



ORKA

www.poradnia.oswiata.org.pl

e-mail: ppp1.krakow.@interia.pl

2014/2015

ARTYKUŁY W TEGOROCZNEJ ORCE:

1. Relacja z Konferencji „Poznać, docenić, rozwijać – uczeń zdolny w praktyce krakowskiej edukacji”
mgr Jolanta Skóra – Dyrektor PPP1 str. 2
2. Zaburzenia odżywiania u młodzieży – anoreksja i bulimia
mgr Iwona Surówka – psycholog str. 6
3. Dziecko przewlekłe chore w roli ucznia
mgr Marta Jakubczak – pedagog str. 10
4. Rola gier i zabaw w nauce matematyki oraz kształtowaniu dojrzałości i odporności emocjonalnej dziecka
mgr Ewa Wolińska – Bgczar – pedagog – terapeuta str. 14
5. Stereotypy w logopedii
mgr Małgorzata Ostrowska – Krępa
– neurologoped str. 17
6. Instytucje pomocowe – godne polecenia str. 19
7. Oferta Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej Nr1 str. 20

KOLEGIUM REDAKCYJNE:

Redaktor Naczelny
mgr Elżbieta Ozaist – psycholog

Współpraca, korekta
mgr Jolanta Skóra – Dyrektor PPP1



Szanowni Państwo,

Oddajemy do dyspozycji wszystkich zainteresowanych kolejny numer biuletynu „ORKA”.

Polecam Państwu artykuły, dotyczące wybranych form pracy z dziećmi i młodzieżą oraz zachęcam do zapoznania się z ofertą naszej poradni.

Bardzo dziękuję wszystkim osobom i instytucjom, które na co dzień współpracują z nami. Tylko wspólny wysiłek przynosi wymierne efekty w pracy profilaktycznej, diagnostycznej i terapeutycznej, a także podnosi jakość edukacji oraz oddziaływań wychowawczych.

Na zbliżający się okres wakacyjny życzę Państwu letniego spokoju, udanego wypoczynku oraz wytchnienia od codziennych obowiązków.

Z poważaniem
Jolanta Skóra
Dyrektor PPP Nr 1



RELACJA Z KONFERENCJI „POZNAĆ, DOCENIĆ, ROZWIJAĆ – UCZEŃ ZDOLNY W PRAKTYCE KRAKOWSKIEJ EDUKACJI”



Ponad 200 osób - rodziców, wychowawców, nauczycieli, trenerów i instruktorów - wzięło udział w konferencji „Poznać, docenić, rozwijać – uczeń zdolny w praktyce krakowskiej edukacji”, która odbyła się 7 października 2014 roku w krakowskim Magistracie.



Fot. Uczestników Konferencji powitała Jolanta Skóra
Dyrektor Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1 w Krakowie

Jej organizatorami byli:

Krakowski Międzyopracownicy Zespół ds. Dziecka Zdolnego oraz Poradnia Psychologiczno - Pedagogiczna nr 1 w Krakowie we współpracy z Wydziałem Edukacji Urzędu Miasta Krakowa.

Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego Konferencji była Pani Jolanta Skóra Dyrektor Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1 w Krakowie.

Patronat nad Konferencją objęli Tadeusz Matusz Wiceprezydent Miasta Krakowa, Aleksander Palczewski Małopolski Kurator Oświaty, Bogusław Kośmider Przewodniczący Rady Miasta Krakowa.



Fot. Wiceprezydent Miasta Krakowa Tadeusz Matusz

„W każdym młodym człowieku tkwi potencjał, który możemy odkryć” – mówił podczas otwarcia konferencji Zastępca Prezydenta Miasta Krakowa ds. Edukacji Tadeusz Matusz. – „Zadaniem nauczycieli i opiekunów jest umieć dotrzeć do niego i wyciągnąć to, co najlepsze” – dodał.

Celem konferencji było poszerzenie wiedzy uczestników na temat identyfikacji i wspierania uczniów zdolnych oraz wymiana dobrych praktyk i przedstawienie modelowych działań w obszarze pracy z uczniem zdolnym.

Do udziału w konferencji zaproszono nauczycieli, trenerów, instruktorów, wychowawców i wszystkich tych dla których praca z dziećmi i młodzieżą, odkrywanie i rozwijanie ich zdolności jest pasją oraz inspiracją do twórczych działań. Konferencja przeznaczona była również dla rodziców zainteresowanych rozwijaniem uzdolnień swoich dzieci oraz wymianą rodzicielskich doświadczeń.

Konferencja na tle podobnych debat miała niespotykany charakter. O jej wyjątkowym klimacie zadecydowała przede wszystkim zdolna młodzież z krakowskich szkół, która zaprezentowała swój kunszt kulinarny oraz wyjątkowy talent muzyczny. Uczniowie Zespołu Szkół Przemysłu Spożywczego z Placu Matejki w Krakowie przygotowali dla uczestników konferencji poczęstunek, zachwycając wspaniałymi rzeźbami w owocach. Konferencję zakończył koncert zespołu muzycznego w skład którego wchodzi uczniowie Zespołu Szkół Muzycznych im. Mieczysława Karłowicza w Krakowie.



Fot. Zespół muzyczny uczniów Zespołu Szkół Muzycznych im. Mieczysława Karłowicza w Krakowie



Fot. Uczennice Zespołu Szkół Przemysłu Spożywczego z Placu Matejki w Krakowie wykonują rzeźby w owocach i warzywach w trakcie konferencji

W ramach konferencji odbyły się trzy sesje: referatowa, posterowa i dobrych praktyk.

Sesję referatowa otwierało wystąpienie Pani dr Ewy Klimas-Kuchtowej z Zespołu Szkół Muzycznych im. Mieczysława Karłowicza pt. „Doskonały Mistrz – wybitny uczeń”, w którym zostało podkreślone że nauczanie należy traktować jako dwupodmiotową interakcję między uczącym się i nauczającym. Nauczającym jest oczywiście także rodzic. Dla skutecznego, twórczego nauczania i uczenia się ważne jest aby obie strony uczeń i mistrz charakteryzowali się zaangażowaniem w działanie, akceptacją siebie, przekonaniem o skuteczności własnej, dążeniem do samorealizacji oraz poczuciem wsparcia społecznego. Swoje wystąpienie Pani Doktor podsumowała stwierdzeniem H.Keller „Nie wolno zgodzić się na pełzanie, gdy czujemy potrzebę latania”. W kolejnym referacie pt. „Portret dziecka zdolnego”

Pani Katarzyna Owsiany z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 2 przedstawiła portret ucznia zdolnego wraz z jego mocnymi i słabymi stronami funkcjonowania. W przypadku dziecka zdolnego – rozwijanie potencjału i osiąganie sukcesów szkolnych bywa czasem zagrożone stereotypowym spostrzeganiem roli ucznia, niewłaściwym nastawieniem otoczenia (efekt Pigmaliona) lub wewnętrznymi barierami uniemożliwiającymi ujawnianie zdolności (Syndrom Nieadekwatnych Osiągnięć). Konkluzją wystąpienia było stwierdzenie, że „nie łatwo namalować portret ucznia zdolnego, gdyż wychodzi poza ramy; a jeszcze trudniej pracować z nim w rzeczywistości”.

Pani Maria Foryś z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 4 w referacie pt. „Uczeń zdolny w perspektywie pojęć, teorii i modelu działania” przybliżyła psychologiczne i pedagogiczne rozumienie zdolności, uzdolnień, wybranych teorii zdolności uwzględniających aspekty rozwojowe i okresy kryzysu. Zasygnalizowała również problematykę identyfikowania i diagnozy zdolności. W referacie zostały również omówione wybrane strategie wspierające rozwój zdolności i aktywności twórczej uczniów, znaczenie rodziców, nauczyciela, szkoły i Poradni.

Pani dr Julia Kaleńska-Rodzaj z Katedry Psychologii Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie w referacie pt. „Uczeń zdolny w sytuacji ekspozycji społecznej. Psychologiczne przygotowanie publicznej prezentacji wiedzy i umiejętności” poruszyła istotny problem optymalizacji funkcjonowania ucznia w sytuacji ekspozycji społecznej. Udzieliła odpowiedzi na pytanie nurtujące rodziców i nauczycieli: „Dlaczego uczeń pomimo

świetnego przygotowania nie zawsze jest w stanie dać z siebie wszystko w sytuacji oceny”. Opisała również czynniki wpływające na efektywność publicznej prezentacji osiągnięć oraz metody opanowania stresu.

W drugiej części konferencji odbyła się sesja posterowa, w ramach której szkoły i placówki zaprezentowały swoje kreatywne pomysły oraz osiągnięcia w pracy nad rozwijaniem uzdolnień dzieci i młodzieży.



