

# **MODUŁ VII: Dostosowanie wymagań edukacyjnych dla dzieci z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego (dzieci z autyzmem i Zespołem Aspergera)**

Wydział Specjalnych Potrzeb Edukacyjnych

# Autyzm

Słowo **autyzm** wywodzi się z języka greckiego: *autos* – znaczy „sam”. Termin ten wprowadził do psychiatrii szwajcarski lekarz Eugeniusz Bleuder w roku 1912 dla określenia jednego z centralnych objawów schizofrenii, polegającego na zamykaniu się w sobie i braku reakcji na bodźce płynące z zewnątrz. (Leksykon Psychiatrii, 1993).

Dzisiaj **autyzm uznaje się za rozległe zaburzenie neurorozwojowe**, które pojawia się przed trzydziestym szóstym miesiącem życia. Treść pojęcia autyzm jest ciągle modyfikowana. Zaburzenie to rozważa się bądź jako symptom (objaw) choroby widoczny już w ciągu pierwszych sześciu miesięcy życia dziecka, bądź jako syndrom, czyli Zespół objawów charakterystyczny dla danej jednostki chorobowej. Dzieci dotknięte autyzmem fizycznie nie odróżniają się od swoich rówieśników.

# Charakterystyka dzieci z autyzmem

Dzieci ze spektrum zaburzeń autystycznych, w tym z autyzmem, 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, czasami wręcz gadatliwe, mogą wykazywać objawy przywiązania do osób znaczących (rodziców), przy jednoczesnych trudnościach w nawiązywaniu prawidłowych relacji z rówieśnikami oraz licznych stereotypach i schematyzmach w zachowaniu.

# Autyzm jako kategoria diagnostyczna

Konsekwencją tak różnorodnego obrazu klinicznego osób autystycznych było utworzenie szerokiej kategorii diagnostycznej w aktualnej klasyfikacji DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV Edition*) z 1995 roku, opracowanej przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. W tej edycji rozszerzono kategorię „całościowych zaburzeń rozwoju” (*Pervasive Developmental Disorder – PDD*), w którego zakres wchodzi pięć jednostek:

- 1) zaburzenia autystyczne (*Autistic Disorder – AD*),
- 2) zaburzenie Aspergera (*Asperger’s Disorder – AS*),
- 3) zaburzenie Retta (*Rett’s Disorder*),
- 4) dziecięce zaburzenie dezintegracyjne (*Childhood Disintegrative Disorder*),
- 5) całościowe zaburzenia rozwojowe nie ujęte w innych kategoriach diagnostycznych (*Pervasive Developmental Disorder – Not Otherwise Specified – PDD-NOS*).

# Obszary symptomów zaburzeń autystycznych

W kolejnej wersji DSM (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000) w odniesieniu do kategorii całościowych zaburzeń rozwojowych nie wprowadzono żadnych zmian. Próbując jednak jak najbardziej uogólnić objawy autyzmu, można stwierdzić, że **zaburzenia autystyczne cechują symptomy występujące w trzech szeroko pojętych obszarach funkcjonowania.**

W literaturze przedmiotu często używa się sformułowania **t r i a d a zaburzeń autystycznych**. Są to:

- 1.Nieprawidłowości w przebiegu interakcji społecznych**
- 2.Zaburzona zdolność do komunikowania się**
- 3.Ograniczony, sztywny repertuar aktywności, zachowań i zainteresowań**

# Kryteria Diagnostyczne dla Zespołu Autystycznego wg DSM IV-TR – cz. 1

*Diagnoza zaburzenia autystycznego jest stawiana wtedy, gdy spełnione są następujące kryteria z A, B i C:*

**A. W sumie sześć (lub więcej) pozycji z (1), (2) i (3), przy czym co najmniej dwa z (1) i po jednym z (2) i (3):**

**(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;

# Kryteria Diagnostyczne dla Zespołu Autystycznego

## wg DSM IV-TR – cz. 2

- 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.

