

Wydział Pedagogiki i Psychologii UMCS
Zakład Psychopedagogiki Specjalnej

MAGDALENA WÓJCIK
magdalena_wojcik@interia.eu

*Rola terapeuty integracji sensorycznej w procesie
autorehabilitacji dziecka z zaburzeniami
przetwarzania sensorycznego*

The role of sensory integration therapist in the self-rehabilitation
of a child with sensory processing disorders

To jest dla dzieci, które są inne.
Dzieci, które nie zawsze dostają „szóstki”.
Dzieci, które mają uszy
Dwa razy większe niż ich rówieśnicy
Lub nosy siąkające całymi dniami.
To jest dla dzieci, które są inne;
Dzieci, które po prostu nie dotrzymują kroku,
Dzieci, które ze wszystkimi się drocą,
Które mają pokaleczone kolana,
Których buty są ciągle mokre.
To jest dla dzieci, które są inne;
Dzieci ze skłonnością do psot,
Bo kiedy są już dorosłe,
Jak pokazała historia,
Te właśnie różnice czynią je
Niepowtarzalnymi.

Digby Wolfe

(za: Pauli, Kisch 2004, s. 7)

STRESZCZENIE

W artykule tym, opierając się na polskiej i obcojęzycznej literaturze oraz własnych wieloletnich doświadczeniach autorki jako terapeutki integracji sensorycznej, przedstawione zostały zagadnienia

dotyczące roli terapeuty w szeroko pojmowanym procesie autorehabilitacji dziecka z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego. Jest to temat niezwykle ważny z punktu widzenia efektywności oddziaływań terapeutycznych i tym samym poprawy funkcjonowania każdego dziecka przejawiającego trudności i zaburzenia w tym zakresie.

Zaprezentowane założenia terapii integracji sensorycznej, określone kierunki oddziaływań i dopuszczalne formy pomocy dziecku być może pozwolą czytelnikom lepiej zrozumieć istotę tej terapii i wpłyną na większą wrażliwość przy opracowywaniu specyficznych form stymulacji.

Słowa kluczowe: integracja sensoryczna, skuteczność terapii, zaburzenia przetwarzania sensorycznego, terapia integracji sensorycznej

Zaburzenia przetwarzania sensorycznego (SPD – *Sensory Processing Disorder*) to – najprościej mówiąc – brak umiejętności wykorzystywania otrzymywanych przez zmysły informacji w celu płynnego, codziennego funkcjonowania człowieka.

Zaburzenia integracji sensorycznej są wynikiem dezorganizacji neurologicznej, która wpływa na procesy przetwarzania i interpretacji informacji w systemie nerwowym na kilka różnych sposobów. Mózg nie otrzymuje wiadomości we właściwy sposób, odbierane wiadomości są sprzeczne lub informacje sensoryczne, mimo zgodności, nie są prawidłowo integrowane z informacjami powiązаныmi z innymi systemami sensorycznymi (Delaney 2008).

Kiedy informacje sensoryczne są mylące, przytłaczające czy zniekształcone, pojawiają się trudności w koncentracji uwagi, zachowaniu, nauce, planowaniu i efektywnym wykonywaniu codziennych czynności i zadań edukacyjnych (Gepert Coleman, Mailloux, Smith Roley 2004).

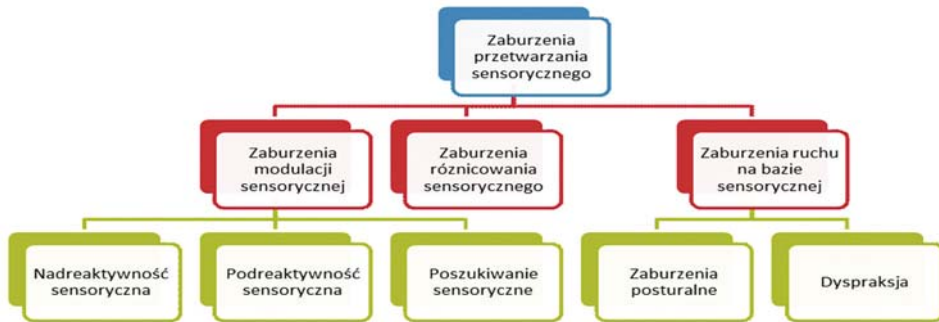
Zaburzenia przetwarzania sensorycznego to termin ogólny, obejmujący trzy główne kategorie (rycina 1):