Fot. Sesja posterowa



Fot. Dyskusja przy plakatach

Plakaty zaprezentowali:

- Zespół Szkół Przemysłu Spożywczego z Placu Matejki
- Przedszkole Sióstr Służebniczek nr 17
- Przedszkole Dorotka
- Przedszkole 140
- Szkoła Podstawowa nr 61
- Szkoła Podstawowa Urszulanek nr 159
- Szkoła Podstawowa nr 4
- Szkoła Podstawowa nr 3
- Szkoła Podstawowa nr 31
- Szkoła Podstawowa nr 51
- Zespół Szkół nr 53
- Prywatna Szkoła Podstawowa Academos przy ul. Sobieskiego
- Gimnazjum nr 29 im. Jana Pawła II
- Gimnazjum nr 14
- VIII Prywatne Akademickie Liceum Ogólnokształcące
- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 1 w Krakowie

W ostatniej najdłuższej części konferencji nazwanej **sesją dobrych praktyk** przedstawiciele zaproszonych przedszkoli i szkół zaprezentowali w krótkich referatach modele i propozycje pracy z dzieckiem zdolnym.

Sesję dobrych praktyk rozpoczynał referat Małgorzaty Gawędzkiej psychologa Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1 w Krakowie oraz członka Międzyopracowanego Zespołu ds. Dziecka Zdolnego pt. „W poszukiwaniu talentów – działania Poradni w procesie identyfikowania i wspierania dziecka zdolnego”. W referacie został przedstawiony opracowany przez członków Zespołu model badań sondażowych do wczesnej identyfikacji zdolności i potencjału twórczego dzieci. Uczestnicy konferencji mogli ponadto zapoznać się z wynikami badań, przeprowadzonych przez członków Zespołu, dotyczących zgodności ocen nauczycieli i rodziców w zakresie oceny zdolności badanych dzieci. Pani Gawędzka w imieniu członków Zespołu podziękowała szkołom i przedszkolom, które wzięły udział w pracach nad weryfikacją efektywności modelu badań sondażowych. Tymi placówkami są: Szkoła Podstawowa nr 75, Szkoła Podstawowa nr 10, Szkoła Podstawowa nr 22, Szkoła Podstawowa nr 156, Przedszkole nr 17 Sióstr Służebniczek, Przedszkole nr 4, Przedszkole nr 2 Sióstr Miłosierdzia.



Fot. W konferencji udział wzięło ponad 200 osób - rodziców, wychowawców, nauczycieli, trenerów i instruktorów

W trakcie sesji dobrych praktyk referaty wygłosili przedstawiciele zaproszonych przedszkoli i szkół:

mgr Dorota Wyleżoń i mgr Iwona Tarnowska, Przedszkole „Iskierka” w Krakowie – *„Pozwólmy dzieciom szukać swoich uzdolnień”*

mgr Mirosława Nowak, Przedszkole „Dorotka” w Krakowie – *„Bo jakie początki, takie będzie wszystko” - Początki w Przedszkolu „Dorotka”*

mgr Marzena Mazurek, mgr Ewa Tomczyk, Szkoła Podstawowa nr 43 w Krakowie – *„Talenty w tęczy kolorach”*

mgr Sławomir Nosek, Zespół Szkół Mistrzostwa Sportowego w Krakowie – *„Królowa nie chce spać-noc matematyki”*

mgr Beata Mordyńska, mgr Anita Cieśla-Oczko Zespół Szkół Ogólnokształcących Integracyjnych nr 2 w Krakowie, Szkoła Podstawowa nr 151, Gimnazjum nr 23 – *„Jak odkrywamy talenty”*

mgr Tomasz Donatowicz, Gimnazjum Społeczne im. Lady Sue Ryder w Woli Batorskiej – *„Szkolny model pracy z uczniem zdolnym”*

dr Gabriela Olszowska, mgr Agata Kowal, Gimnazjum nr 2 w Krakowie – *„Studium przypadku-uczeń zdolny w Gimnazjum nr 2 w Krakowie ze szczególnym uwzględnieniem nauki brydża sportowego”*

mgr Beata Sobocińska, Gimnazjum nr 2 w Krakowie

mgr Paweł Mucha, Zespół Szkół Przemysłu Spożywczego w Krakowie – *„Zawodowy talent z Placu Matejki”*

mgr Stanisław Pietras, V Liceum Ogólnokształcące w Krakowie – *„Talenty na 5 i więcej”*



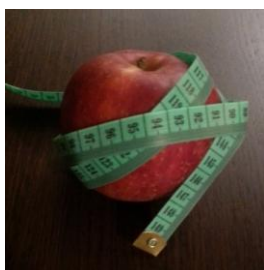
Fot. Organizatorzy konferencji: członkowie Międzyopracowanego Zespołu ds. Dziecka Zdolnego oraz pracownicy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1 w Krakowie



mgr Jolanta Skóra – Dyrektor PPP1
Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego Konferencji



ZABURZENIA ODŻYWIANIA U MŁODZIEŻY - ANOREKSJA I BULIMIA



Zaburzenia odżywiania to jednostki chorobowe, charakteryzujące się zaburzeniem łaknienia o podłożu psychicznym. W okresie dorastania najczęściej występują: anorexia nervosa czyli jadłowstręt psychiczny oraz bulimia nervosa tzw. żarłoczność psychiczna. Większość objawów zaburzeń odżywiania jest wtórna do nadrzędnej idei poznawczej, skoncentrowanej na wadze i figurze oraz od tego, że od tych zmiennych zależy poczucie własnej wartości. Ze współczesnych badań wynika, że zaspakajanie głodu nie jest głównym powodem, dla którego sięgamy po

jedzenie. Jemy zwykle w różnych sytuacjach naszego życia np. kiedy jesteśmy smutni lub źli, a często także gdy się nudzimy. Jedzenie może spełniać symboliczne funkcje np. rozładowuje napięcie emocjonalne, może być sposobem pocieszania, lub formą sprawiania sobie przyjemności, ale również sposobem kontrolowania, nagradzania i karaniania, często jest także rytuałem. **Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określa referencyjne wartości wskaźnika BMI (Body Mass Index) dla wagi prawidłowej i stanów patologicznych. Oblicza się go jako stosunek masy ciała do kwadratu wzrostu w metrach. Jednostką jest kg/m²:**

Niedowaga < 18,5; Norma :18,5 - 24,59; Nadwaga: 25 – 29,9; Otyłość 1 stopnia 30 - 34,9; Otyłość 2 stopnia 35 - 39,9; Otyłość 3 stopnia > 40.

Do zaburzeń odżywiania prowadzić mogą takie czynniki jak: niestabilne poczucie własnej wartości, zewnętrzne warunki akceptacji, poczucie braku szczęścia i miłości, jak również kreowane wzorce piękna i atrakcyjności. Jeśli następuje nadmierne skoncentrowanie na wadze i figurze, pojawia się ogromna potrzeba, żeby schudnąć (stosowanie diety i wykonywanie ćwiczeń fizycznych). **W przypadku zaburzeń odżywiania wyróżniamy dwa warianty/dwie drogi.** Jeśli się udaje i waga spada, następuje coraz większe ograniczanie jedzenia i konsekwencją jest **ANOREKSJA**. W przypadku, gdy się nie udaje, następują napady objadania wywołujące wyrzuty sumienia, a to z kolei prowadzi do kompensacji - mamy wtedy do czynienia z **BULIMIA**. Według DSM-IV (Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego) o **bulimii** mówimy, gdy występują nawracające epizody napadowego objadania się, które cechują się: zjedzeniem na przestrzeni krótkiego czasu takich ilości pożywienia, które są zdecydowanie większe niż średnio inni ludzie zjadaliby w podobnym okresie czasu, w podobnych okolicznościach. Następuje poczucie braku kontroli nad jedzeniem w czasie napadu objadania. Prowadzi to do nawracających, nieodpowiednich zachowań kompensacyjnych, służących uniknięciu przybrania na wadze, takich jak: prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, diuretycznych, lewatywy lub innych leków; głodowanie lub nadmierne ćwiczenia fizyczne. Objadanie się i zachowania kompensacyjne muszą występować, co najmniej dwa razy tygodniu na przestrzeni trzech miesięcy. Kształt i waga ciała nadmiernie wpływają na samoocenę.



W bulimii sposobami przeciwdziałania efektem tycia są tzw. zachowania kompensacyjne. Klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM – IV określa dwie postaci bulimii;

Postać z przeczyszczaniem: podczas epizodu żarłoczności psychicznej osoba regularnie podejmuje prowokowanie przez siebie wymiotów lub nadużywa leków przeczyszczających, moczopędnych albo wlewów przeczyszczających.

Postać bez przeczyszczania: osoba regularnie wykonuje inne, zachowania kompensacyjne: głodowanie, wyczerpujące ćwiczenia fizyczne (takie, w których jedynym celem jest kontrola lub utrata wagi i są one wykonywane pomimo choroby lub kontuzji, towarzyszy im uczucie przymusu), przeżuwanie i wypluwanie jedzenia, stosowanie środków zmniejszających łaknienie. Leczenie bulimii jest trudne ponieważ nie łatwo jest wypracować motywację u bulimiczek, choroba daje im wymierne korzyści. Pomaga radzić sobie z negatywnymi, natrętnymi myślami czy uczuciami. Łagodzi lub zwalcza napięcie, a tym samym przynosi ulgę. Poza tym, pozwala monitorować wagę dając poczucie kontroli, pomaga dążyć do ideału. Nadaje unikalną tożsamość. Choroba również pomaga utrzymać rodzinę razem, koncentruje uwagę członków rodziny. Daje także pocieszenie, pozwala odroczyć w czasie zbyt trudne zadanie. Odwraca uwagę od problemów i stanowi wymówkę w razie niepowodzeń. Tak naprawdę chorzy na bulimię często marzą o anoreksji. **„Nie chcę mieć napadów objadania. Chcę kontrolować jedzenie. ”W domyśle – proszę mi zabrać napady, tak żebym mogła jeszcze lepiej się odchudzać”**. W porównaniu z innymi zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniom odżywiania towarzyszy najwyższy odsetek **fizycznych i psychologicznych powikłań**.

Powikłania fizyczne to: zmiany struktury włosów, skóry i paznokci, nieregularne miesiączki, zmęczenie, apatia, bóle głowy, osteoporoza, uczucie mrowienia, drętwienia, nieprawidłowa praca serca, opóźnione opróżnianie żołądka, wzdęcia, gazy i bóle brzucha, krew w zwracanej treści żołądkowej lub stolcu, refluks, opuchnięte ślinianki, powikłania w obrębie nerek, problemy z zębami, odwodnienie, zaparcia, biegunki, obrzęki, skurcze mięśni, zgrubienia i blizny skóry powierzchni grzbietowej rąk (od prowokowania wymiotów), rany lub, uszkodzenie naczynek krwionośnych w oczach, opuchlizna twarzy i policzków (zapalenia ślinianek), awitaminoza, rozciągnięcie żołądka do znacznych rozmiarów, w skrajnych przypadkach pęknięcie przełyku lub przepony.

Powikłania psychiczne to: depresja, myśli samobójcze, fobia społeczna, zamartwianie się, napady paniki, wahania nastroju, objawy obsesyjno – kompulsywne, osłabienie koncentracji i pamięci, problemy z wydawaniem opinii i podejmowaniem decyzji, izolacja społeczna, zaburzenia snu, zaniżona samoocena, samookaleczenia, używanie narkotyków, spożywanie alkoholu, drobne kradzieże w sklepach, ryzykowne zachowania seksualne, niechęć do samego siebie, poczucie wstydu i upokorzenia, psychiczne uzależnienie od środków przeczyszczających i odwadniających.

Wyróżniamy kilka etapów terapii bulimii. Po dokonaniu prawidłowej diagnozy trzeba skoncentrować się na wyrównaniu stanu somatycznego. W dalszej kolejności praca polega na tym, aby nauczyć pacjenta rozpoznawać i kontrolować sytuacje wyzwalające u niego atak bulimiczny, który pojawia się, gdy: **odczuwany jest głód** ilościowy (za mało kalorii na dzień) lub jakościowy (na zakazane produkty) i gdy **występują przyczyny psychologiczne takie jak:** potrzeba rozładowania napięcia, stresu, poradzenie sobie ze smutkiem lub nudą, przyniesienie ulgi. Następnie trzeba nauczyć, na czym polega normalne jedzenie czyli jedzenie bez objadania się, w oparciu o zasady zdrowego odżywiania, których filarami są: przestrzeganie dziennej normy kalorycznej, posiłki co 3 - 4h., śniadanie i ciepły obiad do 15:00 obowiązkowo, różnorodność posiłków. Pacjent powinien zrozumieć, że restrykcyjne diety powodują wzrost ryzyka kolejnego ataku objadania się. Dalej pracuje się nad poczuciem własnej wartości i radzeniem sobie z negatywnymi myślami natrętnymi.



Osoba chora na anorexia nervosa, wg DSM-IV (Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego) to: osoba, która przeżywa silny lęk przed przybraniem na wadze lub otyłością, nawet jeśli ma niedowagę. Stawia opór przed utrzymaniem wagi w granicach normy dla swojego wieku i wzrostu, a jej BMI jest równy lub mniejszy od 18,5. Nieadekwatnie ocenia wagę własnego ciała, wymiary i sylwetkę, lekceważy skutki nagłego spadku wagi. Wystąpił u niej wtórny brak miesiączki w ciągu, co najmniej 3 miesięcy.

Posiłki spożywane są w samotności (ze wstydu przed innymi), gotuje dla innych tzw. "zdrowe posiłki" lub uprawia intensywne ćwiczenia fizyczne. Nie mówi prawdy na temat ilości zjedzonych posiłków, rozmawia głównie na temat jedzenia, kalorii czy zawartości tłuszczu w produktach i diecie.

Wyróżniamy dwa typy anoreksji: typ restrykcyjny charakteryzujący się tym, że chory ogranicza przyjmowanie pokarmu do bardzo niewielkich ilości i nieregularnie stosuje środki przeczyszczające oraz **typ bulimiczny**, w którym anorektyk, choć zazwyczaj ogranicza ilość przyjmowanego pokarmu, regularnie miewa okresy przejadania się lub prowokowania wymiotów i nadużywania leków przeczyszczających i moczopędnych. Jest to subiektywne napadowe objadanie się. Spożywane ilości pokarmu obiektywnie nie są duże, towarzyszy temu jednak poczucie utraty kontroli nad sobą podczas jedzenia. Bardzo ważnym czynnikiem, który sprzyja wystąpieniu anoreksji jest zaniżone poczucie własnej wartości i poczucie braku sprawczości w swoim życiu. Osoby cierpiące na anoreksję to zwykle osoby inteligentne, przesadnie ambitne, wykazujące upór w dążeniu do wybranego celu, cechuje je perfekcjonizm. Charakteryzuje je także chłód emocjonalny, podatność na krytykę, skłonność do braku zaufania w stosunku do siebie i innych ludzi. Wśród często podkreślanych przyczyn, sprzyjających wystąpieniu anoreksji wymienia się również specyficzne cechy rodziny np: nadopiekuńczy lub silnie kontrolujący i nadmiernie wymagający rodzice. W rodzinach tych zdarza się, że rodzice angażują dzieci jako strony swoich konfliktów. Część chorych zmagano się w dzieciństwie z problemem nadwagi. W związku z czym były narażone na krytyczne uwagi i wyśmiewanie przez rówieśników. Jednym z czynników spustowych może być odrzucenie ze strony chłopaka/dziewczyny. Anoreksja prowadzi nie tylko do znaczących zmian w organizmie, ale także w psychice. W zależności od tego jak długo ona trwa i jaki jest spadek masy ciała pojawiają się kolejne następstwa. Wyleczenie anoreksji nie sprawia, że da się odwrócić wszystkie negatywne efekty - część z nich pozostaje na trwałe. W konsekwencji długotrwałe stosowanie głodówki następują zmiany somatyczne, w których organizm przystosowuje się do mniejszych ilości substancji odżywczych, uruchamiając rezerwy i spowalnia metabolizm. Podstawowe fizyczne oznaki wyniszczenia to: utrata tkanki tłuszczowej, zmniejszenie masy mięśniowej, obniżenie poziomu hormonów tarczycy, hipotermia (temperatura ciała utrzymująca się na poziomie poniżej 36°C), zmniejszenie częstości oddechu (oddechowe wyrównanie pH krwi, która w przebiegu anoreksji nabiera odczynu zasadowego). Najczęstszą, bezpośrednią przyczyną śmierci pacjentów z anoreksją są problemy związane z funkcjonowaniem serca. Największym zagrożeniem dla serca w przebiegu tej choroby, jest brak równowagi pomiędzy minerałami istotnymi dla funkcjonowania układu krwionośnego takimi jak: potas, magnez, wapń i fosforany. Wygłodzenie i odwodnienie organizmu są przyczyną zachwiania równowagi pomiędzy tymi składnikami. Dla prawidłowej czynności elektrycznej serca, odpowiadającej za jego bicie są niezbędne jony wapnia i potasu. Inne skutki anoreksji związane z układem sercowo-naczyniowym to: zmniejszenie masy mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu (np. bradykardia tj. zwolnienie rytmu serca poniżej 60 uderzeń na minutę, przedwczesne skurcze przedsionkowe i komorowe), obniżone ciśnienie krwi, powodujące omdlenia i zawroty głowy, zmniejszony przepływ krwi. Podstawową konsekwencją, związaną z układem krwionośnym jest anemia. Niedokrwistość złośliwa może być spowodowana przewlekłym niedoborem witaminy B12. Szpik kostny ogranicza produkcję krwinek w sytuacji długotrwałej anoreksji, albo gdy nastąpił zbyt wysoki spadek masy ciała. Jest to stan zagrażający życiu - Pancytopenia. Z powodu niedoboru minerałów osłabione są zęby i dziąsła, zaburzona motoryka i opróżnianie żołądka, występują częste bóle brzucha, wzdęcia i zaparcia (uczucie pełnego brzucha). Kolejną konsekwencją jest zatrzymanie cyklu miesięczkowego, a z czasem także może dojść do trwałej bezpłodności z powodu obniżenia poziomu hormonów związanych z rozrodczością (estrogen, DHEA). Zmianie mogą ulec również wielkość jajników i macicy. Poza tym występuje kruchość, łamliwość, wypadanie włosów, wysuszenie i zmniejszenie elastyczności skóry. Ciało pokrywa się meszkiem (lanugo) podobnym do tego, który występuje w okresie płodowym jako konsekwencja hipotermii. Osłabienie kości jest skutkiem długofalowym, który nie znika po wyleczeniu. 90% anorektyków dotyka osteopenia (utrata

minerałów budujących kości), a 40% cierpi na osteoporozę (postępujący ubytek masy kostnej). Chorujący na anoreksję odznaczają się niższym wzrostem, co jest spowodowane osłabieniem szkieletu oraz zmniejszonym poziomem hormonów, które odpowiadają za wzrost.