**B. Opóźnienia lub odbiegające od normy funkcjonowanie w co najmniej jednej z następujących dziedzin, przy czym pojawia się to przed ukończeniem 3. roku życia:**

- interakcja towarzyska,
- język używany podczas komunikacji z innymi, gra oparta na symbolach lub wyobraźni.

**C. Zaburzenia dezintegracyjne nie można lepiej wyjaśnić niż przez Zespół Rett'a lub Dziecięce Zaburzenie Dezintegracyjne.**

# Kryteria Diagnostyczne dla Zespołu Aspergera wg DSM IV-TR – cz. 1

**I.** Upośledzenie jakościowe w interakcjach społecznych, które cechują co najmniej dwa z następujących zachowań:

- (A) znaczna niepełnosprawność przy stosowaniu licznych niewerbalnych zachowań, takich jak kontakt wzrokowy, wyraz twarzy, postawy ciała oraz gestykulacja używana podczas interakcji społecznych;
- (B) nie wytworzenie relacji z rówieśnikami, które byłyby odpowiednie do poziomu rozwoju;
- (C) brak spontanicznego szukania innych, aby dzielić z nimi radosne momenty, zainteresowania oraz osiągnięcia (na przykład przez brak pokazywania, przynoszenia oraz wskazywania przedmiotów zainteresowania innym ludziom);
- (D) brak społecznej i emocjonalnej wzajemności.

**II.** Ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzory zachowania, zainteresowań i zajęć, które cechuje co najmniej jedno z następujących zachowań:

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



# Kryteria Diagnostyczne dla Zespołu Aspergera wg DSM IV-TR – cz. 2

**III.** Zaburzenie powoduje znaczącą klinicznie niepełnosprawność w ważnych sferach funkcjonowania: społecznej, zawodowej lub innej.

**IV.** Nie ma klinicznie znaczącego ogólnego opóźnienia w języku (na przykład pojedyncze słowa są używane gdy dziecko ma dwa lata, zdania komunikujące gdy ma trzy lata).

**V.** Nie ma klinicznie znaczącego opóźnienia w rozwoju poznawczym lub w rozwoju odpowiednich dla wieku umiejętności samopomocy, zachowania adaptacyjnego (oprócz interakcji społecznej) oraz ciekawości dotyczącej środowiska w dzieciństwie.

**VI.** Nie są spełnione kryteria dla innego określonego schorzenia, takiego jak Całościowe Zaburzenia Rozwojowe lub Schizofrenia.

# Podstawa programowa dla dziecka z autyzmem w edukacji przedszkolnej

Wobec dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, a w szczególności wobec dzieci ze spektrum zaburzeń autystycznych, przedszkole (poza funkcjami opiekuńczymi, wychowawczymi i edukacyjnymi) powinno również spełniać funkcje terapeutyczne, rehabilitacyjne i profilaktyczne.

Powinno zapewnić dzieciom możliwie 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.

Przedszkole powinno zapewnić optymalne warunki rozwoju każdego dziecka. 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. Tylko takie kompleksowe oddziaływania terapeutyczne pozwolą maksymalnie wzmocnić rozwój dziecka, zwiększyć zakres jego wiedzy i umiejętności oraz zapobiec różnorodnym wtórnym dysfunkcjom i nieprawidłowościom rozwojowym, co stanowi podstawę kształcenia na kolejnych etapach edukacyjnych.

# Na co zwrócić uwagę w pracy z dziećmi ze spektrum autyzmu?

W przypadku dzieci **ze spektrum autyzmu** na etapie wychowania przedszkolnego szczególną uwagę należy zwrócić na:

- stopniowe uczenie się przez dzieci kontaktu:
  - umożliwienie im najpierw kontaktu terapeutycznego jeden na jeden z dorosłym terapeutą i w zależności od możliwości, potrzeb i sposobu funkcjonowania dziecka liczba godzin spędzanych w przedszkolu w kontakcie jeden na jeden będzie różna,
  - następnie trening uczenia się kontaktu w małej grupie, np. dwójka dzieci;
  - zalecane jest stopniowe wprowadzanie do grupy;
- zapewnienie im bezpieczeństwa w najbliższym otoczeniu, zarówno podczas zajęć indywidualnych, jak i zajęć w grupie;
- przystosowanie pomieszczeń, w których dziecko przebywa, do jego możliwości i potrzeb sensorycznych (oświetlenie, ograniczenie liczby bodźców);
- świadomą pracę terapeuty w stopniowym odwracaniu dziecka i wprowadzaniu nowych bodźców, praca nad oswojeniem się dziecka z bodźcami, stopniowe usamodzielnianie dziecka w sferze życia codziennego czy samodzielnej zróżnicowanej zabawy.

# Wskazania do wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania dziecka z autyzmem

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

- pedagoga specjalnego, mającego uprawnienia do pracy z dzieckiem autystycznym,
- logopedy,
- psychologa,
- fizjoterapeuty.

**Możliwe symptomy wynikające z diagnozy dziecka:**

- brak sygnalizowania potrzeb przez dziecko, brak kontaktu wzrokowego;
- brak zainteresowania innymi dziećmi;
- trudności w rozumieniu i odpowiadaniu na społeczne/emocjonalne sygnały;
- brak umiejętności dzielenia uwagi czy trudności w rozumieniu sensu;
- brak reagowania na społeczne sygnały werbalne, zaburzenia komunikacji pragmatycznej;
- nierzeczywiste poczucie czasu;
- problemy z uwagą;
- nieprawidłowe przetwarzanie bodźców sensorycznych.

# Narzędzie diagnostyczne do rozpoznawania specjalnych potrzeb edukacyjnych dziecka z autyzmem

W opracowanym samodzielnie **arkuszu obserwacyjnym** nauczyciel powinien uwzględnić:

- sposób i efektywność porozumiewania się dziecka z otoczeniem,
- tzw. stereotypowe zachowania – częstotliwość występowania,
- kontakt wzrokowy,
- kontakt naprzemienny,
- umiejętność naśladowania,
- sytuacje zewnętrzne motywujące do podejmowania aktywności,
- specyfikę samodzielnej zabawy, czy jest stereotypowa-jednorodna czy zróżnicowana?
- reagowanie na polecenia, umiejętność współdziałania z dorosłym,
- współdziałanie z rówieśnikiem,
- sensoryzmy, które stanowią behawioralną odpowiedź organizmu dziecka z autyzmem na deficyty w obrębie różnych zmysłów, jest to odpowiedź na zaburzenia w odbiorze i integracji sensorycznej -innymi słowy, kiedy dany zmysł jest zbyt mało wrażliwy, dziecko będzie próbowało go dostymulować, a w przypadku nadwrażliwości będzie z kolei unikało bodźców.
- mocne strony dziecka.

# Zachowania dziecka z autyzmem wynikające z nieprawidłowego funkcjonowania sensorycznego

- 1. Obronność dotykowa** : dysfunkcja integracji sensorycznej polegająca na tym, że delikatne bodźce dotykowe powodują nadmierne reakcje emocjonalne, rozproszenie uwagi lub inne problemy behawioralne.
- 2. Różnicowanie dotykowe** : umiejętność uczenia się o rozmiarze, kształcie i fakturze obiektów przez dotyk, bez korzystania ze wzroku.
- 3. Niepewność grawitacyjna** : anormalny niepokój i stres spowodowane przez nieadekwatną modulację lub tłumienie doznań pojawiających się, kiedy receptory grawitacji systemu przedsionkowego są stymulowane poprzez zmianę pozycji głowy lub ruch stóp poza pewną powierzchnię.
- 4. Niepewność posturalna** : reakcja lękowa na zmianę pozycji ciała, spowodowana niewystarczającym wsparciem posturalnym, niezbędnym, aby łatwo zmieniać pozycję ciała; reakcja lękowa nie jest aż tak silna jak w przypadku niepewności grawitacyjnej.
- 5. Niskie napięcie mięśniowe** : zmniejszona umiejętność trzymania mięśni w zgiętej lub wyprostowanej pozycji przeciwko sile grawitacji; przeguby, stawy mogą być bardzo ruchome; dotykane mięśnie nie wydają się być twarde.

