rękę i dotykając przedmiotu, próbowało zgadnąć jakiego przedmiotu dotyka. Kolejnym pomysłem, może być zabawa w kąpiel, podczas której zachęcamy dziecko do korzystania z różnych myjek, gąbek. Warto spróbować angażować dziecko w czynności, które wymagają od niego dotykania różnych faktur, nowych wzorów. Podsumowując, jeżeli dziecko odczuwa awersję w stosunku do dotyku, faktur, które innym dzieciom nie sprawiają problemu, jeżeli wykazują zaniepokojenie, a nawet rozdrażnienie podczas codziennych zabiegów takich jak mycie twarzy, czesanie, ubieranie się oraz jeżeli przypadkowe dotykanie przez inne osoby sprawia, że dziecko czuje się bardzo zestresowane, to takie zachowanie może być przejawem obronności dotykowej. Jeśli większość z przytoczonych zachowań możesz zaobserwować u swojego dziecka, to dobrze byłoby wybrać się do specjalisty integracji sensorycznej na konsultację.



Anna Kwoka, logopeda

Wpływ „trzeciego migdałka” na rozwój mowy dzieci w wieku przedszkolnym.

Co to jest „trzeci migdałek”?

Możemy wyróżnić dwa rodzaje migdałków występujących w gardle człowieka – migdałki podniebienne umieszczone po dwóch stronach jamy gardłowej oraz migdałek gardłowy (trzeci migdałek, adenoid) występujący w jamie nosowo gardłowej. Migdałek gardłowy występuje u dzieci, a około siódmego roku życia powinien ulec zanikowi. Migdały pełnią funkcję obronną – stanowią barierę przed wirusami i bakteriami, które dostają się do organizmu przez nos oraz usta. Podczas zwalczania infekcji trzeci migdałek zwiększa swoją objętość, a podczas procesu zdrowienia wraca do prawidłowych rozmiarów. Częste infekcje, alergia, czy też niektóre choroby zakaźne mogą jednak spowodować, że migdałek nie zmniejsza się, a wręcz przeciwnie – rozrasta się coraz bardziej.

Jakie są objawy przerostu migdałka gardłowego?

Rozrośnięty migdałek gardłowy wpływa negatywnie na drożność dróg oddechowych powodując zmianę toru oddechowego z prawidłowego (przez nos) na nieprawidłowy ustny, lub ustno-nosowy. Może powodować też nieprawidłową pozycję spoczynkową języka – tzn. że język leży płasko, na dnie jamy ustnej, zamiast za górnymi zębami, na górnym wałku dziąsłowym, co sprawia, że dziecko ma ciągle niedomknięte usta. Nieprawidłowa pozycja języka jest też przyczyną problemów z połykaniem oraz może doprowadzić do powstawania tzw. gotyckiego podniebienia, wad zgryzu (tyłozgryzu, zgryzu otwartego) oraz charakterystycznego wyglądu twarzy, zwanej twarzą adenoidalną. Przerośnięty migdałek często utrudnia także dostęp powietrza do ucha środkowego, powodując stany zapalne, co w konsekwencji doprowadzić może do niedosłuchu o typie przewodzeniowym. Może on być także przyczyną chrapania oraz bezdechów sennych, a co za tym idzie przewlekłego zmęczenia dziecka i obniżonej zdolności koncentracji.

Jak trzeci migdałek wpływa na mowę dziecka?

Wymienione wyżej fizjologiczne konsekwencje obecności rozrośniętego migdała mogą powodować szereg zakłóceń mowy dziecka. Pierwszym z nich jest występowanie nosowania zamkniętego. Mamy z nim do czynienia wtedy, gdy przejście do jamy nosowej jest zamknięte i uniemożliwia prawidłowy rezonans nosowy w trakcie wypowiedzania głosek nosowych, które są wymawiane jak głoski ustne, a mowa dziecka jest niewyraźna i „kluskowata”. Płaskie ułożenie



języka, oprócz problemów z połykaniem powoduje także zaburzenia w artykulacji głosek p,b,m, f, w, t, d, n, głosek ciszących (ś, ź, ć, dź), syczących (s, z, c, dz) oraz szumiących (sz, ż, cz, dż). Upośledzenie słuchu o typie przewodzeniowym, sprawia, że dziecko odbiera dźwięki tak, jakby wydobywały się z innego pomieszczenia np. zza ściany. Docierające do dziecka dźwięki są przyciszone i zniekształcone, towarzyszy im także nieprzyjemny szum. Powoduje to, że dziecko nie jest w stanie prawidłowo nadawać mowy, a u dzieci w wieku szkolnym skutkuje także problemami z pisaniem (dziecko pisze tak, jak słyszy). U dzieci z przerośniętym trzecim migdałkiem słyszenie jest nieprawidłowe póki migdałek nie ulegnie zmniejszeniu lub nie zostanie chirurgicznie usunięty.