W bardzo zaawansowanych przypadkach anoreksji dochodzi do uszkodzenia nerwów oraz tkanki mózgowej. Obserwowane w przebiegu schorzenia zaburzenia neurologiczne to: napady padaczkowe, zaburzone myślenie, neuropatia nerwów obwodowych powodująca dziwne odczucia w stopach i dłoniach. Ponadto pewne obszary mózgu przechodzą zmiany strukturalne i wykazują nadmierną aktywność. Początkowo anoreksja daje chorującemu poczucie euforii. W skutek głodowania i wynikającego z niego wyniszczenia organizmu, pojawia się kolejno stan: rozdrażnienia, apatii a następnie depresji. Wraz z nim pojawiają się myśli i próby samobójcze. Według szacunków blisko 50% przypadków śmiertelnych anoreksji następuje w wyniku samobójstwa. Stosowanie długotrwałej głodówki sprawia, że organizm jest ogólnie wyniszczony i po pewnym czasie wszystkie narządy zaczynają zawodzić. Chory jest bardziej podatny na infekcje ponieważ osłabiony zostaje również system immunologiczny. W anoreksji jeszcze trudniej niż w bulimii przekonać do leczenia ponieważ niepokojące zmiany nie są postrzegane jako objawy choroby. Szczególną wartość mają dla nich korzyści, jakie zapewnia im anoreksja, nawet w zaawansowanym stadium choroby, gdy organizm jest bardzo wyniszczony. Wychudzenie sprawia, że jest tak niski poziom motywacji do zmiany, określanej jako „amotywacja”. Czynniki podtrzymujące chorobę to: poczucie siły i kontroli. Osoba z anoreksją codzienną dyscypliną głodowania, stosowaniem diet, ćwiczeń i rytuałów jedzenia, nadaje bezpieczny i uspokajający ją rytm życia. Obniża to napięcie psychiczne, sprawia ulgę i daje poczucie satysfakcji (subiektywne poczucie poprawy wyglądu wpływa na poprawę samopoczucia), daje poczucie większej pewności w towarzystwie oraz wyjątkowości (przekonanie, że bycie bardzo szczupłym skutkuje przynależnością do elitarnej grupy, składającej się z modelek, aktorek i celebrytek. Jest to wzmacniane przez nieustanny napływ informacji, że szczupłość jest synonimem piękna”, ze strony mediów i otoczenia. Daje również poczucie atrakcyjności (sprawia, że np. mniejsze ubrania lepiej leżą). Dzięki pozytywnym reakcjom rówieśników następuje „niewyczerpany optymizm, specyficzny stan euforii”. Występują również czynniki podtrzymujące chorobę, związane z rodziną: jest to skupianie uwagi i opieka rodziców, okazywanie przez nich miłości oraz troski. Chore dziecko staje się dla rodziców najważniejsze, a jego pragnienia traktowane są priorytetowo, co daje poczucie wpływu na życie rodziny. Rodzice poświęcają mniejszą ilość czasu na pracę zawodową. Unikają też trudnych dla chorego dziecka tematów, ograniczając w ten sposób sytuacje konfliktowe między innymi związane ze szkołą. Może nastąpić zmiana relacji również w dalszej rodzinie, np. przerwanie konfliktu między rodzicami pacjenta a dziadkami lub nawiązanie zerwanych kontaktów. Podobnie jak w bulimii terapia składa się z kilku etapów. W pierwszym należy ocenić i wyrównać stan somatyczny. Na tym etapie ważna jest współpraca terapeuty z psychiatrą i internistą. Następnie trzeba pracować nad motywacją do leczenia. Mając świadomość jak wielkie znaczenie dla osób z anoreksją ma ich choroba, terapeuci starają się: „pokłócić” pacjenta z anoreksją i pracować nad egodystonicznym (nieakceptowanym, połączonym z pragnieniem zmian) stosunkiem do anoreksji. Pracujemy nad myślami dotyczącymi jedzenia, a następnie nad poczuciem własnej wartości i motywacją do leczenia. Obecnie rozpoznaje się tzw. niezidentyfikowany typ anoreksji, której źródłem są media, powodujące nienaturalne postrzeganie ludzkiego ciała i zaniżające samoocenę młodzieży. Ofiarami są najczęściej dziewczęta i chłopcy w wieku 11–20 lat. Pro-ana - pro-anorexia = "za anoreksją". Ideologia, w której dążenie do osiągnięcia chudej sylwetki jest postrzegane jako droga do ideału (ang. I'm Starving For Perfection – Głoduję dla perfekcji). Jest to styl życia, który traktuje anoreksję i inne zaburzenia odżywiania nie jako chorobę, lecz jako alternatywny sposób odchudzania będący świadomym wyborem. Pro-mia (pro-bulimia - za bulimią) Ideologia nawiązująca do pro-ana, promująca formę bulimii jako świadomy sposób efektywnego odchudzania. W



pro-mia, w przeciwieństwie do pro-ana nie krytykuje się samego jedzenia, jeśli zawsze jest ono zakończone wywołaniem wymiotów, które pozwalają na zachowanie i uzyskanie niskiej wagi, bez potrzeby przewycięzania "napadów głodu". Pro-mia traktowany jest jako sposób na szczęśliwe życie i osiągnięcie ważnego celu. Bransoletki - to symbol, nieoficjalny znak rozpoznawczy dla "wtajemniczonych". Kolor czerwony oznacza anoreksję, fioletowy – bulimię. W przypadku obu ideologii Internet jest głównym medium komunikacji i popularyzacji. Zarówno w przypadku bulimii jak i anoreksji wymagane jest kompleksowe leczenie, w którym bierze udział zespół specjalistów m.in. psycholog kliniczny, psychiatra, internista, dietetyk. Zaburzenia odżywiania nieleczone mogą doprowadzić do poważnych komplikacji zdrowotnych, a nawet śmierci.



mgr Iwona Surówka
psycholog – PPP1



DZIECKO PRZEWLEKLE CHOROJE W ROLI UCZNIA

Problematyka wpływu choroby przewlekłej na psychikę, rozwój psychoruchowy i przystosowanie społeczne dzieci została opisana w polskiej pedagogice specjalnej w latach sześćdziesiątych przez Janinę Doroszewską. Autorka stworzyła pierwszą koncepcję psychologiczną choroby dziecka. Prezentowała pogląd, że „ (...) każda choroba w sposób dla siebie charakterystyczny nie tylko przeciąża układ nerwowy, ale i deformuje prawidłowe funkcjonowanie jego procesów w sposób charakterystyczny dla rodzaju choroby” (Doroszewska, 1963, s.25).

Psychoemocjonalne aspekty chorób przewlekłych stały się w kolejnych latach źródłem zainteresowania dla wielu badaczy.

Zofia Sękowska twierdzi, że długotrwały stres, jaki stanowi choroba przewlekła, prowadzi do zachwiania równowagi psychofizycznej dziecka. Według autorki chorobę ująć można w kategoriach stresora „obciążającego normalną wydolność wysiłkową organizmu, wpływającego ujemnie na stan psychiczny człowieka poprzez układ nerwowy” (Sękowska 1976, s.35).

Zbigniew Skorny ujmuje wpływ choroby na psychikę dziecka w kategoriach niezaspokojonych potrzeb. Autor wyraża przekonanie, że długotrwała deprivacja potrzeb prowadzi może do dysharmonii w rozwoju różnych sfer osobowości dziecka. Wyróżnia w związku z tym następujące rodzaje deprivacji potrzeb: deprivację społeczną, deprivację czynnościową, deprivację sensoryczną (Skorny 1986, nr 1).

Niewątpliwie długotrwała choroba stanowi czynnik zagrażający prawidłowemu rozwojowi dziecka. „Ujmowana w naukach medycznych jako zaburzenie czynności organizmu i jego mechanizmów regulacyjnych może powodować także ujemne skutki w życiu psychicznym i funkcjonowaniu jednostki” (Gomułka, Rewerski, 1995, t. I, s.285).

Choroba przewlekła to potencjalny stresor, przekształcający dotychczasową sytuację dziecka i jego rodziny w rzeczywistość z określonymi wymaganiami i ograniczeniami. Proces radzenia sobie ze zmienioną w skutek choroby sytuacją osobistą oraz społeczną określamy mianem adaptacji. Nie oznacza ona biernego dopasowania się do zaistniałych wymagań poprzez zmianę zachowań, ale twórczą reakcję na występujące

ograniczenia i zagrożenia. Choroba przewlekła jako źródło przykrych, powtarzających się wielokrotnie doświadczeń może zmienić strukturę i cechy osobowości. Wpływ ten dotyczy zarówno podstawowych mechanizmów motywacyjnych, jak i wyższych struktur poznawczych, obrazu świata i obrazu samego siebie (Pilecka, Pilecki, 1992).

Choroba stanowi czynnik traumatyzujący, zagrażający prawidłowemu rozwojowi osobowości dziecka, które ze względu na niską jeszcze odporność psychiczną narażone jest na różnego rodzaju zaburzenia w zachowaniu. Charakter tych zaburzeń może przybierać formę drobnych nieprawidłowości lub też nosić znamiona patologii (Pilecka, 1990).