# Ad. 1 Zachowania dotyczące obronności dotykowej:

- dziecko nie lubi mieć mytej twarzy czy obcinanych paznokci lub mytych włosów,
- dziecko nie lubi niektórych ubrań: golfów, nowych džinsów, pasków, czapek itp.; domaga się wycinania metek z większości ubrań,
- dziecko nie lubi być przytulane ani całowane i odsuwa się, ale czuje się dobrze, kiedy to ono inicjuje dotyk,
- dziecko nie je niektórych pokarmów i nie lubi mycia zębów,
- dziecko nie chce chodzić boso, szczególnie po piasku, trawie itp.,
- dziecko nie może znieść piasku w butach ani dziur czy szwów w skarpetach,
- dziecko trzyma ołówek czy kredki samymi opuszkami palców; zabawek również dotyka samymi opuszkami,
- zachowania społeczne dziecka są niewłaściwe, kiedy stoi w szeregu z innymi dziećmi,
- dziecko odsuwa się od dotyku, szczególnie niespodziewanego, zza pleców,
- dziecko uderza kolegę, który je delikatnie dotknie,
- dziecko unika brania udziału w niektórych aktywnościach lub odmawia ich ukończenia,
- dziecko musi wszystkiego dotknąć,
- dziecko unika brudnych materiałów (np.: odciskania śladów palców w farbie) w skrajnych przypadkach również zabaw w wodzie czy piasku.

## Ad. 2 Zachowania dotyczące różnicowania dotykowego:

- dziecko ma niską świadomość swojego ciała i wydaje się nie wiedzieć, jak jego ciało jest umiejscowione w przestrzeni,
- dziecko je w niedbały sposób, jedzenie wypada mu z ust.

## Ad. 3 Zachowania dotyczące niepewności grawitacyjnej:

- dziecko boi się układania w nietypowych pozycjach, szczególnie jeśli jego stopy nie dotykają podłoża,
- dziecko boi się chodzić po nierównych powierzchniach, takich jak skałki, drabinki na placu zabaw, krawężniki, błoto, żwir itp.,
- dziecko woli spać na podłodze niż na łóżku,
- dziecko nie lubi wisieć do góry nogami,
- dziecko boi się iść po schodach bez barierki lub po metalowej siatce,
- dziecko ma lęk wysokości, albo wchodzi na wysokie przeszkody nie bacząc na niebezpieczeństwo,
- idąc, dziecko zawsze jedną ręką trzyma się ściany,
- dziecko nie lubi być poruszane przez innych,
- dziecko boi się skakać, zawsze chce, żeby przynajmniej jedna stopa była na ziemi,
- dziecko boi się ruchu fal.



## Ad.4 Zachowania dotyczące niepewności posturalnej :

- dziecko nie lubi chodzić ani siedzieć na nierównych powierzchniach,
- dziecko boi się lub nie lubi huśtawek.

## Ad. 5 Zachowania dotyczące niskiego napięcia mięśniowego:

- dziecko wydaje się być niezgrabne, „miękkie”,
- uścisk dłoni dziecka jest zbyt delikatny,
- dziecko podtrzymuje głowę siedząc przy biurku czy stole,
- dziecko ma zawsze otwarte usta,
- dziecko często się ślini,
- dziecko kiepsko żuje,
- dziecko wydaje się słabe, gdy korzysta z całego ciała, ale jest silne, gdy każdy mięsień jest sprawdzany oddzielnie,
- dziecko opiera się na przedmiotach lub innych ludziach,
- dziecko woli leżeć niż się bawić; nie wytrzymuje długo na czworaka, w klęku czy kucając,
- dziecko spada z krzesła siedząc,
- chwyt dłoni dziecka może być słaby, pisanie zbyt lekkie,
- dziecko szybko i łatwo się męczy.