Jakie są metody badania i sposoby leczenia?

Oceny stanu migdałków dokonuje lekarz laryngolog, zazwyczaj poprzez badanie ustne lub rentgenowskie. Najbardziej miarodajne wyniki daje jednak badanie endoskopowe, polegające na wprowadzeniu przez nos pacjenta specjalnego urządzenia optycznego, umożliwiającego dotarcie do tych miejsc, które są niedostępne dla oceny wzrokowej. Leczenie przerośniętego migdałka może polegać albo na stosowaniu leków mających na celu obkurczenie migdałka oraz opanowanie stanu zapalnego albo na chirurgicznym usunięciu migdałka w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym. Zwykle terapię zaczyna się od leczenia farmakologicznego, jednak gdy nie daje ono oczekiwanych efektów lub gdy doszło już do upośledzenia słuchu zaleca się interwencję chirurgiczną. Szczególną ostrożność należy zachować u dzieci z przebyłym rozszczepem podniebienia lub nierozpoznanym rozszczepem podśluzówkowym i dysplazjami podniebienia. U tych osób trzeci migdałek może pełnić funkcję protezy pozwalającej na pełne zwarście podniebienia-gardłowe, co w razie usunięcia migdałka może doprowadzić do nosowania otwartego (artykułowania głosek ustnych jak nosowych). Wspomniane wcześniej badanie metodą endoskopową pozwala na ocenę roli trzeciego migdała w zwarciu podniebienia-gardłowym i podjęcie właściwej decyzji co do dalszego sposobu postępowania.

Jak powinna przebiegać terapia logopedyczna?

Warunkiem skutecznej terapii logopedycznej u dzieci z przerostem migdałka gardłowego jest rozpoczęcie leczenia, bowiem tylko zlikwidowanie przyczyny problemów artykulacyjnych połączone z terapią może dać oczekiwane efekty. Niekiedy po wyleczeniu migdałków problemy z mową ustępują, jednak zazwyczaj długotrwała obecność trzeciego migdała doprowadza do powstania nieprawidłowych nawyków oddechowych oraz artykulacyjnych. Konieczna jest terapia logopedyczna mająca na celu wzmocnienie mięśni warg, wywołanie i utrwalenie prawidłowej pozycji języka oraz prawidłowego toru oddechowego, a także wywołanie prawidłowej artykulacji głosek. Potrzebne są również ćwiczenia rozwijające

percepcję słuchową. Ważna jest też rola rodzica, który powinien przypominać dziecku, które nie ma już problemów z migdałkiem, o zamykaniu ust i chowaniu języka za górnymi zębami. Jak widać wpływ przerostu trzeciego migdałka na mowę oraz ogólny stan zdrowia dziecka jest bardzo duży. Dlatego jeśli zauważasz, że Twoje dziecko często choruje, mówi niewyraźnie, chrapie, ma ciągle otwarte usta oraz problemy z koncentracją udaj się do laryngologa, który sprawdzi czy za te dolegliwości nie odpowiada przerośnięty migdał gardłowy. Skonsultuj się także z logopedą, który rozpocznie odpowiednią terapię.

Bibliografia

Znaczenie diagnostyki endoskopowej w ocenie wpływu przerostu układu adenoidalnego gardła na rezonans nosowy i artykulację w wieku rozwojowym [w]: Logopedia, T.43/44 s. 217-225.

G. Jastrzębowska, Dyslalia [w:] Logopedia pytania i odpowiedzi. Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i osób dorosłych, t. 2, Opole 2003.

<http://www.logopeda.org.pl/publikacja.php?id=18>, aktualizacja: 21.05.17

<http://www.klubrodzica.com/wplyw-tajemniczego-trzeciego-migdalka-na-rozwoj-mowy-i-artykulacji/>, aktualizacja 23.05.17.



Karolina Konik, fizjoterapeuta

Ruch to zdrowie? Aktywność fizyczna dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym.

„Ruch jest w stanie zastąpić prawie każdy lek, ale wszystkie leki razem wzięte nie zastąpią ruchu”
Wojciech Oczko

Okres przedszkolny i wczesnoszkolny to czas, kiedy dzieci potrzebują najwięcej ruchu.

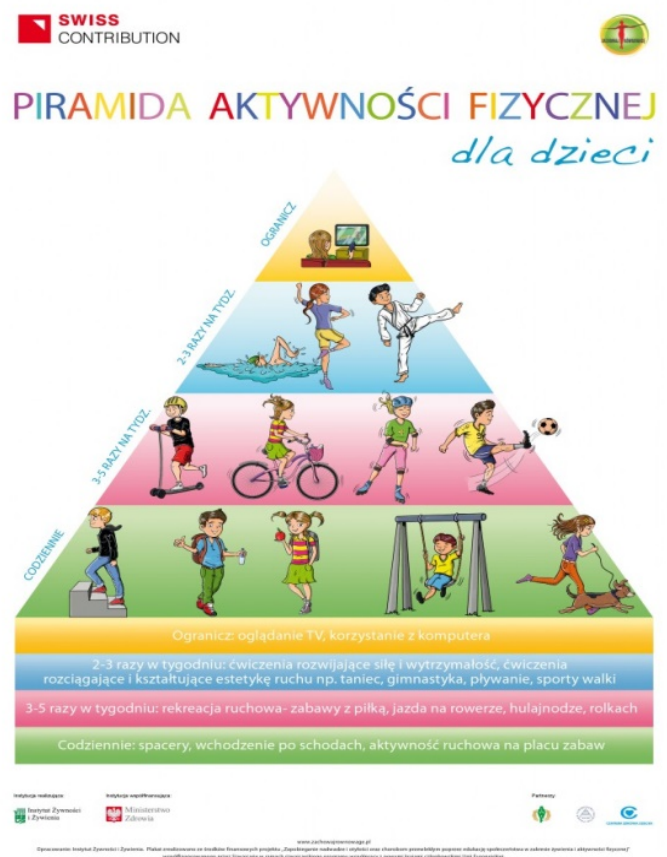
To czas, wkraczania w najwyższe możliwości ruchowe, które stymulują odpowiedni rozwój tzw. „centrum sterowania całym organizmem” jakim jest układ nerwowy. Dzieci w wieku przedszkolnym podświadomie odczuwają potrzebę ciągłego ruchu, który wpływa na ich harmonijny rozwój. Kiedy więc zapewnimy dziecku odpowiednią ilość ruchu, zawojuje to przyswojeniem nowych, bardziej złożonych czynności w przyszłości.

Aktywność ruchowa spełnia następujące funkcje:

- Funkcja stymulacyjna: ruch pobudza cały organizm do harmonijnego wzrostu, powoduje przyrost połączeń nerwowych, wpływa na wzrost siły i elastyczności mięśni, wytrzymałość ścięgien i więzadeł wzrasta, zwiększa się masa kości, poprawie ulega twardość i sztywność kośćca, serce ulega wzmocnieniu i rozbudowie, pojemność życiowa płuc wzrasta, tkanki są lepiej dotlenione
- Funkcja adaptacyjna: dziecko przyzwyczaja, dostosowuje organizm do zmiennych warunków środowiskowych, hartuje organizm – zwiększa się odporność na stres, czy inne czynniki społeczne
- Funkcja wyrównawcza: ruch równoważy niekorzystny wpływ telewizji i komputera na organizm dziecka
- Funkcja korekcyjna: ma zastosowanie w zajęciach korekcyjnych w przypadku dzieci z wadami postawy, cukrzycą czy astmą

Ruch towarzyszy człowiekowi od zarania dziejów. Powszechnie znana jest również piramida zdrowego żywienia. Co ciekawe, stała się ona niejako wzorem dla stworzonej przez naukowców piramidy aktywności fizycznej dla dzieci w wieku szkolnym i wczesnoszkolnym.