Dzieci przewlekłe chore należą do populacji dzieci niepełnosprawnych. Autorka Władysława Pilecka wskazuje wpływ choroby przewlekłej na rozwój i edukację dziecka:

Samą chorobę przewlekłą wyróżniają cechy medyczne takie, jak:

- długi czas trwania (od kilku tygodni do wielu lat)
- okresy remisji i zaostrzenia objawów chorobowych
- patologiczne zmiany funkcjonalne i strukturalne w różnych organach i układach organizmu
- konieczność długotrwałej opieki medycznej i rehabilitacyjnej

Z procesem chorobowym związane są następujące czynniki ryzyka:

- długi czas trwania choroby
- ciężki przebieg choroby
- początek choroby w pierwszych latach życia
- podjęty sposób leczenia

Całokształt zagrożeń, które stwarza dla dziecka długotrwała choroba i wielorakie skutki, jakie wywiera ona na jego rozwój, można ująć w trzech zakresach:

- w wymiarze globalnym, niezależnie od rodzaju i obrazu klinicznego danej choroby (związane z samą istotą choroby przewlekłej)
- w wymiarze szczegółowym, zależnie od rodzaju i swoistego obrazu klinicznego danej choroby w wymiarze indywidualnym, zależnie od konstytucji psychofizycznej danego dziecka, jego dyspozycji i cech osobowości oraz jego indywidualnej sytuacji opiekuńczo-wychowawczej w rodzinie

Choroba, a także proces leczenia utrudnia dziecku funkcjonowanie w obszarze poszczególnych sfer osobowości, w tym emocjonalno-wolicjonalnej, instrumentalnej i społecznej. Czynnikiem istotnym są również indywidualne cechy dziecka, jego osobowość przedchorobowa oraz sytuacja rodzinna. Reakcja dzieci na chorobę i sytuacje trudne, które ona im stwarza, jest więc zindywidualizowana. Posiadając to samo rozpoznanie medyczne mają znacznie więcej cech indywidualnych, swoistych niż wspólnych. Niekorzystne stany chorobowe powodują zmiany w samopoczuciu dziecka i sprawności psychoruchowej. Niekiedy stanowią przyczynę okresowego wyłączenia dziecka z zajęć szkolnych, czy też umieszczenia go w ośrodku leczniczym.

Choroba przewlekła ma również bezpośredni wpływ na rozwój poznawczy dzieci i młodzieży nią dotkniętych. Czynniki zagrożenia warunkuje sam przebieg choroby:

- chory narząd w niewystarczającym stopniu zabezpiecza organizm w składniki podstawowe, jak tlen, glukoza, które są niezbędne dla sprawnego przebiegu procesów nerwowych
- chory narząd w niewystarczającym stopniu oczyszcza organizm z substancji toksycznych, które mogą stanowić potencjalny czynnik uszkodzający system nerwowy
- funkcjonowanie systemu nerwowego może być zakłócone przez czynniki jatrogenne, np. hipoksję, leki immunosupresyjne, infekcje i inne

Zmiany powstające w pracy systemu nerwowego mogą być trudne do diagnozy klinicznej, czy neurologicznej, a manifestują się w zakłóceniach procesów pamięci, rozumienia, wahaniach nastroju,

obniżeniu odporności. W konsekwencji nie są obojętne dla funkcjonowania psycho-emocjonalnego, społecznego i ruchowego dziecka.

Skutki w funkcjonowaniu poznawczym odnoszą się do:

- uczenia się i procesów pamięciowych
- sprawności funkcji percepcyjno-motorycznych
- plastyczności operacji umysłowych
- tempa i rytmu rozwoju psychoruchowego

Podejmując problematykę dziecka przewlekle chorego uwzględnić należy pojęcie koncepcji samego siebie. Stanowi ono całościowy przekonań jednostki dotyczących jej osoby. Treść koncepcji samego siebie stanowią kompetencje osobiste: fizyczne, intelektualne, edukacyjne, emocjonalne, społeczne oraz zachowanie. Struktura zaś obejmuje: samopis, samoocenę, samoakceptację.

W zakresie kompetencji osobistych szczególne znaczenie ma rozwój społeczny dziecka. Przebiega on w sposób zróżnicowany, a zależny jest od czynników uwarunkowanych procesem chorobowym oraz szeroko rozumianą sytuacją społeczną wychowanka przewlekle chorego.

- dzieci i młodzież niepełnosprawna posiadają taki sam zakres kompetencji społecznych i nie napotyka na trudności w kontaktach rówieśniczych
- niektóre aspekty kompetencji społecznych (empatia, komunikowanie się) są słabiej rozwinięte, dlatego nawiązują mniej satysfakcjonujące relacje z otoczeniem
- przewlekle chorzy manifestują wiele trudności adaptacyjnych, często są odrzucani i izolowani przez rówieśników

Pedagog powinien postrzegać przypadek dziecka przewlekle chorego w wymiarze swoistych właściwości jego choroby, jak i w wymiarze globalnych zagrożeń, które ona stwarza.

Autorka Jadwiga Ślęzak koncentruje się na ujemnych skutkach choroby w funkcjonowaniu dziecka w roli ucznia. W jej opinii choroba przewlekła narusza równowagę nerwową utrudniając mu koncentrację na lekcjach i realizację zadań szkolnych. Prezentuje pogląd, że „Zaburzenia czynności senso-motorycznych i poznawczych, uwarunkowane odchyleniami w stanie zdrowia i rozwoju ucznia, nie tworzą jednolitego obrazu. Występują bądź wybiórczo, bądź we wzajemnym powiązaniu. Ich stopień i zakres bywa bardzo zróżnicowany. Mogą to być nieznaczne odchylenia w niektórych funkcjach psychoruchowych bądź wyraźne ich upośledzenia” (J. Ślęzak 1984, s. 25).

Aleksandra Maciarz przypisuje rodzicom i nauczycielom chorych dzieci dużą rolę w zakresie łagodzenia skutków choroby oraz w kompensowaniu ograniczeń i braków nią spowodowanych. „ Muszą oni jednak dobrze orientować się w tym, jak choroba, będąca zaburzeniem czynności organizmu, wpływa na życie psychiczne i zachowanie się dzieci, jakie są swoiste skutki psychiczne danego rodzaju choroby i w jaki sposób można tym skutkom zapobiegać lub je łagodzić”. (Maciarz, 1992, s.107)

Choroba przewlekła, zwłaszcza w zaawansowanej postaci, powoduje u dziecka zaburzenia jego społecznego przystosowania i trudności edukacyjne. Nauczyciele uczący dzieci chore muszą więc spełniać wobec nich funkcję nie tylko dydaktyczną, wychowawczą, opiekuńczą, ale przede wszystkim terapeutyczną i podejmować dodatkowe zadania na drodze wspomagania prawidłowego, wielorakiego rozwoju ucznia o Specjalnych Potrzebach Edukacyjnych. Konieczne jest, aby uwzględniali w procesie nauczania i wychowania stan psychosomatyczny dziecka chorego. Fundamentalna jest zatem indywidualizacja w zakresie operacjonalizacji celów lekcyjnych, stosowanych metod, form i środków pracy z dzieckiem, a także jego tempa uwzględniając właściwy mu poziom wydolności wysiłkowej. Istotnym zagadnieniem jest również kwestia sprawdzania i weryfikowania wiadomości, przy założeniu, że ocena osiągnięć edukacyjnych dziecka przewlekle chorego ma mieć charakter terapeutyczny. W przypadku wychowanka hospitalizowanego

szpitalnie lub sanatoryjnie szczególnego znaczenia nabiera potrzeba wyrównywania ewentualnych opóźnień dydaktycznych, a także stosowania w pracy z dzieckiem zasad terapii pedagogicznej oraz terapii wychowawczej.

Osobowość nauczyciela-wychowawcy, jako osoby znaczącej dla dziecka, pozytywna jego percepcja w roli doradcy, przyjaciela i opiekuna, to kolejny czynnik przemawiający za powodzeniem edukacyjnym ucznia przewlekle chorego.

W edukacji znaczenia nabiera konieczność uwzględniania zasad nauczania wobec ucznia niepełnosprawnego, w tym przewlekle chorego, takich, jak:

1. Podmiotowości i indywidualizacji.
2. Oszczędzania zbytecznego wysiłku i aktywizacji terapeutycznej.
3. Wyzwalania ekspresji i wzmagania procesu samorealizacji.
4. Reintegracji funkcjonalnej i rewaloryzacji społecznej.
5. Plastyczności oraz kompleksowości oddziaływań. (Dykcik, 2009)

Specyfika kształcenia dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością stanowić powinna zamierzony, systematyczny proces działania.

Znaczącą rolę w owym procesie przypisać należy także poradni psychologiczno-pedagogicznej, której działania diagnostyczne pozwalają na ocenę rozwoju dziecka i określenie jego aktualnych osiągnięć edukacyjnych, a także ukierunkowanie na oddziaływania korekcyjno-kompensacyjne oraz psychoterapeutyczne względem niego.