## Ad. 6 Zachowania dotyczące planowania motorycznego

- dziecko jest niezgrabne i często ma urazy, wpada na przedmioty, łamie je,
- dziecko ma trudności z ubieraniem się, szczególnie z zapięciami (guziki, zamki błyskawiczne, rzepy); często wygląda niechlujnie,
- dziecko wolno zaczyna zadania i potrzebuje dodatkowego czasu, aby je zrozumieć,
- dziecko jest impulsywne, działa w pośpiechu; może nie zdawać sobie sprawy z zagrożenia bezpieczeństwa.

# Jak konstruować IPET dla dziecka z autyzmem?

Nauczyciel jest obowiązany dostosować wymagania do indywidualnych potrzeb psychofizycznych i edukacyjnych dziecka, u którego stwierdzono zaburzenia i odchylenia rozwojowe lub specyficzne trudności w uczeniu się, uniemożliwiające sprostanie tym wymaganiom.

Dla dzieci z autyzmem nauczyciele i specjaliści opracowują IPET, po zrealizowaniu wielospecjalistycznej analizy i oceny funkcjonowania dziecka. Nie ma żadnych gotowych programów nauczania stworzonych specjalnie dla dzieci z autyzmem. Najbardziej pomocnym w planowaniu pracy edukacyjno – terapeutycznej dla dzieci z autyzmem wydaje się być model:

- **TEACCH (*Treatment and Education of Autistic Communication Handicapped Children*)** – program długofalowy, oparty na technikach behawioralnych oraz nawiązujący do tradycji Piageta, rozwinięty przez Zespół Erica Schoplera. Polega na opracowaniu indywidualnych profili edukacyjnych dla dzieci. Program kładzie główny nacisk na poprawę umiejętności komunikacyjnych dziecka oraz na osiągnięcie przez nie maksymalnej samodzielności. Oceny poziomu dziecka dokonuje się za pomocą Profilu Psychoedukacyjnego (PEP), który określa zakres posiadanych umiejętności. Wynik kwestionariusza stanowi podstawę do opracowania programu nauczania dla danego dziecka. Obejmuje on ćwiczenia rozwijające naśladownictwo, percepcję, motorykę dużą i małą, koordynację wzrokowo-ruchową, działanie poznawcze, mowę czynną, samodzielność i uspołecznienie. Istnieje jeszcze szereg innych programów przeznaczonych dla dzieci z autyzmem, ale mają one charakter bardziej terapeutyczny niż edukacyjny, jednak mogą być również przydatne zwłaszcza na wczesnych etapach edukacyjnych.

# Inne programy dla dziecka z autyzmem – cz. 1

**ABA (A p p l i e d B e h a v i o r A n a l y s i s)** – intensywny program behawioralnej modyfikacji zachowania, wywodzący się z tradycji Skinnera oraz prac Ingmara Lovaasa. Najważniejszym dla terapii wnioskiem behawioryzmu jest założenie, że każde zachowanie wynika z wpływu środowiska, a więc poprzez jego modyfikację możemy wpłynąć na zmianę zachowania. Na tej podstawie ABA dzieli wszystkie pożądane umiejętności na małe zadania. Kluczem do sukcesu jest zachęta – rodzic lub terapeuta udziela wzmocnienia (nagrody) za prawidłowe zachowanie, ignorując nieodpowiednie (wygaszanie). Drobne zadania układane są w oparciu o stałą obserwację dziecka. W efekcie wykonywania kolejnych „kroczków” dziecko stopniowo uczy się zabawy, samoobsługi i języka. Na początku wzmocnienia są fizyczne, ale dużą wagę przywiązuje się do wzmocnień społecznych. Podczas nauki przechodzi się do stopniowego odraczania wzmocnień. Warto, aby wzmocnienia społeczne i fizyczne były realizowane równolegle.