Podstawowe piętro to najprostsze aktywności dnia codziennego np. pokonywanie dystansu do szkoły, spacer z psem, aktywność na placu zabaw. Kolejne „piętro” to czynności, które powodują wzrost siły mięśniowej, a także poprawę ich wytrzymałości i elastyczności. Warto wybrać tu najbardziej lubianą przez dziecko formę ćwiczeń (pływanie, tańce, sztuki walki), bowiem zalecane jest uczestniczenie w nich 2-3 razy w tygodniu. Z kolei na samym szczycie piramidy znajdują się tak zwane bierne formy spędzania wolnego czasu. Zaliczamy tu przede wszystkim sen, jak i nieunikniony w dzisiejszych czasach dostęp do komputera czy telewizji, które jednak powinny być ograniczane do minimum. Ważnym jest, aby podejmować różnego rodzaju aktywności fizyczne razem z dzieckiem. Niewątpliwie będzie miało to pozytywny wpływ na zdrowie rodzica jak i dziecka, a także umocni więź między pokoleniami.



WARTO ĆWICZYĆ BO...

- ruch to wspaniały trening również dla umysłu; wyostża zmysły, poprawia koordynację
- aktywność fizyczna powoduje przyrost zainteresowań, kształtuje konsekwencję w dążeniu do wyznaczonych celów
- ruch rozładowuje nadmiar energii; pozwala na lepsze dotlenienie mózgu
- wysiłek fizyczny kształtuje równowagę; może być czynnikiem poprawiającym jakość snu dziecka
- ćwiczenia poprawiają nastrój, dzięki wytwarzanym podczas aktywności endorfinom
- Ruch zapobiega wielu chorobom takim jak cukrzyca, otyłość, wady postawy, nerwice

CO ZROBIĆ ABY ZACHĘCIĆ MALUCHY DO AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ?

- nigdy nie zmuszaj dziecka do podjęcia aktywności sportowej
- znajdź takie dyscypliny i ćwiczenia, które sprawiają dziecku radość i przyjemność
- Szukaj okazji do wspólnego podejmowania aktywności ruchowej
- chwal dziecko nawet za najmniejsze sukcesy, nie zapominaj o ciągłej motywacji

Bibliografia:

<http://www.zachowajrownowage.pl/pl/piramida-aktywnosci-fizycznej-dla-dzieci-w-wieku-przedszkolnym-i-wczesnoszkolnym-2/>

<https://zdrowyprzedszkolak.pl/wychowanie/75/aktywno%C5%9B%C4%87-fizyczna-przedszkolka.html>

Białas L., Ruch bramą do nauki, „Blizej Przedszkola” 2009, nr 5.

Fall-Ławryniuk M., Ciało i umysł lubią ruch, „Blizej Przedszkola” 2009, nr 6

<http://www.szkolnictwo.pl/index.php?id=PU7016>

https://p236maliodkrywcy.edupage.org/files/Znaczenie_aktywnosci_ruchowej_w_rozwoju_dziecka.pdf

<http://www.szkolnictwo.pl/index.php?id=PU7016>

https://p236maliodkrywcy.edupage.org/files/Znaczenie_aktywnosci_ruchowej_w_rozwoju_dziecka.pdf

Maria Borowy, pedagog, arteterapeuta

Trudności szkolne w młodszym wieku szkolnym

W okresie wczesnoszkolnym częstymi problemami, z którymi stykają się rodzice są trudności ich dzieci z poprawnym pisaniem i czytaniem, trudności w koncentracji uwagi oraz wolnego tempa uczenia. Przyczyną tych kłopotów mogą być zaburzone funkcje percepcyjno-motoryczne, ważne dla rozwoju procesu czytania i pisania, a tym samym powodujące zamiany wyrazów podczas czytania oraz popełnianie błędów ortograficznych i specyficznych, jak: gubienie liter i elementów graficznych liter, przecinków, zamiany zespołów ą-om, ę-em, opuszczanie całych wyrazów, pismo fonetyczne, zamiany liter podobnych kształtem w osi pionowej (b-d, g-d) i poziomej (m-w, u-n). Deficyty rozwojowe mogą obejmować zarówno funkcje słuchowo-językowe, jak i wzrokowo-przestrzenne i wzrokowo-ruchowe. Zaburzenie może też dotyczyć słuchowej pamięci fonologicznej i krótkotrwałej pamięci wzrokowej oraz integracji wzrokowo-słuchowej i słuchowo-wzrokowej. Istotnym dla prawidłowej techniki pisania jest też zdolność szybkiego nazywania bodźców wizualnych. Deficyt w tym zakresie świadczy o zaniżonej precyzyjnej koordynacji informacji w czasie. Deficyt ten może stanowić jedną z istotnych przyczyn ewentualnych trudności ucznia w zakresie czytania (tempa czytania bądź poprawności). Ważnym elementem sprawnego pisania i wykonywania zadań rysunkowych, szlaczków, itp. jest dobry poziom motoryki małej i właściwe operowanie przyrządem pisarskim (ołówkiem, długopisem).