Współczesny system edukacji uwzględniać powinien indywidualne potrzeby każdego ucznia dążąc do zapewnienia mu jak najlepszych warunków dla wszechstronnego rozwoju.

„Otoczenie stawia przed uczniem wyzwania. Aby im sprostać musi on być wyposażony w niezbędną wiedzę i możliwości korzystania z niej oraz umiejętności, dzięki którym będzie mógł odkrywać, pobudzać i wzmacniać swój twórczy potencjał, a także sprawnie funkcjonować w zmieniających się warunkach i sytuacjach” (Dyduch, 2014).

Literatura:

- Doroszevska J. (1963) *Nauczyciel-wychowawca w zakładzie leczniczym*, PZWL, Warszawa
- Dyduch E. (2014), Wyczęsany J. (red.) *Dydaktyka specjalna. Wybrane zagadnienia*, Harmonia, Gdańsk
- Dykcik W.(red.), (2009) *Pedagogika Specjalna*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań
- Gomułka W. S., Rewerski W. (red.), (1995) *Encyklopedia zdrowia*, PWN, Warszawa
- Maciarz A. (1992) *Uczniowie niepełnosprawni w szkole powszechnej*, WSiP, Warszawa
- Pilecka W. (1990) *Dynamika rozwoju psychicznego dzieci chorych na astmę i mukowiscydozę*, WSiP, Kraków
- Pilecka W., Pilecki J. (1992) *Rewalidacja dzieci przewlekle chorych i kalekich*, WSiP, Kraków
- Skorny Z. (1986) *Rewalidacja dzieci chorych i niepełnosprawnych fizycznie a uczestnictwo w działaniu*, Szkoła Specjalna, nr 1
- Ślęzak J. (1984) *Uczeń z odchyleniami w stanie zdrowia i rozwoju*, WSiP, Warszawa

mgr Marta Jakubczak
pedagog - PPP1



ROLA GIER I ZABAW W NAUCE MATEMATYKI ORAZ KSZTAŁTOWANIU DOJRZAŁOŚCI I ODPORNOŚCI EMOCJONALNEJ DZIECKA

Wiek pomiędzy 5 a 6 rokiem życia jest okresem bardzo istotnym dla rozwoju u dziecka wielu funkcji, które wyznaczają gotowość do nauki szkolnej. W tym bowiem okresie

- intensywnie zaczyna dojrzewać percepcja wzrokowa, a głównie procesy kierunkowego spostrzegania (odpowiedzialne między innymi za różnicowanie liter np. b-p-d-g, n-u, m-w)
- kończy się rozwój słuchu fonemowego (który odpowiada za różnicowanie głosek i struktury głoskowej słów, umożliwiając tym samym ich zapamiętywanie)
- dojrzewają umiejętności grafomotoryczne.

W tym też czasie dziecko wkracza w końcowy etap rozwoju mowy. Zaczyna się również pojawiać myślenie operacyjne, które jest niezbędne do uczenia się matematyki.

Punktem wyjścia bardzo ważnym do rozpoczęcia nauki jest dobra motywacja. Dziecko rozpoczynając naukę w szkole ma dużą potrzebę poznawczą, jest otwarte na nową sytuację, osoba nauczyciela jest dla niego bardzo ważna. Już od początku kariery szkolnej kształtuje swoją dojrzałość emocjonalną, która wyraża się:

- w pozytywnym nastawieniu do samodzielnego rozwiązywania zadań
- odporności emocjonalnej na trudne sytuacje intelektualne (zdolność do kierowania swoim zachowaniem w sposób racjonalny mimo przeżywanych napięć).

Sukces warunkuje wzrost samooceny i odporności emocjonalnej.

Jeśli dziecko zaczyna doświadczać częstego napięcia emocjonalnego, przekracza w pewnym momencie próg tolerancji. W efekcie pojawia się pamięć porażki. Po takich doświadczeniach realna ocena sytuacji stanie się niemożliwa, będzie się to odbywać poprzez pryzmat złych doświadczeń. Niski poziom odporności emocjonalnej spowoduje uciekanie od trudnych zadań:

- ✓ przedłużanie przygotowania do wykonywania zadań, ślamazarnie przygotowanie przyborów
- ✓ uciekanie w dolegliwości somatyczne
- ✓ ociąganie się z odpowiedzią lub pochopna odpowiedź „dla świętego spokoju”
- ✓ sprawianie wrażenie niezrozumienia co się wokół dzieje
- ✓ wolne przepisywanie zadania na lekcji, oczekiwanie, aż rozwiążą je inne dzieci
- ✓ niepokój ruchowy lub pozorny bezruch.

Taka ucieczka zaczyna blokować gotowość do uczenia się, zubożenie doświadczeń logicznych a w konsekwencji zwolnienie tempa rozwoju umysłowego.

Wg prof. Edyty Gruszczyk-Kolczyńskiej jednym z najlepszych sposobów wspomagania rozwoju umysłowego oraz budowania pozytywnych emocji u dzieci jest konstruowanie i rozgrywanie gier matematycznych, które:

- ✓ uczą dzieci panowania nad sobą,
- ✓ wyrabiają refleks,
- ✓ kształtują umiejętności interpersonalne,
- ✓ rozwijają pamięć, mowę, myślenie.



Najszybciej uczymy się przez działanie, czyli bezpośrednio zaangażowanie w wykonywanie poszczególnych czynności, a nie tylko przez obserwację czy słuchanie.

W nauce ważne nie tylko są gry, ale i zabawy. Zabawa jest podstawową i naturalną formą dziecięcej aktywności, wzbudza jego aktywność, entuzjazm i pozytywne nastawienie do wykonywanego zadania. Podczas gier i zabaw matematycznych wykorzystujemy motywację i zaangażowanie dziecka, który w sposób aktywny może ćwiczyć lub doskonalić określoną umiejętność matematyczną, na przykład dodawanie, odejmowanie, tabliczkę mnożenia czy dzielenie. Gry ukazują możliwości wykorzystania wcześniej zdobytej wiedzy w nowej sytuacji, są źródłem gromadzenia doświadczeń matematycznych i logicznych.

Jan Grzesiak wymienia trzy rodzaje gier matematycznych:

- **Gry sprawnościowe** to takie, których głównym celem jest rozwijanie określonych umiejętności i sprawności matematycznych uczniów, na przykład technik liczenia, porządkowania elementów w danym zbiorze i ich klasyfikowania.
- **Gry strukturalne** zawierają takie reguły, które sprzyjają poznawaniu przez uczniów określeń matematycznych lub logicznych.
- **Gry strategiczne** to takie, w których reguły umożliwiają poszukiwanie strategii wygrania, dzięki czemu mają one także korzystny wpływ na rozwój logicznego myślenia matematycznego.

Bardzo ważne jest, aby zasady gry nie były zbyt skomplikowane. Istotne zatem jest:

- jaki jest poziom trudności gry i czy można go stopniować,
- czy gra jest atrakcyjna (posiada ciekawe rekwizyty),
- jakie funkcje percepcyjno-motoryczne stymuluje gra, jakie umiejętności kształci.



W czasie gier można stworzyć taką atmosferę, w której dziecko chętnie podejmie próbę rozwiązania zadania matematycznego. Tym samym matematyka nie będzie mu się kojarzyć tylko z trudnym i nudnym materiałem, zyska miano nauki ciekawej lub co najmniej godnej uwagi. Należy zatem sięgać jak najczęściej po gry, które są istotnym czynnikiem rozwoju psychicznego dziecka, formą uczenia się w przyjemnej atmosferze.

Nauczyciel bazując na swojej wiedzy i doświadczeniu może tworzyć gry samodzielnie, modyfikować istniejące, w nowy i inspirujący sposób przekazywać wiedzę.

Gry i zabawy stanowią fundament terapii matematycznej. Są punktem wyjściowym do stymulowania funkcji percepcyjno – motorycznych, kształtują wyobraźnię i umiejętności dziecka, jego pozytywne nastawienie do tego przedmiotu. Pomagają odreagować stres i niepowodzenia szkolne. Pozwalają dziecku również zwiększyć poczucie własnej wartości, przeżywania sukcesu i uwierzyć w siebie.

O wiele łatwiej i szybciej można dziecko nauczyć liczyć poprzez wykorzystanie kart do gry, kości, plansz, domina, wagi i odważników, pieniędzy itp., niż tylko kartki i ołówka. **Umiejętności matematyczne rozwijają się na bazie zdobywania doświadczeń, im więcej ich dziecko doświadczy, tym lepiej będzie sobie radziło na lekcjach.** Dzięki temu matematyka przestaje być abstrakcją, niezrozumiałą, niedostępną.