**E a r l y B i r d** – brytyjski program o szerokim zasięgu, nastawiony na naukę komunikacji i adaptacji społecznej w warunkach w jakich dziecko żyje. Obecnie zyskał dużą popularność w USA, Wielkiej Brytanii i Nowej Zelandii. Opiera się na grupowym treningu dla rodziców, którego ważnym elementem są nagrania video. Dzięki temu mogą obserwować swoją pracę z dzieckiem i uczyć się co robią dobrze, a co źle. Głównym celem jest stworzenie dobrej praktyki w opiekowaniu się dzieckiem w wieku przedszkolnym, co uniemożliwi wytworzenie się niepożądanych zachowań. Program koncentruje się na tym, żeby rodzice zrozumieli, czym jest autyzm w konkretnym przypadku ich dziecka. Efektami są obniżony stres i pozytywne postrzeganie dziecka.

# Inne programy dla dziecka z autyzmem – cz. 2

**Miller Method** – program oparty na wielostronnej stymulacji psychoruchowej (Arnolda Millera i Eileen Eller-Miller). Metoda zaadresowana jest do ciała dziecka autystycznego. Dziecko jest pozbawione poczucia ciała w relacji ze światem, więc napływające bodźce popychają je do rozproszonych lub stereotypowych zachowań. Aby przywrócić typowy progres rozwojowy, wykorzystuje się dwie strategie: użycie elementów niepożądanych zachowań do wytworzenia właściwych i ciągłe powtarzanie czynności związanych z ludźmi i przedmiotami ważnych dla rozwoju. Jest to terapia grupowa. Cel: dziecko musi nauczyć się funkcjonować i wypełniać polecenia w różnych warunkach.

**Floor Time** – program wszechstronnej stymulacji rozwoju dziecka, z naciskiem na rozwój emocjonalno-społeczny (Stanley Greenspan). Celem jest sprawienie, by dziecko stało się elastyczne, zyskało umiejętność koncentracji i dwustronnej komunikacji ze światem. Ważną strategię FLOOR TIME stanowi „przywództwo” dziecka. Terapeuta lub rodzic jest asystentem, natomiast dziecko – reżyserem swoich poczynań. Terapia ma formę dramy.

# Cele edukacyjno-terapeutyczne lub edukacyjne w pracy z dzieckiem autystycznym

- kształtowanie rozumienia mowy oraz dostępnych sposobów komunikacji alternatywnej;
- kształtowanie umiejętności naśladownictwa ruchowego oraz werbalnego;
- pomoc dziecku w uwalnianiu się od zachowań niepożądanych (sensoryzmów, zachowań agresywnych);
- kształtowanie umiejętności samoobsługowych oraz samodzielności w życiu codziennym;
- kształtowanie kontaktów społecznych i nauka zachowań społecznie akceptowanych;
- nauka umiejętności przebywania w grupie oraz opanowania umiejętności wspólnej zabawy i pracy;
- wykształcenie motywacji do komunikowania się;
- nauka komunikowania się z otoczeniem;
- 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 uczenie się;
- generalizowanie i utrzymywanie efektów uczenia się;
- odkrycie i rozwijanie indywidualnych możliwości i uzdolnień;
- wypracowanie gotowości do nauki szkolnej.

# Ogólne zasady pracy czyli klucze do sukcesu

## **Nauczycielu edukacji przedszkolnej warto:**

- poznać rzeczywiste możliwości dziecka;
- przeznaczyć czas na nawiązanie pozytywnej relacji z dzieckiem i zbudowanie zaufania;
- bazować na wzajemnym szacunku dla uczuć, opinii, potrzeb i pragnień dziecka;
- rozwijać w dziecku wiarę w możliwości i kompetencje;
- dostrzegać stereotypowe zachowania, ale nie patrzeć na dziecko tylko przez pryzmat ograniczeń u dziecka;
- zachęcać do działania poprzez nagrody, a czasem brak nagród, tworzyć ciągi zadań związane z procesem rozwojowym dziecka;
- indywidualizować pracę z dzieckiem;
- być kreatywnym w pracy z dzieckiem autystycznym.