CO W TAKIEJ SYTUACJI ROBIĆ?

1. wskazana jest kontrola wzroku i słuchu w celu wyeliminowania wady wzroku (np. astygmatyzm, nadwzroczność) i wady słuchu
2. badanie specjalistyczne w poradni psychologiczno-pedagogicznej w razie nasilonych trudności
3. profilaktyka poprzez stymulację i harmonijny rozwój wszystkich funkcji percepcyjno-motorycznych
4. stymulacja funkcji wzrokowo-ruchowo-słuchowych, leżących u podstaw czytania i pisania, np. jednym z programów edukacyjno-terapeutycznych „Ortografitti”
5. ćwiczenia grafomotoryczne, rysowanie po śladzie, lepienie z plasteliny, modeliny, ciastoliny, rysowanie patykiem po piasku, w glinie, wodzenie palcem po skórze wyrazów
6. dyktanda z pamięci wg M. Bogdanowicz dla dzieci młodszych, gry językowe typu „scrabble”, rozwiązywanie krzyżówek, rebusów, kalkowanie wyrazów, zdań, wzorów geometrycznych
7. memory, układanie puzzli, wyszukiwanie różnic i podobieństw pomiędzy obrazkami
8. odsłuchiwanie audycji radiowych i spektakli teatralnych, czytanie na przemian z dorosłym
9. czytanie baśni i bajek, odgrywanie z podziałem na role, czytanie rymowanych wierszy
10. układanie pytań do tekstu, tworzenie planu do krótkich opowiadań, zabawa w teatr
11. deklamowanie wierszy, naśladowanie odgłosów przyrody i głosów ludzkich
12. prawopółkulowe zapamiętywanie trudności ortograficznych poprzez obraz i skojarzenia
13. korzystanie z naturalnych materiałów w plenerze typu: piasek, szyszki, kamyczki, patyczki i układanie z nich wyrazów
14. zapamiętywanie także poprzez zapach np. świeże owoce typu borówki, maliny, i zaznaczanie w wyrazach tylko trudności ortograficznych z tych owoców, zamiast np. plasteliny, podobnie można wykorzystać warzywa, np. groch, fasola, orzechy, ogórki.

Marta Jurek, pedagog, terapeuta SI

Dysortografia – przegląd podstawowych nurtów badań dotyczących przyczyn

Różnorodność rozumienia i ujmowania pojęcia dysortografii skutkuje tworzeniem rozmaitych koncepcji, które usiłują wyjaśnić przyczyny trudności w opanowywaniu umiejętności prawidłowego pisania (a dla niektórych także czytania) i prowadzi w następstwie do ciągłych dociekań naukowców nad ich etiologią. W literaturze przedmiotu autorzy najczęściej wskazują na kilka najpopularniejszych koncepcji. Należy zaznaczyć, że – choć w zamysle ich twórców i reprezentantów – odnoszą się one zarówno do kwestii pisania jak i czytania, ze względu na tematykę pracy zostaną przytoczone i scharakteryzowane jedynie pod kątem trudności w poprawnym pisaniu.

Jedną z najbardziej znanych jest hipoteza o dziedziczności dysortografii. W 1905 roku C. Thomas, po opublikowaniu wyników badanej przez kilkupokoleniowej rodziny uznał, że przyczyną zaburzeń funkcji odpowiadających za umiejętność pisania (i czytania) są zmiany w centralnym układzie nerwowym, które jednostki przekazują sobie z pokolenia na pokolenie (B. Kaja, *Zarys terapii dziecka*, Bydgoszcz 1995, s. 114). Ten nurt badań, choć najstarszy, kontynuowany jest do dziś. Szacuje się, że czynnik genetyczny jest przyczyną dysleksji u 20-30% wszystkich dyslektyków (tamże). Trudno określić jaki procent tej wielkości przypada na osoby mające trudności tylko i wyłącznie w pisaniu (tak zwanych dysortografików), zgodnie z przyjętą w niniejszym artykule definicją dysortografii.

