

Skierowanie na terapię biofeedback w Centrum Psychologiczno-Pedagogicznym w Szczecinie.

Uczeńur.....

Zamieszkały.....

Szkoła.....klasa.....

Wprowadzenie: Biofeedback, biologiczne sprzężenie zwrotne - metoda wykorzystywana w wielu dziedzinach, między innymi w psychologii, w medycynie, ale także w sporcie czy biznesie.

Pracujący mózg emituje tzw. czynność bioelektryczną, którą można odbierać z powierzchni głowy za pomocą elektrod. Odczyt fal mózgowych jest możliwy dzięki precyzyjnemu urządzeniu i programowi rejestrującemu potencjał elektryczny mózgu na powierzchni czaszki. Urządzenie to przesyła go następnie do komputera, przedstawiając sygnał w formie graficznej.

Zasadą treningu jest promowanie oczekiwanych częstotliwości fal mózgowych przy równoczesnym hamowaniu częstotliwości niekorzystnych. W trakcie treningu wzrost korzystnych fal jest nagradzany poprzez sygnał dźwiękowy, niekorzystne fale eliminują nagrodę. W niektórych dysfunkcjach mózgu występuje niedobór korzystnych fal wpływających na prawidłowe funkcjonowanie dziecka, np. dzieci z ADHD mają problem ze skupieniem się na wykonaniu konkretnego zadania lub kontrolowaniem emocji.

Trening podzielony jest na pojedyncze sesje, w czasie których dziecko rozgrywa kilka rund gry komputerowej kontrolowanej wyłącznie umysłem. W zasadzie jest to proces edukacyjny, mózg uczy się produkowania korzystnych fal. Zależnie od reedukacyjnych celów, proces uczenia się może trwać 20-60 sesji zwykle 30-45 minut każda. Zastosowanie terapii Biofeedback polecane jest między innymi w przypadku: ADHD, ADD, zaburzeniach koncentracji i problemach z przyswajaniem nowych wiadomości.

Dla osoby prowadzącej trening ważne jest dostarczenie wykresu EEG.

Wypełnia lekarz neurolog

Uczeńur..... zam.....
imię i nazwisko ucznia

.....(odpowiednie wpisać)*

*nie ma przeciwwskazań do treningu Biofeedback / ma przeciwwskazania do treningu Biofeedback.

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(podpis i pieczęć lekarza neurologa)

Wyrażam zgodę na korzystanie przez moją córkę/ syna.....

imię i nazwisko ucznia

ur. zam.z treningu Biofeedback w roku szkolnym

Wyrażam zgodę na wprowadzenie do bazy i przetwarzanie danych osobowych przez Centrum Psychologiczno-Pedagogiczne w Szczecinie zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych – Dz. Ust. Nr 101 z 2002 r. poz. 926 z późniejszymi zmianami.

.....
data

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego