

*DZIECKO
Z AUTYZMEM
I ZESPOŁEM ASPERGERA
W SZKOLE I PRZEDSZKOLU*

Opracowanie: Beata Cześniuk

Wstęp

I. Charakterystyka dziecka z autyzmem.

1. *Definicje autyzmu.*
2. *Przyczyny autyzmu.*
3. *Charakterystyka autyzmu.*

II. Diagnozowanie autyzmu.

1. *Proces diagnozowania autyzmu.*
2. *Aktualne kryteria diagnostyczne DSM – IV (APA 1994).*
3. *Autyzm dziecięcy.*

III. Dziecko z autyzmem w przedszkolu.

1. *Funkcjonowanie dziecka z autyzmem w wieku przedszkolnym.*
2. *Edukacja przedszkolna.*

IV. Dziecko z autyzmem w szkole.

1. *Funkcjonowanie dziecka z autyzmem w wieku szkolnym.*
2. *Trudności edukacyjne.*
3. *Opracowanie Indywidualnych Programów Edukacyjno – Terapeutycznych.*
4. *Ocenianie ucznia z autyzmem.*

V. Jak pomóc – terapia dzieci z autyzmem.

1. *Zadania i zasady terapii.*
2. *Rodzaje terapii.*

VI. Zespół Aspergera.

1. *Definicje Zespołu Aspergera.*
2. *Przyczyny Zespołu Aspergera.*
3. *Objawy zespołu Aspergera.*
4. *Kryteria diagnostyczne.*
5. *Formy terapii w pracy z dzieckiem z zespołem Aspergera.*
6. *Dziecko z zespołem Aspergera w szkole.*

Bibliografia

Wstęp

Autyzm dziecięcy i zespół Aspergera należą do grupy tzw. całościowych zaburzeń neurorozwojowych, do których zaliczane są również specyficzne trudności szkolne oraz specyficzne zaburzenia rozwoju funkcji ruchowych. Zaburzenia te charakteryzują się brakiem odpowiednich dla wieku umiejętności uwarunkowanych dojrzewaniem mózgu. Zaburzenia dotyczą wielu sfer rozwoju i funkcjonowania dziecka. Każde dziecko dotknięte autyzmem lub zespołem Aspergera jest inne i posiada sobie właściwy potencjał możliwości. Dzieci te izolują się od otoczenia, będącego dla nich źródłem nieustannych bodźców, których nie są w stanie zrozumieć i które wywołują w nich lęk i strach. Każda najmniejsza zmiana w otoczeniu, schemacie dnia może spowodować zaburzenia w zachowaniu – zły humor, płacz, krzyk, a nierzadko agresję lub autoagresję. Trzeba szukać takich form i metod pracy, które pomogą tym dzieciom w przyszłości stać się osobami samodzielnymi i przystosowanymi społecznie na miarę ich indywidualnych możliwości. Poszukiwania te to długi proces, wymagający ogromnej cierpliwości, gdyż porażki przeplatają się z sukcesami. To duże wyzwanie dla rodziców i nauczycieli.

I. Charakterystyka dziecka z autyzmem

1. Definicje autyzmu

Słowo autyzm wywodzi się z języka greckiego: *autos* – tzn. „sam” „Autyzm to głębokie zaburzenie neurorozwojowe rozpoczynające się w dzieciństwie (przed 36 miesiącem życia), przejawiające się wieloma różnymi anomaliami zachowania, łącznie z niedorozwojem funkcji ruchowej, mowy wraz z wyraźnym brakiem zainteresowania otoczeniem społecznym i wycofaniem się z rzeczywistości.”

„Autyzm jest zaburzeniem rozwojowym. Jest uszkodzeniem systemu, który porządkuje otrzymane od zmysłów informacje, co sprawia, że dziecko nadmiernie reaguje na niektóre bodźce, na inne zaś słabo.”(Temple Grandin). Lekarze i psycholodzy określają autyzm jako całościowe zaburzenie rozwoju. Osoba z autyzmem już jako dziecko rozwija się inaczej niż rówieśnicy. Mózg osoby z autyzmem funkcjonuje inaczej: odmiennie odbiera otaczający świat i inaczej przetwarza informacje. To jest powodem wielu trudności osób z autyzmem w rozumieniu otaczającego je świata. Termin „autyzm” został wprowadzony po raz pierwszy w 1911 roku do określenia jednego z centralnych objawów schizofrenii, polegającego na zamykaniu się w sobie i braku reakcji na bodźce płynące z zewnątrz. Od czasu kiedy w 1943 roku Leo Kanner zdefiniował to zaburzenie i opisał jego objawy, dzieci z autyzmem były i są przedmiotem wielu badań naukowych.

Teorie dotyczące etiologii autyzmu jak i sposobów jego diagnozy oraz terapii zmieniały się wielokrotnie i nadal podlegają zmianom. Autyzm występuje w 4 przypadkach na 10 tys. urodzeń Częściej chorują chłopcy niż dziewczynki: na 3 - 4 chłopców z autyzmem przypada tylko jedna dziewczynka. Autyzm jest wśród dzieci bardziej rozpowszechniony niż rozszczep kręgosłupa, zespół Downa czy cukrzyca. Autyzm nie jest stanem statycznym, ponieważ obserwowane objawy ewoluują wraz z wiekiem. Dzieci dotknięte autyzmem fizyczne nie odróżniają się od swoich rówieśników. Uczniowie ze spektrum zaburzeń autystycznych są bardzo różnorodną grupą zarówno pod względem funkcjonowania społecznego, komunikacyjnego, jak i intelektualnego.

Autyzm może mieć zatem różne postacie. Niektóre dzieci autystyczne nie opanowują mowy i prezentują różne stopnie niepełnosprawności intelektualnej oraz duże deficyty w rozwoju społecznym. Inne mogą być całkiem komunikatywne, mogą wykazywać objawy przywiązania do osób znaczących (rodziców), przy jednoczesnych trudnościach w nawiązywaniu prawidłowych relacji z rówieśnikami oraz licznych stereotypach i schematyzmach w zachowaniu.

2. Przyczyny autyzmu

Mimo wieloletnich badań, prowadzonych analiz porównawczych i dużego zaangażowania badaczy nieznana jest żadna konkretna przyczyna autyzmu. Prawdopodobnie, u podłoża wszystkich zaburzeń spektrum autyzmu leżą defekty neurologiczne o szczegółowo nieznannej etiologii. Cała współczesna wiedza na temat przyczyn autyzmu opiera się wyłącznie na przypuszczeniach. Nie znamy żadnej konkretnej i pojedynczej przyczyny autyzmu. Badania wskazują, iż zaburzenie autyzmu wywołuje cały szereg problemów. Wskazuje na to także złożony wzorzec zachowania dzieci autystycznych, który zapewne ma różne przyczyny. Współczesne teorie dotyczące etiologii autyzmu zakładają, że nie istnieje jeden uniwersalny czynnik występujący we wszystkich przypadkach autyzmu. Jest to zaburzenie wieloprzyczynowe. Naukowcy zajmujący się genezą autyzmu zaproponowali model znany

jako „końcowa ścieżka wspólna”. W modelu tym, różne czynniki uszkadzają obszary mózgu odpowiedzialne za rozwój prawidłowej komunikacji, zabawy i społecznego funkcjonowania.

Do potencjalnych przyczyn autyzmu należą:

- zaawansowany wiek rodziców (od 40 i więcej lat),
- komplikacje w czasie ciąży, takie jak strata poprzedniej ciąży, nadciśnienie, drgawki, krwawienia w pierwszym, bądź drugim trymestrze ciąży, białkomocz, sztuczne wywoływanie porodu, wydłużony czas trwania porodu,
- przyjmowanie leków przez matkę w okresie prenatalnym,
- zaburzenia metaboliczne (przede wszystkim nietolerancja glutenu i kazeiny, zaleca się dietę pozbawioną tych substancji),
- urazy okołoporodowe,
- uszkodzenia centralnego układu nerwowego,
- toksoplazmoza (wrodzona),
- dziecięce porażenie mózgowe,
- poważne infekcje i intensywne antybiotykoterapie w okresie niemowlęcym,
- alergię i osłabioną sprawność immunologiczną,
- zaburzenia rozwojowe OUN,
- uszkodzenie w obrębie pnia mózgu,
- defekty wrodzone w funkcjonowaniu mózgu - badania dowiodły, iż mózg osób autystycznych dysponuje zmniejszoną aktywnością, jest cięższy i większy, neurony są niedojrzałe rozwojowo, dendryty mają nieprawidłową budowę, występuje niedostatek czynności wydzielniczej przysadki mózgowej jak i obniżona aktywność lewej półkuli mózgu. Te różnice anatomiczne mają świadczyć o zahamowaniu rozwoju ok. 30 tygodnia ciąży,
- genetyczne - uszkodzenie genów w obrębie chromosomów: 3, 4, 7, 11,
- skażenie środowiska (np. metalami ciężkimi),
- rtęć zawarta w szczepionkach (thimerosal konserwant zawierający rtęć). Badania wykazały, że szczepionki z etylortęcią nie wywołują zaburzeń neurologicznych. Jednak nie wszystkich to przekonuje. W dyskusjach podaje się argument, że nadal niewiele wiemy o biologicznych mechanizmach, które mogą być uruchamiane przez dodatki do szczepionek i częste wystawianie układu odpornościowego na nienaturalne bodźce,
- zaburzone wchłanianie składników pokarmowych,
- określone środki spożywcze (głównie pszenica-mąka, mleko, cukier, sól), konserwantach, sztucznych barwnikach, polepszaczach smaku, które wywołują reakcje alergiczne w układzie nerwowym dziecka prowadzące do zapaleń mózgu.

3. Charakterystyka autyzmu

Osoba dotknięta autyzmem charakteryzuje się opóźnionym rozwojem zdolności:

- komunikacyjnych,
- społecznych,
- poznawczych.

Próbując jak najbardziej uogólnić objawy autyzmu, można stwierdzić, że zaburzenia autystyczne cechują symptomy występujące w trzech szeroko pojętych obszarach funkcjonowania. Często używa się sformułowania *triada zaburzeń autystycznych*.

Są to:

- nieprawidłowości w przebiegu interakcji społecznych,
- zaburzona zdolność do komunikowania się,
- ograniczony, sztywny repertuar aktywności, zachowań i zainteresowań.

Nieprawidłowości w przebiegu interakcji społecznych.

Deficyty w funkcjonowaniu społecznym są najbardziej charakterystycznym objawem. Zaburzenia przebiegu procesu socjalizacji u dzieci autystycznych ujawniają się przede wszystkim w nieprawidłowych kontaktach z dorosłymi oraz z rówieśnikami.

Nieprawidłowe interakcje z dorosłymi przejawiają się przede wszystkim w braku

przywiązania emocjonalnego, nie różnicowaniu zachowania wobec rodziców i osób obcych, unikaniu kontaktu wzrokowego i fizycznego.

W relacjach z rówieśnikami dzieci autystyczne cechuje brak potrzeby kontaktu z nimi, unikanie udziału we wspólnej zabawie, często zabawa „obok”.

Ponadto dzieci z autyzmem nie umieją odczytywać i interpretować znaczenia zachowań innych ludzi, a co za tym idzie cechują je nieadekwatne zachowania społeczne i reakcje emocjonalne.

Ze względu na poziom i jakość kontaktów społecznych Lorna Wing i Judith Gould wyodrębniły trzy grupy dzieci autystycznych:

- *dzieci zamknięte w sobie* - często nie okazują żadnych potrzeb o charakterze społecznym, sprawiają wrażenie nieobecnych. Mają duże kłopoty w porozumiewaniu się, często nie mówią, nie nawiązują kontaktu wzrokowego. Nie poszukują wsparcia i pocieszenia, wydają się nie rozpoznawać „osób znaczących”, nie reagują na zniknięcie rodzica czy opiekuna. Ich aktywność jest bardzo ograniczona, zwykle sprowadza się do stereotypowej, schematycznej, prostej zabawy,

- *dzieci bierne, pasywne w kontaktach społecznych* - nie inicjują kontaktów społecznych, akceptują je, ale nie poszukują ich i nie nawiązują kontaktów z innymi spontanicznie. Kontakt z dorosłymi i rówieśnikami ma charakter rutynowy, wyuczony. Zwykle posługują się mową, wykonują polecenia, odpowiadają na pytania. Ich zabawa jest schematyczna, pozbawiona kreatywności i spontaniczności. Zdarza im się uczestniczyć w różnych aktywnościach wspólnie z grupą, ale przyjmują bierną postawę,

- *dzieci, które aktywnie i spontanicznie próbują nawiązać kontakt z rówieśnikami lub dorosłymi*, ale robią to w sposób specyficzny i zwykle mało skuteczny. Taki kontakt ma zwykle charakter jednostronny i jest w pełni zdominowany i narzucony przez osobę autystyczną.

Zaburzona zdolność do komunikowania się.

Kryteria diagnostyczne podają bardzo różnorodne zaburzenia rozwoju komunikacji, które mogą wystąpić wraz z autyzmem. Można tu wyodrębnić *deficyty ilościowe, jakościowe i deficyty w pragmatycznym użyciu języka*:

deficyty ilościowe:

- w mowie werbalnej to np.: całkowity brak mowy (mutyzm), opóźnienie w rozwoju mowy, mowa wyraźnie ograniczona działająca na zasadzie łańcucha: bodziec – reakcja;

- w komunikacji pozawerbalnej to np.: uboga gestykulacja, ograniczona i często nieadekwatna ekspresja mimiczna, niezdarny język ciała.

deficyty jakościowe:

- echolalia: *bezpośrednia* (natychmiast po usłyszeniu następuje powtórzenie), *pośrednia* (po pewnym czasie, zostaje powtórzona cała zasłyszana treść, np. reklamy, wypowiedzi rodzica, czy melodii), *łagodna* lub *funkcjonalna* (w mowie dziecka występuje dużo oddzielnych wyrazów, które są związane z poszczególnymi sytuacjami, zainteresowaniami dziecka; bywa tak, że dziecko autystyczne, u którego występuje ten rodzaj echolalii jest w stanie używać jej w sposób adekwatny do sytuacji, prowadząc nawet prosty dialog);

- nieprawidłowe użycie zaimków: dzieci autystyczne bardzo często mówiąc o sobie zamiast pierwszej osoby liczby pojedynczej używają trzeciej osoby – „on” lub drugiej osoby liczby pojedynczej – „ty”, np.: zamiast „ja chcę ciastko”, mówią „Łukasz chce ciastko”, albo

- „chcesz ciastko”;
- dziwaczne neologizmy;
 - dosłowne rozumienie języka: dzieci autystyczne nie umieją odczytywać ukrytych czy wielorakich znaczeń, nie radzą sobie z rozumieniem metafor, żartów, przysłów, powiedzeń takich jak: „staję na głowie”, „rzucić okiem”, „mieć na końcu języka”, „głos ci się łamie”, „on ma muchy w nosie” itp.;
 - nieodpowiednie, nietaktowne uwagi: dzieci autystyczne dzielą się często swoimi spostrzeżeniami nie rozumiejąc, że niektóre uwagi mogą być przykre dla innych, np.: w autobusie dziecko zauważa i głośno komentuje, że pani stojąca obok jest gruba, albo że ktoś brzydko pachnie, czy ma oczko w rajstopach itp.;
 - nieprawidłowa mowa.

deficyty w pragmatycznym użyciu języka:

- niezdolność do naprzemiennego wysławiania się;
- brak potrzeby komunikowania się w stosunku do dorosłych i rówieśników;
- niezdolność do symbolicznego użycia przedmiotów;
- mowa dzieci z autyzmem jest często monotonna, płaska, brak w niej zróżnicowania tonu głosu, rytmu, melodii.

Ograniczony, sztywny repertuar aktywności, zachowań i zainteresowań.

LEK PRZED NIEZNANYM I ZACHOWANIA RYTUALNE

Wiele dzieci autystycznych nie toleruje zmian w swoim otoczeniu. Mają ciągłą potrzebę i pragnienie stałości i stabilizacji. Wymagają stałości otoczenia, a także uregulowanego trybu zajęć.

Przestrzegają stałego porządku dnia, przywiązują się do miejsca przy stole, zawsze tej samej drogi do szkoły czy sklepu, czasem określonego ubrania i rodzaju spożywanego jedzenia. Często przywiązują się do przedmiotów (obiektów) i odczuwają silną potrzebę posiadania ich cały czas przy sobie- są to tak zwane „talizmany”.

To rytualne zachowanie jest ściśle sprzężone z oporem wobec zmian. Poczucie bezpieczeństwa daje im otoczenie nacechowane rytualnym porządkiem, stałością zdarzeń, monotonią powielanych wzorów aktywności. Zmiany napawają dziecko lękiem i wywołują mechanizm obronny, który może przybrać formę oporu, protestu, a nawet agresji.

Dla autystów znane miejsca, przedmioty, sytuacje i osoby stanowią najważniejsze punkty oparcia. Jest to maleńka cząstka chaosu, którą udało im się przekształcić w znaczącą coś strukturę.

W tej sferze objawami autyzmu mogą być takie zachowania jak np.: układanie przedmiotów w szeregi, kolekcjonowanie rzeczy o określonym kształcie, nie rozstawianie się z określonymi przedmiotami, konieczność trzymania czegoś w dłoni itp.

Wiele dzieci z autyzmem przejawia szczególne zainteresowanie cyframi, literami, kształtami i kolorami, komunikacją miejską, często znają na pamięć rozkłady jazdy np.: autobusów. Nierzadko przeciwstawiają się one jakimkolwiek zmianom w otoczeniu. Mają bardzo silnie utrwalone zachowania rutynowe i nawet bardzo niewielkie zmiany w ich codziennym rozkładzie dnia wywołują wybuchy złości. Przeszawienie mebli czy przedmiotów codziennego użytku prowadzą do płaczu i krzyku. Również zmiana drogi do przedszkola czy szkoły może być powodem złego humoru.

STEREOTYPIE

U wielu dzieci z autyzmem widoczne są zachowania stereotypowe, czyli powtarzające się. Stereotypowe ruchy najczęściej dotyczą ruchu rąk i ramion. Są również obserwowane inne

zachowania, np. kiwanie się, kręcenie się w koło, chodzenie na palcach, machanie lub uderzanie głową. Zdarza się również wpatrywanie w światło lub pocieranie dłońmi o strukturę materiału. Zachowania te zazwyczaj mają charakter autostymulacji.

FIKSACJE

Fiksacje u dzieci autystycznych mogą przejawiać się np. uporczywym powtarzaniem tych samych słów i pytań. Dziecko koncentruje się na jednym temacie i uporczywie powraca do pytań z nim związanych. Może też „zafiksować się” na jednym wyrazie lub zdaniu i powtarzać je z upodobaniem przez cały dzień. Fiksacje u dzieci autystycznych mogą przybierać formę koncentracji na pewnych sytuacjach i rzeczach, a także przymusu przebywania w tych samych miejscach z równoczesnym uporczywym zadawaniem pytań związanych z tym miejscem. Fiksacje wyrażać mogą się także w wielokrotnym rysowaniu jej przedmiotu np. drzewa, czytaniu tej książki, której bohater stał się przedmiotem fiksacji, czy oglądaniu ilustracji.

ZABURZENIA SENSORYCZNE

Carl H. Delacato jako pierwszy zainteresował się przyczynami i celowością takiego zachowania się dzieci autystycznych. Dostrzegł, iż autostymulacje mogą być próbą uzdrawiania się i naprawy uszkodzonych kanałów sensorycznych.

W obrębie zmysłów: słuchu, wzroku, powonienia, smaku i czucia mogą nastąpić zakłócenia na jeden z trzech sposobów:

1. *NADWRAŻLIWOŚĆ*- kanały sensoryczne są zbyt „otwarte”, dlatego do mózgu przedostaje się zbyt duża ilość bodźców by mógł się on z nimi uporać.

2. *ZBYT MAŁA WRAŻLIWOŚĆ*- kanały sensoryczne nie są dostatecznie „otwarte”.

Do mózgu dociera zbyt mało bodźców.

3. *BIAŁY SZUM*- jest to wytwarzanie przez zaburzone kanały sensoryczne własnych bodźców, co powoduje zakłócenie przekazu płynącego ze świata zewnętrznego lub nawet w skrajnych przypadkach przekaz ten jest niedopuszczony do mózgu przez szumy powstające w układzie.

Zależnie od rodzaju zaburzonego kanału sensorycznego dziecko unika lub reaguje bardzo intensywnie na pewne bodźce.

Dziwne powtarzające się zachowania dziecka (*sensoryzmy*) są symptomami uszkodzenia mózgu. Autostymulacje mogą być próbą uzdrawiania się i naprawy uszkodzonych kanałów sensorycznych. *Dziecko samo próbuje się leczyć.*

DOTYK

- *nadwrażliwość* - dziecko reaguje negatywnie na dotyk,
- *zbyt mała wrażliwość* - dziecko nie reaguje na doznania bólowe,
- *biały szum* - dzieci drapią się po ciele, biją się.

WĘCH

- *nadwrażliwość węchowa* - może wyczuwać zapachy na znacznie większą odległość niż sobie wyobrażamy,
- *zbyt mała wrażliwość węchowa* - dzieci poszukujące silnych wrażeń zapachowych,
- *biały szum* - dzieci takie odczuwają stale jakiś zapach. Wygląda to tak, jakby miały jakiś

wewnętrzny zapach, który ich nos jest w stanie wykryć.