Inni badacze skłonni są uważać, że za trudności w pisaniu (i czytaniu) odpowiadają mikro-uszkodzenia okolic mózgu aktywne podczas pisania i czytania. Reprezentująca ten nurt w Polsce H. Spionek przede wszystkim podkreślała znaczenie tempa rozwoju funkcji percepcyjno-motorycznych i ich koordynacji. Jej zdaniem, opóźnienie rozwoju tych funkcji przejawia się trudnościami w opanowywaniu sztuki pisania i czytania (H. Spionek, *Opóźnienia i dysharmonie rozwoju*

uczniów jako przyczyna ich trudności i niepowodzeń szkolnych, [w:] *Pedagogika rewalidacyjna*, pod red. A. Hulka, Warszawa 1977). Tak zwana koncepcja organiczna jest prawie tak stara, jak genetyczna, gdyż jej reprezentantami byli w 1906 roku J. Claibourne i w 1911 E. Wartburg.

Nieco później pojawiła się koncepcja głosząca, iż za przyczyny trudności w pisaniu (i czytaniu) odpowiedzialne jest opóźnienie dojrzewania centralnego układu nerwowego na skutek działania rozmaitych czynników patogennych jak geny, hormony czy inne czynniki uszkadzające układ nerwowy. W konsekwencji przyjmuje się, że określone funkcje są jedynie niesprawne, a nie zaburzone. Reprezentanci tego poglądu dopuszczają zatem sytuację, w której trudności dziecka mogą minąć samoistnie, gdy tylko układ ten dojrzeje. Poglądowi temu zaprzeczają jednak dziewięcioletnie badania prof. M. Bogdanowicz, która zaobserwowała, że tylko u ¼ badanej grupy pozbawionej właściwej terapii trudności w pisaniu (i czytaniu) ustąpiły samoistnie na etapie wczesnoszkolnym (klasy I-III), a u 2/3 utrzymały się aż do ukończenia szkoły podstawowej (obecnie do końca drugiej klasy gimnazjum) (M. Bogdanowicz, *Integracja percepcyjno-motoryczna w dysleksji*, [w:] *Dysleksja. Od badań mózgu do praktyki*, pod red. A. Grabowskiej i K. Rymarczyk, Warszawa 2004, s. 288). Wartość różnego rodzaju działań usprawniających – jak np. treningi fonologiczne czy ćwiczenia w odkrywaniu pisma – względem dzieci z tzw. grup ryzyka, a więc wykazujących już pewne trudności odkryli także zagraniczni badacze, jak J. Torgesen (tamże).

Jedną z ciekawszych jest koncepcja hormonalna, według której to blokująca rozwój lewej półkuli mózgowej nadprodukcja testosteronu wywołuje trudności w poprawnym pisaniu (i czytaniu). Jak zauważył M. Galaburda, jeśli rozwój lewej półkuli jest zablokowany to mowa rozwija się później, co bezpośrednio prowadzi do specyficznych

trudności w wieku szkolnym (por. B. Kaja, 1995; M. Bogdanowicz, 2004).

Najbardziej chyba kontrowersyjna jest hipoteza tzw. psychodysleksji. Jej zwolennicy zakładają, że stres i rozmaite sytuacje traumatyczne wywołują trudności w pisaniu (i czytaniu). A. Le Gall uznał, że *czytanie i pisanie symbolizują wymagania świata dorosłych wobec dziecka i dzieci wrażliwe, uczuciowe w pewnych okolicznościach mogą wymagania te odrzucać* (B. Kaja, *Zarys terapii dziecka*, Bydgoszcz 1995, s. 115). Nie brakuje jednak głosów krytycznych wobec tego stanowiska. B. Kaja wyraziła pogląd, iż w takich przypadkach trudności tego typu są raczej przejściowe, a M. Bogdanowicz zauważyła, iż nie mają one wówczas charakteru specyficznych.

