

**NIEPUBLICZNA PLACÓWKA DOSKONALENIA
NAUCZYCIELI
PRZY STOWARZYSZENIU DOROŚLI – DZIECIOM
NR REJ. KURATORIUM OŚWIATY 5/2001
DOBKOWSKA HALINA
TERAPIA PEDAGOGICZNA DZIECI Z AUTYZMEM**

PRACA NAPISANA

POD KIERUNKIEM

mgr J. Smei

INOWROCLAW 2004

Spis treści

Strona

1. Wstęp	3
2. Charakterystyka zaburzeń autystycznych	4
3. Dynamika rozwoju osób z autyzmem	8
4. Diagnoza i ocena możliwości dziecka	9
5. Terapia i edukacja	12
1. Priorytety	12
2. Cele	13
3. Metody	14
4. Główne etapy pracy z dziećmi autystycznymi	16
5. Kolejność realizacji celów	17
6. Zadania edukacyjne	18
7. Interakcje z grupą	20

6. Indywidualny program dla ucznia Grzegorza B.	22
1. Wypisy z orzeczeń PPP	22
2. Wyniki obserwacji	23
3. Cele i zadania	26
4. Zadanie domowe	30
7. Zakończenie	33
8. Bibliografia	34

1. Wstęp

Wychowanie dzieci jest jednym z najbardziej odpowiedzialnych i jednym z najpiękniejszych powołań dla rodzica. Powodzenie tego trudnego procesu zależy od wielu czynników, dlatego zdarzają się momenty trudne do przebycia. Jednak gdy rodzina ma wychować dziecko niepełnosprawne dopiero wtedy doświadcza rzeczywistego, ciągłego trudu, bezradności i jakże często osamotnienia. Wszystkie dzieci mają prawo do uzyskania pomocy w takim zakresie, w jakim jest to konieczne. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej gwarantuje każdemu Obywatelowi naszego kraju równe i powszechne prawo do oświaty. Biorąc pod uwagę nierówne wyposażenie dzieci przez naturę, zasadnym wydaje się zapewnienie jak najwcześniejszej i jak najpełniejszej opieki specjalistycznej.

Natura sprawia, że na każde 10.000 urodzonych dzieci 5 osób to autystycy (w proporcjach – 4 chłopców, 1 dziewczynka).

Daje to około 19.500 przypadków statystycznie występujących w Polsce. Jeśli doliczymy jeszcze osoby z zaburzeniami komunikacji – wynik się potroi dając 58.000 osób!

Wielce prawdopodobne jest więc przypuszczenie, że każdy specjalista pracujący z dziećmi spotyka wśród swoich uczniów czy pacjentów dziecko z problemami. Dlatego tak ważna jest wiedza na ten temat zaburzeń autystycznych i sposobów radzenia sobie z tymi problemami.

2. Charakterystyka zaburzeń autystycznych

Autyzm jest jednym z najpoważniejszych zaburzeń rozwoju, obejmuje wiele jego sfer. Na początku życia dziecka nic nie budzi niepokoju jego rodziców, wręcz przeciwnie – dziecko jest spokojne, nie płacze, godzinami bawi się paluszkami, intensywnie wpatruje się w cienie na ścianie. Dopiero później rodzice zaczynają być zaniepokojeni – dziecko nie dąży do kontaktu z nimi, jest obojętne kiedy wchodzi do pokoju, nie wyciąga rączek, nie uśmiecha się ! Brane na ręce krzyczy, pręży się i wygina, nie patrzy na twarze opiekunów. Gdy podrośnie nie bawi się w ku-ku, ani pa-pa. Nader często specjaliści, do których zgłaszają się zmartwieni rodzice, nie dzielą ich obaw, ponieważ rozwój ruchowy dziecka mieści się w normie rozwojowej. Nietypowe zachowania dziecka nasilają się i coraz bardziej odbiegają od zachowań rówieśników. Zdaje się, że dziecko nie odróżnia rodziców od obcych, nie okazuje im uczuć, nie szuka kontaktów, bliskości, nie mówi. Dopiero, gdy nieprawidłowości są na tyle widoczne, specjaliści uznają potrzebę obserwacji i diagnozy. Pierwsze diagnozy są z reguły błędne. Przeważnie dopiero w wieku 4–5 lat zaburzenia dziecka są rozpoznane jako – zespół autyzmu **wczesnodziecięcego**.

Zjawisko to po raz pierwszy zostało opisane w 1943 roku przez amerykańskiego psychiatrę Leo Kancera. Zwrócił on uwagę na występowanie w pewnej, wyodrębnionej grupie dzieci :

- niezdolności do nawiązywania emocjonalnego kontaktu z innymi osobami,

- zaburzeń rozwoju mowy,
- fascynacji pewnymi obiektami (głównie wirującymi, kręcącymi się),
- rutynowych, stereotypowych zachowań,
- dobrego poziomu inteligencji w wąskich obszarach zdolności,
- ładnej, harmonijnej fizjonomii ciała.