SŁUCH

- *nadwrażliwość słuchowa* - dziecko ucieka od dźwięków i hałasów,
- *zbyt mała wrażliwość słuchowa* - to dziecko, dla którego świat jest za cichy...
- *biały szum* - dzieci te sprawiają wrażenie zaabsorbowanych własnymi wewnętrznymi dźwiękami.

SMAK

- *nadwrażliwość smakowa* - mają bardzo niską tolerancję na różne smaki,
- *zbyt mała wrażliwość* - są w stanie zjeść wszystko,
- *biały szum* - ciągle czują w ustach jakiś smak.

WZROK

- *nadwrażliwość wzroku* – do mózgu dziecka dociera zbyt dużo bodźców; nawet mały pyłek kurzu może przyciągnąć jego uwagę,
- *zbyt niska wrażliwość* - bodźców tych jest za mało, stąd wiele rytmicznych ruchów ciałem,
- *biały szum* - miarowe dotykanie powiek lub ich silne poklepywanie (stymulacja wzroku).

ZABURZENIA KONTAKTU

WZROKOWEGO:

kontakt wzrokowy najbardziej zaburzony u dzieci od urodzenia autystycznych, dziecko leżąc w łóżeczku nie fiksuje wzroku, nie wodzi, nie koncentruje wzroku na matce; im dziecko starsze tym lepszy kontakt wzrokowy, szczególnie gdy nauczy się ono, że nawiązanie kontaktu wzrokowego może służyć osiągnięciu zamierzonego celu, być narzędziem; dlatego diagnozując autyzm w późniejszym wieku kontakt wzrokowy nie może być kryterium, należy przeprowadzić wywiad odnośnie wieku 0 – 3.

FIZYCZNEGO (dotykowego):

unikanie kontaktu fizycznego może wynikać z nadwrażliwości, najczęściej nadwrażliwości dłoni, jednakże badania pokazują, że tak naprawdę niewiele dzieci autystycznych ma nadwrażliwość dotykową (większość jest niedowrażliwa), unikają kontaktu fizycznego, bo go po prostu nie chcą; czasem dziecko autystyczne dąży spontanicznie do kontaktu cielesnego, ale musi on być na jego warunkach, zasadach i najczęściej służy jako narzędzie do osiągnięcia innego celu.

EMOCJONALNEGO:

często nieadekwatne do sytuacji emocje; zmienność, intensywność i przerzutność emocji; brak umiejętności rozpoznawania komunikatów niewerbalnych, uczuć własnych i innych osób rzutuje negatywnie na proces dostosowywania własnego zachowania do aktualnej sytuacji; dzieci autystyczne bardzo często nie płaczą łzami, zatrzymują płyny.

Zdolności wysepkowe.

Wśród osób autystycznych spotyka się jednostki, które posiadają wybitne zdolności w jakimś wąskim obszarze swojego funkcjonowania. Ze względu na swój charakter nazywane są zdolnościami wysepkowymi. Dotyczy to jednak zaledwie około 5–15% populacji osób autystycznych o inteligencji mieszczącej się w normie intelektualnej lub u osób autystycznych z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim. Autystyczni geniusze przejawiają zdolności w różnych dziedzinach: w muzyce, mechanice, sztukach pięknych, matematyce. Są niezrównani jeśli chodzi o obliczenia pamięciowe i kalkulowanie.

Niektóre przykłady tych nadzwyczajnych zdolności:

- *muzyka* – np.: wybitnie dobry słuch muzyczny, pamięć muzyczna; zdolności kompozytorskie;

- *pamięć* – zwykle są to zdolności dotyczące pamięci mechanicznej lub tzw. pamięci fotograficznej, np.: zapamiętanie treści książki telefonicznej, rozkładu jazdy pociągów, haseł z encyklopedii itp.
- *arytmetyka* – bardzo szybkie wykonywanie w pamięci skomplikowanych działań arytmetycznych, np.: mnożenie dwóch wielocyfrowych liczb; wyciąganie pierwiastków z kilkucyfrowych liczb itp.
- *sztuka* – najczęściej zdolności w tej sferze dotyczą sztuk plastycznych; w pracach plastycznych tych dzieci, zachwyca nadzwyczajna wierność szczegółów niezależnie czy malują czy rysują;
- *języki obce* – np.: opanowanie kilku języków obcych przez dziecko uczące się samodzielnie, zwykle w sposób niezauważalny dla otoczenia, jakby mimochodem;
- *mechanika* – np.: umiejętności techniczne czy konstruktorskie;
- *percepcja* – np.: bardzo szybkie i sprawne układanie puzzli składających się z kilkuset, czy kilku tysięcy elementów;
- *koordynacja* – niektóre dzieci wyróżniają się nadzwyczajną koordynacją ruchową, czy doskonałą równowagą.

Podstawowe przejawy autyzmu.

Trudności w relacjach społecznych.

Manifestowanie obojętności.

Trudności w komunikacji werbalnej i niewerbalnej.

Przyłączanie się do innych tylko wtedy, gdy osoba dorosła je do tego nakłania i mu towarzyszy.

Wyrażanie potrzeb przez używanie ręki dorosłego.

Brak zabawy z innymi dziećmi.

Zaburzenia mowy lub całkowity brak mowy.

Łatwość mechanicznego zapamiętywania.

Bezustanne mówienie tylko na jeden temat.

Powtarzanie słyszanych słów i dźwięków bezpośrednio po ich usłyszeniu (echolalia).

Dziwaczne zachowania, stereotypowe, powtarzające się czynności, zabawki poukładane w tej samej kolejności, droga do szkoły dokładnie ta sama, rytuały przed snem, wybiórczość w jedzeniu, komunikowanie się tylko z wybraną osobą. Dziecko wykonuje dziwne ruchy rąk, przypominające trzepotanie, ogląda swoje dłonie, bawi się śliną, chodzi na sztywnych nogach, zbiera niewidzialne dla nas pyłki...

Charakterystyczne manipulowanie trzymanymi w ręku przedmiotami lub wprawianie ich w ruch obrotowy.

Brak lub sporadyczny kontakt wzrokowy, patrzenie „przez osobę.”

Niechęć do zmiany przyzwyczajeń, potrzeba niezmienności.

Nie potrafi się bawić zabawkami nadmiernie porządkuje zabawki lub inne przedmioty.

Trudności w rozwoju zabawy i wyobraźni.

Brak zabaw twórczych, przywiązane do jednej zabawki lub przedmiotu.

II. Diagnozowanie autyzmu

1. Proces diagnozowania autyzmu

Proces diagnozowania autyzmu jest skomplikowany i wymaga współpracy wielu specjalistów z różnych dziedzin m. in. z zakresu psychologii klinicznej, psychiatrii, medycyny, pedagogiki specjalnej, integracji sensorycznej oraz terapii zajmującej się zaburzeniami mowy. W przypadku niektórych zaburzeń rozwoju, np. porażenia mózgowego czy zespołu Downa

rodzice odbierają widoczne i oczywiste sygnały świadczące o stanie ich dziecka już od momentu jego narodzin.

Sytuacja wygląda inaczej u dzieci autystycznych. Początkowo ich stan może być wyjaśniany takimi przyczynami jak: wada słuchu, zaburzenia mowy, opóźnienie w rozwoju, nieodpowiednie wychowanie oraz trudny temperament.

A przecież im wcześniejsze zdiagnozowanie autyzmu, tym lepsze prognozy funkcjonowania zarówno dla dziecka, jak i jego rodziny. Diagnozowanie autyzmu jest szczególnym procesem opartym na starannej i wnikliwej obserwacji dziecka w różnych sytuacjach: w trakcie spontanicznej aktywności, w samotności, z rodzicami, z terapeutami, w sytuacjach społecznych, w relacjach z innymi ludźmi, we współpracy, w zabawie, przy realizacji zadań. Aby dokonać rzetelnego badania osoby pod kątem występowania lub niewystępowania kryteriów diagnostycznych autyzmu dziecięcego lub innych całościowych zaburzeń rozwoju przeprowadzona musi być następująca procedura:

1. Zebranie szerokiego wywiadu diagnostycznego.

Wywiad ma pomóc w ustaleniu jak przebiegał rozwój dziecka w okresie poprzedzającym okres diagnozowania i obecnie (rozwój fizyczny, rozwój komunikacji i zabawy oraz relacji społecznych).

2. Analiza dokumentacji dziecka - uzyskanej od rodziców. Dokumentacja może mieć charakter medyczny, pedagogiczny czy psychologiczny.

3. Obserwacja kliniczna dziecka - powinna być prowadzona przez zespół diagnostyczny, a więc: lekarza psychiatrę, pedagoga i psychologa. Badanie obejmuje obserwację swobodną i kierowaną (z rodzicami, bez rodziców, z terapeutą, bez terapeuty – przez szybę lub „lustro weneckie”).

4. Konsultacja psychiatryczna, w tym ocena stanu somatycznego i potrzeby ewentualnego uzupełnienia badań i konsultacji (badania neurologiczne, genetyczne, metaboliczne, okulistyczne, itd.)

5. Podsumowanie danych z wywiadu, z obserwacji, wyników badań i porównanie tych informacji z kryteriami diagnostycznymi. Opracowanie pisemnej opinii – uzasadnienia diagnozy.

6. Przekazanie diagnozy rodzicom: uzasadnienie i wyjaśnienie znaczenia diagnozy. Zespół powinien także poinformować rodziców o możliwościach dalszego postępowania terapeutycznego, wyjaśnić wszelkie wątpliwości. Moment przekazania diagnozy jest bardzo trudny dla rodziców dlatego konieczne jest zapewnienie możliwości skorzystania przez rodzinę ze wsparcia psychologicznego, natychmiast po przekazaniu diagnozy. Przeprowadzenie i podsumowanie takich obserwacji wymaga odpowiedniego czasu i warunków, dlatego proces diagnostyczny może trwać przez kilka wizyt, a nawet dłużej, jeżeli występują uzasadnione wątpliwości i przypadek nie jest typowy. Postawienie konkretnej, jednoznacznej diagnozy w możliwie najwcześniejszym wieku jest konieczne zarówno ze względu na zapewnienie dziecku odpowiedniej terapii, jak i ewentualnych świadczeń, a także ma ogromne znaczenie psychologiczne dla rodziców, którzy nie mogą żyć długo w niepewności.

2. Aktualne kryteria diagnostyczne DSM – IV (APA 1994)

Diagnoza zaburzenia autystycznego jest stawiana wtedy gdy spełnione są następujące kryteria:

(1) Upośledzenie jakościowe w interakcjach społecznych, które cechują co najmniej dwa z następujących zachowań:

- znaczna niepełnosprawność przy stosowaniu licznych niewerbalnych zachowań, takich jak

kontakt wzrokowy, wyraz twarzy, postawy ciała oraz gestykulacja używana podczas interakcji społecznych;

- nie wytworzenie relacji z rówieśnikami, które byłyby odpowiednie do poziomu rozwoju;
- brak spontanicznego szukania innych, aby dzielić z nimi radosne momenty, zainteresowania oraz osiągnięcia (na przykład przez brak pokazywania, przynoszenia oraz wskazywania przedmiotów zainteresowania);
- brak społecznej i emocjonalnej wzajemności.

(2) Upośledzenie jakościowe w zakresie komunikacji, które cechuje co najmniej jedna z następujących zachowań:

- opóźnienie lub całkowity brak rozwoju języka mówionego (nie towarzyszą temu próby rekompensaty przez alternatywne rodzaje komunikacji, takie jak gest czy pantomima);
- u osób z odpowiednią mową znaczne ograniczenie zdolności do rozpoczynania lub podtrzymywania rozmowy z innymi;
- stereotypowe i powtarzające się użycie języka lub dziwaczny język;
- brak zróżnicowanej, spontanicznej zabawy opartej na fantazji oraz brak zabaw imitujących sytuacje społeczne, odpowiednich do poziomu rozwoju

(3) Ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzory zachowania, zainteresowań i zajęć, które cechuje co najmniej jedno z następujących zachowań:

- duże zaangażowanie jednym lub wieloma stereotypowymi i ograniczonymi wzorami zainteresowań, które odbiega od normy zarówno pod względem intensywności jak i koncentracji;
- widoczne sztywne trzymanie się określonych, niefunkcjonalnych codziennych czynności lub rytuałów;
- stereotypowe i powtarzające się manieryzmy motoryczne (na przykład machanie lub wykręcanie ręki lub palca albo złożone ruchy całego ciała);
- uporczywa fascynacja częściami rzeczy.

Łącznie musi wystąpić sześć lub więcej objawów z obszarów 1, 2, 3, w tym, co najmniej dwa z 1 i po jednym z 2 oraz 3.

3. Autyzm dziecięcy

Rodzice zazwyczaj jako pierwsi zauważają odbiegające od normy zachowania u ich dzieci dlatego następujące oznaki powinny zostać poddane jak najszybciej ocenie przez specjalistę:

- brak gaworzenia przed 12 miesiącem życia, - brak gestykulacji (wskazywanie, machanie na pożegnanie itp.),
- brak wypowiedzienia słów przed 16 miesiącem życia,
- nie składanie słów w pary w wieku 2 lat,
- nie reagowanie na imię.

Inne niepokojące objawy: dziecko nie próbuje odpowiadać na czyjąś obecność i unika kontaktu wzrokowego, wydaje się obojętne na ludzi, często woli być same. Utrata jakichkolwiek umiejętności językowych i zdolności społecznych w każdym wieku.

Bywa wówczas, że są niesłusznie uspokajani przez otoczenie, zdarza się też, że to sami rodzice uruchamiają mechanizm zaprzeczania i „nie zauważają” nieprawidłowości w rozwoju dziecka, dostosowując się do jego rytuałów lub potrzeby zachowania rutyny. W związku z tym, dość często pierwszymi osobami, które zauważają nieprawidłowości w rozwoju dziecka mogą być nauczyciele w przedszkolu.

III. Dziecko z autyzmem w przedszkolu

1. Funkcjonowanie dziecka z autyzmem w wieku przedszkolnym

W okresie przedszkolnym dziecko z autyzmem:

- może nie być zainteresowane innymi dziećmi oraz nawiązywaniem z nimi kontaktów, izoluje się;
- może nawiązać kontakt, ale czynić to w sposób nieadekwatny, nie okazując zrozumienia dla potrzeb i uczuć innych osób; domaga się, aby odpowiadać rutynowo na jego stereotypowe pytania, nie zachowuje właściwego dystansu do innych, może nawiązywać kontakt w natrętny sposób nawet z zupełnie obcymi osobami;
- występują u niego stereotypie ruchowe, sztywne wzorce zachowań i stereotypowe zainteresowania;
- postępuje zgodnie z własnymi potrzebami, nie uwzględniając norm i zasad współżycia;
- domaga się zachowania schematu dnia, źle reaguje na zmiany w otoczeniu lub w działaniach rutynowych, reaguje oporem przed podejmowaniem nowych aktywności;
- często prowadzi monologi i zanudza innych swoimi wycinkowymi zainteresowaniami;
- przejawia trudności dotyczące wzajemności w komunikacji, nie daje innym możliwości wypowiedzenia się (mówi do kogoś, a nie rozmawia z kimś), nie potrafi podtrzymać rozmowy i kontaktów społecznych;
- może nie być zainteresowane zabawami innych dzieci, a jego mało kreatywne, stereotypowe zabawy nie są z kolei atrakcyjne dla innych dzieci;
- przejawia brak tzw. zabawy funkcjonalnej — opartej na wyobraźni, naśladowaniu, pozorowaniu — wiążącej się z używaniem przedmiotów w celu, dla którego zostały stworzone (na przykład chwytanie i toczenie piłki, budowanie wież i mostów) oraz brak współdziałania w zabawie.

Niepokój w tym okresie może wzbudzać nadmierna aktywność ruchowa, zaburzenia koncentracji uwagi lub niska aktywność ruchowa oraz napady złości, agresji i autoagresji.

U niektórych dzieci pojawiają się zabawy imitacyjne (np. zabawa dziecka w chowanego z nieobecnym kuzynem, w której dziecko udaje, że jest kuzynem).

Występuje nadmierna koncentracja na szczegółach, co pozbawia dziecko możliwości całościowego poznawania świata.

2. Edukacja przedszkolna

Wobec dzieci ze spektrum zaburzeń autystycznych, przedszkole (poza funkcjami opiekuńczymi, wychowawczymi i edukacyjnymi) powinno również spełniać funkcje *terapeutyczne, rehabilitacyjne i profilaktyczne*. Powinno zapewnić dzieciom wielospecjalistyczną opiekę, co umożliwi im prawidłową diagnozę oraz zapewni właściwe działania terapeutyczne, których celem będzie wspieranie rozwoju dziecka, *korygowanie, kompensacja i usprawnianie zaburzeń i deficytów rozwojowych*, a co za tym idzie w dalszej perspektywie wyrównywanie szans edukacyjnych. Dlatego też niezbędne wydaje się zapewnienie dzieciom ze spektrum autyzmu *specjalistycznych zajęć terapeutycznych* – zarówno indywidualnych jak i grupowych, które będą miały na celu wspieranie ich rozwoju szczególnie w zakresie zaburzonych funkcji wymienionych w triadzie zaburzeń autystycznych: komunikacji, interakcji społecznych, braku elastyczności w zachowaniu i myśleniu.

Realizacja treści podstawy programowej powinna przebiegać na podstawie indywidualnego programu edukacyjno - terapeutycznego (IPET) uwzględniającego wspólne, skoordynowane działania nauczycieli i innych specjalistów pracujących z dzieckiem, np.: pedagoga specjalnego, logopedy, terapeuty integracji sensorycznej.

W przypadku dzieci ze spektrum autyzmu na tym etapie edukacyjnym szczególną uwagę należy zwrócić na:

- trening interpersonalny w małej grupie, np. dwójka dzieci;
- umożliwienie im, poza kontaktem z całą grupą rówieśników, kontaktu terapeutycznego jeden na jeden z dorosłym terapeutą lub wolontariuszem; w zależności od możliwości, potrzeb i sposobu funkcjonowania dziecka (liczba godzin spędzanych w przedszkolu w kontakcie jeden na jeden będzie różna);
- zapewnienie im bezpieczeństwa w najbliższym otoczeniu, zarówno podczas zajęć w grupie, jak i zajęć indywidualnych;
- przystosowania pomieszczeń, w których dziecko przebywa, do jego możliwości i potrzeb sensorycznych (oświetlenie, ograniczenie liczby bodźców itp. – w porozumieniu z terapeutą integracji sensorycznej).

Wprowadzenie dziecka do grupy rówieśniczej

W ramach pracy grupy przedszkolnej przygotowujemy dzieci do integracji.

Sukces w grupie zdrowych rówieśników może odnieść tylko dziecko odpowiednio przygotowane. Musi ono się nauczyć umiejętności składających się na kompetencję społeczną, tak aby nie odróżniało się od innych dzieci. Dlatego należy nauczyć je:

- zabawy przez naśladowanie rówieśników,
- rozumienia zamiarów innych ludzi,
- inicjowania i podtrzymywania kontaktów z rówieśnikami,
- odczytywania komunikatów niewerbalnych, czytania emocji,
- adekwatnych zachowań,
- wykonywania poleceń, instrukcji nauczyciela kierowanych do całej grupy,
- wyboru aktywności w czasie wolnym i samodzielnego wykorzystania tego czasu.

Priorytet w integracji – rozwijanie jak największej samodzielności.

Optymalnym, a zarazem wymagającym ogromnego nakładu pracy celem jest uzyskanie przez dziecko pełnej niezależności – czyli pobyt w grupie bez osoby dorosłej.

Etapy pracy w integracji:

- *praca indywidualna* – podczas tych zajęć z nauczycielem dziecko uczy się podstawowych umiejętności – zabawy, interakcji społecznych, naśladowania, które następnie wykorzysta podczas ćwiczeń w małych grupach oraz podczas pobytu w docelowej grupie przedszkolnej lub szkolnej,
- *praca w małych grupach rówieśniczych* – do tego etapu przechodzimy wówczas gdy dziecko odpowiednio koncentruje uwagę, zachowania niepożądane są na niskim poziomie, rozumie i wykonuje proste i bardziej złożone polecenia nauczyciela, posiada podstawowe umiejętności z zakresu komunikacji. Na tym etapie dziecko uczy się zabawy z jednym lub kilkoma rówieśnikami, rozwija umiejętności czekania na swoją kolej, zgłaszania się do odpowiedzi. Obecność nauczyciela powinna być wycofana gdy dziecko staje się coraz bardziej samodzielne (groźba uzależnienia się od nauczyciela). Jednocześnie musimy pamiętać, że należy wrócić do pracy indywidualnej gdy u dziecka pojawią się symptomy nieprawidłowych zachowań lub gdy nie radzi sobie ono z daną sytuacją.
- *pobyt w grupie przedszkolnej / szkolnej.* Dziecko powinno już umieć bawić się w małej grupie, czekać na swoją kolej, odpowiadać na kontakty społeczne i inicjować je: przywitanie, zaproszenie do zabawy, prosta wymiana informacji. W dalszym ciągu dziecko uczy się

uczestniczyć w życiu grupy.