Niejako na bazie poprzednich koncepcji zrodziła się tzw. *koncepcja wieloprzyczynowości*, upatrująca przyczyn specyficznych trudności w pisaniu (i czytaniu) w nałożeniu się na siebie problemów dydaktyczno-wychowawczych i kulturalno-społecznych (E. Wysocka, *Diagnoza dysleksji rozwojowej jako podstawa prognozy trudności w uczeniu się – model psychopedagogiczny*, [w:] *Diagnoza psychopedagogiczna podstawowe problemy i rozwiązania*, pod red. E. Jarosz, E. Wysockiej, Warszawa 2006). I ta jednak budzi wiele kontrowersji, gdyż sugeruje, że za dzieci z dysortografią można uznać takie, które mają problemy w prawidłowym pisaniu na skutek np. niewłaściwej atmosfery w domu rodzinnym, zaniedbań wychowawczych, częstej absencji spowodowanej złym stanem zdrowia czy niewłaściwie dobranymi przez nauczyciela metodami pracy. Tymczasem M. Bogdanowicz określiła trzy warunki: dydaktyczny, intelektualny i społeczny, podkreślając, że tylko jednoczesne ich spełnienie przez dziecko kwalifikuje je do diagnozy pod kątem dysortografii (tamże, s. 242). Podobnie W. Zelech, uznał, że nie można szukać winy w dziecku jeśli nauczyciel nie zrobił wszystkiego, aby nauczyć ucznia poprawnie pisać (W. Zelech, *Zaburzenia czytania i pisanie u dzieci afatycznych, głuchych i dyslektycznych*, Kraków 1997, s. 8). Niewłaściwy dobór sposobów nauczania wyklucza więc diagnozowanie dysortografii.

Obecnie w najnowszej literaturze przedmiotu, można spotkać koncepcje głoszące, że przyczyną trudności w pisaniu (i czytaniu) są jedynie deficyty fonologiczne (P. Jaśkowski, P. Rusiak, *Rola płata ciemieniowego w etiologii dysleksji rozwojowej*, [w:] *Dysleksja od badań mózgu do praktyki*, pod red. A. Grabowskiej, i K. Rymarczyk, Warszawa

wa 2004, s. 125). Oznaczałoby to, iż mylenie liter o zbliżonych kształtach spowodowane jest błędnym dobieraniem do obrazu wzrokowego tzw. grafemu odpowiadającego mu dźwięku tzw. fonemu. Rezultaty licznych badań w tym kierunku sugerują jednak, że hipoteza ta jest zbyt uproszczeniem.

Koncepcji, próbujących wyjaśnić przyczyny nieprawidłowości w pisaniu i czytaniu jest tak wiele, iż można wyróżnić kilka nurtów, wokół których ogniskują się badania nad przyczynami tych trudności. Do głównych nurtów należą: neuropsychologiczny, psycholingwistyczny i socjolingwistyczny.

Pierwszy nurt, chronologicznie najstarszy i dominujący w Polsce, upatruje przyczyn nieprawidłowego pisania w zaburzeniu funkcjonowania analizatorów biorących udział w tej czynności (słuchowego, wzrokowego i kinestetyczno-ruchowego), jak i integracji percepcyjno-motorycznej. Przedstawiciele nurtu psycholingwistycznego z kolei, założyw- szy, że pisanie ma charakter twórczy, przyjęli, że za nieprawidłowości w tym obszarze odpowiedzialne jest obniżenie poziomu kompetencji lingwistycznej, czyli abstrakcyjnej i niewyuczonej wiedzy dziecka o języku. Reprezentanci nurtu socjolingwistycznego podkreślają natomiast znaczenie kompetencji komunikacyjnej, przez którą rozumieją umiejętność adekwatnego i efektywnego komunikowania się. Wykazują oni także istnienie silniejszych zależności pomiędzy nią i poprawnym pisaniem, niż pomiędzy prawidłowym pisaniem a kompetencją lingwistyczną. Podobnie, jak w przypadku koncepcji nurty te wzajemnie się uzupełniają i dopełniają, nie dając jednak jednoznacznej odpowiedzi na pytanie co leży u podstaw dysortografii.