Rok później – w 1944 roku Hans Asperger opisał podobne zaburzenia u dzieci starszych i nastolatków. Grupę tę opisał jako naiwną, nie funkcjonującą prawidłowo w interakcjach społecznych, dobrze mówiącą ale tylko w monologach na tematy im bliskie. Zwracał uwagę na zaburzoną intonację i mowę ciała oraz słabą koordynację motoryczną. Asperger zaburzenia te nazwał **psychopatią autystyczną**.

Nie prawidłowości zachowania towarzyszące autyzmowi są obecnie określane jako **rozległe zaburzenia rozwoju**, charakteryzują je zakłócenia w :

- przebiegu rozwoju społecznego,
- komunikowaniu się,
- zachowaniu się stereotypowym, powtarzalnym, rutynowym, ubogim we wzorce.

Trudności w funkcjonowaniu występują łącznie, we wszystkich sferach przed ukończeniem 3 roku życia.

Większość dzieci autystycznych nie potrafi uczestniczyć w interakcjach społecznych, na zasadach naprzemienności, oraz nawiązywać relacji opartych na miłości i przyjaźni. Kontakt wzrokowy, ekspresja twarzy, gestykulacja są zaburzone, zwłaszcza w sytuacjach społecznych. Kontakty z rówieśnikami, współpraca z grupa, zdolności naśladowania, imitowania są znacznie ograniczone.

U dużej grupy dzieci autystycznych nie rozwija się zdolność mówienia, charakterystyczne jest, że nie podejmują prób kompensowania tego deficytu poprzez niewerbalne sposoby komunikacji. Gesty, które opanowują, służą z reguły przerywaniu a nie podtrzymywaniu interakcji społecznej.

Dzieci, które mówią mają problemy z rozpoczęciem i podtrzymywaniem rozmowy.

W mowie występują :

- echolalie
- odwracanie zaimków,
- stereotypie.

Osoby autystyczne cechuje sztywność zachowania. Dzieci przestrzegają ściśle określonych wzorców zachowań, niezmiennych zwyczajów i rytuałów.

Protestują na wszelkie próby zmiany w dotychczasowym trybie życia.

Objawem sztywności zachowań są również:

- manieryzmy ruchowe,
- dziwaczne zainteresowania,
- schematyczne, rutynowe zabawy.

Jednym z ciekawszych zjawisk dotyczących około 5–10 % populacji autystów są tzw. zdolności wysypkowe , które ograniczają się do bardzo wąskiego obszaru aktywności, w których osiągnięcia dziecka mogą znacznie przewyższać osiągnięcia pełnosprawnych rówieśników.

Mogą to być zdolności:

- muzyczne,
- językowe,
- pamięciowe,
- percepcyjne,
- arytmetyczne,
- plastyczne.

Lęk przed sytuacjami obojętnymi dla innych ludzi jest również typowy dla omawianej grupy ludzi. Bardzo silne emocje mogą być wywołane przez np. silny wiatr, określony kolor, konkretny dźwięk.

Wrażliwość sensoryczna jest również zaburzona. Reakcje, na różnej modalności bodźce, mogą być nadwrażliwe lub niewrażliwe na pewne rodzaje stymulacji. Dotyczy to głównie bodźców bólowych, które często nie wywołują typowych reakcji.

Populacja autystów jest bardzo zróżnicowana, poszczególne dzieci mogą się różnić od siebie w sposób bardzo znaczący. Ciągłe podejmowane są próby wyodrębnienia w miarę jednorodnych grup osób autystycznych, przy czym najważniejszym kryterium są wzorce zachowań w sytuacjach społecznych.

Najbardziej popularną typologią jest opracowana przez L.Wing i J.Gould w 1979 roku. **Wyróżnia się w niej 3 grupy różniące się charakterem i stopniem zaburzeń interakcji społecznych:**

1. osoby aktywne unikające kontaktów społecznych (ok. 61% populacji), należą tu osoby zachowujące rezerwę wobec innych, czynnie unikające kontaktów, zachowujące dystans fizyczny, unikające kontaktu wzrokowego,
2. osoby bierne w kontakcie – akceptują kontakt, nie stawiają oporu ale nie szukają i nie inicjują,
3. osoby aktywne specyficznie – jednostki nawiązujące kontakt po to by dominować w przebiegu interakcji, nie biorąc pod uwagę zainteresowań i opinii rozmówcy, bez wchodzenia w rolę.