Elementy terapii behawioralnej:

1. *naśladownictwo* – ruchów motoryki dużej (zrób tak...), ruchów motoryki małej, ruchów narządów artykulacyjnych (początkowo nie przy lustrze, by dziecko skupiało uwagę na twarzy a nie na odbiciu w lustrze), uchwów z użyciem przedmiotów (n-l i dziecko manipulują takimi samymi zabawkami, dziecko robi to samo co nauczyciel), sekwencji ruchów z użyciem przedmiotów (krótkie zadania 1-2 czynności – 5 - 10 min.)

2. *dopasowywanie* (jasny komunikat DOPASUJ)

- identyczne konkrety (miś, kubek, rzeczy które są dziecku znane),
- obrazek do obrazka (początkowo zdjęcia przedmiotów, a potem obrazki)
- zdjęcia do konkretnego, konkretnego do zdjęcia,
- dopasowywanie, segregowanie przedmiotów które nie są identyczne (np. różne misie, różne kubki),
- segregowanie wg funkcji (np. do jedzenia, do ubrania),
- etykiet do etykiet,
- układanie obrazka wg wzoru,

3. *rozwój mowy biernej*

- daj but,
- daj piłkę,

4. *rozwój mowy czynnej*

- nauka zadawania pytań – pokazujemy dziecku przedmiot, który zna - gdy nazywa dobrze to nagradzamy.

Pokazujemy dziecku przedmiot, którego nie zna i mówimy:

„Powiedz” (to wypowiadamy po cichu)

„Co to jest” (to wypowiadamy głośno)

- nauka odpowiadania na pytanie, nazywanie wskazanych przez terapeutę przedmiotów.

Pokazujemy dziecku piłkę „Co to jest?” (średnio głośno)

„Powiedz” (cicho)

„Piłka” (głośno)

Dziecko powinno powtórzyć tylko ostatni wyraz tzn „piłka.”

Komentarze do poszczególnych obszarów wyodrębnionych w Podstawie programowej wychowania przedszkolnego.

1. *Kształtowanie umiejętności społecznych dzieci: porozumiewanie się z dorosłymi i dziećmi, zgodne funkcjonowanie w zabawie i sytuacjach zadaniowych – mała grupa dzieci.*

2. *Kształtowanie czynności samoobsługowych, nawyków higienicznych i kulturalnych.*

Wdrażanie dzieci do utrzymywania ład i porządku – wsparcie fizyczne.

3. *Wspieranie dzieci w rozwijaniu czynności intelektualnych, które stosują w poznawaniu i rozumieniu siebie i swojego otoczenia*

– **powtarzanie materiału dydaktycznego w różnych sytuacjach i na różne sposoby,**

– **wyprzedzanie materiału dydaktycznego, uprzedzanie o czym będzie.**

4. *Wspomaganie rozwoju mowy dzieci*

Dziecko z autyzmem, jak każdy uczeń z zaburzeniami komunikacji językowej, potrzebuje:

właściwej, rzetelnej diagnozy i decyzji specjalistów o zastosowaniu alternatywnych lub wspomagających metod komunikacji już na poziomie wczesnego wspomaganie

rozwoju dziecka realizowanego od momentu wykrycia niepełnosprawności do rozpoczęcia realizacji obowiązku szkolnego lub co najmniej – na etapie edukacji przedszkolnej,

- **stałej opieki terapeuty**, który potrafi budować indywidualny system komunikacji dla dziecka

- **czasu na uczenie się** alternatywnej lub wspomagającej formy komunikacji, zarówno w

grupie (klasie) w której uczestniczy, jak też na zajęciach indywidualnych,

- **nauczycieli**, którzy będą używać języka alternatywnego, respektować oraz rozwijać system komunikowania się ucznia,
- **procesu dydaktycznego**, który uwzględni i wykorzystuje specyficzny sposób komunikowania się dziecka,
- **dostępu do materiałów dydaktycznych** wykorzystujących alternatywny język,
- **urządzeń technicznych** (komunikatorów) oraz **komputera** zaopatrzonego w specjalistyczne oprogramowanie pozwalające operować językiem alternatywnym, zintegrowane z syntezatorem mowy.

5. *Wychowanie zdrowotne i kształtowanie sprawności fizycznej dzieci*

– **dotatkowe zajęcia z integracji sensorycznej i uwzględnienie ograniczeń spowodowanych dysfunkcjami.**

6. *Wychowanie przez sztukę – dziecko widzem i aktorem*

– **przeciążenie – za głośno, za dużo, silne emocje.**

7. *Wychowanie przez sztukę – muzyka i śpiew, pląsy i taniec*

– **dyspraksja utrudnieniem,**

– **umożliwienie obserwacji innych w trakcie zajęć.**

8. *Wychowanie przez sztukę – różne formy plastyczne*

– **nadwrażliwości dotykowe, zapachowe zaburzenia koordynacji, wyobraźnia, myślenie abstrakcyjne.**

9. *Wspomaganie rozwoju umysłowego dzieci poprzez zabawy konstrukcyjne, budzenie zainteresowań technicznych*

– **kłopoty z małą motoryką i wyobraźnią.**

10. *Kształtowanie gotowości do nauki czytania i pisania*

– **łatwiejsze czytanie całościowe.**

Dzieci z autyzmem, gdy mają nauczyć się czegoś nowego, wykazują skłonności powracania do sztywnych, stereotypowych zachowań. Mają problemy z samodzielnym dokończeniem zadania. Jeśli pozostawi się je, by samodzielnie wykonały zadanie, wkrótce je porzucą. Toteż ich uczenie się musi być wyraźnie uporządkowane. Ważne jest podzielenie zadania na mniejsze etapy, aby były one dla dziecka jasne i by dziecko mogło ukończyć zadanie z minimalną liczbą błędów. Można zastosować serię obrazków, które przedstawiają sekwencję zdarzeń lub zadań do wykonania. W sytuacji, gdy obserwujemy u dziecka niepokój, lęk, rozdrażnienie czy problemy z wykonaniem zadania warto udzielić mu szczegółowych, wskazówek co i w jaki sposób może zrobić. Ważne jest także jasne wyjaśnianie naszych oczekiwań wobec niego, a niekiedy umożliwienie mu odłączenia się od grupy, by mogło uspokoić się i zrelaksować. Dziecko należy nagradzać za każdą dobrze wykonaną część zadania.

IV. Dziecko z autyzmem w szkole

Uczeń z autyzmem, na mocy decyzji Zespołu orzekającego, działającego w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, może uzyskać orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego.

W orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego Zespół przedstawia diagnozę, zalecenia i uzasadnienie.

W diagnozie zawarte są informacje o możliwościach i potencjale rozwojowym dziecka. W przypadku dziecka z autyzmem określony jest zazwyczaj poziom rozwoju intelektualnego, opis funkcjonowania ucznia.

W razie potrzeby dołączone są diagnozy innych specjalistów: diagnoza funkcjonalna

pedagoga specjalnego, diagnoza logopedyczna, diagnoza procesów integracji sensorycznej.

W opinii przedstawione są zazwyczaj dysfunkcje rozwojowe dziecka oraz szczegółowe uzasadnienie wskazanej formy pomocy.

Orzeczenia oraz opinie dla dzieci z autyzmem wydają Zespoły działające w poradniach wskazanych przez kuratora oświaty.

1. Funkcjonowanie dziecka z autyzmem w wieku szkolnym

Wśród uczniów z autyzmem mogą znajdować się z jednej strony dzieci z nasilonymi zaburzeniami w zachowaniu i znacznym, czy umiarkowanym upośledzeniem umysłowym, z drugiej zaś dzieci z niewielkim poziomem nieprawidłowości w funkcjonowaniu, w normie intelektualnej lub z inteligencją ponadprzeciętną tzw. wysokofunkcjonujące.

Funkcjonowanie tych dzieci może być bardzo różnorodne, ale każde z nich będzie miało następujące cechy:

- wyraźne deficyty i nieprawidłowości w zakresie interakcji i zachowań społecznych,
- opóźnienia i deficyty w nabywaniu mowy i języka oraz w zdolności do porozumiewania się,
- ograniczone, sztywne, powtarzające się zachowania i zainteresowania.

Ponadto rozwój dziecka z autyzmem cechuje *nieharmonijność*.

Niektóre obszary funkcjonowania mogą być opóźnione w stosunku do wieku dziecka i odznaczać się deficytami (np.. rozwój emocjonalny i społeczny), w innych możemy obserwować ponadprzeciętne zdolności np.. pamięć wzrokową.

U osób z autyzmem mogą występować inne zaburzenia i choroby np. padaczka, nadpobudliwość psychoruchowa, alergie, zaburzenia metaboliczne związane z nietolerancją pokarmową, obecnością pasożytów, które nasilają problemy w funkcjonowaniu.

Nie ma jednolitego, wypracowanego systemu umożliwiającego zapewnienie dobrego wsparcia w edukacji uczniom z zaburzeniami autystycznymi.

Uczniowie ci realizują obowiązek szkolny na różne sposoby:

- w zespołach rewalidacyjnych,
- w szkołach specjalnych, w tym klasach dla uczniów z autyzmem,
- w klasach integracyjnych,
- w szkołach ogólnodostępnych,
- w formie nauczania indywidualnego.

W okresie szkolnym, mimo wyraźnych postępów w rozwoju nadal utrzymują się:

- zaburzenia w sferze kontaktów społecznych;
- zaburzenia w komunikacji;
- stereotypowe zabawy lub zainteresowania (zainteresowania ograniczone do wąskiego wycinka wiedzy, np. dotyczące dinozaurów, pogody, rozkładu jazdy pociągów itp.);
- opór przed zmianami, skłonność do zachowania rutyn i rytuałów.

Zwykle dzieci autystyczne cechuje dobra, lub ponadprzeciętna pamięć mechaniczna oraz uzdolnienia do zadań wymagających umiejętności wzrokowo-przestrzennych. Niektóre z nich mogą przejawiać wybiórcze talenty muzyczne i plastyczne, potrafią wykonywać skomplikowane obliczenia matematyczne, bardzo szybko uczą się czytać. U dzieci o ilorazie inteligencji w normie zaburzona jest jednak zdolność myślenia abstrakcyjnego oraz rozumienia słów i wypowiedzi w zależności od kontekstu lub intonacji. W okresie dorastania są bardziej zainteresowane innymi ludźmi, mogą nawiązywać bliższe kontakty rówieśnicze na zasadzie dzielenia wspólnych zainteresowań. Część osób autystycznych zaczyna wówczas zauważać swoją odmienność i trudności. Widoczne jest niedostosowanie do zasad obowiązujących w grupie młodzieżowej, takich jak używanie slangu młodzieżowego, określony sposób ubierania, podobieństwo zainteresowań.

Problemem może stać się brak dbałości o higienę i wygląd. W tym wieku część osób z autyzmem może umieć ukryć stereotypie ruchowe, ale nawet u dobrze funkcjonujących nastolatków mogą one wystąpić w sytuacji stresu.

2. Trudności edukacyjne

Właściwości rozwoju intelektualnego obserwowane u tej grupy dzieci nie są typowe tylko i wyłącznie dla autyzmu, a ponadto występują w różnych konfiguracjach i nasileniu. Możemy jednak twierdzić, że w przypadku nawet dobrze funkcjonujących osób z autyzmem mamy do czynienia z charakterystycznymi problemami w tym zakresie, co wpływa na ich specyficzne postrzeganie świata, myślenie, uczenie się.

Odpowiednie zabiegi edukacyjne mogą przeciwdziałać tym deficytom lub je kompensować.

U uczniów z autyzmem często występują:

- przewaga myślenia obrazowego nad werbalnym,
- dobre spostrzeganie wzrokowe i pamięć wzrokowa,
- trudności w przyswajaniu pojęć abstrakcyjnych i w myśleniu abstrakcyjnym,
- dosłowne rozumienie języka,
- trudności w myśleniu przyczynowo – skutkowym,
- przywiązanie do rutyny, brak lub mała elastyczność w myśleniu,
- przewaga pamięci mechanicznej nad znaczeniową,
- przewaga uwagi mimowolnej nad dowolną,
- osłabiona ciekawość poznawcza i motywacja wewnętrzna, wybiórcze zainteresowania,
- zaburzenia w odbiorze i integracji bodźców sensorycznych.

Nawiązanie kontaktu

Trudno o jakąkolwiek formę współpracy z dzieckiem bez nawiązania z nim kontaktu.

Z racji specyfiki zaburzenia bywa on często zakłócony, dlatego też potrzebne są z naszej strony wysiłki zmierzające do uatrakcyjnienia dziecku kontaktu z drugim człowiekiem, by mógł się on kojarzyć z pozytywnymi doświadczeniami i dawał powody, dla których dziecko chciałoby korzystać z naszych propozycji.

Sprzyja temu, zwłaszcza u młodszych dzieci, *swobodna zabawa* w radosnej atmosferze i bliskości z ciałem, odzwierciedlenie zachowań dziecka, dbałość o kontakt wzrokowy.

Gotowość dziecka do współpracy

Oslabiona tendencja do podporządkowania się wymogom otoczenia na rzecz realizowania własnych pomysłów działania to częsta właściwość obserwowana u dzieci z autyzmem.

Aby zmaksymalizować ich możliwości uczenia się, niezbędna jest ustanowienie *reguł współpracy*.

Pomocne jest w tym przypadku wprowadzenie stałości do całego życia dziecka i poszczególnych zajęć w ciągu dnia, a także oddziaływania wychowawcze, polegające na konsekwentnym egzekwowaniu reguł i zasad. Ważne jest stosowanie adekwatnego *systemu wzmocnień*.

Eliminacja trudnych zachowań (tj. nasilone stereotypie, rytuały, przywiązanie do talizmanów, potrzeba stałości czy zachowania opozycyjne i agresywne) – *przeformułowanie niewłaściwych schematów relacji i utrwalonych mechanizmów zachowania, związanych z dominacją nad otoczeniem*

Często trudne zachowania stanowią „techniczną” przeszkodę w nauczaniu.

Ma to szczególne znaczenie w sytuacji włączania dziecka do placówki oświatowej, gdzie

niepożądane zachowania i nieumiejętność współpracy utrudniają mu korzystanie z lekcji oraz dezorganizują pracę klasy, grupy.

Obniżona ciekawość poznawcza i motywacja wewnętrzna.

Należy zebrać informacje na temat preferencji dziecka, jego naturalnych zainteresowań i uzdolnień i wykorzystać je przy planowaniu treści i pomocy edukacyjnych. Może to być skuteczną zachętą do kierowanego zaciekawieniem uczestnictwa w zajęciach, korzystania z szerokiej gamy treści nauczania i pełniejszego przyswojenia wiedzy.

Dodatkowo ważne jest opracowanie odpowiednich wzmocnień w postaci nagród oraz właściwe oddziaływania wychowawcze (wzmacnianie zachowań pozytywnych, zachęty i negocjacje), które wspomagają efektywny proces edukacji.

Komunikacja

Niezwykle ważne narzędzie w pracy z dzieckiem, służące zarówno przekazywaniu wiedzy, egzekwowaniu jej i szacowaniu możliwości ucznia. Należy dokonać *oceny poziomu rozwoju mowy dziecka*, ukierunkowującej pracę terapeutów nad usprawnianiem komunikowania się. Wiąże się to z pracą logopedyczną ukierunkowaną na terapię mowy i rozwijanie umiejętności porozumiewania się.

Może ona polegać na rozwijaniu funkcji użytkowej języka, gotowości dziecka do porozumiewania się werbalnego i pozawerbalnego, a także, w sytuacji dzieci niemówiących lub słabo mówiących, na wypracowaniu alternatywnych form komunikacji (np.. piktogramy).

Wspomaganie rozwoju mowy

Dotyczy to mowy czynnej i biernej oraz umiejętności komunikowania się. Podejmowane działania dotyczą pracy nad słuchem fonematycznym, artykulacją, rozwijaniem słownika, pojęć, gramatyki, czy wreszcie mowy narracyjnej i zasad wymiany dialogowej.

Istotną kwestią jest także usprawnianie rozumienia języka mówionego poprzez kojarzenie nazw kolejno z przedmiotami, zdjęciami, obrazkami i symbolami, wprowadzenie na poziomie konkretnym zdań oznajmujących, poleceń, pytań, a w końcu wypowiedzi abstrakcyjnych.

Kłopoty w zakresie myślenia pojęciowego i werbalnego

(powodują one trudności w konstruowaniu w umyśle modeli czy symboli reprezentujących obiekty danej kategorii pojęciowej).

Stosujemy zadania i ćwiczenia stanowiące pomoc w tworzeniu reprezentacji (poprzez kojarzenie nazw z przedmiotami, zdjęciami, w końcu symbolami), dokonywaniu klasyfikacji, znajdowaniu różnic i podobieństw między obiektami, stosujemy wskazówki obrazowe.

Problemy z myśleniem abstrakcyjnym i logicznym

Skutecznymi formami pracy bywa powolne wprowadzenie symboli, pojęć abstrakcyjnych, analizowanie przerośniętych wypowiedzi wieloznacznych, a także rozwijanie wyobraźni.

Myślenie logiczne usprawnia ćwiczenie chronologicznego układania sekwencji zdarzeń, dostrzegania niespójności w materiale percepcyjnym lub tekstowym, podawanie wyjaśnień zaistniałych zdarzeń itd.

Kłopoty w zakresie centralnej koherencji

(zaburzenia w zakresie odbioru i przetwarzania informacji)

Dzieci z autyzmem mają *osłabioną umiejętność scalania* części składających się na całość i nadawania im znaczenia w określonym kontekście.

Należy skupić się na pomaganiu im we właściwej *integracji bodźców wzrokowych*

(dostrzeganie całości, a nie tylko detali), a także *informacyjnych* (pomoc w łączeniu wyrazów zdania w logiczną treść, informacji w wiedzę).

Ułatwia to rozumienie przekazów, reguł i wydarzeń, pozwala na lepsze uogólnianie wiedzy, a w końcu korzystanie z *doświadczeń*.

Problemy w zakresie Teorii Umysłu

Wiążą się one z utrudnionym wnioskowaniem o stanach umysłu innych osób – ich punktach widzenia, intencjach, emocjach, myślach.

Planując program edukacyjny warto uwzględnić w nim zadania z Teorii Umysłu.

Niezależnie od zawartości treściowej takich programów, świadomość deficytów obliguje terapeutów do komentowania i wyjaśniania różnego rodzaju sytuacji społecznych w życiu codziennym, a zwłaszcza towarzyszącego im kontekstu emocjonalnego.

Te oddziaływania pozwalają dziecku na lepsze przewidywanie zachowań innych, rozumienie zachodzących zdarzeń, a w konsekwencji na adekwatne zachowanie się, dostosowane do reakcji ludzi i kontekstu sytuacyjnego.

Koncentracja uwagi

Już sama sytuacja wykonywania danego zadania jest dobrą formą ćwiczenia uwagi. Podczas pracy stolikowej pomocne jest także świadome wspomaganie dziecka w umiejętności ukierunkowania uwagi, jej współdziałania, trwałości czy zawieszenia fiksacji na obiektach i czynnościach zgodnych z ograniczonymi zainteresowaniami.

Służą temu sposoby przywracające uwagę i wzmacniające jej koncentrację (przywołanie, dotknięcie, stosowanie światła i wskazówek wzrokowych), odpowiedni rozkład zajęć i przerw, dostosowany do możliwości dziecka oraz właściwy system wzmocnień.

Problemy praksyjne

Związane z planowaniem i wykonywaniem złożonych czynności manualnych.

Jeśli dodatkowo nakładają się na to problemy w percepcji i przetwarzaniu bodźców zmysłowych (zaburzone czucie dłoni i koordynacja wzrokowo-ruchowa) dziecko ma kłopot z wieloma umiejętnościami szkolnymi np. pisanie i innymi działaniami z zakresu motoryki małej.

Trudności z transferem umiejętności i wiedzy

Należy pracować na różnorodnym materiale, atrakcyjnym dla dziecka i podlegającym zmianom.

Szczególne znaczenie nabiera to w przypadku utrwalania pojęć, rozumienia mowy, czytania czy umiejętności społecznych.

Rezultatem takich zabiegów jest lepsze przenoszenie nabytych umiejętności na nowe sytuacje i życie codzienne, co stanowi pełniejsze i bardziej użyteczne zdobywanie wiedzy.

Zadania edukacyjne natomiast aktywizują dziecko, usprawniają jego umiejętności motoryczne, percepcyjne, koordynacyjne, co pozwala na większy zakres jego samodzielności.

Nauka czytania całowyrzowego i towarzyszące jej ćwiczenia analizy i syntezy słuchowej i wzrokowej.

Dobroczynna rola edukacji.

Przedstawione przeciwdziałania i kompensowania deficytów częstych u osób z autyzmem ma duże znaczenie dla niwelowania nieharmonijnego rozwoju. Tym bardziej, że praca nad obszarami problemowymi idzie w parze z usprawnianiem mocnych stron dziecka w tym jego zdolności wysepkowych.

Powoduje to wzrost motywacji wewnętrznej do nauki, wzrost ciekawości poznawczej i daje dziecku szansę na odniesienie sukcesu i skuteczną stymulację globalnego rozwoju.

Dziecko zaczyna lepiej rozumieć otaczające środowisko i czuć się w nim bezpieczniej.