Bibliografia:

M. Bogdanowicz, *Integracja percepcyjno-motoryczna w dysleksji*, [w:] *Dysleksja. Od badań mózgu do praktyki*, pod red. A. Grabowskiej i K. Rymarczyk, Warszawa 2004.

P. Jaśkowski, P. Rusiak, *Rola płata ciemieniowego w etiologii dysleksji rozwojowej*, [w:] *Dysleksja od badań mózgu do praktyki*, pod red. A. Grabowskiej, i K. Rymarczyk, Warszawa 2004.

B. Kaja, *Zarys terapii dziecka*, Bydgoszcz 1995.

D. Rogala-Kozubska, M. Raczykowska, *Dysortografia – definicja, symptomy, terapia*, [w:] *Terapia Pedagogiczna. Wybrane zagadnienia*, t. I, pod red. E. M. Skorek, Kraków 2004.

H. Spionek, *Opóźnienia i dysharmonie rozwoju uczniów jako przyczyna ich trudności i niepowodzeń szkolnych*, [w:] *Pedagogika rewalidacyjna*, pod red. A. Hulka, Warszawa 1977.

Pedagogiczna. Wybrane zagadnienia, t. I, pod red. E. M. Skorek, Kraków 2004.

E. Wysocka, *Diagnoza dysleksji rozwojowej jako podstawa prognozy trudności w uczeniu się model psychopedagogiczny*, [w:] *Diagnoza psychopedagogiczna podstawowe problemy i rozwiązania*, pod red. E. Jarosz, E. Wysockiej, Warszawa 2006.

W. Zelech, *Zaburzenia czytania i pisanie u dzieci afatycznych, głuchych i dyslektycznych*, Kraków 1997.

Sprawozdanie z Zebrań Logopedów Miasta i Gminy Skawina oraz Gminy Mogilany.

W roku szkolnym 2016/2017 zebrania zespołu samokształceniowego Logopedów z Gminy Skawina oraz Gminy Mogilany odbywały się co drugi miesiąc. Głównym celem spotkań jest zacieśnianie współpracy pomiędzy logopedami oraz wzajemna wymiana doświadczeń. Pierwsze, październikowe, spotkanie poświęcone zostało omówieniu spraw organizacyjnych. Wspólnie stworzono harmonogram kolejnych zebrań (daty oraz tematykę). Została także przedstawiona krótka prezentacja (poprowadzona przez logopedę Marię Paluch Arciszewską) dotycząca mutyzmu wybiórczego – przyczyn, objawów, terapii. W grudniu, Panie obecne na spotkaniu, opracowały przesiewowe badanie logopedyczne. Wymieniając wzajemnie dotychczasowe doświadczenia, stworzono ramowy plan badania. Przygotowano również kartę badania mowy wykorzystywaną w codziennej pracy diagnostycznej. Uwzględniono zarówno część poświęconą wywiadowi logopedycznemu jak i przebadanie sprawności narządów artykulacyjnych, artykulacji poszczególnych głosek oraz podsystemów językowych. Urszula Stopińska zapoznała uczestników zebrania z zakupionym do poradni testem logo-

pedycznym dla dzieci i młodzieży autorstwa Iwony Michalak-Widery. Kolejne spotkanie przypadło na miesiąc luty podczas którego zebrane Panie poruszały zagadnienia CAPD w kontekście prowadzonej terapii. Natomiast w kwietniu, logopedzi spotkali się, by wspólnie poznać nowo zakupione przez poradnię oprogramowanie Mówik – służące do komunikacji alternatywnej. Omówiono możliwości i metody pracy z wykorzystaniem systemu znaków. W Poradni, a także w innych placówkach na terenie Gminy Skawina i gminy Mogilany, logopedzi co raz częściej pracują z dziećmi, których terapię warto wesprzeć elementami metod komunikacji alternatywnej. Ostatnie tegoroczne spotkanie przypadło na miesiąc czerwiec. Poświęcone było wymianie doświadczeń w zakresie pracy z dziećmi z wadami wymowy (sygmatyzm). Terapia logopedyczna seplenienia trwa czasami bardzo długo i wymaga dużej kreatywności ze strony terapeuty. Warto więc mieć okazję, by wymienić wspólnie pomysły, propozycje ćwiczeń, omówić poszczególne pomoce a także możliwości ich wykorzystania w codziennej pracy.

Maria Paluch-Arciszewska neurologopeda