# Zasady pracy w kontekście dysfunkcji komunikacyjnych dziecka z autyzmem: - cz. 1

- spróbuj zdobyć uwagę dziecka zanim zaczniesz mówić, np.: zawołaj je po imieniu, zainteresuj ciekawą zabawką;
- mów w prosty i zrozumiały sposób, 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 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 dziecku 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;



# Zasady pracy w kontekście dysfunkcji komunikacyjnych dziecka z autyzmem: - cz. 2

- unikając schematów komunikacyjnych powtarzaj i parafrazuj to, co powiedziało dziecko;
- 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,
- 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...”, itp.; 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, AAC (M. Kwiatkowska, 1997).

# Zasady pracy w kontekście nieprawidłowości funkcjonowania społecznego dziecka z autyzmem:

- 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;
- prezentuj przykłady wyrażania emocji;
- naucz, jak zwracać uwagę na niebezpieczeństwa, jak je przewidywać i jak ich unikać; pamiętaj, że reakcje dziecka 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; stosuj generalizację w odniesieniu do przedmiotów czy zachowań ludzi;
- spróbuj zrozumieć zachowanie dziecka 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 dziecka z autyzmem:

- 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 dziecka z autyzmem jest nagrodą, szukaj jej zewnętrznych i wewnętrznych motywacji do zabawy, nauki i pracy.

# Zespół Aspergera (ZA) – cz. 1

Zespół Aspergera jest najłagodniejszą formą całościowych zaburzeń rozwoju. Choroba ta diagnozowana jest coraz częściej, a wiele dzieci z zespołem Aspergera jest uczniami ogólnodostępnych szkół. W związku z trudnościami w dostosowaniu się do obowiązków szkolnych oraz trudnościami w funkcjonowaniu w grupie rówieśniczej, dziecko z zespołem Aspergera może nie być akceptowane przez rówieśników.

## **Dziecko z zespołem Aspergera cechuje:**

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

# Zespół Aspergera (ZA) – cz. 2

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, które różni się w zachowaniu od zdrowych rówieśników. W efekcie, diagnoza może być opóźniona do momentu, gdy kłopoty w kontaktach z innymi będą bardzo widoczne.

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. Brak trafnego rozpoznania może powodować, że ewentualna uzyskana pomoc jest fragmentaryczna i nie przynosi poprawy funkcjonowania.

# Zachowania wskazujące na objawy zespołu Aspergera (ZA): - cz. 1

## Sfera kontaktów społecznych

W młodszy 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, rozumienie tego co „wypada”, a co nie, brak wyczucia 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).

W rozmowie dziecko z zespołem Aspergera opowiadając o interesującym je temacie stereotypowo wraca do niego, nie uwzględniając potrzeb osoby, z którą rozmawia. Dzieci z tym zespołem nie uczą się zasad funkcjonowania społecznego spontanicznie, poprzez obserwację, ale muszą być ich nauczone. Trudność w kontaktach społecznych pogłębia fakt, że nie potrafią one uogólniać zasad na sytuacje podobne.



# Zachowania wskazujące na objawy zespołu Aspergera (ZA): - cz. 2

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. Często przypisywana jest im etykieta „dziwaków” lub „źle 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. Samo postawienie diagnozy nie zawsze powoduje, że dorośli rozumieją przyczyny występujących u dziecka trudności, że akceptują je i próbują dostosować swoje wymagania do możliwości dziecka. Otoczenie może nadal mieć wobec dziecka z zespołem Aspergera takie oczekiwania jak wobec zdrowego dziecka. 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 dziecka z ZA w komunikacji słownej i pozawerbalnej – cz. 1

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 przerośni, przysłów, które rozumiane są zbyt dosłownie. Trudność sprawia im rozumienie informacji zawartych w komunikacie, który ma związek z intonacją głosu, jak również rozumienie ironii i żartów. 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. Wypowiedzi dziecka są często zbyt formalne i pedantyczne.

Większe trudności napotyka się, kiedy w rozmowie uczestniczą więcej niż dwie osoby. Najłatwiej jest nawiązać z dzieckiem kontakt w sytuacji „jeden na jeden”. 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”.