1. Zaburzenia modulacji sensorycznej – typ zaburzeń procesów sensorycznych, charakteryzujący nieprawidłowe reakcje na bodźce sensoryczne, prowadzące do zachowań relatywnie niedostosowanych do stopnia, intensywności i natury bodźca zmysłowego. Wśród nich wyróżniamy:

- nadreaktywność sensoryczną, objawiającą się w postaci intensywnych, zbyt szybkich reakcji na bodźce zmysłowe,
- podreaktywność sensoryczną w postaci obniżonej reaktywności na bodźce,
- poszukiwanie sensoryczne, przejawiające się w formie ciągłej potrzeby dostarczania organizmowi bodźców zmysłowych.

2. Zaburzenia różnicowania sensorycznego – związane z trudnościami w interpretacji właściwości i jakości bodźców sensorycznych.

3. Zaburzenia ruchu na bazie sensorycznej – będące wynikiem zaburzeń procesów sensorycznych, przejawiające się w postaci nieprawidłowo rozwiniętych posturalnych i wolicjonalnych ruchów (Przyrowski 2012).



Rycina 1. Klasyfikacja zaburzeń przetwarzania sensorycznego (Arnwine 2005, s. 12)

SPD jest zaburzeniem, które dotyka ludzi wszystkich ras, o różnych umiejętnościach poznawczych i mieszkających w różnych częściach świata. Te trudności i zaburzenia mogą dotyczyć zarówno dzieci, młodzieży i dorosłych z poważnymi problemami neurologicznymi, niepełnosprawnością intelektualną, porażeniem mózgowym, autyzmem, uszkodzeniem zmysłów, jak i dzieci przedwcześnie urodzonych, z domów dziecka, pozbawionych odpowiedniej stymulacji sensorycznej czy tych z nadprzeciętnymi uzdolnieniami. Choć wydaje się, że dzieci te nie mają ze sobą zbyt wiele wspólnego, to jednak doświadczają one często podobnych problemów w przetwarzaniu wrażeń zmysłowych.

Zaburzenia SPD mogą zatem występować samodzielnie lub współwystępować z innymi problemami, przyczyniając się do ich znacznego skomplikowania czy pogłębiania. Im więcej zaburzeń ma dziecko w danym obszarze, tym prawdopodobnie więcej trudności będzie miało w innych (Kranowitz 2011).

W zależności od rodzaju zaburzeń mogą one utrudniać uczenie się czynności samoobsługowych, a także kształtowanie się podstawowych umiejętności szkolnych, takich jak czytanie, pisanie, rozumienie pojęć matematycznych. Trudności o podłożu sensorycznym mogą powodować również zachowania często mylnie wiązane z zaburzeniami emocjonalnymi: impulsywność, nadpobudliwość, unikanie kontaktu z innymi ludźmi, agresja i autoagresja (Maas 1998).

Osoby z zaburzeniami sensorycznymi mają ogromne trudności w zrozumieniu, co się dzieje wewnątrz i na zewnątrz ich ciała, w otaczającej rzeczywistości. W odpowiedzi na pojawiające się trudności dzieci mogą unikać mylących czy dezorganizujących doznań lub odwrotnie – poszukiwać coraz więcej tych wrażeń, by je lepiej poczuć i poznać. Ponadto w związku z tym, że nie mogą polegać na swoich zmysłach w prawidłowym odbiorze obrazu świata, mają trudności w dostosowaniu odpowiednich reakcji i zachowań akceptowanych społecznie.