Proponując dziecku gry i zabawy należy pamiętać o ważnych zasadach:

1. Muszą być one dla dziecka atrakcyjne.
2. Nie mogą przekraczać możliwości dziecka.
3. Należy tak je dobierać, aby dziecko miało zarówno poczucie sukcesu, ale też hartowało się na ponoszenie porażki.
4. Czas poświęcony na grę i zabawę powinien zakończyć się najlepiej wygraną dla dziecka, zwłaszcza na etapach początkowych ćwiczeń oraz w sytuacji kiedy mamy do czynienia u niego z problemami emocjonalnymi.
5. Nie można krytykować dziecka, narzucać mu własnych rozwiązań, powinno własnymi siłami dobrać do końca rozgrywki.
6. Instrukcje powinny być przejrzyste i krótkie. Jeśli są one niezrozumiałe można uprościć grę lub zastąpić ją inną.
7. Pamiętajmy, że dziecko może mieć lepsze i gorsze dni, dlatego musimy być elastyczni w doborze gier i zabaw, wybierać bardziej lub mniej dynamiczne.
8. Należy inicjować takie sytuacje, aby dziecko samo próbowało konstruować grę, czy zabawę związaną z ćwiczeniem danej umiejętności.
9. Unikajmy wyrażen „źle”, „nie umiesz”, „nie potrafisz”, zastąp je innymi np. „a może spróbujesz inaczej” , „zastanów się jeszcze”, „przyjrzyj się uważnie” itp.
10. Chwal i nagradzaj dziecko nie tyle za efekty pracy, co za włożony w nią wysiłek, pokaż mu jakie umiejętności posiadało oraz spraw, aby praca z dzieckiem stała się przyjemna dla was obojgu.

Rolą nauczyciela ,matematyki jest stosowanie takich form nauczania, które potrafią zainteresować każdego ucznia. Terapeuta w swojej pracy musi lubić to co robi i tak oddziaływać na dziecko, aby zbudować dobrą motywację do nauki matematyki. W całym procesie nauczania najważniejszą rolę spełnia jednak rodzic, który przede wszystkim musi współpracować zarówno z nauczycielem, jak i terapeutą. Potrafi znaleźć czas na to, aby usiąść ze swoim dzieckiem i poświęcić mu codziennie kilka minut na zabawę lub grę matematyczną.



mgr Ewa Wolińska – Bączar
pedagog – terapeuta – PPP1



STEREOTYPY W LOGOPEDII

W codziennej pracy spotykamy się z licznymi utartymi poglądami dotyczącymi terapii logopedycznej, samej pracy logopedy czy też rozwoju mowy dziecka. Wiele z tych sposobów myślenia mija się z prawdą, bądź zawiera tylko częściowe prawdziwe przesłanki i może mieć zły wpływ na ewentualne decyzje rodziców dotyczące rozpoczęcia terapii, jej kontynuowania czy też w ogóle dostrzeżenia problemu u własnego dziecka. Te mity i stereotypy należy obalać. Poniżej przedstawiono najczęściej spotykane stereotypy funkcjonujące wśród dorosłych wspierających rozwój dziecka.

1. Do 3 roku życia dziecko może nie mówić.

Fałsz. Istotnie do trzeciego roku życia dziecko powinno zacząć mówić. Brak mowy do tego czasu zawsze powinien budzić niepokój rodziców. W takiej też sytuacji konieczną wydaje się konsultacja u logopedy i ewentualna dalsza diagnostyka. Dziecko trzyletnie może w sposób znaczny zniekształcać słowa, redukować wypowiedź do prostej sylaby, używać wyłącznie wyrazów najprostszych, dźwiękonaśladowczych. Jednak te wypowiedzenia mają już charakter słów i niewątpliwie stanowią dla dziecka pomost komunikacyjny ze światem dorosłych.

2. Wady wymowy są dziedziczne.

Fałsz. Wady wymowy nie są dziedziczne. Zdarza się, że w podobny sposób zniekształcane są głoski przez dzieci, tak jak robi to któreś z rodziców. Jest to dowód na naśladowanie przez dzieci mowy dorosłych. Dlatego tak ważny jest prawidłowy wzorzec artykulacyjny.

3. Z wady wymowy dzieci wyrastają.

Fałsz. Z wady wymowy nie można wyrosnąć. Tylko terapia logopedyczna jest właściwym sposobem na pozbycie się wady wymowy. Dzieci, szczególnie te najmniejsze, mają prawo do różnych zniekształceń, jednak ich mowa musi być zgodna z normami rozwojowymi. Dzieci sześćioletnie wszystkie głoski muszą umieć wypowiedzieć prawidłowo. Jakiegokolwiek odchylenie od wzorca artykulacyjnego jest wadą.

4. Jąkanie małego dziecka mija samo.

Fałsz. U małych dzieci obserwuje się okres rozwojowej niepłynności mowy. Często dotyka on dzieci, które szybko zaczęły mówić i mają wysokie kompetencje językowe. To zacinać nie ma jednak charakteru napięciowego i nie jest u dziecka uświadomione. Jąkanie wczesnodziecięce, które występuje między 4 a 7 rokiem życia samo nie mija. Ma ono charakter skurczowy, napięciowy i zawsze łączy się z dyskomfortem mówienia u dziecka. Jest świadome.

5. Rodzice małych dzieci powinni podchodzić do dziecka wyłącznie wówczas, gdy płacze – uczyć komunikacji.

Fałsz. Dziecko dla prawidłowego rozwoju mowy wymaga stałego kontaktu z językiem. Środowisko, w którym się wychowuje jest pierwszym miejscem, gdzie słyszy swój język ojczysty. Matka mówiąc do dziecka nie tylko uczy komunikacji, ale również umożliwia dziecku poznanie otaczającego go świata.

6. Późny start mowy oznacza problemy w szkole.

Fałsz. Nie wszystkie dzieci, u których start mowy był opóźniony mają problemy w szkole. Późny start mowy może być zwiastunem i wady wymowy, i problemów w szkole, jednak nie jest to regułą.

7. Języka obcego należy uczyć się bardzo wcześnie, jeszcze przed pierwszym rokiem życia.

Prawda. Uczenie języka obcego powinno odbywać się właściwie równocześnie z nauką języka ojczystego. Takie warunki pozwolą na wyeliminowanie błędów wynikających z różnic w akcencie, artykulacji i zagwarantują zdolność do prawidłowej realizacji fonemów obcych. Im później wprowadza się język obcy tym trudniej wyeliminować błędy wynikające z różnic między dwoma językami.

8. Logopeda koryguje wady wymowy, zajmuje się artykulacją, wywoływaniem głosek.

Fałsz. Artykulacja, korygowanie wady wymowy czy wywoływanie głosek są zadaniami logopedy. Jednak praca logopedy nie ogranicza się wyłącznie do tych czynności. Logopedzi pracują nad rozwojem całego języka, pracują z osobami dorosłymi, które utraciły zdolność mówienia. Pracują również na oddziałach noworodkowych, by uczyć młode mamy jak karmić dziecko, by właściwie wykształciły się odruchy konieczne do późniejszych funkcji, niezbędnych podczas mówienia. Uczą prawidłowej dykcji, pracują z osobami mającymi kłopoty z niepełnością mowy, przyspieszonym tempem.

9. Z rozpoczęciem terapii logopedycznej nie trzeba się spieszyć.

Fałsz. Wręcz przeciwnie. Okres intensywnego rozwoju mowy jest bardzo krótki i w przypadku stwierdzenia jakichkolwiek nieprawidłowości trzeba natychmiast rozpocząć terapię. Jest to wyścig z czasem.

10. Zajęcia logopedyczne zwalniają rodziców z ćwiczeń domowych.

Fałsz. Terapia logopedyczna jest procesem długotrwałym i wymagającym częstego utrwalania ćwiczonych umiejętności w naturalnych momentach życia dziecka, w sytuacjach domowych. Rola rodzica wspierającego pracę logopedy jest trudna do przecenienia. Proces rehabilitacji mowy dzięki aktywnej postawie rodziców będzie przebiegał szybciej i dobrze wpłynie na motywację dziecka.

11. W każdym wieku możliwa jest terapia logopedyczna.

Prawda. W każdym wieku można pracować nad własną mową, jednak im człowiek jest starszy tym jest to trudniejsze, wymaga cierpliwości i niezwykłej motywacji.

12. Lustro w gabinecie jest zbędne.

Fałsz. W początkowej fazie terapii logopedycznej, gdy konieczne jest ćwiczenie układów artykulacyjnych lustro jest bardzo przydatne. W późniejszych fazach korygowania wad wymowy lustro przestaje być narzędziem niezbędnym.

13. Terapię logopedyczną wystarczy rozpocząć z sześciolatkiem.

Fałsz. Wszystko zależy od rodzaju wady wymowy. Zdarza się, że należy rozpocząć terapię dużo wcześniej, a niekiedy zaraz po urodzeniu.

14. Podcięcie wędzidełka rozwiązuje wszystkie problemy z mową.

Fałsz. Zbyt mocno przyrośnięte wędzidełko języka uniemożliwia dziecku prawidłowe mówienie. Konieczne jest usunięcie wędzidełka. Sam zabieg wyłącznie przywróci właściwe warunki anatomiczne do prawidłowej artykulacji. Bez odpowiednich ćwiczeń usprawniających aparat artykulacyjny dziecko nie będzie mówiło lepiej.

Małgorzata Ostrowska-Krępa
neurologopeda - PPP1



INSTYTUCJE POMOCOWE, GODNE POLECENIA

- www.krakow.pl – nasze miasto → zdrowie → profilaktyka uzależnień → placówki
- www.krakow.pl – nasze miasto → bezpieczny Kraków → placówki → programy
- www.krakow.pl – nasze miasto → serwis dla niepełnosprawnych → Krakowski Informator dla Niepełnosprawnych
- www.krakow.pl – na skróty → organizacje pozarządowe
- www.mops.krakow.pl – nasze działania
- www.rcim.krakow.pl – Regionalne Centrum Informacji Młodzieżowej
- www.dobreinspiracje.pl
- www.herkules.org.pl
- **Ośrodek Interwencji Kryzysowej** ul. Radziwiłłowskiego 8b, 31-026 Kraków (012) 421-82-42, czynny całą dobę
- **Krakowski Instytut Psychoterapii** ul. Podbrzezie 6 Kraków (012) 423-02-28, poniedziałek – piątek w godz. 10-18
- Poradnia Profilaktyki i Terapii Uzależnień „MONAR” - **ul. św. Katarzyny 3, tel. 012/ 430-59-64, 012/ 430-61-35, MONAR - poradnia, Kraków, św. Katarzyny 3 tel/ fax. (12) 430 61 35 www.monar.com.pl mail : biuro@monar.com.pl**
- **Małopolskie Centrum Profilaktyki i Leczenia Uzależnień**, ul. Krakowska 39, tel. 012/430-60-40,
- **Poradnia Uzależnień Kliniki Toksykologii Szpitala im. L. Rydygiera**, os. Złotej Jesieni 1, tel. 012/ 647-66-66 w. 317, 012/647-55-85,
- **Polskie Towarzystwo Psychologów Praktyków**, ul. Basztowa 21, tel. 012/ 422-55-99,
- **NZOZ Stowarzyszenie „Dobrej Nadziei”**- Poradnia uzależnienia od alkoholu , Poradnia psychoterapii dla młodzieży, ul. Batorego 5, tel. 012/ 633-35-31,
- **Schronisko dla Ofiar Przemocy w Rodzinie**, os. Krakowiaków 46, tel. 012/425- 81- 70,
- **Krakowski Ośrodek Terapii**, ul. Helclów 23 a, tel. 012/ 422-18-58,
- **Poradnia dla Dzieci i Młodzieży z Zaburzeniami Psychicznymi**, ul. Parkowa 12, tel. 012/ 656-23-61,
- **Klinika Zdrowia Psychicznego**, ul. Kopernika 36, tel. 012/ 424-87-23,
- **Poradnia Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży**, Al. Pokoju 2b, tel. 012/ 411-08-33,
- **Ośrodek Profilaktyki Środowiskowej i Małopolski Ośrodek Fundacji PRAESTERNO**, Al. Pokoju 7, tel. 012/ 294-19-60.
- **Centrum Informacji o Sektach i Nowych Ruchach Religijnych**, ul. Dominikańska 3.
- **Centrum Pomocy Ofiarom Przystępstw i Patologii Społecznych, Kraków ul. Dominikańska 3/26 tel (12) 429 55 25**
- **Krakowskie Centrum Terapii Uzależnień Kraków, ul Wielicka 73, tel (12) 425 57 47 fax 425 57 84 e-mail kstu@wp.pl nzozkctu@poczta.onet.pl**
- **Stowarzyszenie "U SIEMACHY" Kraków, ul. Długa 42, tel/fax: +48 (12) 6321188, e-mail: biuro@siemacha.org.pl www.siemacha.org.pl**
- **Saltrom (Salezjański Ruch Troski o Młodzież) ul. Różana 5, 30-305 Kraków, 012-269-30-00, 012-269-31-10**



PORADNIA PSYCHOLOGICZNO PEDAGOGICZNA NR 1 W KRAKOWIE

POSTĘPOWANIE ORZEKAJĄCE w PORADNI

- Orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz niedostosowanej społecznie, w tym orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno - wychowawczych dla dzieci z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim.
- Orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego oraz nauczania indywidualnego
- Opinie o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka

SZEROKO POJĘTE POSTĘPOWANIE DIAGNOSTYCZNE

- Diagnoza psychologiczna, pedagogiczna i logopedyczna dzieci i młodzieży do ukończenia szkoły ponadgimnazjalnej.
- Przesiewowe badania sondażowe klas pierwszych

TERAPIA PSYCHOLOGICZNA

- Psychoterapia indywidualna
- Psychoterapia rodzinna
- Interwencje kryzysowe w klasach (szkoły podstawowe, gimnazja) Mediacje rodzinne
- „ Mediacje rówieśnicze” – warsztaty dla gimnazjów i liceów
- Interwencja kryzysowa – szkoły ponadgimnazjalne
- „ Radzenie sobie ze stresem” – dla szkół ponadgimnazjalnych
- Samokontrola emocjonalna i radzenie sobie ze stresem egzaminacyjnym dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych
- Zajęcia relaksacyjne i rozwijające empatię w grupach 2,3 osobowych – klasy I – V

DZIECKO PRZEDSZKOLNE

- Diagnoza psychologiczna
- Indywidualne i grupowe zajęcia psychostymulujące rozwój dziecka w wieku przedszkolnym
- Grupowe zajęcia stymulujące rozwój społeczno-emocjonalny 5,6,7-latków
- Rozwój z matematyką w tle dla dziecka w wieku przedszkolnym – zajęcia grupowe
- Warsztaty dla rodziców na terenie przedszkola „Praktyczne sposoby wspierania rozwoju twojego dziecka”
- Wspieranie rozwoju dziecka w wieku przedszkolnym – warsztaty dla rodziców

TERAPIA PEDAGOGICZNA

- Terapia pedagogiczna dla uczniów ze specyficznymi trudnościami w czytaniu i pisaniu – zajęcia indywidualne
- Terapia pedagogiczna dla uczniów ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się matematyki – zajęcia indywidualne
- Zajęcia dla dzieci z klas I-ych rozwijające kompetencje matematyczne

TERAPIA LOGOPEDYCZNA I NEUROLOGOPEDYCZNA

- Terapia zaburzeń mowy
- Konsultacje logopedyczne
- Przesiewowe badania sondażowe logopedyczne dla 5 i 6 latków w szkołach i przedszkolach
- Przesiewowe badanie słuchu
- Program stymulacji kompetencji językowych dla dzieci obcojęzycznych – „1000 pierwszych słów”
- Terapia neurologopedyczna dla dzieci z obciążonym wywiadem neurologicznym

SOCIOTERAPIA

- Grupy socjoterapeutyczne dla uczniów szkoły podstawowej
- Grupa socjoterapeutyczna dla gimnazjalistów
- Warsztaty edukacyjne dla uczniów gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych. Tematyka: integracja, stres, relaksacja, „Tolerancja – tak, stereotypom –nie”
- „W zgodzie z tobą i z sobą” – program rozwijający empatię i umiejętność współpracy w grupie. – dla klas IV i V szkoły podstawowej
- Trening kształtowania umiejętności społecznych, rozwijania inteligencji emocjonalnej z elementami socjoterapii
- Program rozwijający umiejętności komunikacji i współpracy w grupie rówieśniczej - zajęcia grupowe dla dzieci klas I - III szkoły podstawowej
- Zajęcia grupowe dla dzieci klas IV i V szkoły podstawowej, rozwijające umiejętności empatii, współpracy i radzenia sobie w sytuacjach trudnych

ORIENTACJA ZAWODOWA

Doradztwo zawodowe – szkoły gimnazjalne

- konsultacje i badania dla uczniów gimnazjów w kierunku wyboru szkoły ponadgimnazjalnej – zajęcia indywidualne
- „Pierwszy krok w kierunku kariery zawodowej” – zajęcia grupowe dla uczniów trzeciej klasy gimnazjum.

Orientacja zawodowa – szkoły ponadgimnazjalne

- Indywidualne badania psychologiczne pod kątem predyspozycji i zainteresowań zawodowych
- zajęcia diagnostyczne – warsztatowe (grupowe) dotyczące predyspozycji zawodowych - dla uczniów klas przedmaturalnych

BIOFEEDBACK

Zajęcia indywidualne dla dzieci z trudnościami w koncentracji uwagi, z nadpobudliwością, osłabioną zdolnością zapamiętywania oraz z grupy uczniów dyslektycznych

KONSULTACJE PSYCHIATRYCZNE

Dyżury lekarza psychiatry

WARSZTATY DLA PSYCHOLOGÓW, PEDAGOGÓW, LOGOPEDÓW

- Grupa wsparcia dla pedagogów i psychologów szkolnych
- Spotkania informacyjno-szkoleniowe dla pedagogów i psychologów szkolnych
- Grupa wsparcia dla logopedów

WARSZTATY, ZAJĘCIA DLA NAUCZYCIELI, RODZICÓW

- Szkoła Dla Rodziców
- „Wchodzenie w dorosłość” - wykłady dla rodziców uczniów szkół ponadgimnazjalnych
- Wykłady/warsztaty doskonalące umiejętności pracy z uczniem/rodzicem (głównie pod kątem pracy z uczniem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi)
- Pomoc w budowaniu strategii pracy z uczniem / monitoring zachowania na terenie szkoły – warsztaty dla rodziców, nauczycieli dzieci objętych terapią.
- „Pytania do logopedy” – pogadanki dla nauczycieli
- Program wspierania rozwoju mowy dla dzieci wymagających terapii logopedycznej – zajęcia dla nauczycieli lub zespołów wychowawczych (IPET)

oprac. mgr Elżbieta Ozaist – psycholog - PPP1