Problemy w komunikacji pogłębia zaburzone rozumienie komunikacji niewerbalnej (nieumiejętność odczytywania postawy ciała, gestów, wyrazu twarzy i oczu) oraz niedostosowana komunikacja niewerbalna z ich strony.

# Problemy dziecka z ZA w komunikacji słownej i pozawerbalnej – cz. 2.

## Umiejętności poznawcze dziecka z ZA

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 dzieci z ZA) – cz. 1

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 we współpracy podczas gier zespołowych.

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

# Problemy w koordynacji ruchowej (niezgrabność ruchowa dzieci z ZA) – cz. 2

## Zaburzenia sensoryczne u dziecka z ZA

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, broniением 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.

# Dodatkowe problemy dzieci z ZA

U wielu dzieci z zespołem Aspergera wcześniej rozpoznano zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD). Jednak u tych dzieci kłopoty z koncentracją uwagi mogą być nasilone lub spowodowane obsesyjnymi myślami dziecka na interesujący je temat, brakiem motywacji do pracy ze względu na niezrozumienie normy dotyczącej potrzeby wykonywania poleceń nauczyciela.

Dziecko podczas zajęć może próbować robić to, co ono chce, nie uwzględniając potrzeb innych. Trudności w kontaktach z dzieckiem wynikają ze „sztywności” w myśleniu, uporu, nieprzyjmowania argumentów oraz nieakceptowania zmian.

## Gdy nauczyciel zauważy u dziecka 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. Dziecko będzie wymagało kilku spotkań diagnostycznych z lekarzem i psychologiem, wykonania badań dodatkowych, aby rozpoznanie mogło być przekazane rodzicom. Rozpoznanie i informacja o nim muszą być powiązane z planem terapeutycznym oraz podaniem informacji o placówkach, w których taka pomoc jest dostępna. Przed postawieniem rozpoznania i stworzeniem planu terapeutycznego psycholog lub psychiatra mogą poprosić nauczyciela o opinię o dziecku. W opinii należy unikać uogólniania i etykietowania. Bardziej pomocne są szczegółowe informacje dotyczące mocnych i słabych stron dziecka, z przykładami i opisami zachowań, zwłaszcza z zakresu jego kontaktów społecznych z rówieśnikami, nauczycielami, jego zachowania w trakcie zajęć i zabawy, zainteresowań, osiągnięć, uzdolnień oraz ewentualnych trudności szkolnych i zachowań agresywnych.

# Wskazania ogólne dla nauczyciela w pracy z dzieckiem z ZA

- dostosuj do indywidualnych potrzeb dziecka miejsce uczenia się i proces edukacyjny;
- pomóż dziecku w nabywaniu umiejętności w zakresie „funkcji wykonawczych”, takich jak umiejętności organizacyjne i umiejętności uczenia się zasad i zabawy, ułóż z nim plan dnia;
- stosuj model edukacji opartej na doświadczeniu; informacje słowne poprzyj obrazem, ilustracją, filmem;
- przedstawiaj nowe pojęcia w sposób możliwie najbardziej konkretny;
- kreatywnie wykorzystaj zainteresowania dziecka, 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 dzieckiem w oparciu o tzw. pozytywne wzmocnienia— pochwały, nagradzanie, pozytywną więź z dzieckiem;
- wdrażaj i oczekuj od dziecka przestrzegania zasad panujących w przedszkolu/szkole;
- pomóż mu w sytuacjach przeżywanego stresu poprzez przewidywanie, zapobieganie, rozumienie przyczyn i rozwiązywanie stresujących sytuacji;
- wspieraj i umożliwiaj dziecku kontakty społeczne;
- pamiętaj, że nie ma potrzeby wspierania dziecka w sferach, w których radzi sobie dobrze i stopniowo w tych obszarach ograniczaj udzielaną mu pomoc;
- w obserwacji oddzielaj te obszary, w których trudności wynikają z zaburzeń;
- nie karz dziecka za objawy choroby;
- chroń dziecko przed przemocą rówieśników.