Teoria integracji sensorycznej (SI) opiera się na kilku znaczących założeniach, odwołujących się tak do wiedzy neurologicznej, jak psychopedagogicznej, które każdy terapeuta powinien uwzględnić w procesie terapeutycznym.

1. Bodźce sensoryczne warunkują rozwój i są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania centralnego układu nerwowego.

2. Plastyczność neuronalna umożliwia zmiany w funkcjonowaniu układu nerwowego pod wpływem właściwie dozowanych bodźców zmysłowych.

3. Integralność układu nerwowego jest podstawą do tworzenia właściwej percepcji otaczającej rzeczywistości i umożliwia procesy integracji sensorycznej na różnych poziomach ośrodkowego układu nerwowego.

4. Czynne zaangażowanie w doznania sensoryczne wywołuje reakcje adaptacyjne, które optymalizują zachowanie.

5. Potrzeby sensoryczne są podstawowym mechanizmem poszukiwania indywidualnych doznań zmysłowych niezbędnych do rozwoju prawidłowych procesów sensorycznych.

6. Uczenie się zależy od zdolności do właściwego rejestrowania i przetwarzania doznań zmysłowych płynących ze środowiska oraz umiejętnego stosowania wyników tego procesu do zaplanowania i organizowania adekwatnego zachowania (Biel, Peske 2009; Przyrowski 2012, s. 42–47).

Zdaniem J. Ayres (1991), autorki metody, głównym zadaniem terapii integracji sensorycznej jest dostarczenie odpowiedniej i kontrolowanej ilości bodźców sensorycznych w taki sposób, aby dziecko spontanicznie formułowało reakcje adaptacyjne poprawiające integrację tych bodźców w ośrodkowym układzie nerwowym.

Teoria integracji sensorycznej sugeruje również, że trudności z przetwarzaniem informacji zmysłowych opóźniają nabywanie przez dziecko nowych umiejętności. Opierając się na wymienionych wyżej założeniach, terapeuta ma za zadanie zaproponować wykonywanie czynności, które zapewniają dziecku specyficzne bodźce zmysłowe, by wywołać właściwą reakcję adaptacyjną; towarzyszy również dziecku w jego własnym rozwoju umysłowym i motorycznym (Fisher, Murray 1991).

Stosowane ćwiczenia muszą być dobrane do aktualnych możliwości psychoruchowych dziecka. Musimy mieć świadomość, że zadaniem terapeuty nie jest uczenie dziecka wykonywania konkretnych czynności, lecz kształtowanie umiejętności właściwego przetwarzania informacji sensorycznych poprzez wprowadzanie nowych wzorców percepcyjno-motorycznych (Odowska-Szlachcic 2010).

Ponadto istotną rolę w terapii odgrywa motywacja dziecka, dlatego też ćwiczenia muszą być tak konstruowane, by trafiały w potrzeby dziecka w danym wieku, a także powinny mieć swój cel – istotny dla terapeuty i realizowany przez dziecko (Przyrowski 2012).

Każdy terapeuta integracji sensorycznej powinien więc umieć sobie odpowiedzieć na następujące pytania:

1. Jakie bodźce zmysłowe odbiera dziecko podczas danej czynności i jakie układy zmysłowe i mechanizmy w związku z tym są pobudzane?

2. Czy czynność nie jest zbyt pobudzająca, nadmiernie stymulująca, czy wręcz przeciwnie – zbyt pasywna?
3. Czy stopień trudności zadania jest właściwy dla danego dziecka?
4. Czy wprowadzane ćwiczenia nie dezorganizują zachowania dziecka?
5. W jakich sytuacjach powinien interweniować, by wpłynąć na odpowiednie reakcje dziecka, a kiedy pozwolić dziecku samemu przejść przez kolejne etapy adaptacji do danych bodźców sensorycznych?
6. Kiedy wskazana jest zmiana aktywności, a kiedy bardziej korzystne będzie umożliwienie dziecku dłuższej stymulacji w danym zakresie?
7. Czy w terapii uwzględniona została naturalna sekwencja rozwojowa?
8. Czy terapeuta potrafi wykorzystać naturalny popęd dziecka, by poprowadzić je do osiągnięcia poziomu potencjalnych możliwości? (Maas 1998, s. 152).

