

# STW

Sensomotoryczna terapia widzenia jest programem diagnostyczno-terapeutycznym. Cechuje ją interdyscyplinarne spojrzenie i podejście do terapii, łącząc wiedzę i umiejętności z zakresu ortoptyki, pedagogiki, fizjoterapii, terapii pedagogicznej, psychologii oraz integracji sensorycznej.

Założeniem STW jest:

- uzupełnienie terapii ortoptycznej o aspekt sensoryczny
- uzupełnienie terapii integracji sensorycznej o funkcje wzrokowe
- „przeniesienie” parametrów wzrokowych na poprawę konkretnych umiejętności dziecka, takich jak: czytanie, pisanie, przepisywanie z tablicy, z książki, poprawę praksi, koordynacji oko-ręka i uzyskanie wyciszenia sensorycznego.

Terapia kierowana jest do dzieci, u których można zaobserwować:

- ogólnie rozumiane trudności szkolne
- obniżoną pamięć wzrokową, słuchową, motoryczną
- obniżoną koordynację wzrokowo-ruchową
- zaburzenia koncentracji uwagi
- zaburzenia integracji sensorycznej
- dyspraksję

STW dobrze wpisuje się jako uzupełnienie terapii SI, terapii pedagogicznej i usprawniania ruchowego, lub może stanowić niezależną formę terapii. Wszechstronność metody pozwala dostosować program do potrzeb i możliwości dziecka. Cele terapii tą metodą układane są indywidualnie do dziecka.

Kiedy możemy podejrzewać występowanie zaburzeń widzenia u dzieci:

Ponieważ wzrok wpływa na rozwój i funkcjonowanie sensomotoryczne, poznawcze i emocjonalne to konsekwencją zaburzeń widzenia będą:

- obniżona praktyka
- obniżona koordynacja oko-ręka
- obniżone reakcje równoważne: w konsekwencji obniżony rozwój motoryki dużej i małej, manipulacji, grafomotoryki
- trudności w koncentracji
- labilność emocjonalna
- nadruchość (wynikająca z nadreaktywności układu przedsionkowego na napięcia akomodacji, zaburzenia widzenia oboczne)
- trudności edukacyjne

Najczęstszą przyczyną zaburzeń widzenia są **zaburzenia akomodacji**, czyli mechanizmu, który odpowiada za ostrość widzenia. W znaczącym stopniu wpływ ma:

- \* zbyt wczesne i częste korzystanie z telefonu, tabletu, telewizji,
- \* deficyty motoryczne spowodowane małą aktywnością ruchową,
- \* mała stymulacja do dali z powodu częstego przebywania w pomieszczeniach i bliskich odległościach, np.: przed monitorem

Skutkiem zaburzeń akomodacji jest bardzo szybka męczliwość oka oraz skrócony czas koncentracji. Za akomodację odpowiada mięsień rzęskowy, który napina się lub rozluźnia zmieniając kształt i moc sferyczną soczewki oka. Mięsień ten wpływa na funkcjonowanie układu nerwowego. Jeżeli go odciążymy korygując w pełni wadę refrakcji oka to poprawimy funkcjonowanie układu nerwowego- wyciszając go.

Objawy jakie możemy zaobserwować przy zaburzeniach akomodacji:

- bóle głowy, oczu
- problemy z koncentracją
- nadpobudliwość
- dwojenie obrazu
- rozmazanie niechęć do czytania
- zawroty głowy
- mrużenie oczu

**Nieskorygowana wada wzroku** to kolejna przyczyna zaburzeń widzenia. Powoduje dużo patomechanizmów, które generują duże napięcia akomodacyjne i silnie przeciążają wzrok, w konsekwencji powoduje trudności w stabilizacji widzenia obuocznego.

Dlatego bardzo ważne jest rzetelne badanie okulistyczne (po 3- krotnym zakropieniu oka w celu porażenia akomodacji) oraz pełna korekcja wady wzroku.

Te trzy parametry: zaburzenia akomodacji, nieskorygowana wada wzroku, zaburzenia fuzji, w znaczący sposób wpływają na procesy uczenia się, koncentrację oraz objawy pobudzenia.

Planowanie terapii zawsze poprzedzone jest oceną funkcji wzrokowych oraz oceną rozwoju sensomotorycznego dziecka. Istotnym elementem obserwacji jest ocena postawy pod kątem symetrii ustawienia ciała.

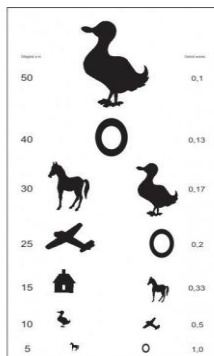
Jeżeli obserwujemy asymetrię ustawienia głowy zwaną wyrównawczym ustawieniem głowy (WUG), to musimy ocenić, czy jest konsekwencją zaburzeń posturalnych, czy zaburzeń układu wzrokowego.



Fot. WUG

- **Ocena ostrości wzroku**

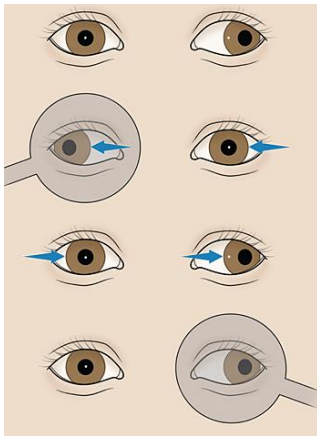
Wykonujemy ocenę do bliży z odległości 30 cm. i do dali z odległości 5m., z użyciem tablic Snellena



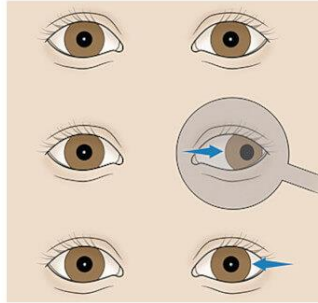
- **Ocena fiksacji**

Punkt fiksacyjny umieszczamy na odległość 25-30 cm. Na wysokość oczu – czas trwania próby 10-15 sekund.