WAŻNE!

- osoby z autyzmem chcą się uczyć,
- osoby z autyzmem chcą lepiej zrozumieć i poznać świat, w którym żyją,
- ustawiczne nauczanie zapobiega wystąpieniu stagnacji rozwojowej oraz regresji,
- ustawiczne nauczanie zmniejsza liczbę trudnych zachowań,
- ustawiczne nauczanie zwiększa motywację do działania ponieważ zwiększa poczucie sprawstwa,
- umożliwia to realizację ich pasji i zainteresowań.

Co jest ważne w pracy z uczniem ze spektrum autyzmu?

Uczniowi należy zapewnić :

- stałość i stabilność,
- sporządzenie planów dnia w szkole, planu konkretnej lekcji czy zajęć na poziomie zrozumiałym dla dziecka,
- pomoc w orientacji w przestrzeni szkolnej, np.. oznaczenie pomieszczeń w sposób zrozumiały dla ucznia, sporządzenie planu szkoły,
- uprzedzanie o zmianach np.. zastępstwie, skróceniu lekcji, czy wizytacji,
- określanie czasu trwania aktywności np.. poprzez określenie ilości zadań, czy poprzez sygnał dźwiękowy,
 - przygotowanie dodatkowych zadań lub innego zajęcia w sytuacji, gdy autystyczny uczeń skończy pracę wcześniej niż jego koledzy z klasy,
- komfort sensoryczny,
- odpowiednie miejsce w klasie (z daleka od okna, w pierwszej ławce ,tak aby jak najłatwiej było mu skupić uwagę na nauczycielu),
- wydzielenie miejsca na relaks i wyciszenie w razie takiej potrzeby,
- wizualny kanał przekazu informacji,
- przygotowanie zdjęć, diagramów, wykresów, tabel, doświadczeń, które ilustrują i porządkują informacje zawarte w tekście,
- wspieranie poleceń ustnych przedstawieniem ich w sposób wzrokowy np.. poprzez zapisanie na kartce, pokazanie piktogramu, czy zdjęcia,
- kontrolowany sposób mówienia,
- zwracanie uwagi, czy polecenia kierowane do klasy zostało odebrane przez ucznia z autyzmem i jeśli to potrzebne skierowanie go również indywidualnie do niego,
- przekazanie najważniejszych informacji - „ nie zalewać potokiem słów”,
- robienie przerwy między zdaniem, tak by dziecko miało czas na przetworzenie informacji; po zadaniu pytania, polecenia danie dziecku czas na zareagowanie,
- unikanie sarkazmu i aluzji, wyjaśnianie metafor,
- formułowanie poleceń wprost (unikanie pytania dziecko o zgodę, gdy tak naprawdę musi wykonać polecenie czy zadanie),
- zadawanie pytań „ zamkniętych” i z podanymi możliwościami do wyboru np.. zamiast „ Co chcesz teraz robić?” to „ Chcesz teraz czytać czy pisać ? ”
- uważać na głośność mówienia, szczególnie przy dzieciach z nadwrażliwością słuchową,
- wspieranie w samodzielnej pracy,
- stwarzanie sytuacji, w których dziecko miałoby poczucie sukcesu,
- przedstawienie zadania w sposób jak najbardziej jasny dla dziecka, podzielenie go na mniejsze etapy, czasem zmniejszenie trudności zadania lub jego skrócenie, można przedstawić dziecku lub zrobić z nim plan wykonania zadania, jasno określić, kiedy jest koniec zadania,

- wykorzystanie zainteresowań dziecka i ulubionych form pracy w uczeniu go nowych umiejętności (np. fascynacji układem słonecznym do uczenia pojęć „ mniejszy”- „ większy”),
- opracowanie systemu nagród zwłaszcza przy zadaniach trudniejszych lub mało interesujących dla dziecka, oceny nie zawsze są motywujące dla ucznia z autyzmem,
- wykorzystanie specjalnych umiejętności dziecka i zainteresowań do podniesienia jego statusu w klasie,
- wspieranie ucznia w nawiązywaniu i utrzymaniu relacji z rówieśnikami, uczeń z autyzmem może mieć trudności z rozpoczęciem rozmowy, *ważne będzie „ poinstruowanie” pozostałych uczniów, jak mogą reagować na różne zachowania swojego kolegi.*

Co jest ważne w stosunku do kolegi z autyzmem? Jak postępować, jak się zachowywać?

Szacunek. To, że Twój kolega jest czasem dziwny, czasem inny, nie znaczy, że możesz go szanować mniej niż innych kolegów. Niepełnosprawność może się przytrafić każdemu, bez jego najmniejszej winy – traktuj swojego kolegę tak, jak chciałbyś, żeby traktowano kogoś Ci bliskiego lub tak, jak chciałbyś w takiej sytuacji być sam traktowany.

Powaga. Zachowaj powagę, unikaj dowcipów, traktuj swojego kolegę serio, nie wygłupiaj się przy nim. Używaj prostych i jasnych komunikatów, łatwego języka. Mów wolniej niż do innych kolegów.

Życzliwość. Jeśli masz okazję – pomóż. Nawet prosta czynność może być bardzo ważna dla Twojego kolegi. Zaproponuj wspólną zabawę lub działanie, jeśli widzisz, że Twój kolega z autyzmem stoi z boku. Chociaż Twój kolega dobrze się uczy i dużo wie, może mieć kłopoty z prostymi czynnościami – jeśli widzisz, że tego potrzebuje, pokaż mu drogę do klasy, przypomnij, żeby schował podręczniki do torby itp.

Opiekuńczość. Nie pozwalaj innym kolegom na wygłupy i żarty z Twojego niepełnosprawnego kolegi. Po prostu bądź szlachetny, weź go w obronę. W razie problemów – zwróć się do dorosłych – wychowawczyni, psychologa, pedagoga. Czasem, w imię słusznej sprawy, trzeba iść „pod prąd”. Osoby z autyzmem trudno zawierają znajomości i przyjaźnie, ale to nie znaczy, że ich nie potrzebują. To Ty możesz próbować nawiązać kontakt z kolegą, który ma autyzm, np. próbując poznać jego zainteresowania.

Stanowczość. Jeśli kolega z autyzmem Ci dokucza, masz wszelkie prawo, żeby się bronić. Odmówić, sprzeciwić się! Jeśli zachowanie Twojego niepełnosprawnego kolegi stanie się dla Ciebie zdecydowanie trudne – koniecznie poproś o pomoc dorosłego – nauczyciela, pedagoga.

3. Opracowanie Indywidualnych Programów Edukacyjno – Terapeutycznych

Co oznacza *indywidualne podejście* w przypadku dzieci z autyzmem:

- przeprowadzenie szczegółowej diagnozy umiejętności dziecka, a więc wnikliwe rozpoznanie jego specyficznych potrzeb i możliwości;
- nauczanie takich treści, które dziecku są w danym czasie najbardziej potrzebne, nawet jeśli odbiega to od podstawy programowej. Należy pamiętać, że pominięcie jakiegoś ważnego dla dziecka etapu, może spowodować duże trudności z jego nadrobieniem w przyszłości. W praktyce wygląda to tak, że z jednego przedmiotu uczeń może nie znać elementarnych treści, a z innego wykazywać ponadprzeciętną wiedzę – należy wyjść naprzeciw tej specyfice i dostosować program nauczania do tego szczególnego uzdolnienia;
- opracowanie odpowiedniego systemu nauczania dla danego dziecka, czyli elastyczne dostosowanie metod pracy;
- dostosowanie materiałów edukacyjnych do potrzeb i zainteresowań dziecka – ze względu na różne deficyty, zaburzenia sensoryczne – ważne jest opracowanie takich materiałów, które ułatwią naukę dzieciom z autyzmem.

Najczęściej to nauczyciel musi przygotować pomoce dydaktyczne w postaci planów zajęć, planów czynności, piktogramów, koszyczków, itp.

Na początku wydaje się to czasochłonne i trudne, ale zdecydowanie ułatwia późniejszą pracę i naukę.

Dla uczniów z autyzmem nauczyciele i specjaliści opracowują **IPET** w oparciu o wielospecjalistyczną ocenę poziomu funkcjonowania ucznia.

Dokonanie dokładnej oceny poziomu funkcjonowania pozwala na oferowanie mu zadań na odpowiednim poziomie trudności, co zwiększa szansę na utrzymanie właściwej motywacji do działania.

Wskazówki do prowadzenia wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia z autyzmem

Do prowadzenia *wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia z autyzmem* jest niezbędna pomoc konsultantów - specjalistów:

- pedagoga specjalnego,
- terapeuty integracji sensorycznej,
- logopedy.

Wielospecjalistyczna ocena ma charakter wielowymiarowy. Jest to konieczne ze względu na ogromne zróżnicowanie umiejętności.

W opracowanym samodzielnie arkuszu obserwacyjnym nauczyciel powinien uwzględnić:

- sposób i poziom komunikacji ucznia,
- tzw. trudne zachowania – częstotliwość występowania,
- kontakt wzrokowy,
- umiejętność samodzielnej zabawy,
- motywacje dziecka: zewnętrzne i wewnętrzne,
- umiejętność współdziałania z dorosłym,
- współdziałanie z rówieśnikiem,
- sensoryzmy,
- mocne strony dziecka,
- motywacje dziecka.

Podział wyników rozpoznania indywidualnych potrzeb ucznia na sprzyjające i niesprzyjające rozwojowi ucznia z autyzmem.

Deficyty - słabe strony dziecka

- przeżywanie stresu, chronicznego niepokoju, lęku (dziecko nie wie, czego się od niego oczekuje)
- lęk i niechęć do zmian, nastawione na jednostajność i rytualne zachowania,
- rozkojarzenie (dziecku trudno jest się skupić, na czymś czego nie rozumie),
- izolowanie się od innych i izolowanie przez innych,
- trudności w wyrażaniu potrzeb, emocji,
- odrzucenie przez rówieśników,
- trudności w nauce wynikające z problemów językowych,
- agresja, autoagresja, gwałtowne reakcje, wybuchowość,
- trudności edukacyjne,
- hiperleksja (piękne czytanie bez zrozumienia)
- sensoryzmy,
- schematyzm,
- trudności w planowaniu czynności,
- szczególne, wybiórcze zainteresowania, uzdolnienia
- natręctwa (np.. mycie rąk).

Mocne strony dziecka

Ważne jest nie tylko deficytów, ale też mocnych stron dziecka, które powinny stać się podstawą budowania programów edukacyjno – terapeutycznych.

W zależności od „ słabych „ i „, mocnych” stron funkcjonowania dziecka opracowujemy dla niego indywidualne cele kształcenia.

Ukierunkowuje to właściwie nasze działania i pozwala kontrolować zachodzące zmiany istotnych aspektów globalnego rozwoju dziecka.

Przykład:

Słaba strona

- obniżona ciekawość poznawcza i motywacja wewnętrzna dziecka,

cel: kształtowanie motywacji wewnętrznej i ciekawości poznawczej ucznia.

Słaba strona – brak mowy,

Cel – wypracowanie alternatywnych form komunikacji

IPET

Nie ma żadnych gotowych programów nauczania stworzonych specjalnie dla dzieci z autyzmem. Trudno bowiem o dwójkę tak samo funkcjonujących dzieci z autyzmem, ze względu na różnorodną konfigurację objawów i ich nasilenia oraz fakt nieharmonijnego rozwoju. W IPET powinny znaleźć się informacje w zakresie niezbędnych adaptacji treści, metod, form i środków.

Cele edukacyjno – terapeutyczne np.:

- kształtowanie umiejętności samoobsługowych oraz samodzielności w życiu codziennym;

- kształtowanie kontaktów społecznych i nauka zachowań społecznie akceptowanych;

- pomoc dziecku w uwalnianiu się od zachowań niepożądanych (sensoryzmów, zachowań agresywnych);

- nauka umiejętności przebywania w grupie oraz opanowania umiejętności wspólnej zabawy i pracy;

- kształtowanie rozumienia mowy oraz dostępnych sposobów komunikacji alternatywnej;

- wykształcenie motywacji do komunikowania się;

- nauka komunikowania się z otoczeniem;

- kształtowanie umiejętności naśladownictwa ruchowego oraz werbalnego;

- wzbudzanie zainteresowania otoczeniem;

- poprawa umiejętności spostrzegania, odbioru i przetwarzania informacji napływających z otoczenia;

- kształtowanie orientacji w schemacie ciała oraz przestrzeni;

- usprawnianie motoryczne;

- kształtowanie umiejętności aktywnego spędzania wolnego czasu;

- rozwój funkcji poznawczych;

- zmniejszanie i redukowanie zachowań utrudniających naukę;

- generalizowanie i utrzymywanie efektów uczenia się;

- odkrycie i rozwijanie indywidualnych możliwości i uzdolnień;

- wypracowanie gotowości do nauki szkolnej.

Realizacja IPET w pracy z uczniem z autyzmem *czyli jak realizować IPET uwzględniając zasady pracy z uczniem z autyzmem?*

Ogólne zasady pracy, czyli klucze do sukcesu:

- poświęć czas na nawiązanie pozytywnej relacji i zbudowanie zaufania;

- bazuj na wzajemnym szacunku dla uczuć, opinii, potrzeb i pragnień;

- rozwijaj wiarę w możliwości i kompetencje;

- nie oczekuj ograniczeń zanim do nich dotrzesz;
- indywidualizuj;
- bądź kreatywny.

PODSTAWOWE ZASADY TERAPII DZIECKA AUTYSTYCZNEGO:

- *USTANOWIENIE SYSTEMU MOTYWACYJNEGO* – ustalenie, co dla danego dziecka jest wzmocnieniem; nagroda powinna być natychmiastowa, od razu po wykonaniu polecenia, by nie dać dziecku zaburzyć swojego zachowania; musi być wycofana z użycia, gdy nie pracuje się z dzieckiem, nie może być dla niego dostępna poza miejscem terapii, z racji tego, że najczęściej jest to jedzenie (cukierek, chrupki, orzeszki, itp.) nie możemy pracować z dzieckiem bezpośrednio po posiłku; wzmocnienie materialne uzupełniamy wzmocnieniem społecznym „bardzo ładnie.”
- *STOSOWANIE I REDUKOWANIE PODPOWIEDZI MANUALNYCH* (wsparcie, prowadzenie manualne na początku nauki, stopniowe jej wycofywanie; polecenie wydajemy gdy dziecko na nas patrzy, jeżeli dziecko nie wykonuje polecenia po dwukrotnym jego wypowiedzeniu wspomagamy je manualnie, tzn. wykonujemy polecenie razem z nim i nagradzamy dziecko, gdy wspomagane dostosuje się do instrukcji.
- *SPOSOBY WYDAWANIA POLECEŃ I ORGANIZOWANIA PRZESTRZENI* – siedzimy naprzeciwko dziecka, kolanami przytrzymując jego kolana; „wstać” podnosimy dziecko, „usiąść” sadzamy; gdy dziecko źle się zachowuje przytrzymujemy je i czekamy; reagujemy natychmiast na sygnały zapowiadające złe zachowanie; uczymy poleceń kolejno, dopiero gdy dziecko samodzielnie wykona prawidłowo jedno polecenie wdrażamy drugie; polecenia muszą być proste i wydawane zawsze w tej samej formie.
- *ZASADA MAŁYCH KROKÓW* – instrukcje rozkładamy na najprostsze czynności potrzebne do ich wykonania.
- *GENERALIZOWANIE I UTRZYMYWANIE EFEKTÓW TERAPII* – uogólnianie na osoby (różne osoby wydają to samo polecenie dziecku), na miejsca (nauka reagowania na polecenie w różnych pomieszczeniach, miejscach), w czasie (nieregularne wzmacnianie nawet tych zachowań czy umiejętności, które dziecko od dłuższego czasu wykonuje prawidłowo).

Zasady pracy w kontekście dysfunkcji komunikacyjnych:

- *spróbuj zdobyć uwagę* dziecka zanim zaczniesz mówić, np.: zawołaj je po imieniu, jeśli trzeba fizycznie nakieruj je w swoją stronę;
- *dostosuj złożoność swojego języka* do poziomu dziecka, zarówno pod względem struktury języka (jak mówisz?) oraz przekazywanych treści (co mówisz?);
- *mówiąc, pokazuj co masz na myśli*, korzystaj z języka gestów i demonstracji, aby pomóc w wykonaniu wymaganych czynności;
- *pokaż dziecku, że jesteś chętnym słuchaczem*, staraj się zrozumieć jego próby komunikacyjne, np.: dziecko może szarpnąć Cię w kierunku, z którego coś chce; może stanąć obok czegoś co chciałoby otrzymać; może utkwąć wzrok w przedmiocie swoich pragnień; kiedy czegoś chce może powtórzyć twoje pytanie: np.: Pytanie – „Czy chcesz ciastko?”, Odpowiedź – „Czy chcesz ciastko?”; pamiętaj, że osoby z autyzmem usiłują porozumieć się, najlepiej jak potrafią;
- *unikaj metafor i przenośni* lub pomóż dziecku je zrozumieć;
- *unikaj nadmiernego mówienia*;
- *mów o rzeczach ważnych i istotnych* dla dziecka, np.: co aktualnie robi, na czym skupia swoją uwagę, co zamierza zrobić, jak ma to zrobić;
- *przekazuj osobie z autyzmem informacje* o tym, co i jak ma zrobić; zbyt wiele czasu tracimy na mówienie o tym, czego nie należy robić, czego nie wolno, a to bywa bardzo zniechęcające; jasne wskazanie co można zrobić w konkretnej sytuacji, może być bardziej

pomocne;

Nie używamy słowa „NIE”

Nie mówimy „ Nie ruszaj” tylko „ Zostaw”

„ Nie krzycz” tylko „ Uspokój się”

- *szepnij dziecku do ucha*, co ma powiedzieć do innej osoby;

- *jeśli to możliwe odnoś swoje wypowiedzi do konkretnych przedmiotów*, zjawisk w otoczeniu dziecka, wskazując na nie, dotykając, pokazując przykłady;

- *jeśli to możliwe odnieś echolalie dziecka do tego, co jest „tu i teraz”* jednocześnie próbując nakierować jego uwagę na coś, na czym Ci zależy, np.: dziecko powtarza echolalicznie „nie ma szafy” – rozejrzyj się wnikliwie po otoczeniu i stwierdź zgodnie

z prawdą: „tak, masz rację, tu nie ma szafy, ale za to jest ciekawa książka, zabawka... itp.” lub „co Ty mówisz? W tym pokoju jest szafa, ja widzę tu szafę, a w niej jest Twoja ulubiona zabawka, kredki ...itp.”;

- *używaj w sposób właściwy zaimków osobowych*, unikaj mówienia o sobie lub o dziecku w trzeciej osobie liczby pojedynczej np.: „pani ci poda...”, „pan ci pomoże...”, „Bartek je obiad...”, „Bartek się bawi...” itp.; te zwroty warto zamienić na „podam ci...” lub nawet „ja ci podam”, „pomogę ci...” czy „ja ci pomogę”, „ty jesz obiad...”, „ty się bawisz...”; na tym etapie czasami warto nawet nadużywać zaimków „ja” i „ty”;

- *naucz właściwych wypowiedzi inicjujących rozmowę*;

- *naucz sposobów proszenia* o wyjaśnienie lub pomoc w momencie dezorientacji;

- *pamiętaj o innych (poza mową) kanałach komunikacyjnych*, a jest ich aż siedem: oddech, sygnały płynące z ciała, wyraz oczu, mimika, postawa – układ ciała, gestykulacja, odgłosy nieartykułowane.

Zasady pracy w kontekście nieprawidłowości funkcjonowania społecznego:

- naucz dziecko obserwować zachowanie innych dzieci, aby miało wzór, co należy robić;

- zachęcaj do zabaw polegających na współpracy, współdziałaniu;

- modeluj właściwe zachowania w różnych sytuacjach społecznych;

- zorganizuj aktywności dziecku w tzw. wolnym czasie, np.: w czasie przerwy pomiędzy lekcjami, podpowiedz co może robić w trakcie przerw;

- zachęcaj do zawierania przyjaźni, tłumacz kim jest przyjaciel, jakie są cechy dobrego przyjaciela;

- prezentuj przykłady wyrażania emocji;

- naucz, jak zwracać uwagę na niebezpieczeństwa, jak je przewidywać i jak ich unikać; pamiętaj, że reakcje osoby z autyzmem mogą być nieodpowiednie do niebezpiecznej sytuacji.

Zasady pracy w kontekście braku elastyczności w zachowaniu i myśleniu, występowania sensoryzmów i trudnych zachowań:

- redukuj poziom stresu u dziecka;

- naucz dziecko koncepcji czasu i twórz razem z nim rozkłady zajęć, aby łatwiej mu było przewidzieć co go jeszcze czeka;

- zawsze uprzedzaj osobę z autyzmem, kiedy ma nastąpić jakaś zmiana, np.: jeśli bawicie się wspólnie i zabawa dobiega końca, powiedz: „jeszcze jeden raz” lub „za dwie minuty skończymy”;

- pracuj na pozytywach, nagradzaj pożądane zachowania, a ignoruj niepożądane;

- pracuj nad elastycznością dziecka, unikając własnych schematycznych działań;

- spróbuj zrozumieć zachowanie osoby z autyzmem, zachowanie jest często komunikatem np.: dziecko może rzucać grą lub zabawką, jeżeli ta jest zbyt łatwa lub trudna dla niego; może odepchnąć coś czego nie chce, gdy nie umie powiedzieć w tej chwili „nie”;

może okazać agresję, jeżeli potrzebuje przerwy; może być opryskliwe, jeśli jest zmęczone lub głodne, a ty nalegasz, by coś zrobiło; może być przestraszone lub zdenerwowane,

jeśli znajduje się w zatłoczonym, hałaśliwym miejscu.