Efektywna terapia integracji sensorycznej musi opierać się na zrozumieniu specyficznego profilu sensorycznego dziecka – na podstawie wieloaspektowej diagnozy etiologicznej, określenia specyficznych trudności dziecka i ich wpływu na jego funkcjonowanie emocjonalno-społeczne i edukacyjne.

Należy pamiętać, że nie ma żadnego standardowego programu interwencji terapeutycznej. Każde dziecko ma swoje indywidualne mocne i słabe strony, w zasadniczy sposób różniące je od deficytów innego dziecka z trudnościami sensorycznymi. Ponadto charakterystyczne zachowania i trudności pojawiają się w różnym stopniu w życiu każdego dziecka. Terapia integracji sensorycznej musi być więc zaprojektowana w taki sposób, aby zabezpieczać indywidualne potrzeby dziecka, mając na uwadze wpływ zaburzeń zmysłowych na jego codzienne życie. Przed rozpoczęciem projektowania interwencji terapeuta integracji sensorycznej musi wziąć pod uwagę wiek dziecka, jego zdolności poznawcze, a także system wsparcia w domu i w szkole.

Możliwie jak najwcześniej wprowadzona terapia integracji sensorycznej skoncentrowana jest na dostarczaniu dziecku bodźców dotykowych, proprioceptywnych i przedsiorkowych w odpowiedniej ilości i natężeniu, stosownie do jego potrzeb i możliwości przetwarzania wrażeń płynących ze zmysłów. Ważnym elementem terapii jest pomoc dziecku w zrozumieniu, jak charakterystyczny dla niego sposób odbierania informacji zmysłowej wpływa na jego zachowanie i postrzeganie otaczającego świata, a także nauka radzenia sobie z trudnościami w przetwarzaniu sensorycznym (Delaney 2008).

Każdorazowo zajęcia powinny być zarówno kreatywne, odpowiednio zaplanowane, jak i wystarczająco elastyczne i możliwe do modyfikacji, by tym samym sprostać wyzwaniom związanym z nastrojem dziecka, dostosowaniem ćwiczeń do jego potrzeb i możliwości w danej chwili (Mauro 2006).

Terapia integracji sensorycznej nie jest wyuczonym, stale powtarzającym schematem ćwiczeń, lecz sztuką ciągłej analizy zachowań dziecka i bezustannego poszukiwania i modyfikacji stosowanych zadań (Przyrowski 2012).

Wszystkie działania terapeuty, poprzez niwelowanie określonych zaburzeń sensorycznych, mają zatem wyzwolić potencjał rozwojowy dziecka, a także nauczyć go określonych strategii postępowania w niesprzyjających temu rozwojowi warunkach środowiskowych. Ponadto stopniowe kształtowanie prawidłowych wzorców sensorycznych, tolerancji, adaptacji i interpretowania informacji płynącej ze zmysłów pozwoli na większą, bardziej świadomą eksplorację otoczenia oraz zintensyfikowanie ciekawości poznawczej. Aby usprawnić ten proces i jednocześnie zachęcić dziecko do samodzielnej aktywności, zajęcia prowadzone są w formie kierowanych i spontanicznych zabaw.

W świetle teorii integracji sensorycznej zabawa jest absolutnie niezbędnym i kluczowym elementem terapii. Podczas terapii SI, dziecko i terapeuta aktywnie działają razem – jest to aktywność ukierunkowana przede wszystkim na dziecko. Oznacza to, że dziecko w swoich słowach, działaniach czy zachowaniu przekazuje terapeutę informacje o swoich potrzebach w zakresie rozwoju lub funkcjonowania w otoczeniu.