- **Określenie dominującego oka i ręki**
- **Ocena ruchomości gałek ocznych:** wykonujemy we wszystkich płaszczyznach
- **Badanie ustawienia oczu:**
  - Cover-uncover test (w kierunku zeza jawnego i ukrytego)

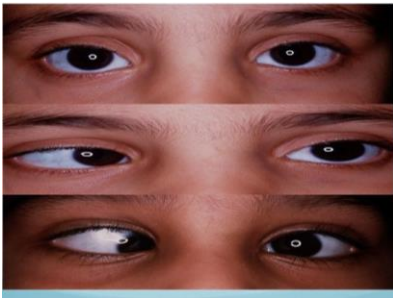


Fot. Zez jawny

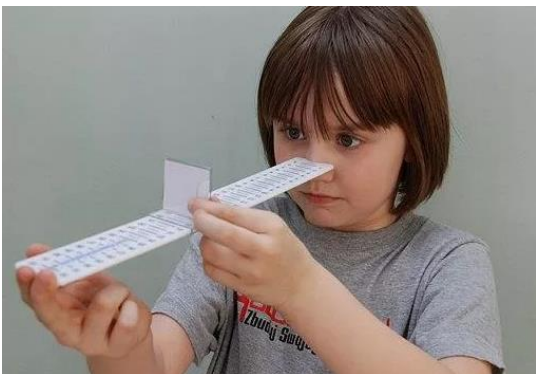


Fot. Zez ukryty

- test Hirschberga: światło latarki padające na wysokości nosa daje refleksy na rogówce, pozwalając ocenić ułożenie gałek ocznych



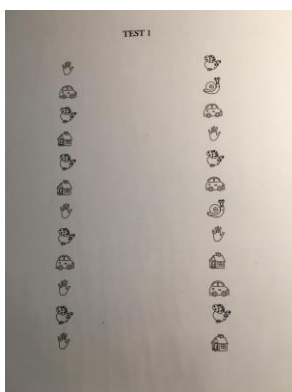
- **Badanie konwergencji:** ma na celu określenie punktu bliży konwergencji



- **Badanie sprawności akomodacji z użyciem flipperów -/+ 2**



- **Badanie ruchów sakkadowych- przerzutność spojrzenia**



STW łączy pracę ciała z pracą oczu. Prowadząc terapię należy umiejętnie stopniować i łączyć te dwie aktywności, aby były one na poziomie możliwości dziecka.

Najczęściej terapię rozpoczynamy od pozycji statycznych aktywnych: w podporze, w siadzie, w siadzie kłębnym.



Ciągi na które patrzy dziecko ustawiamy w płaszczyznach: poziomej, pionowej oraz blisko-daleko. Wprowadzamy kolory, kształty, kierunki, litery, sylaby, słowa.

Następnie przechodzimy do pracy dynamicznej, wykorzystując aktywności motoryki dużej, integrowanie funkcji wzrokowych z układem przedsionkowym, czuciem głębokim, reakcjami równoważnymi.

W terapii bardzo ważny jest rytm i naprzemiennosc ruchów- praca na integracji stron prawa-lewa.



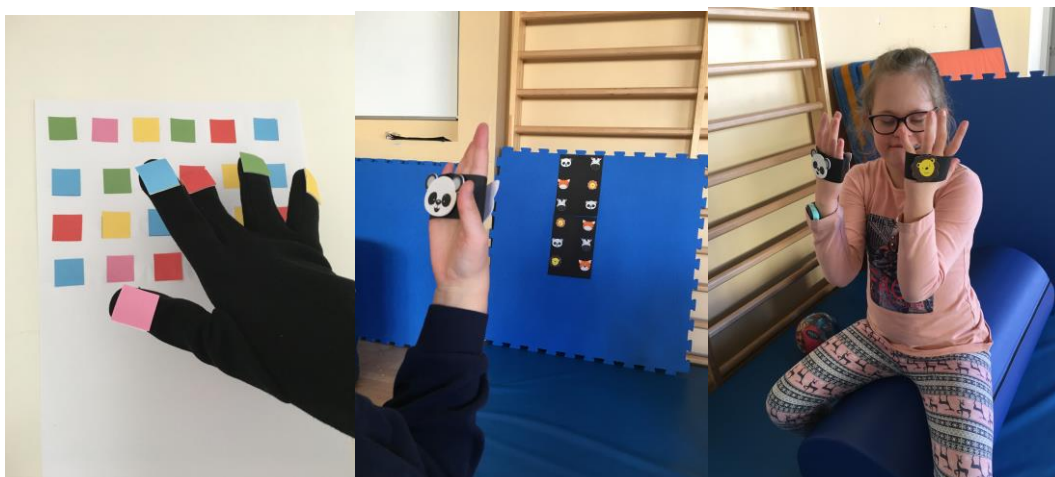


Wprowadza się procesy kodowania i dekodowania w integracji z funkcjami wzrokowymi, to poprawia plastyczność funkcjonowania mózgu, i będzie doskonałą bazą do nadbudowania samej umiejętności czytania.



STW integruje funkcje wzrokowe z pracą ręki - włączając pracę nad sprawnością nadgarstka, ruchów rotacyjnych przedramienia i izolacją palców.





Sensomotoryczna terapię widzenia możemy łączyć ze stymulacją słuchową wykorzystując programy słuchowe: Thrapeutic Listening, Quickshift oraz stymulator słuchowy Forbrain.

Opracowanie: Dorota Chmielewska