Zasady pracy w kontekście funkcjonowania sensorycznego:

- naucz się, które bodźce sensoryczne dziecko uspokajają i organizują, a które są dla niego dezintegrujące (według wskazówek terapeuty integracji sensorycznej);
- unikaj bodźców dezintegrujących, np.: intensywnego światła, minimalizuj hałas w otoczeniu (według wskazówek terapeuty integracji sensorycznej);
- stosuj bodźce, które są dla danego dziecka organizujące, np.: mocny masaż, mały przedmiot na biurku dziecka, którym może ono manipulować, guma do żucia lub lizak w buzi (według wskazówek terapeuty integracji sensorycznej).

Zasady pracy w kontekście rozwijania funkcji poznawczych:

- odkryj i wykorzystaj mocne strony dziecka, które mogą być pomocne w rozwoju poznawczym, np.: dobrą pamięć, zainteresowanie konkretnym tematem, łatwość skupiania uwagi na szczegółach itp.;
- dowiedz się co dla osoby z autyzmem jest nagrodą, szukaj jej zewnętrznych i wewnętrznych motywacji do zabawy, nauki i pracy.

4. Ocenianie ucznia z autyzmem

Zasady oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów reguluje rozporządzenie MEN z dnia 30 kwietnia 2007 r. w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych (DzU z 2007 r., Nr 83, poz. 562 z późn. zm.), które nakłada na nauczycieli obowiązek uwzględniania podczas oceniania ucznia z autyzmem wpływu zaburzeń rozwojowych na jego naukę i zachowanie.

1. Sytuację sprawdzania wiadomości ucznia z autyzmem trzeba dostosować do jego możliwości intelektualnych i komunikacyjnych oraz specyfiki funkcjonowania – *zrób sprawdzian dostosowany do konkretnego dziecka.*
2. Warto uwzględnić fakt, że osoby z autyzmem mają poważne trudności z formułowaniem dłuższych wypowiedzi ustnych. Podczas wypowiedzi słownych mogą potrzebować wsparcia w postaci dodatkowych pytań, które umożliwiają im sprawniejszą aktualizację posiadanej wiedzy. Niektórym z nich łatwiej przekazywać wiedzę w formie pisemnej – *przygotuj sprawdzian pisemny, nie ustny.*
3. *Pamiętaj co w danej sytuacji rzeczywiście sprawdzasz - czy umiejętność pisania sprawdzianu czy wiedzę.*
4. *Dobrym sposobem sprawdzania wiedzy uczniów z poważnymi zaburzeniami w rozwoju mowy są testy, gdyż dają możliwość wyboru spośród podanych odpowiedzi lub formułowania odpowiedzi na konkretne pytania – wykorzystaj formę testową, nie opisową. Ułóż test z wykorzystaniem materiałów i treści wizualnych, obrazkowych.*
5. Trzeba też pamiętać, że dziecko z autyzmem potrzebuje więcej czasu niż jego rówieśnicy na analizę i zrozumienie pytania lub polecenia, a także na właściwą reakcję (sformułowanie odpowiedzi, wykonanie czynności) - *nie pospieszaj dziecka.*
6. *Nie wyręczaj dziecka* – to pozwoli rzetelnie ocenić jego zdolności.
7. *Bądź przychylny dziecku.*
8. *Zastosuj odpowiednią motywację i gratyfikację za wykonanie pracy.*

V. Jak pomóc – terapia dzieci z autyzmem

1. Zadania i zasady terapii

Terapia to całość specyficznych, zamierzonych oddziaływań, które mają na celu optymalne wspomaganie rozwoju dziecka ze specyficznymi trudnościami rozwoju.

Dobór odpowiedniego typu terapii w wypadku autyzmu jest uwarunkowany koniecznością wzięcia pod uwagę występujących dodatkowych szczegółowych zaburzeń, które zostały zgrupowane w trzech sferach:

- zaburzeniach funkcji społecznych,
- komunikacyjnych,
- zachowania.

Specyfiką autyzmu jest swoista niepowtarzalność indywidualnych przypadków. Z tym wiąże się możliwość i *potrzeba stosowania wielu metod oddziaływania* w trakcie terapii. Należy jednak pamiętać, że to co jest korzystne dla jednego dziecka, może być nie wskazane dla innego. Indywidualizacja jest zatem podstawową zasadą pracy z autystami. Z dzieckiem autystycznym można pracować w różny sposób. Każde z dzieci jest inne, wymaga innego rodzaju oddziaływania terapeutycznego.

W zależności na jakim etapie rozwoju się ono znajduje i jak bardzo jest „wycofane”, podejmuje się odpowiednie formy i techniki pracy.

Każda metoda terapeutyczna jest dobra, przynosi efekty, o ile jest stosowana w odpowiednich warunkach i jest adekwatna do możliwości dziecka.

W terapii osób autystycznych stosowanych jest wiele metod. Oddziaływania terapeutyczne mają na celu usprawnienie funkcji poznawczych, psychomotorycznych i motorycznych.

Wynikają z tego specyficzne *zadania terapeutyczne*:

- nauczanie czynności samoobsługowych (higiena, dbałość o czystość itp.),
- rozwijanie ogólnej sprawności ruchowej i manualnej,
- rozwijanie form porozumiewania się (mowa, gesty, inne znaki),
- nauka elementów czytania i pisania,
- kształtowanie pojęć matematycznych i umiejętności posługiwania się nimi,
- wyrabianie samodzielności i zaradności.

Podstawowe zasady terapii:

Środowisko, w którym przebywa dziecko powinno być kontrolowane, ograniczone bodźcami.

a). *środowisko słuchowe*: budynek, sala, gdzie jest najmniejsze rozpraszanie dźwięków; należy zwracać uwagę na sposób mówienia.

b). *środowisko wzrokowe*: pomieszczenia pomalowane stonowanymi kolorami farb nie dającymi odbić; wyposażone ubogo, w miarę jednobarwne wykładziny (meble, zasłony, rolety nie przepuszczające światła); zabawki schować należy w szafkach; oświetlenie żarówką. Nauczyciel powinien ubierać odzież w naturalnym kolorze raczej nie wzorzystą, nie powinien stać na tle okna.

c). *otoczenie dotykowe*: preferowane jest zakładanie dziecku ubrań bawełnianych.

d). *otoczenie węchowe*: pomieszczenie, gdzie nie dochodzi dużo zapachów.

2. Rodzaje terapii osób z autyzmem

METODY PRACY TERAPEUTYCZNEJ Z OSOBAMI Z AUTYZMEM:

Nie ma jednej metody, która pomaga wszystkim osobom z autyzmem.

Bardzo ważna jest współpraca pomiędzy specjalistami (szkoła), a rodzicami (dom).

Zaczynając pracę z dzieckiem należy popatrzeć całościowo na jego problemy.

Informacje ważne dla procesu terapii:

- a). Nawiązanie kontaktu wzrokowego – na poziomie oczu dziecka przy każdej czynności i poleceniu.
- b). Wydawanie jasnych, krótkich poleceń.
- c). Korzystne jest siedzenie na przeciwko dziecka później - obok niego.
- d). Kontakt twarzą w twarz – kontrolowanie wzroku dziecka.
- e). Ważna jest ekspresja twarzy i mowy (na początku „przerysowanie emocji”).
- f). Struktura, rytuał zajęć (miejsce, czas, osoba), plan dnia i pracy, miejsce – muszą być dobrane do możliwości dziecka.

Rodzaje terapii:

- holding,
- metoda opcji,
- integracja sensoryczna,
- terapia behawioralna,
- trening umiejętności społecznych,
- program TEACCH,
- ruch rozwijający Weroniki Sherborne,
- metoda więzi,
- arteterapia,
- muzykoterapia,
- EEG-biofeedback.

TERAPIA „HOLDING” - zwana inaczej „terapią wymuszonego kontaktu” opracowana została przez Marthę Welch. Holding oparty jest na bliskim, fizycznym kontakcie dziecka z matką. Celem metody jest budowanie lub przywrócenie zerwanej więzi emocjonalnej między matką, a dzieckiem. Środkiem ku temu jest wymuszenie bliskiego kontaktu z dzieckiem, niezależnie od jego reakcji.

Jak stosuje się tą metodę?

Dziecko jest trzymane przez matkę w pozycji umożliwiającej bezpośredni kontakt wzrokowy przy jednocześnie zapewnionej kontroli podejmowanych przez dziecko prób, protestów, walki, ucieczki. Metoda przewiduje konfrontację, walkę, mające na celu rozwiązanie problemów relacji matka – dziecko.

3 fazy w trakcie sesji HOLDINGU:

- *konfrontacja* – matka zachęca do kontaktu wzrokowego dziecko, przytrzymuje je (dziecko może wrywać się, jest niespokojne),
 - *odrzućenie* – na skutek nawoływania do kontaktu przez matkę i przytrzymywania, dziecko gwałtownie próbuje ucieczki, wrywa się, kopie, pluje, mówi, że nie kocha matki, płacze, może wymiotować. Najważniejszy moment – wyrażenie przez matkę i dziecko najgłębszego żalu, pretensji, niepokojów, co prowadzi do rozwiązania,
 - *rozwiązanie* – intensywna bliskość fizyczna i emocjonalna matki i dziecka, odprężenie.
- Holding jest jedyną metodą terapeutyczną, która ma wymuszony charakter. Na początku sesja terapeutyczna wygląda na bardzo agresywną. Prowadzona regularnie (trudno określić jak długo) daje pozytywne efekty terapeutyczne.

METODA OPCJI - została opracowana przez małżeństwo B. N. Kaufman. Głównym celem tej terapii jest nawiązanie z dzieckiem kontaktu. Terapeuta jest partnerem dziecka i chce wkroczyć w jego świat bez używania „przemocy”. Terapia zakłada, że jeżeli nie można „wyciągnąć” dziecka z jego autystycznego świata, należy w ten świat wejść (przyjmując postawę akceptacji podążać za dzieckiem, naśladować je) i pozwoli przekonywać dziecko do wyjścia z niego. Jest to metoda podążania za dzieckiem. Terapia różni się od pozostałych tym, że nie posiada ścisłych zaleceń postępowania. Terapeuta przyjmuje propozycję zabawy ze strony dziecka, naśladuje jego zachowanie oraz akceptuje fakt, że dziecko może odrzucić proponowane przez niego formy aktywności. Terapeuta to partner dziecka, który chce się włączyć w świat przeżyć dziecka, poprzez przyjęcie postawy ucznia nie nauczyciela. Głównym celem jest nawiązanie kontaktu z dzieckiem. W metodzie wykorzystuje się elementy uczenia się i stymulacji w ściśle ograniczonym środowisku (w jednym pomieszczeniu przez kilka lat pracuje z dzieckiem zespół terapeutów, dopiero, gdy widać efekty wychodzi się na zewnątrz – w nowe środowisko).

PROGRAM STYMULACJI ZMYŚLÓW - jest kompleksową metodą rehabilitacyjną. Obejmuje ona pracę nad każdą zaburzoną sferą zmysłów. Główne kierunki metody SI to procesy hamowania, eliminowania lub ograniczania negatywnych bodźców przy nadwrażliwości zmysłów (poprzez stymulację) oraz dostarczanie silnych, różnorodnych bodźców przy niedostatecznej wrażliwości. SI jest zestawem ćwiczeń oddziaływujących na określoną sferę, ułożonych według określonej kolejności z wyraźnie zaznaczonym czasem trwania. Ćwiczenia dobrane są indywidualnie do potrzeb dziecka, celem ich wykonywania jest poprawa ogólnego funkcjonowania dziecka. Stymulacja dziecka odbywa się podczas zabawy lub wykonywania zadania. Zakłada się, że program stymulacyjny powinien być wykonywany systematycznie 3 razy dziennie oraz uaktualniony po stu sesjach.

TERAPIA BEHAWIORALNA. Celem tej terapii jest wzmocnienie zachowań oczekiwanych, jednocześnie wygaszanie niepożądanych. Podczas terapii opieramy się na wzmocnieniach pozytywnych, czyli nagradzamy konkretne zachowania. Dziecko dzięki takiej technice uczy się niezależności i z biegiem czasu może to mu pomóc w samodzielnym funkcjonowaniu. Ten rodzaj terapii ułatwia dziecku funkcjonowanie i relacje z otoczeniem.

Główne cele to:

- zwiększenie ilości zachowań, które są deficytowe,
- redukcja zachowań niepożądanych,
- generalizowanie i utrzymywanie efektów terapii.

Cel - kształtowanie zachowań adaptacyjnych lub redukcja nieodpowiednich zachowań. W terapii behawioralnej analizuje się przyczyny i konsekwencje zachowań, a następnie wdraża się program behawioralny. Ważnym elementem terapii jest odnalezienie czynników nagradzających - zachęcających do odpowiedniego zachowania, jak i czynników prowadzących do redukcji zachowań niepożądanych. Każda pozytywna reakcja na polecenie powinna być natychmiast wzmocniona. Współczesna terapia behawioralna ze względów etycznych nie stosuje kar. Niepożądane zachowania redukowane są poprzez usuwanie czynników, które mogą zachęcać do owych zachowań. W pierwszej kolejności zadaniem terapeuty jest kształtowanie u dziecka jak największej ilości zachowań akceptowanych. Terapia behawioralna jest niezastąpiona w redukcji zachowań nieprawidłowych: agresja, autoagresja, nadruchości i inne.

TRENING UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH - obejmuje szeroki zakres technik stosowanych do nauki poprawnych zachowań w sytuacjach społecznych dzieci i dorosłych

z autyzmem. Nauka poprawnego przebiegu interakcji społecznych, stanowi dla osób dotkniętych zaburzeniem autystycznym duży problem i stanowi integralną część edukacji i terapii.

PROGRAM TEACCH

Program Terapii i Edukacji Dzieci Autystycznych. Sposoby pracy dostosowuje się do dziecka tak, aby czuło się ono dobrze. Opieką obejmuje się nie tylko dziecko, ale też rodzinę. Jest to kompleksowe, wielopłaszczyznowe działanie. Rodzic współpracuje z terapeutą. W metodzie tej narzędziem pomocnym w prowadzeniu terapii dziecka jest kwestionariusz PEP-R – tzw. Profil Psychoedukacyjny, dzięki któremu uzyskuje się informacje na temat poziomu rozwoju oraz poziomu zachowań dziecka. Na tej podstawie opracowuje się Indywidualne dla każdego Dziecka plany pracy.

Jest to całościowy program terapii i edukacji dzieci z autyzmem i dzieci wykazujących zaburzenia komunikacji. Proces nauczania w modelu TEACCH składa się z trzech stopni:

1. Na wstępie dokonuje się diagnozy dziecka i oceny poziomu rozwojowego, na podstawie jego możliwości rozwojowych w różnych dziedzinach nauki. Oceny tej dokonuje się na podstawie Profilu psychoedukacyjnego (PEP). Program PEP dostarcza informacji na temat zdolności dziecka i możliwości jego dalszego rozwoju. Profil określa nie tylko umiejętności, które dziecko już osiągnęło, ale i takie, które się stale rozwijają.
2. Na bazie oceny opracowuje się strategię nauczania, która pomaga w realizacji celów nauczania. Informacje na temat dziecka wynikające z dokonanej oceny przetwarza się w indywidualny program nauczania i dobiera się do niego odpowiednie metody pracy. Wybór strategii zależy od wymogów szkoły i domu, a współpraca między rodzicami i nauczycielami jest postawą stałej kontroli zachowań i doskonalenia programów indywidualnych.
3. Po ustaleniu profilu dziecka i właściwej metody, przechodzi się do realizacji celów nauczania, poprzez specjalnie dopasowane ćwiczenia edukacyjne.

Dla ułatwienia pracy zespół TEACCH wydał trzy książki, które odpowiadają trzem stopniom nauczania.

Są to: „Profil psychoedukacyjny”, „Metody nauczania dla rodziców i profesjonalistów” i „Ćwiczenia edukacyjne dla dzieci autystycznych”.

Należy podkreślić, że praca w ramach programu TEACCH odbywa się przy ścisłej współpracy terapeutów z rodzicami dziecka.

METODA RUCHU ROZWIJAJĄCEGO W. SHERBORNE

Metoda została opracowana przez fizjoterapeutkę Weronikę Sherborne w Wielkiej Brytanii.

Głównym założeniem metody Ruchu Rozwijającego jest posługiwanie się ruchem, jako narzędziem we wspomaganiu rozwoju psychoruchowego dziecka i w terapii zaburzeń rozwoju.

Metoda ta ma za zadanie rozwijanie przez ruch:

- 1) świadomości własnego ciała i usprawniania ruchowego,
- 2) świadomości przestrzeni i działania w niej,
- 3) dzielenia przestrzeni z innymi ludźmi i nawiązywanie z nimi bliskiego kontaktu.

Sherborne wyróżniła następujące grupy ćwiczeń wspomagających rozwój dziecka:

I. ćwiczenia prowadzące do poznania własnego ciała (np. czołganie, wykonywanie różnorodnych ruchów podczas leżenia, siedzenia);

II. ćwiczenia pomagające zdobyć pewność siebie i poczucie bezpieczeństwa w kontakcie (np. „tunel” – dziecko przechodzi pod tunelem, który tworzą inne osoby);

III. ćwiczenia ułatwiające nawiązywanie kontaktu i współpracy z partnerem i grupą:-
ćwiczenia „z” w parach (przeciąganie, kołysanie się z partnerem w różnorodny sposób);-
ćwiczenia „przeciwno” (np. „paczka” – dziecko zwija się w kłębek a współwiczący stara się rozwiązać paczkę);- ćwiczenia „razem” (obaj partnerzy są aktywni);
IV. ćwiczenia twórcze – rozwijanie aspektów ruchu proponowanych przez członków grupy.

METODA WIĘZI

Dzieci poprzez swoje zachowanie „skarżą się” na brak więzi, na niezdolność jej nawiązywania: odrzucają od siebie przedmioty, ogałają półki, stoły z przedmiotów, zrzucają rzeczy na podłogę.

Terapeuta uczestniczy w tych czynnościach, pomaga, asystuje w ich odzyskiwaniu. Już te działania mają charakter terapeutyczny. Dziecko i terapeuta, razem zrobili coś, co dla dziecka było ważne, co rozładowało jego emocje. Było symbolem tego, że utraconą więź można odbudować za pomocą innego człowieka.

Postępowanie terapeutyczne jest możliwe jednak dopiero wtedy, gdy dziecko zostanie „oswojone”. Terapeuta unika wszelkiej natarczywości, hałasu, gwałtownych i zbyt szybkich ruchów, które mogłyby dziecko spłoszyć. Zachowuje spokój, czekając, aż dziecko samo spojrzy na niego lub zbliży się. Jest to początek kontaktu, przy tym terapeuta stara się rozmawiać z dzieckiem poprzez wszelkie kontakty zmysłowe, przede wszystkim dotykając, śpiewając, karmiąc, nosząc na rękach. Nie wydaje poleceń, nie chwali ani nie gani, nie karze. Stopniowo wprowadza dziecko do współdziałania w naturalnych, codziennych sytuacjach. Przyroda oddziałuje kojąco na wszelkie lęki. Bycie w lesie, nad wodą, działa uspokajająco, obniża napięcie. Dziecko autystyczne dostaje zatem wszystko, czego mu brak. Na dziecko działają nawet bardziej, niż na innych.

Terapia więzi nie jest uczeniem dziecka autystycznego. Jej istotą, jest łagodzenie lęków, uczestniczenie w jego przeżyciach, umożliwianie czynnego, spontanicznego działania. W terapii więzi chodzi o „rozszyfrowanie” tego, co dziecko mówi swoim zachowaniem, a następnie wziąć w tym udział. Starać się, by jego działania związane były z autentyczną przyjemnością, czynnościami nie uzależnionymi od kar i nagród. Terapię więzi warto rozpocząć z każdym dzieckiem podejrzanym o autyzm i to jak najwcześniej. Terapia więzi to zaspakajanie istotnych potrzeb rozwojowych dziecka. Sprawia ona radość każdemu, nawet zdrowemu dziecku i jego rodzicom, pogłębiając i wzbogacając ich wzajemne porozumienie uczuciowe.

ARTETERAPIA

Arteterapia w wąskim znaczeniu obejmuje terapię z użyciem sztuk plastycznych, w szerokim obejmuje muzykoterapię, biblioterapię oraz działania terapeutyczne z wykorzystaniem teatru, filmu, malarstwa, rzeźby, grafiki i innych sztuk plastycznych. Arteterapia wyzwala aktywność twórczą, wyrównuje braki i ograniczenia psychofizyczne, a jednocześnie obniża napięcie i pomaga nazwać problem. Pozwala na akceptację siebie i innych. Nadaje sens i wzbogaca życie autystyków. Ważny jest sam akt twórczy a nie efekt końcowy wykonanej pracy.

Muzykoterapia

Muzykoterapia jest swoistą metodą terapeutyczną. Poprzez różne elementy i rodzaje, zróżnicowane formy odbierania i uprawiania, muzyka wywiera leczniczy wpływ zarówno na dzieci, jak i osoby dorosłe. Muzyka w sposób dynamiczny zmienia słuchacza (odbiorcę), pobudza go do działania (dziecko, nawet z głębokimi deficytami rozwoju ożywia się, pod wpływem muzyki uaktywnia mięśnie mimiczne, kończyny), skłania do skupienia, a nawet wzruszeń. Muzyka jest bardzo atrakcyjną metodą, „uczłowieczania”. W trakcie zajęć muzykoterapeutycznych zarówno dzieci jak i dorośli mają możliwość przeżycia radości i uwolnienia się od paraliżującego lęku, czasami bardzo destrukcyjnie wpływającego na ich zachowania.

EEG – BIOFEEDBACK

Jest metodą terapeutyczną, opartą o wyrafinowaną technikę komputerową, która umożliwia danej osobie uczenie się zmieniania charakterystyki swych fal mózgowych. Odbywa się to na podstawie otrzymywanych informacji (wykres EEG) o własnym wzorcu fal mózgowych. Nieprawidłowe funkcjonowanie mózgu często znajduje odzwierciedlenie w specyficznej charakterystyce wykresu EEG. EEG umożliwia aktywne zmienianie tej charakterystyki tak, aby była ona zgodna z pożądanym wzorcem. Technika ta polega na rejestrowaniu i wzmacnianiu sygnałów fal mózgowych, a następnie prezentowaniu ich w postaci gry komputerowej osobie poddanej treningowi. Celem treningu jest zmuszenie mózgu do bardziej skutecznego funkcjonowania przy wykorzystaniu komputerowej stymulacji obrazem i dźwiękiem.

Trening EEG Biofeedback okazał się skuteczny w leczeniu dzieci chorych na autyzm w obszarach: werbalnym, fizycznym i komunikacji społecznej. Istnieją udokumentowane świadectwa kliniczne wskazujące na poprawę mowy, równowagi, rozumienia i mimiki. Trening EEG Biofeedback okazał się również pomocny w zmniejszaniu wrażliwości sensorycznej oraz w poprawie reagowania na zmiany w otoczeniu

U dzieci autystycznych w badaniach aktywności mózgu stwierdzono min.:

- nieprawidłowe przetwarzanie informacji sensorycznych,
- zaburzenia przetwarzania bodźców słuchowych przez korę mózgową,
- trudności z rozpoznawaniem i klasyfikowaniem nieoczekiwanych, nowych bodźców.

Wzmacnianie pożądaných częstotliwości fal i wyhamowanie częstotliwości niepożądanych w czasie treningów EEG-biofeedback oparte jest na trwających przez całe życie możliwościach plastycznych mózgu, polegających na zwiększeniu ilości połączeń synaptycznych i wygaszeniu tych, które są w nadmiarze z równoczesnym zwiększeniem lub zmniejszeniem ilości wytwarzanych neuroprzekazników. Dobór odpowiedniej gry opartej np. na ruchu (im bardziej prawidłowo generowana czynność bioelektryczna, tym szybciej układające się elementy mozaiki) daje możliwość pracy z dziećmi autystycznymi z poza grupy wysoko funkcjonujących i najmłodszymi już od 3 roku życia.

Plany aktywności

Plany aktywności spełniają bardzo istotną rolę w rozwoju samodzielności dziecka (lub osoby dorosłej), gdyż umożliwiają uniezależnienie się od opiekunów i samodzielne funkcjonowanie w ciągu dnia.

Plan aktywności to zestaw zdjęć lub słów, które są wskazówką do wykonania określonych sekwencji czynności. Może występować w wielu formach. Początkowo jest to zazwyczaj segregator A - 4 ze zdjęciami lub słowami na każdej stronie, będącym dla dziecka wskazówką do wykonania zadań, podejmowania aktywności lub wyboru nagród.

W zależności od potrzeb i możliwości dziecka plan może być bardzo szczegółowy - z zadaniami podzielonymi na poszczególne kroki albo bardzo ogólny – z jednym obrazkiem lub symbolem oznaczającym całe zdanie lub aktywność. Poprzez kierowanie stopniowe dzieci są uczone otwierania segregatorów, odwracania pierwszej strony, wykonywania zadania i odwracania kolejnej strony ze wskazówką dotyczącą następnego zadania.

Plan aktywności może występować w różnych formach:

Forma obrazkowa

Początkowo może to być segregator formatu A 4 ze zdjęciami, obrazkami czy symbolami na każdej stronie, które są dla dziecka wskazówką do wykonywania zadań, aktywności lub wyboru nagród. Symbolami na planie mogą być też pojedyncze litery lub sylaby. Dziecko widzi obrazek/symbol na planie, a następnie poszukuje jego odpowiednika na półce, na której znajdują się pojemniki z materiałami do pracy. Każdy pojemnik ma swoje oznakowanie, identyczne jak na planie aktywności.

Forma pisemna

Plan aktywności może też przyjąć formę pisemną jeżeli dziecko zostało wcześniej nauczone globalnego odczytywania napisów w planie. Pisemny plan aktywności jest rodzajem „listy rzeczy do zrobienia”, przypominającej dziecku (czy dorosłemu) o zadaniach jakie ma ono wykonać, bez poleceń wydawanych przez inne osoby. Umiejętności związane z czytaniem zwiększają samodzielność i możliwość dokonywania wyboru, ponieważ słowa lepiej reprezentują czynności niż zdjęcia.

Pierwszy plan powinien być krótki. Najlepiej, aby zawierał około 4 – 5 zadań, związanych z zabawą i pracą. Najpierw powinny się tam znaleźć aktywności, które dziecko lubi i które potrafi wykonywać. W miarę jak dziecko nabywa nowe kompetencje rozszerzamy listę czynności. Aktywności które dziecko lubi przeplatamy z zadaniami trudniejszymi. Dziecko wie, że po zadaniu trudnym, wystąpi ulubiona aktywność. I w ten sposób budujemy system motywacji do pracy nad zadaniami trudnymi. Ostatnia czynność powinna być jednocześnie nagrodą za wykonanie planu.

Jedynym bodźcem rozpoczynającym czynność ucznia jest polecenie „sprawdź swój plan”, na które to podchodzi do swojego planu (najczęściej w formie małego segregatora), czyta polecenie lub patrzy na symbol określonej aktywności i realizuje je.

Ważne jest odpowiednie zorganizowanie otoczenia dziecka, w którym będzie ono pracowało. Musimy pamiętać aby materiały były w zasięgu możliwości dziecka, były poukładane przejrzyste i aby wszędzie panował ład

Rodzaje aktywności w planie

1. Aktywności zabawowe. Mogą to być np. klocki, puzzle do układania, składana kolejka, zabawa piłką, książeczka do przeglądania i wszystkie inne czynności, które dziecko traktuje jako zabawę i lubi wykonywać.

2. Aktywności edukacyjne takie jak np.: kolorowanie prostych kształtów, sortowanie obrazków, rysowania szlaczków, cyfr, liter czy posługiwanie się prostymi albumami na dopasowywanie liter, cyfr, wyrazów, albumy na czytanie, liczenie itp.

3. Aktywności związane z interakcjami społecznymi. Są to zadania służące rozwijaniu mowy, konwersacji, umiejętności zabawowych, czy też zadania służące nawiązaniu fizycznego kontaktu z drugą osobą, przybierające formę łaskotek, podrzucania itp. Przykłady: przedmioty z przyklejonymi kartami L.M. na których nagrane są ich nazwy, książeczki z obrazkami służące do nawiązania dialogu z drugą osobą, zdania - komentarze np. „skończyłem”, „popatrz”, „lubię dodawać”, gry planszowe, i inne.

4. Czynności związane z samoobsługą i funkcjonowaniem w domu. Bardzo przydatne są tu fotograficzne plany związane z np. przygotowywaniem sobie posiłku, myciem rąk, zębów, sprzątaniem, ubieraniem się itp. Zawierają one sekwencje czynności w postaci fotografii, czy napisów (w przypadku dzieci wyżej funkcjonujących). W planie głównym umieszcza się symbol (nazwę) danej czynności, a w przypadku trudności w jej wykonywaniu wykonuje się fotograficzne plany szczegółowe.

Czynności samoobsługowych możemy uczyć za pomocą wspomnianych wyżej fotograficznych planów aktywności lub poprzez wypowiedzi manualne, które stopniowo wycofujemy. Rozpisujemy złożoną czynność na proste etapy składowe, których uczymy po kolei. Przy uczeniu czynności samoobsługowych staramy się jak najmniej mówić i nie wydawać żadnych poleceń. Ponieważ dziecko łatwo może uzależnić się od naszych wypowiedzi manualnych, musimy umiejętnie je stosować i wycofywać. Wielu czynności samoobsługowych możemy uczyć poprzez naśladowanie.

Samonagradzanie

Bardzo ważnym zagadnieniem w kwestii osiągnięcia niezależności przez dziecko jest samonagradzanie. W trakcie podążania za planem aktywności uczymy dziecko wybierania, a także dostarczania sobie nagród. W tym celu umieszczamy zdjęcia lub napisy nagród na specjalnej tablicy lub w albumie, z którego dziecko odkleja wybraną przez siebie nagrodę. Jeżeli są to nagrody w postaci aktywności, które nie mają określonego końca, uczymy dziecko

posługiwania się urządzeniem zwanym Timerem. Jest to rodzaj prostego w obsłudze minutnika, który dziecko ustawia na określony czas i w ten sposób wie, kiedy zakończyć daną czynność, bez polecenia wydanego przez osobę dorosłą.

Dokonywanie przez dziecko wyborów jest ważnym przejawem samodzielności. Istotne jest więc stwarzanie okazji do ich dokonywania. Poza wyborem nagród dziecko może też ustalać kolejność czynności, jakie będą wchodziły w skład jego planu aktywności. Może także decydować jakiego rodzaju aktywności będzie wykonywało w danym dniu.

Uczeń posługuje się planem tworzącym jego dzienną strukturę. Informacje w nim zawarte odsyłają go do poszczególnych aktywności. Wiele spośród nich jest na tyle złożonych, że aby zrealizować poszczególne kroki, niezbędne jest wprowadzenie kolejnego planu aktywności. I tak odnajdując wskazówkę „gotuję ryż”, uczeń sięga po album, w którym na oddzielnych stronach wypisane są kolejne etapy przyrządzenia ryżu.

Jedynym bodźcem rozpoczynającym czynność ucznia jest polecenie „sprawdź plan”, na które to podchodzi do swojego planu (najczęściej w formie małego segregatora), czyta polecenie lub patrzy na symbol określonej aktywności i realizuje je.

Na przykład w planie 18-sto letniego Antka, znajduje się polecenie „gotuję ryż”, po przeczytaniu, którego chłopiec:

- bierze album, według, którego będzie przygotowywał posiłek i idzie z nim do kuchni
- bierze garnek
- wlewa do niego 1 litr wody
- zapala gaz
- wkłada do garnka 1 torebkę ryżu
- wsypuje do garnka 1 łyżeczkę soli
- bierze książkę i timer
- nastawia timer na 20 minut
- czyta książkę
- wyłącza timer
- wyłącza gaz
- zanoszą książkę i timer do pokoju
- przekłada ryż na sito
- zalewa ryż zimną wodą z kranu
- przekłada ryż do miski
- rozcina torebkę i wyrzuca ją
- dodaje 10 łyżek musu
- dodaje łyżeczkę cynamonu
- miesza ryż
- nakrywa do stołu
- zjada ryż.

Każdy ma prawo do wyboru!

Podjęcie decyzji, podobnie jak innych umiejętności, można nauczyć. Przykładem niech będzie wybór sposobu spędzania czasu wolnego. W planie dnia znajduje się symbol, który prowadzi do tablicy lub segregatora z dwoma aktywnościami. Umieszczone są one za pomocą specjalnych rzepów. Uczeń wybiera jedną z czynności i z jej etykietą udaje się w określone miejsce, np. włącza magnetofon, jeśli wybrał słuchanie muzyki. Stopniowo można dodawać kolejne aktywności. Badania pokazują bowiem, że możliwość wyboru albo kontroli sytuacji, zwiększa chęć uczestnictwa w zadaniach, czyni te zadania przyjemniejszymi i może redukować zachowania niepożądane w czasie aktywności. Można z pewnością znaleźć przestrzeń, w której osoba autystyczna sama dokona wyboru. Może dotyczyć on rodzaju nagród, sposobu spędzania czasu wolnego, zadań, jakie są do wykonania w danym dniu, czy ich kolejności.

VI. Zespół Aspergera

1. Definicje Zespołu Aspergera

Zbiór cech uznawany dzisiaj za zespół Aspergera został zauważony przez Hansa Aspergera w 1944 roku. Opisał on czterech chłopców. Dzieci te charakteryzowały się upośledzoną interakcją społeczną, zaburzeniami w komunikacji i ponadprzeciętnym rozwojem specyficznych zainteresowań. Zwrócił on uwagę, że niektóre dzieci na wczesnym etapie rozwoju mają dobrze rozwiniętą mowę i zdolności poznawcze, ale wykazują zaburzenia w rozwoju motorycznym i społecznym. Termin „zespół Aspergera” został użyty po raz pierwszy dopiero w 1981 roku w publikacji Lorny Wing, która zauważyła, że niektóre dzieci ze zdiagnozowanym autyzmem we wczesnym dzieciństwie miały dobrze rozwiniętą mowę i procesy poznawcze, ale zaburzony rozwój społeczny. Bardzo często zespół Aspergera jest utożsamiany z autyzmem, podczas gdy są to dwa zupełnie odmienne schorzenia, mające pewne cechy wspólne. Osoby z zespołem Aspergera mają dużo lepiej rozwiniętą zdolności poznawcze oraz język niż osoby autystyczne.

Ich potencjał intelektualny ułatwia terapię i radzenie sobie z codziennymi obowiązkami.

Na zespół Aspergera składają się problemy z akceptacją zmian, ograniczona elastyczność myślenia, obsesyjne zainteresowania, ale nie ma zaburzeń rozwoju mowy.

Osoby z ZA wykazują lepszą adaptację społeczną niż osoby autystyczne. Objawy chorobowe są mniej nasilone niż w autyzmie wczesnodziecięcym. W życiu dorosłym osoby z ZA mogą uchodzić za odmieńców, dziwaków i ekscentryków. Dzieci dotkniętych zespołem Aspergera jest o wiele więcej niż dzieci z autyzmem. Problem w tym, że ten zespół chorobowy jest diagnozowany przez lekarzy niezwykle rzadko. Zespół Aspergera definiuje się jako grupę całościowych zaburzeń rozwojowych występujących zarówno u dzieci, jak i u dorosłych.

Normalny lub wysoki poziom intelektualny sprawia, że rozpoznanie zaburzenia – najczęściej w związku z narastającymi problemami wychowawczymi - następuje późno albo jest ono nieprawidłowe.

Statystyki pokazują, że na zespół Aspergera cierpi jedna na dwieście osób. Najczęściej jest on diagnozowany u mężczyzn. Przypadki kobiet z zespołem Aspergera są incydentalne.

2. Przyczyny Zespołu Aspergera

Lekarze dotychczas nie rozpoznali do końca wszystkich przyczyn, które doprowadzają u chorych do powstania zespołu Aspergera. Część środowisk lekarskich twierdzi, że przyczyny tkwią w podłożu genetycznym, ale inni badacze wysuwają teorię, jakoby zespół Aspergera był następstwem zatrucia metalami ciężkimi. Wskazywałoby to na mechanizm somatyczny powstania schorzenia. Prawdopodobne jest też i to, że zespół Aspergera jest defektem neurologicznym. Ryzyko zachorowania na zespół Aspergera rośnie wraz z wiekiem rodziców.

Za najbardziej realną przyczynę zespołu Aspergera można uznać podłoża neurologiczne.

Do najczęściej wymienianych przyczyn należą również czynniki genetyczne – uwarunkowane genami znajdującymi się na chromosomach 3, 4, 11 i genem EN2 na chromosomie 7.

Wśród innych przyczyn choroby wymienia się:

- toksoplazmozę,
- dziecięce porażenie mózgowe,
- urazy okołoporodowe,
- uszkodzenia centralnego układu nerwowego,
- przebyte infekcje,
- komplikacje po szczepieniach.

3. Objawy zespołu Aspergera

Do najbardziej charakterystycznych cech, związanych z zespołem Aspergera należą:

- upośledzenie komunikacji słownej,
- upośledzenie komunikacji pozasłownej,
- trudności w nawiązywaniu kontaktów społecznych,
- specyficzne zainteresowania, które przyjmują nawet formę obsesji,
- awersję wobec zmian.

Dziecko z zespołem Aspergera cechuje:

- rozwój poznawczy w granicach normy,
- w zasadzie prawidłowy rozwój mowy,
- zamiłowanie do zachowania rutyny i rytuałów,
- ograniczone zainteresowania i aktywności,
- często występująca niezgrabność ruchowa,
- zaburzony rozwój umiejętności społecznych.

Wśród powszechnie występujących objawów choroby Aspergera wymienić należy również:

- problemy z dostosowaniem swoich reakcji i zachowań do określonych sytuacji oraz kontekstów społecznych, - opór wobec zewnętrznych oddziaływań wychowawczych, emocjami i informacjami,
- nietypowy język, przypominający mowę profesorską w krzywym zwierciadle, dzieci z zespołem Aspergera niewłaściwie intonują wyrazy, mają problemy z zaimkami, nadużywają niektórych zasłyszanych słów, nie do końca rozumiejąc ich znaczenie,
- jąkanie się, mówienie zbyt szybko, połykanie głosek,
- specyficzne zachowanie, odstające od normy,
- częste wybuchy gniewu, agresji i frustracji w odpowiedzi na brak zrozumienia ze strony otoczenia,
- odstawanie pod różnymi względami od rówieśników,
 - naiwność,
- kłopoty z adaptacją w grupie,
- problemy z realizacją wytyczonych zadań i celów,
- hiperaktywność,
- trudności z koncentracją,
- zainteresowanie tylko jedną, wąską dziedziną nauki,
- ekscentryczność,
- kolekcjomania,
- fenomenalna pamięć,
- duże zdolności do nauki, w sensie mechanicznym, dziecko potrafi powtórzyć to, czego się nauczyło, ale niekoniecznie to rozumie,
- małe umiejętności w rozwiązywaniu problemów,
- niska samoocena,
- zła tolerancja porażek,
- krytyka wobec siebie,
- częste odczuwanie lęku, urazy i zdenerwowania,
- trudności w uświadamianiu sobie własnych emocji,
- trudności w wyrażaniu emocji,
- upośledzenia motoryczne,
- słaba koordynacja ruchowa,
- niskie umiejętności manualne,

- nadczynność psychoruchowe, tzw. ADHD,
- specyficzne reagowanie na bodźce zmysłowe,
- strach przed głośnymi, intensywnymi dźwiękami,
- nadwrażliwość,
- obniżony próg bólu,
- skłonności do popadania w konflikty.

Cechą charakterystyczną dla zespołu Aspergera są zachowania obsesyjne. Osoby z ZA potrafią interesować się tylko jedną dziedziną wiedzy, np. matematyką, astronomią czy geografią. Równie dobrze w sposób obsesyjny zapamiętują rozkłady pociągów – wykazują umiejętność mechanicznego zapamiętywania. Ich zainteresowania mogą przybrać formę kolekcjonowania albo układania rzeczy w określonym porządku. Uwielbiają stałość otoczenia, nie lubią zmian. Prowadzą uporządkowane życie, według ustalonych schematów, są mało elastyczni. Osoby z zespołem Aspergera (ZA) mają trudności w prowadzeniu rozmowy opartej na wymianie poglądów, ponieważ przejawiają tendencję do powracania do tych tematów, które je interesują. Nie rozumieją żartów albo śmieją się w nieodpowiednim momencie. Ich język jest zbyt pedantyczny, pozbawiony potocznej mowy. Ich mowa może być przekoloryzowana albo zbyt intelektualna, jakby cytowali podręczniki. Osoby z ZA odczytują komunikaty dosłownie, mogą nie rozumieć znaczeń przenośnych, jak „pokarm dla duszy” czy „nabić kogoś w butelkę”. Obserwuje się u nich zaburzenia integracji sensorycznej – reagują nieadekwatnie do bodźców w otoczeniu.

We wcześniejszych okresach, kiedy od dziecka nie oczekuje się znacznych umiejętności w sferze społecznej, problemy te mogą być niedostrzegane. Zazwyczaj rozpoznanie następuje po ukończeniu przez dziecko 5 roku życia, a często — dopiero w okresie od 8—12 roku życia.

U osób z ponadprzeciętną inteligencją objawy mogą zostać dostrzeżone dopiero w okresie dorastania, kiedy ujawniają się bardziej dyskretne problemy w funkcjonowaniu społecznym. Dziecko z zespołem Aspergera może nie sprawiać wrażenia chorego, w przeciwieństwie do dziecka autystycznego. Wraz z upływem czasu część objawów zespołu Aspergera zanika, ale na ich miejsce pojawiają się nowe.

Młodzi ludzie chorzy na zespół Aspergera mogą być wykluczeni społecznie, a nawet dręczeni i szykanowani, co prowadzi ich do frustracji i depresji.

Diagnostyka choroby Aspergera.

Jeśli rodzice lub pediatra podejrzewają, że dziecko może chorować na jakiegokolwiek zaburzenia rozwojowe, wówczas jest ono kierowane do specjalisty neurologa. Ocenia on rozwój psychomotoryczny dziecka. Następnie, w gestii rodziców leży obserwacja wszelkich zachowań dziecka i notowanie tych, które odbiegają lub mogą odbiegać od ogólnie przyjętych norm.

Kolejnym krokiem w diagnostyce zespołu Aspergera jest wizyta u pedagoga. Specjalista obserwuje dziecko biorąc pod uwagę zaburzenia zachowania w grupie rówieśniczej, zaburzenia emocjonalne albo też obserwuje dziecko pod kątem braku występowania pewnych umiejętności adekwatnych do wieku dziecka. Następnym etapem jest powrót do pediatry, który określi występowanie zaburzeń zdrowotnych towarzyszących zaburzeniom emocjonalnym. Psycholog powinien w kolejnym kroku zweryfikować informacje na podstawie opinii przedszkola, wywiadu z rodzicami i opiekunami dziecka oraz wykonanych badań i testów.

Finalnym etapem diagnozy jest wizyta u psychiatry z dzieckiem, który dokonuje diagnostyki klinicznej. Może on skierować dziecko na badania metaboliczne i badania genetyczne, które

ostatecznie potwierdzają lub wykluczają występowania w tym przypadku zespołu Aspergera.

Zachowania dzieci z zespołem Aspergera interpretowane są często jako przejaw złego wychowania, dlatego zdarza się, że u dziecka w pierwszej kolejności może być rozpoznane ADHD (zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi) lub zaburzenia zachowania.

Jednak — w przeciwieństwie do dzieci z zaburzeniami zachowania, które znają, ale łamią zasady współżycia społecznego — u dzieci z zespołem Aspergera w sferze rozumienia sytuacji społecznych, rozumienia motywów działania i uczuć innych osób występują znaczne deficyty, wynikające z odmiennego funkcjonowania mózgu.

Zachowania wskazujące, że dziecko ma objawy zespołu Aspergera

Sfera kontaktów społecznych.

W młodszym wieku dziecko może nie być zainteresowane nawiązywaniem kontaktów koleżeńskich lub przyjaźni, może unikać kontaktów z innymi dziećmi lub będąc zainteresowanym kontaktami z rówieśnikami przejawia to w sposób nieudolny. Z czasem w zachowaniu dziecka wyraźnie zaznacza się brak znajomości konwenansów społecznych, nieprawidłowe interpretowanie sygnałów społecznych, brak rozumienia tego co „wypada”, a co nie, brak wycucia odpowiedniego dystansu (odległości) od rozmówcy (staje zbyt blisko, lub zbyt daleko, bokiem, lub nawet tyłem do drugiej osoby, może dotykać rozmówcę, naruszając jego przestrzeń osobistą).

Problemem może być również ich nadmierna bezpośredniość, prawdomówność, nieuwzględnianie uczuć innych, gdy np. bez oporów wygłaszają niestosowne komentarze (np. ktoś ma zeza lub jest gruby), nie biorąc pod uwagę, że mogą tym sprawiać innym przykrość. Są zawsze prawdomówne i drobiazgowo sztywno przestrzegają przepisów i regulaminów.

Nastolatki z zespołem Aspergera, ze względu na swoje trudności, zazwyczaj nie mają przyjaciół ani bliskich kolegów. Często przypisywana jest im etykieta „dziwaków” lub „złe wychowanych”. Z powodu swojej prostoduszności mogą stać się ofiarami manipulacji ze strony rówieśników. Do momentu zdiagnozowania choroby, rodzice i otoczenie mogą traktować zachowania dziecka jako niegrzeczne i złośliwe. Z tego powodu dziecko doświadcza odrzucenia, karania, nieustannej krytyki, a czasem — przemocy fizycznej bądź emocjonalnej.

Z powodu trudności w rozumieniu sytuacji społecznych, problemów w adaptacji do nowych sytuacji, braku elastyczności w postępowaniu dziecko z zespołem Aspergera często przeżywa frustrację, z którą na ogół słabo sobie radzi, w związku z tym łatwo wpada w gniew. Przyczyną agresji mogą być prowokacje, zaczepki i agresja innych osób. Osoby te gorzej radzą sobie w sytuacjach trudnych i narażone są na odrzucenie ze strony innych, często mają niską samoocenę.

Problemy w komunikacji słownej i pozawerbalnej.

Rozwój mowy, dotyczący pojawiania się pierwszych słów i zdań jest prawidłowy, a słownictwo dzieci z zespołem Aspergera mimo młodego wieku jest bogate i obfitujące w dorosłe i naukowe sformułowania. Jednak dzieci te mają trudności z użyciem mowy w celu komunikacji. Występują u nich zaburzenia w postaci nieprawidłowej wysokości głosu i intonacji oraz nieprawidłowego akcentu i rytmu wypowiedzi. Występują też trudności w rozumieniu słów wieloznacznych w zależności od kontekstu, i w nadawaniu właściwego znaczenia usłyszonym słowom.

Problemem jest również rozumienie przenośni, przysłów, które rozumiane są zbyt dosłownie,

a także rozumienie żartów, ironii. Dziecko przejawia trudności w naprzemiennej komunikacji, nie potrafi rozpoznać, kiedy powinno się odezwać, przerywa rozmowę w trakcie jej trwania, może mówić w trakcie wypowiedzi innych osób. Dziecko może nie posługiwać się gestem, mimika może być sztywna, niedostosowana do sytuacji, np. dziecko cały czas może uśmiechać się nieadekwatnie lub mieć „twarz pokerzysty”.

Umiejętności poznawcze.

Iloraz inteligencji u dzieci z zespołem Aspergera mieści się w granicach normy lub jest wyższy. Zwraca uwagę dobra pamięć mechaniczna (dotycząca faktów), rozległa wiedza (czasami na poziomie akademickim) dotycząca interesującej dziecko dziedziny, zdolności do nauk ścisłych (matematyka, informatyka). Dziecko może ujawniać różne talenty, np. talent muzyczny, plastyczny. Natomiast stosunkowo słaby jest poziom rozumienia, myślenia abstrakcyjnego (rozwijania pojęć, wnioskowania, wydawania osądów) oraz rozumienia sytuacji społecznych. Problemem jest sztywność poznawcza, z myśleniem mało podatnym na perswazję, słabe rozumienie czytanego tekstu (mimo, że uczą się czytać szybko i czytają płynnie) oraz zaburzenia tzw. pamięci operacyjnej czyli roboczej pamięci krótkotrwałej.

Problemy w koordynacji ruchowej (niezgrabność ruchowa).

U większości dzieci z zespołem Aspergera występują problemy związane ze sprawnością ruchową, są to:

- zaburzenia równowagi,
- sztywny sposób poruszania się,
- występowanie współruchów polegających na udziale w określonym ruchu tych mięśni, które w danym ruchu nie powinny brać w ogóle udziału,
- zaburzenia rytmu i naśladowania ruchów podczas zabawy,
- obniżona sprawność manualna,
- trudności w pisaniu,
- trudności we współpracy podczas gier zespołowych.

Trudności te powodują, że w szkole dzieci z zespołem Aspergera są często eliminowane z gier zespołowych, nie są wybierane do drużyn. Trudność sprawia im również nauka czynności związanych z samoobsługą (higiena, sprzątanie, ścielenie łóżka, estetyczne spożywanie posiłków), ponieważ nie rozumieją potrzeby ich wykonywania.

Jeśli występuje u nich słaba koordynacja ruchowa, dzieci z AS nie lubią i nie radzą sobie z zadaniami manualnymi, jak rysowanie, malowanie, lepienie z plasteliny.

Zaburzenia sensoryczne

U części dzieci występuje nadwrażliwość na niektóre bodźce sensoryczne (np. słuchowe, wzrokowe, dotykowe, zapachowe, smakowe). Mogą one na niektóre dźwięki, hałas, nadmiar bodźców wzrokowych, migoczące światło lamp jarzeniowych, reagować rozdrażnieniem zatykaniem uszu, bronieniem się przed dotykiem, niechęcią noszenia niektórych ubrań ze względu na ich fakturę, metki. Mogą też odmawiać spożywania niektórych pokarmów, odżywiać się selektywnie (niewielka ilość tolerowanych potraw).

Ilość bodźców wizualnych i słuchowych postrzegana jako normalna dla innych osób, u ucznia z zespołem Aspergera może być odczuwana jako zbyt duża lub zbyt mała, w zależności od tego, czy ma on przeczulicę czy niedoczulicę w zakresie określonych kanałów sensorycznych.

Bardzo często specyficznie reagują na bodźce węchowe czy zmysłowe – drażnią je dźwięki uznawane przez innych za naturalne (np. płynącej z kranu wody). Często spotykanym problemem jest strach przed głośnymi, intensywnymi dźwiękami oraz hałaśliwymi

urządzeniami, jak np. odkurzacz, wiertarka, silnik samochodowy. Mogą bardzo źle reagować na dotyk innych lub opierać się o ludzi jak o przedmioty. Nie odczuwają głodu, więc trzeba kontrolować spożywane przez nie posiłki. Mają obniżony próg bólu, co wiąże się z zagrożeniem ich zdrowia i życia, więc trzeba je uważnie obserwować. Mogą także być nadwrażliwe na inne bodźce zmysłowe, jak np. dotyk określonych materiałów lub pewne kolory.

Rytuały – czyli ciągi czynności, wielokrotnie powtarzane, często narzucane i wymuszane na innych. Czynności te są powtarzane i wykonywane zawsze w ten sam sposób, przejawiają się w tych samych miejscach lub sytuacjach. Rytuały mogą się zmieniać pod względem intensywności. Rytuałami bywają: poruszanie się zawsze tą samą drogą (np. do szkoły), zawsze taki sam sposób witania się lub żegnania z bliskimi (np. trzy pocałunki w policzek), sposób jedzenia (np. w stałej kolejności: najpierw mięso, potem ziemniaki). To przywiązanie do powtarzalnych schematów działania i postępowania ma silny wpływ na osoby z zespołem Aspergera w momencie, gdy występują nieplanowane wydarzenia lub nieoczekiwane zmiany planów. Takie nieprzewidywalne sytuacje negatywnie wpływają na samopoczucie osób z zespołem Aspergera i mogą wywołać bardzo silny sprzeciw (płacz, krzyk lub ucieczkę).

Gdy nauczyciel zauważy u swojego ucznia niepokojące objawy powinien:

- poinformować rodziców, używając opisu konkretnych zachowań (np. zgłaszanych przez dziecko lęków, zachowań agresywnych wobec siebie lub innych dzieci); należy jednak unikać sugerowania określonego rozpoznania, by uniknąć niepotrzebnego niepokojenia rodziców;
- zalecić rodzicom zgłoszenie się z dzieckiem na konsultację do psychologa lub lekarza psychiatry w celu rozpoznania podłoża występujących trudności.

4. Kryteria diagnostyczne

Szwedzki badacz Zespołu Aspergera, Christopher Gillberg, wyróżnił sześć kryteriów diagnostycznych, które umożliwiają wyodrębnienie zespołu Aspergera na tle innych zespołów ze spektrum autyzmu.

1 Pierwsze kryterium obejmuje zaburzenia w zakresie sfery społecznej powiązane ze skrajną egocentrycznością, m.in. niezdolność i/lub brak chęci do interakcji z rówieśnikami czy niewłaściwe pod względem społecznym reakcje.

2 Drugie kryterium obejmuje ograniczone zainteresowania i zajęcia, głównie oparte na mechanicznym zapamiętywaniu niż rozumieniu oraz powtarzalności zachowań.

3 Trzecie kryterium - powtarzalne i rutynowe zachowania, w ramach których osoba z zespołem Aspergera angażuje w rytuały siebie lub innych.

4 Czwarte kryterium obejmuje wszelkie osobliwości w zakresie mowy i języka, jak np. charakterystyka głosu, a także zaburzenia w rozumieniu mowy związane z dosłownością. Osoby z zespołem Aspergera mają poważne trudności w rozumieniu metafor oraz pojęć abstrakcyjnych. Mowa sztywna, pedantyczna, niezdolność rozumienia znaczeń przenośnych i ukrytych, dosłowne odczytywanie komunikatów, nietypowa intonacja głosu.

5 Piąte kryterium zawiera problemy w zakresie niewerbalnej komunikacji (gestów, mowy ciała, ekspresji, spojrzenia itd.).

6 Ostatnie – szóste – niezdarność ruchów, która jednak nie musi występować u każdego Aspergerowca.

Według DSM-IV, aby stwierdzić u dziecka zespół Aspergera, muszą występować

następujące objawy:

(1) minimum dwa z poniższych zaburzeń w relacjach społecznych:

- trudności w zachowaniach niewerbalnych (na przykład w nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktu wzrokowego, mimice twarzy, gestykulacjach regulujących interakcje społeczne),
- niezdolność do nawiązywania kontaktów z rówieśnikami,
- brak potrzeby wspólnej zabawy z innymi (zabawa obok innych dzieci), posiadania wspólnych zainteresowań lub osiągnięć,
- brak empatii

(2) przynajmniej jedno z poniższych zachowań:

- intensywne, stereotypowe zainteresowania,
- sztywne powtarzanie rytuałów,
- powtarzające się ruchy (na przykład trzepotanie lub kręcenie rękami lub palcami, ruchy całego ciała)
- zainteresowania częściami obiektów (na przykład kołami samochodów lub pantografami na tramwajach),

(3) niepowodzenia w ważnych sferach życia (społecznych, zawodowych) wynikające z powyższych zaburzeń,

(4) brak znaczącego opóźnienia w rozwoju mowy, rozwoju funkcji poznawczych, umiejętności praktycznych, zachowań adaptacyjnych (oprócz interakcji społecznych) oraz zainteresowania otoczeniem,

(5) brak rozpoznania innego uogólnionego zaburzenia rozwojowego lub schizofrenii.

Według ICD-10 kryteria zespołu Aspergera (F 84.5) są następujące:

(1) brak opóźnienia w rozwoju mowy i funkcji poznawczych:

- używanie pojedynczych słów przed ukończeniem 2. roku życia, a komunikatywnych zdań przed ukończeniem 3. roku życia,
- umiejętności praktyczne, zachowanie adaptacyjne oraz zainteresowanie otoczeniem zgodne z normami rozwojowymi w trzech pierwszych latach życia,
- szczególne umiejętności – najczęściej związane z nadmiernym zafascynowaniem jakimś tematem (niekoniecznie do postawienia diagnozy),

(2) minimum dwie z poniższych trudności w relacjach społecznych:

- zaburzony kontakt wzrokowy, mimika, postawa ciała lub gestykulacja,
- trudności w prawidłowych relacjach z rówieśnikami,
- brak empatii – dziwaczne (nieadekwatne lub „zbyt dorosłe”) reakcje na sytuacje społeczne, często słaba integracja zachowań społecznych, emocjonalnych, umiejętności komunikacji,
- brak potrzeby wspólnej zabawy z innymi, posiadania wspólnych zainteresowań lub osiągnięć,

(3) przynajmniej jedno z poniższych zachowań:

- stereotypowe i ograniczone zainteresowania, powtarzanie rytuałów i niepraktycznych czynności,
- powtarzające się ruchy (na przykład trzepotanie lub kręcenie rękami lub palcami, ruchy całego ciała),
- zaabsorbowanie częściami przedmiotów lub elementami materiałów (kolor, faktura, dźwięk),

(4) brak rozpoznania innych zaburzeń rozwojowych, schizofrenii prostej, zaburzenia schizotypowego, obsesyjno - kompulsywnego, anankastycznego zaburzenia osobowości czy reaktywnego utrudnienia nawiązywania relacji społecznych w dzieciństwie lub nadmiernej łatwości w nawiązywaniu tych kontaktów.

Zasada diagnozowania zaburzenia jest taka, że jeśli wyniki badań potwierdzają u danej osoby cechy zespołu Aspergera lub autyzmu, ma ona iloraz inteligencji na poziomie przeciętnym lub wyższym i nie wystąpiło kliniczne opóźnienie rozwoju mowy, to osoba taka diagnozowana jest jako osoba z zespołem Aspergera. Szczegółowe testy do diagnozowania takich dzieci są dopiero opracowywane i tworzone przez specjalistów. Diagnoza zespołu Aspergera zazwyczaj jest stawiana u dzieci 6-8 letnich, choć zdarza się, że są diagnozowane młodsze dzieci.

Wśród specjalistów i badaczy nadal trwa debata, czy zespół Aspergera jest typem autyzmu, czy odrębną jednostką chorobową. Potocznie zespołem Aspergera określa się wszystkie łagodne postacie zaburzeń autystycznych. Precyzja diagnostyczna jest o tyle istotna, że ZA bardzo trudno zdiagnozować. Granice zespołu Aspergera są nieostre – bardzo łatwo pomylić go z autyzmem atypowym, autyzmem wysokofunkcjonującym, zaburzeniami semantyczno-pragmatycznymi czy upośledzeniem zdolności niewerbalnego uczenia się.

5. Formy terapii w pracy z dzieckiem z zespołem Aspergera

Formy terapii są podobne jak w przypadku dziecka z autyzmem, ponieważ w zespole Aspergera występują następujące zaburzenia:

- trudności językowe i komunikacyjne,
- zaburzenia percepcyjno – motoryczne,
- czynności rutynowe i specyficzne zainteresowania,
- problemy z komunikacją,
- zaburzenia integracji sensorycznej,
- funkcje poznawcze i wykonawcze.

Terapia pacjentów z tym zespołem chorobowym obejmuje naukę interpretacji zachowań innych osób oraz okazywania własnych emocji zgodnie z przyjętymi normami i zasadami społecznymi.

Dzieci uczą się, w jaki sposób trzeba przestrzegać zasad współżycia z rówieśnikami, a także tego, jak radzić sobie w sytuacjach stresowych.

Terapia w przypadku zespołu Aspergera będzie tym skuteczniejsza, im bardziej uregulowany tryb życia będzie prowadził pacjent.

Nie istnieją w pełni uniwersalne zasady leczenia zespołu Aspergera. Dla każdego pacjenta inna terapia może okazać się najbardziej skuteczna. Żadne farmaceutyki nie zagwarantują, że chory zostanie w pełni wyleczony z objawów, jakie nierozdzielnie związane są z zespołem Aspergera. Wielką pomocą dla osób z zespołem Aspergera w zaadoptowaniu się do życia w społeczeństwie jest maksymalne skoncentrowanie się na rozwijaniu kompetencji komunikacyjnych oraz społecznych. Regularne treningi owych umiejętności, przeprowadzanie psychoedukacji oraz terapii poznawczo-behawioralnej, daje wymierne rezultaty. W przyszłości dziecko z zespołem Aspergera może być w pełni samodzielne i gotowe do samorozwoju.

Trening umiejętności społecznych

Trening umiejętności społecznych przeznaczony jest dla osób z Zespołem Aspergera oraz wysoko funkcjonujących osób z autyzmem.

Głównymi celami zajęć jest zminimalizowanie napięcia, które pojawia się w różnorodnych sytuacjach społecznych, budowanie pozytywnych relacji w grupie rówieśniczej oraz nauka

spędzania czasu z kolegami.

Z uwagi na problemy z nawiązywaniem kontaktu, podtrzymywaniem relacji i rozumienia innych osób, osoby z ZA potrzebują wsparcia w tym obszarze.

Podczas zajęć :

Uczestnicy uczą się przestrzegać norm i zasad funkcjonowania w grupie.

- poznają części składowe komunikatów społecznych (intonacja, głos, gest, treść wypowiedzi, pozycja w grupie, kontekst, postawa ciała, przestrzeń osobista...),
- uczą się adekwatnie zachowywać w różnorodnych sytuacjach,
- uczą się odczytywać komunikaty niewerbalne (mimika twarzy, pozycja ciała, gestykulacja, tembr głosu),
- uczą się odpowiednio reagować w często spotykanych sytuacjach,
- uczą się rozpoznawać i nazywać stany emocjonalne - zarówno swoje jak i innych osób oraz poznają sposoby okazywania ich w sposób akceptowany przez innych.

6. Dziecko z zespołem Aspergera w szkole

W procesie nauczania i wychowania ucznia z zespołem Aspergera *ważna jest indywidualizacja* wymagań i metod pracy w zależności od rzeczywistych trudności (deficytów) występujących u ucznia, z jednoczesnym uwzględnieniem jego mocnych stron.

Sukces edukacyjny ucznia zależy od zrozumienia jego problemów przez nauczycieli i wychowawców, od ich tolerancji, wyrozumiałości i akceptacji faktu, że uczeń z zespołem Aspergera będzie wymagał większego wsparcia i zaangażowania ze strony nauczyciela, niż jego zdrowi rówieśnicy. Podstawowe znaczenie dla powodzenia działań wspierających takiego ucznia ma dobra współpraca szkoły z rodzicami/opiekunami.

Nauczanie ucznia z zespołem Aspergera może odbywać się w szkole ogólnodostępnej lub integracyjnej. Wskazane może być zatrudnienie asystenta nauczyciela, który będzie wspomagał ucznia podczas pracy na lekcji i w jego kontaktach społecznych.

Zajęcia wyrównawcze służą ponownemu, dostosowanemu do ucznia wyjaśnieniu i/lub opracowaniu materiału przerabianego aktualnie z klasą.

Przeciwwskazane jest nauczanie indywidualne na terenie domu, ponieważ może ono utrwaląć i pogłębiać zaburzenia w sferze społecznej.

Do wyzwań przed którymi stają nauczyciele, którzy pod swoją opieką mają dziecko z zespołem Aspergera lub dobrze funkcjonujące dziecko z autyzmem dziecięcym należy nie tylko wsparcie go w procesie dydaktycznym i dostosowanie metod nauczania do jego potrzeb ale również zadbanie o jego integrację społeczną, przeciwdziałanie wtórnym zaburzeniom emocjonalnym poprzez ochronę dziecka przed odrzuceniem i przemocą ze strony rówieśników.

W kontakcie z uczniem z zespołem Aspergera ważne znaczenie ma wspierająca, życzliwa, kreatywna i jednocześnie konsekwentna i przewidywalna postawa nauczycieli.

Wskazówki ogólne dla nauczyciela w pracy z dzieckiem:

- dostosuj do indywidualnych potrzeb ucznia miejsca nauki i proces nauczania;
- pomóż dziecku w nabywaniu umiejętności w zakresie „funkcji wykonawczych”, takich jak umiejętności organizacyjne i umiejętności uczenia się;
- stosuj model edukacji opartej na doświadczeniu; informacje słowne poprzyj tekstem pisanym albo obrazem, ilustracją, filmem;
- przedstawiaj nowe pojęcia lub materiał abstrakcyjny w sposób możliwie najbardziej konkretny;
- kreatywnie wykorzystaj zainteresowania ucznia, np. jeżeli interesują go dinozaury pozwól

mu liczyć dinozaury, a nie np. kredki i ołówki; jeżeli to możliwe, łącz nowe zagadnienia z zainteresowaniami dziecka;

- wspomagaj rozwój umiejętności komunikacyjnych dziecka (słownictwo, rozumienie);
- pracuj z uczniem w oparciu o tzw. pozytywne wzmocnienia — pochwały, nagradzanie, pozytywną więź z dzieckiem;
- wdrażaj i oczekuj od ucznia przestrzegania zasad panujących w szkole;
- pomóż mu w sytuacjach przeżywanego stresu poprzez przewidywanie, zapobieganie, rozumienie przyczyn i rozwiązywanie stresujących sytuacji;
- wspieraj i umożliwiał dziecku kontakty społeczne;
- pamiętaj, że nie ma potrzeby wspierania ucznia w sferach, w których radzi sobie dobrze i stopniowo w tych obszarach ograniczaj udzielaną mu pomoc;
- w ocenianiu oddzielaj te obszary, w których trudności wynikają z zaburzeń;
- nie karz dziecka za objawy choroby;
- chroń dziecko przed przemocą rówieśników.

Wskazówki szczegółowe dla nauczyciela w pracy z dzieckiem.

Organizacja zajęć lekcyjnych.

1. Na początku roku szkolnego dziecko należy dokładnie zapoznać z topografią szkoły. Nowe środowisko i nowe sytuacje mogą stać się u niego przyczyną niepokoju i lęku, dlatego należy je przewidywać i minimalizować.
2. Należy zachować odpowiedni schemat pracy (plan dnia, plan lekcji, terminy klasówek i termin do którego należy przeczytać lekturę itp.) i stałości działań. Dzieci z zespołem Aspergera lepiej funkcjonują, gdy znają plan zajęć oraz gdy nie są zaskakiwane zmianami. Najlepiej, żeby lekcje odbywały się stale w tych samych pomieszczeniach i aby były prowadzone przez tych samych nauczycieli.
3. Jeżeli planowane są jakieś nowe sytuacje (zmiana rutynowych zajęć lub planu dnia, np. wycieczka, wyjście do kina, wizytacja), dziecko musi być o tym odpowiednio wcześniej poinformowane i powinno otrzymać informacje, co do oczekiwanego zachowania. Plany dnia lub lekcji dobrze jest przedstawić słownie i wesprzeć formą pisaną lub obrazkową. Taki plan dziecko może mieć na swojej ławce i odznaczać wykonane przez siebie aktywności.

Wsparcie w sferze kontaktów i umiejętności społecznych:

- pomóż dziecku w rozsądnym doborze kolegów, co może wpłynąć na poprawę jego umiejętności społecznych i ośmielić je w nawiązywaniu przyjaźni;
- promuj pomoc koleżeńską i zachowania prospołeczne innych uczniów poprzez zachętę i nagradzanie;
- zachęć i wspieraj włączanie się ucznia do grupowych zajęć, gier i zabaw;
- ucz dziecko stosownych zwrotów inicjujących i podtrzymujących rozmowę;
- wspieraj socjalizację dziecka poprzez zachęcanie go do udziału w zbiórkach harcerskich, kółkach zainteresowań itp.;
- zachęcaj ucznia, by szukał pomocy, gdy czuje się zmieszany, nie wie, jak się zachować, poprzez wskazanie mu konkretnej osoby, do której może się wówczas zwrócić;
- obserwuj i pomagaj w przypadku trudności w kontaktach społecznych poprzez omówienie sytuacji, wskazywanie zachowań, które byłyby w niej właściwe, znajdowanie rozwiązania i wskazywanie, jak w przyszłości uniknąć podobnych kłopotów;
- rozwijaj w dziecku umiejętność odczytywania emocji za pomocą odpowiednich rysunków, zdjęć, nagrań video obrazujących wyraz twarzy i gesty, historyjek obrazkowych, w których trzeba uzupełnić wyraz twarzy lub zapisać, co dana osoba myśli (uzupełnianie „dymków”);
- w sytuacji niepożądanego zachowania, nie zadawaj pytań w rodzaju: „Dlaczego to

zrobiłeś?"; raczej opisz, co nie podobało ci się w zachowaniu dziecka, nazwij jego emocje oraz powiedz, czego oczekuje się w takiej sytuacji;

- w sytuacji zwiększonego napięcia emocjonalnego, zapewnij wyłączenie dziecka ze stresującej sytuacji poprzez znalezienie osób i miejsc dających mu poczucie bezpieczeństwa;
- analizuj przyczyny zwiększonego napięcia emocjonalnego (np. przeciążenie bodźcami, nieradzenie sobie z powierzonym zadaniem, narażenie na negatywne reakcje i odrzucenie ze strony otoczenia).

Gdy dziecko nie radzi sobie z emocjami:

- w sytuacji wzburzenia odizoluj dziecko na konieczny okres i daj mu możliwość zrelaksowania się np. poprzez słuchanie muzyki, zabawę wodą;
- ucz prostych sposobów radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami, np. stosowania techniki OOPP (odejść, oddychaj, pomyśl, powiedz);
- sprawdź, czy dziecko nie doświadcza agresji ze strony innych osób;
- opracuj wspólnie z dzieckiem „Kodeks złości”, w którym zostanie określone, jakie zasady oraz sposoby radzenia sobie ze złością będą akceptowane, a jakie nie;
- w sytuacji narastania w dziecku emocji wycofaj się i pozwól mu ochłonąć, wyciszyć się;
- nie bierz do siebie każdego niegrzecznego zachowania ucznia — raczej przeanalizuj sytuację i rozpoznaj, co było powodem niewłaściwego zachowania;

Gdy dziecko ma problemy z nadwrażliwością sensoryczną:

- unikaj dotykania dziecka nadwrażliwego na dotyk i zapewnij poszanowanie granic dziecka przez rówieśników;
- uczniowi, który źle znosi hałas i nadmiar bodźców, spróbuj umożliwić pobyt w spokojnym miejscu (np. w bibliotece) lub posłuchać relaksacyjnej muzyki; w skrajnej nadwrażliwości na dźwięki zaproponuj używanie stoperów;
- minimalizuj dźwięki z tła, eliminuj dźwięki dla dziecka drażniące (np. dźwięk dzwonka, telefonu, stałe dźwięki o wysokich tonach);
- okresowo zwalnij dziecko z uczestnictwa w zajęciach wychowania fizycznego, podczas których występuje hałas;
- przy nadwrażliwości na zapachy, unikaj używania mocnych perfum; pozwól dziecku na posiadanie kawałka materiału nasączonego ulubionym zapachem;
- nie domagaj się, żeby zjadało wszystkie posiłki; do niektórych pokarmów dziecko może przejawiać silną awersję.

Wspieranie rozwoju umiejętności komunikacji i rozumienia języka:

- zachęcaj ucznia do wzbogacania języka poprzez wyszukiwanie wyrazów bliskoznacznych i korzystanie na lekcji ze słownika wyrazów bliskoznacznych;
- pozwól uczniowi prowadzić własny słownik pojęć i nowych terminów związanych z nauką szkolną;
- wyjaśnij metafory i wyrazy wieloznaczne;
- znaczenie pojęć abstrakcyjnych przedstawiaj za pomocą obrazów albo przeciwieństw, np. uczciwość — nieuczciwość, przyjaźń — wrogość itp.;
- używaj prostego i jednoznacznego języka, unikaj ironii, dowcipów, przenośni, mogą one spowodować niepotrzebny zamęt, niepokój a nawet lęk u dziecka;
- dostosuj zadawanie pracy domowej do możliwości ucznia;
- pamiętaj, że w związku z trudnościami w prawidłowym odczytaniu przez ucznia sygnałów pozawerbalnych, każdy wyraz twarzy i gest powinien być poparty informacją słowną.

Wspieranie koncentracji uwagi:

- zadбай, aby w otoczeniu ucznia było jak najmniej bodźców rozpraszających (wzrokowych, słuchowych) — na ławce powinny znajdować się tylko przedmioty aktualnie niezbędne do pracy;
- posadź ucznia z dala od ewentualnych źródeł dźwięku, tyłem do okna (można zasłonić okno roletą), blisko nauczyciela, aby systematycznie monitorować koncentrację uwagi, kontrolować postępy w pracy, sprawdzać, czy zrozumiał polecenie, wyjaśniać, naprowadzać za pomocą pytań, motywować do kontynuowania pracy, przywoływać jego uwagę, gdy się rozproszy;
- unikaj nadmiaru dekoracji w klasie lub umieść je poza zasięgiem wzroku ucznia;
- w sytuacji, gdy dziecko ma trudność w zakończeniu wykonywanych na lekcji zadań, podziel je na wieloetapowe, krótsze części;
- gdy uczeń nie reaguje na polecenie wydane całej klasie, zwróć się do niego bezpośrednio po imieniu, powtórz polecenie, sprawdź, czy wie, co ma robić i poczekaj aż rozpocznie pracę; wydając polecenia używaj krótkich zdań, dbaj by instrukcje były jasne;
- zachęcaj ucznia, by w razie potrzeby prosił o powtórzenie, uproszczenie czy zapisanie polecenia, jeśli jest ono dla niego niezrozumiałe;
- wyznacz mniejszą ilość zadań do wykonania; wydłuż czas sprawdzianów, jeżeli tempo pracy ucznia jest wolne i nie nadąża on za resztą klasy;
- dopilnuj, żeby niezbędne informacje (np. zadane prace domowe, termin sprawdzianu) uczeń zapisał w zeszycie przedmiotowym lub zeszycie korespondencji; pamiętaj, że nawet genialny uczeń może nie być w stanie pamiętać o przyniesieniu dodatkowych przyborów czy o terminie jakiegoś zadania;
- nie karz dziecka negatywną oceną, gdy nie jest przygotowane do lekcji, bo nie miało zapisanych potrzebnych informacji! — w takiej sytuacji pozwól na zaliczenie pracy domowej w dodatkowym terminie;
- chwal ucznia tak często, jak to możliwe, w sposób konkretny opisując to, co zrobił dobrze;
- wykorzystuj mocne strony ucznia (np. zainteresowania), w celu wzmocnienia motywacji do nauki oraz poprawy samooceny;
- zadawaj krótsze prace domowe w sytuacji, gdy rodzice zgłaszają, że nauka w domu trwa godzinami;

Radzenie sobie z impulsywnością ucznia:

- gdy dziecko jest bardzo aktywne na lekcji, a jednocześnie impulsywne, wzywaj je jako pierwsze lub drugie do odpowiedzi;
- podczas dyskusji wskazuj ucznia, który ma zabrać głos;
- przypominaj obowiązujące zasady, np. „Na lekcji mówimy, gdy jesteśmy poproszeni przez nauczyciela”, „Kiedy mówi nauczyciel, uważnie słuchamy”.

Gdy uczeń jest niezgrabny ruchowo:

- pozwól mu nie brać udziału w niechętnych rodzajach aktywności fizycznej;
- zachęcaj dziecko do ruchu z uwzględnieniem jego preferencji (np. pozwól unikać aktywności ruchowej związanej z rywalizacją);
- indywidualizuj wymagania i ocenę z wychowania fizycznego.

Gdy uczeń ma trudności w czytaniu ze zrozumieniem:

- zastosuj metodę posługiwania się ilustrowanym tekstem;
- pozwól na czytanie książek o ulubionej tematyce;
- pamiętaj, że dla dziecka z zespołem Aspergera książki o tematyce popularno-naukowej mogą być bardziej zrozumiałe niż opowiadania;

- nie zakładaj, że uczeń zrozumiał to, co przeczytał; sprawdzaj stopień zrozumienia tekstu, zadawaj dodatkowe pytania;
- w pracy nad zrozumieniem tekstu pomocne dla ucznia mogą być cząstkowe pytania: „Co się wydarzyło? Kiedy? Gdzie? Komu? Jakie było zakończenie zdarzenia? Dlaczego?”

Gdy uczeń ma trudności w pisaniu:

- pozwól uczniowi na korzystanie z edytora tekstu;
- rozważ możliwość, by dziecko dyktowało, a dorosły lub inny uczeń zapisywał dosłownie jego wypowiedź;
- sprawdzaj wiedzę ucznia w formie odpowiedzi ustnych;
- pozwól na poprawę prac pisemnych w formie ustnej.

Matematyka

Dzieci z zespołem Aspergera często wykazują duże zdolności w zakresie wykonywania obliczeń. Ponieważ jednak mogą mieć trudności w rozumieniu poleceń w formie pisanej, aby ułatwić im zrozumienie, można stosować ilustracje umożliwiające zrozumienie treści.

Zapobieganie przemocy wobec dziecka z zespołem Aspergera

Ważnym zagadnieniem jest rozpoznawanie i ochrona dziecka przed przemocą emocjonalną lub fizyczną ze strony innych dzieci. Odmienne zachowanie jest łatwo zauważalne przez rówieśników i może być wykorzystywane poprzez manipulowanie dzieckiem, wyśmiewanie go i prowokowanie.

Jest to pole dla pracy wychowawczej z dziećmi i młodzieżą w celu przeciwdziałania przemocy w szkole, kształtowania postaw tolerancji i wspierania osób przejawiających różnorodne problemy.

Jeżeli uczniowie obserwują zrozumienie, szacunek, wsparcie i akceptację ze strony nauczyciela, jest bardzo prawdopodobne, że będą prezentowali podobną postawę.

Ważne znaczenie ma również praca nad niwelowaniem uprzedzeń i negatywnych opinii rodziców innych dzieci, prezentujących postawy odrzucające.

Przed niekorzystnymi postawami otoczenia w stosunku do dziecka z zespołem Aspergera może uchronić ujawnienie jego problemów. Najlepiej, żeby takiej informacji udzielił psycholog lub odpowiednio przygotowani rodzice, którzy są najlepszymi ambasadorami swojego dziecka.

WAŻNE !

Ujawnienie rozpoznania może nastąpić tylko za wyraźną zgodą dziecka i jego rodziców.

Oceny zachowania ucznia należy dokonywać po każdej lekcji lub przerwie w karcie pracy ucznia, którą zanoszą on codziennie do domu. W modyfikacji zachowań w kierunku pożądanym pomocne są metody wykorzystujące techniki żetonowe: za pozytywne zachowania dziecko jest nagradzane pochwałami i określonymi, atrakcyjnymi dla niego nagrodami. Należy pamiętać, że zmian w zachowaniu dokonuje się metodą „małych kroków”, a stosowanie metod wspierających będzie konieczne przez wiele lat. Wskazane jest określenie częstotliwości spotkań rodziców z wychowawcą, psychologiem lub pedagogiem szkolnym w celu oceny postępów dziecka, aktualnych trudności i planowania dalszych oddziaływań. Rodzicom należy komunikować nie tylko trudności i problemy, ale również pozytywne zachowania, umiejętności i zmiany w funkcjonowaniu ich dziecka.

Współpraca z rodzicami dziecka.

Współpraca z rodzicami ma kluczowe znaczenie w opiece i edukacji dziecka z zespołem Aspergera. Systematyczna, planowana współpraca jest jednym z czynników wpływających na

osiągnięcia szkolne dziecka, na jego prawidłowe funkcjonowanie w klasie oraz środowisku szkoły. Kontakty te często inicjują sami rodzice, ponieważ są świadomi potrzeby współdziałania i współpracy. Nauczyciel powinien także być naturalnym sprzymierzeńcem rodziców w pokonywaniu przez nich wielu trudności. Rodzice dziecka posiadają najwięcej informacji, które mogą pomóc w nauczaniu i postępowaniu z dzieckiem, np. informacje o wrażliwości sensorycznej dziecka, stosowanych sposobach radzenia sobie, sposobach motywowania go do pracy.

Dla poprawnego procesu edukacji ważne jest, by zasady, których ma przestrzegać dziecko, były jednakowe w szkole i w domu.

Należy unikać doraźnego wzywiania rodziców w razie negatywnych zachowań dziecka, jak również proponowania im czy żądania od nich, by wówczas zabrali je do domu.

Może to być przyczyną eskalacji trudnych zachowań, ponieważ wzmacnia się je poprzez okazywaną dziecku dodatkową uwagę rodziców oraz pozwolenie mu na uniknięcie pracy na lekcji lub trudnej dla niego sytuacji.

Nie jest zasadne wpisywanie do dzienniczka uwag dotyczących „niegrzecznego zachowania”. Wskazane jest raczej określenie z rodzicami, pedagogiem i psychologiem właściwych i możliwych do osiągnięcia w określonym czasie zachowań, które dziecko powinno wypracować.

Do różnorodnych działań na rzecz podjęcia przez nauczyciela konstruktywnej współpracy z rodzicami należą:

- bliższe poznanie rodziny w sympatycznych sytuacjach pozaszkolnych w miejscach i okolicznościach neutralnych (wycieczka, ognisko);
- inicjowanie i pomoc grup wsparcia dla rodziców;
- zasięganie opinii rodziców, na przykład za pomocą ankiet, na tematy dotyczące działalności szkoły i oczekiwań wobec niej;
- zapraszanie rodziców do udziału we wspólnych dyskusjach dotyczących ich własnego dziecka, zasięganie u nich informacji dotyczących jego rozwoju, trybu życia, stanu zdrowia;
- organizowanie zajęć otwartych i imprez szkolnych w terminach dogodnych dla rodziców;
- systematyczne, indywidualne kontakty rodziców z nauczycielami.

Osoby z zespołem Aspergera są wyjątkowe. Mają wiele mocnych stron, dzięki którym starają się z naszą pomocą przezwyciężać trudności.

Pamiętajmy o tym!

Bibliografia

- Autyzm — epidemiologia, diagnoza i terapia* (2010), red. T. Pietras, A. Wituski, P. Gałęcki, Wyd. Continuo, Wrocław.
- Autyzm i zespół Aspergera*, (2005), red. U. Frith, PZWL, Warszawa.
- Autyzm. Na granicy zrozumienia* (2009), red. B. Winczura, Wyd. Impuls, Kraków.
- Autyzm wyzwaniem naszych czasów*, (2004), red. Gałkowski T., Kossewska J., Wyd. Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków.
- Bobkowicz-Lewartowska L. (2007), *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*, Wyd. Impuls, Kraków.
- Bryńska A., Jagielska G., Komender J., (2009) *Autyzm i zespół Aspergera*, Wyd. Lekarskie PZWL,
- Jagielska G. (2010) *Dziecko z autyzmem i zespołem Aspergera w szkole i przedszkolu*. ORE Warszawa.
- Komender J., Jagielska G., Bryńska A. (2009), *Autyzm i zespół Aspergera*, PZWL, Warszawa.
- Kompleksowe wspomaganie rozwoju uczniów z autyzmem i zaburzeniami pokrewnymi*, (2009), red. J. Kossewska, Wyd. Impuls, Kraków.
- Olechnowicz H. (2004), *Wokół autyzmu. Fakty, skojarzenia, refleksje*, WSiP, Warszawa
- Pisula E. (2010), *Autyzm — przyczyny, symptomy, terapia*, Wyd. Harmonia, Gdańsk.
- Pisula E. (2001), *Autyzm u dzieci. Diagnostyka, klasyfikacja, etiologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Podniesienie efektywności kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Materiały szkoleniowe cz. II* (2010) MEN, Warszawa.
- Randall P., Parker J. (2010), *Autyzm — jak pomóc rodzinie?*, GWP, Gdańsk.