Terapeuta ma za zadanie zachować odpowiednią równowagę pomiędzy kierowaniem terapią a daniem wolności wyboru dziecku. Każdy specjalista w zakresie integracji sensorycznej musi mieć na uwadze, że nadmierne kierowanie może doprowadzić do nauki pasywnego kopiowania pewnych zachowań, a nie bardziej uogólnionej i utrwalonej przez dziecko zmiany zachowań. W terapii SI nie tyle ważne jest nasilenie i bogactwo bodźców zmysłowych, lecz to, czy są one celowe i mają określone znaczenie dla dziecka (Przyrowski 2012).

W trakcie terapii dziecko otrzymuje wiele możliwości i okazji do zabawy na podstawie swoich własnych pomysłów i upodobań. Oczywiście, jeśli dziecko, zwłaszcza w początkowym etapie terapii, zachowuje się w sposób chaotyczny i jest całkowicie niezdolne do podejmowania celowych decyzji musi być starannie prowadzone przez terapeutę, który czerpie informacje nawet z najmniejszej reakcji dziecka. Im dziecko bardziej aktywnie uczestniczy w procesie terapeutycznym, angażując się emocjonalnie, tym większy postęp i szybsze tempo pozytywnych zmian w funkcjonowaniu.

Strategia taka ma więc postać tzw. naukowej zabawy, dziecko chętnie w niej uczestniczy i ma przekonanie, że kreuje zajęcia wspólnie z terapeutą.

Gdy z działalnością dziecka łączy się przyjemność, tym większy jest walor terapeutyczny i skuteczność oddziaływań. W większości sesji terapeutycznych SI to właśnie dziecko, a nie terapeuta, wybiera aktywność. Oczywiście terapeuta ma zawsze na uwadze konkretne cele terapeutyczne i określa, jakie oddziaływania w danym momencie pasują do zabawy dziecka. Zadaniem terapeuty jest więc umiejętne wykorzystanie i ewentualna modyfikacja i dostosowanie wybranej przez dziecko aktywności do uzyskania optymalnego efektu terapeutycznego (Horowitz, Röst 2007).

Jeśli proces uczenia się jest przyjemny, wtedy to, czego się uczymy, jest łatwiejsze do zapamiętania i samodzielnego odtworzenia w przyszłości. Zabawa jest więc istotnym elementem wspomagającym procesy terapii i nauki. W rezultacie dziecko chętnie uczestniczy w sesjach terapeutycznych i tym samym z większym zaangażowaniem uczestniczy w poszczególnych aktywnościach, ponieważ odbiera je jako zabawę, a nie mozolne dyrektywne ćwiczenia i zadania.

Niezwykle ważnym elementem procesu terapeutycznego jest także wprowadzenie tzw. diety sensorycznej – jest to zindywidualizowany program oddziaływań sensorycznych zaprojektowany tak, aby pomóc dziecku lepiej funkcjonować w warunkach domowych i szkolnych. Rodzice, a tym bardziej terapeuta, muszą wiedzieć, które z naturalnych codziennych rutynowych aktywności dadzą dziecku sensoryczne bodźce wpływające pozytywnie na stan pobudzenia, emocje, koncentrację uwagi, koordynację, percepcję i zachowanie (Przyrowski 2012, s. 186).

Program ten powinien być przygotowany i monitorowany bezpośrednio przez terapeutę integracji sensorycznej, który ma dogłębną wiedzę na temat wszystkich zmysłowych potrzeb dziecka. Ważne jest, aby pamiętać, że program, który jest skuteczny w chwili obecnej, może okazać się mało skuteczny po pewnym czasie. Musi on być sukcesywnie modyfikowany, tak aby sprostać zmieniającym się potrzebom dziecka. Dieta sensoryczna powinna być projektowana przez terapeutę przy pomocy rodziny i innych członków zespołu terapeutycznego, ponieważ wszystkie opracowane działania muszą być realizowane w różnych sytuacjach i nie będą skuteczne, jeśli będą odbywały się tylko podczas sesji terapeutycznych.

Należy mieć na uwadze to, że każde dziecko z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego potrzebuje takiego programu. Dzieciom z zaburzeniami modulacji sensorycznej pomaga on właściwie reagować, uczy jednocześnie odpowiednich strategii samoregulacji, wpływając korzystnie na poziom koncentracji poprzez umiejętne stosowanie technik przewyżających trudności związane z przestymulowaniem bodźcami płynącymi z otoczenia lub odwrotnie – zwiększających poziom aktywności w przypadku spadku poziomu pobudzenia (Delaney 2008). Natomiast dla dzieci z trudnościami w różnicowaniu sensorycznym i zaburzeniami ruchu na bazie sensorycznej program ten pomaga w lepszej koncentracji uwagi, organizacji otoczenia i odpowiednim planowaniu reakcji ruchowych. A zatem dieta sensoryczna to program zawierający kombinację zajęć pobudzających, organizujących i uspokajających.

Niezwykle ważnym elementem procesu terapeutycznego staje się więc wprowadzenie odpowiednich technik wyciszania, organizowania lub pobudzania ośrodkowego układu nerwowego. W początkowym etapie terapii wprowadzenie tych technik pozwoli na realizowanie określonych założeń terapeutycznych, z czasem ucząc dziecko stosowania ich w dowolnym czasie, w zależności od jego

indywidualnych potrzeb, niezależnie od spotkań terapeutycznych. W zależności od potrzeb dziecka pierwszeństwo mają zajęcia pobudzające lub wyciszające.

Technikami prowadzącymi do wyciszenia, uspokojenia organizmu będą przede wszystkim: masaż z głębokim uciskiem, stosowany również w formie automasażu, kompresja stawów, stosowanie sprzętu dostarczającego wrażenia proprioceptywnych (ciężka pufa rehabilitacyjna, kamizelka lub kołdra obciążeniowa, ciasne owinięcie w koc, obciążniki na kostki, kolana itp.), ubrania obciskające ciało, rytmiczny ruch liniowy, kąpiel w ciepłej wodzie, „biały szum” lub cicha muzyka w stabilnym rytmie, izolacja od intensywnego światła. Zajęcia uspokajające pomagają dziecku zmniejszyć nadreaktywność sensoryczną i nadmierną stymulację.

Na lepszą organizację wpływać będą z kolei zabawy i ćwiczenia proprioceptywne, wibracja, dostarczanie stymulacji oralnej (np. ssanie twardego cukierka, zucie), rytm w aktywnościach.

Natomiast takie aktywności, jak zabawy w zimnej wodzie, intensywne zabawy ruchowe (np. w ganianego i chowanego), siedzenie lub skakanie na piłce, macie wodnej, trampolinie itp., będą prowadziły do podniesienia poziomu pobudzenia. Zapewnienie pewnych określonych warunków otoczenia również może prowadzić do wzrostu pobudzenia: szybka muzyka, nagłe dźwięki, jasne światło, świeże, chłodne powietrze (Godwyn, Emmons, McKendry-Anderson 2006). Zajęcia pobudzające są korzystne dla dziecka podreaktywnego, które do efektywnego pobudzenia potrzebuje odpowiedniej stymulacji (Kranowitz 2012).

Wprowadzając program diety sensorycznej, warto również uwzględnić kilka ważnych wskazówek:

- trzeba wyznaczyć konkretne pory dnia na ustrukturalizowaną sekwencję działań;
- w miarę możliwości należy zapewnić takie działania, jakich pragnie dziecko, oraz zaproponować inne aktywności zaspokajające te potrzeby;
- należy pozwolić dziecku kierować zabawą, kontrolując jednocześnie jego stan pobudzenia i w razie potrzeby stosować odpowiednie techniki regulacyjne;
- dla urozmaicenia warto okazjonalnie zmieniać otoczenie i ustalony porządek (Kranowitz 2012, s. 193).

Podsumowując, z całą odpowiedzialnością można stwierdzić, że terapia SI jest przyjemnym doświadczeniem, które może pomóc dziecku poprawić różne aspekty funkcjonowania sensorycznego, bez względu na wiek.

Osobowość terapeutyczna odpowiednio przeszkolonego terapeuty integracji sensorycznej, posiadającego dogłębną neurofizjologiczną wiedzę na temat specyfiki funkcjonowania osób prezentujących różne zaburzenia przetwarzania sensorycznego, pozwala dziecku na aktywne uczestnictwo w procesie terapeutycznym, daje wolność wyboru aktywności i tym samym pobudza poczucie sprawstwa bez jednoczesnego zmniejszania efektywności terapii.

BIBLIOGRAFIA

- Arwine B. (2005), *Starting Sensory Integration Therapy*, Arlington: Future Horizons.
- Ayres J. (1991), *Sensory Integration and the Child*, Los Angeles: Western Psychological Services.
- Biel L., Peske N. (2009), *Raising a sensory smart child. The definitive handbook for helping your child with sensory processing issues*, New York: Penguin Group.
- Delaney T. (2008), *Sensory Processing Disorder. Answer book*, Illinois: Sourcebooks.
- Fisher A., Murray E. (1991), *Introduction to sensory integration theory*, [w:] A. Fisher, E. Murray, A. Bundy (red.), *Sensory Integration Theory and Practice*, Philadelphia: F. A. Davis.
- Geppert-Coleman G., Mailloux Z., Smith-Roley S. (2004), *Sensory Integration. Answers for Parents*, Torrance: Pediatric Therapy Network.
- Godwyn-Emmons P., McKendry-Anderson L. (2006), *Understanding Sensory Dysfunction. Learning, Development and Sensory Dysfunction in Autism Spectrum Disorders, ADHD, Learning Disabilities and Bipolar Disorder*, London: Jessica Kingsley Publishers.
- Horowitz H. (2007), *Hyperactive kids – a sensory integration approach. Techniques and tips for parents and professionals*, Alameda: Hunter House Publishers.
- Kranowitz C. (2012), *Nie-zgrane dziecko. Zaburzenia przetwarzania sensorycznego – diagnoza i postępowanie*, Gdańsk: Harmonia.
- Maas V. F. (1998), *Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej*, Warszawa: WSiP.
- Mauro T. (2006), *Everything Parent's Guide to Sensory Integration Disorder. Get the Right Diagnosis, Understand Treatments and Advocate for Your Child*, Avon: Adams Media.
- Odowska-Szlachcic B. (2010), *Metoda integracji sensorycznej we wspomaganie rozwoju mowy u dzieci z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego*, Gdańsk: Harmonia.
- Pauli S., Kisch A. (2004), *Co się dzieje z moim dzieckiem? Zaburzenia rozwoju ruchowego i postrzegania*, Warszawa: PZWL.
- Przyrowski Z. (2013), *Integracja sensoryczna. Wprowadzenie do teorii, diagnozy i terapii*, Warszawa: EMPIS.

SUMMARY

This article, based on Polish and foreign-language literature as well as author's own many years of experience as a sensory integration therapist, presents the issues concerning the role of the therapist in the broadly understood process of self-rehabilitation of the child with sensory processing disorders. This is a topic of great importance from the point of view of the effectiveness of therapeutic interventions and thereby improve the functioning of each child's difficulties and problems in this regard. Presented assumptions of sensory integration therapy, defined directions of impacts and acceptable forms of support for the child, perhaps help readers with better understanding the nature of this therapy and affect a greater sensitivity to the development of specific forms of stimulation.

Key words: Sensory integration, effectiveness of the therapy, sensory processing disorder, sensory integration therapy