Większość dzieci autystycznych jest równocześnie upośledzona umysłowo dotyczy to ~ 80% populacji. Najlicniejszą grupą są dzieci upośledzone w stopniu umiarkowanym lub znacznym. Ocena funkcjonowania dziecka i jego poziomu intelektualnego w sytuacji ograniczonego kontaktu i braku motywacji jest zdaniem bardzo trudnym i złożonym.

3. Dynamika rozwoju osób z autyzmem

Dzieci, u których pierwsze symptomy zaburzeń pojawiają się już w pierwszym roku życia są bardziej zagrożone głęboką formą autyzmu, choć nie zawsze nieprawidłowością w rozwoju społecznym i komunikować się przesadzają o autyzmie.

H.Jaklewicz (1993) wyróżnia dwie postaci autyzmu różniące się początkiem i dynamiką zmian. Są to :

- postać wczesna – rozwijająca się w niemowlęctwie,
- postać późna – rozwijająca się po 12 miesiącu życia.

Między 2 a 5 rokiem życia symptomy zachowań autystycznych nasilają się do tego stopnia, że większość dzieci nie jest zdolna do wchodzenia w interakcje społeczne, pojawiają się również obsesyjne, rutynowe czynności. Dzieci nie wykazują zainteresowania zabawkami, z pasją przyglądają się wirującym, świecącym przedmiotom. Często nadpobudliwe, nieprzewidywalne dla otoczenia, nie dające się kontrolować.

Wejście w wiek wczesnoszkolny powiązane jest z wieloma trudnościami i obciążeniami – dziecko jest zmuszone do zaadoptowania się w nowym, obcym, wymagającym środowisku jakim jest szkoła czy ośrodek terapeutyczny. Mimo wielu trudności to właśnie ten okres jest jednym z nielicznych, kiedy to większość dzieci autystycznych czyni duży postęp w rozwoju i dość dobrze radzi sobie z nowymi zadaniami.

Dojrzewanie nie zmienia w niczym patologii, tyle tylko, że pojawiają się nowe trudności. Po pierwsze znacznie zwiększa się ryzyko wystąpienia epilepsji. Dotyczy to głównie tych, których iloraz inteligencji jest niski (poniżej 50).

Następnym problemem jest agresja, większa, bardziej destrukcyjna, trudniejsza do opanowania niż w dzieciństwie. Dodatkowo problem seksu. Autyści czują popęd seksualny, ale całkowicie lekceważą zakazy i nakazy dotyczące zachowań w tej dziedzinie. Wreszcie przywilej dorosłości – czas wolny spędzony w/g upodobań – z tym autyści nie radzą sobie w zasadzie wcale. Tylko grupa najzdolniejszych autystów jest w stanie funkcjonować samodzielnie (ok. 2% populacji), inni, którzy zdołają nauczyć się zawodu pozostają na tyle naiwni, że nie są w stanie samodzielnie bronić się przed społeczeństwem. Autyści potrzebują szeroko rozumianej pomocy na zawsze.

4. Diagnoza i ocena możliwości dziecka

Dobrze opracowany zindywidualizowany program nauczania musi uwzględniać całe życie dziecka i jego rodziny. Przed przystąpieniem do tego zadania należy uzyskać odpowiedzi na pytanie, w którym miejscu się teraz znajdujemy. Trafna ocena możliwości dziecka tu i teraz daje podstawy do planowania pracy z dzieckiem, wpływa na zwiększenie prawdopodobieństwa optymalnego rozwoju dziecka na miarę jego możliwości.

W skład oceny diagnostycznej wchodzi **standardowe testy** badające inteligencję i stopień rozwoju. Pozwalają one na wstępną ocenę rozwoju oraz sugerują występujące deficyty.

Funkcjonalna diagnoza rozwoju wskazuje, generalnie, że rozwój poszczególnych funkcji dzieci autystycznych jest nieharmonijny. Zasadniczym narzędziem, przy pomocy którego dokonuje się oceny funkcjonowania autystów jest **Profil Psychologiczny (PEP)**.

Określa poziom rozwoju w/z siedmiu obszarów :

1. naśladowania,
2. percepcji,
3. motoryki małej,
4. motoryki dużej,
5. koordynacji wzrokowo– ruchowej,
6. czynności poznawczych,
7. komunikacji.

Podczas badania, dziecko wykonuje zadania z w/w obszarów.

Badający ocenia wykonanie zadań w 3 kategoriach :

1. poziom zaliczony
2. poziom nie zaliczony
3. poziom obiecujący

PEP umożliwia przejrzyste określenie sfery najbliższego rozwoju dla dziecka, co pozwala na równoległą stymulację różnych funkcji na różnych poziomach, tak charakterystycznych przy dysharmonii rozwojowej cechującej autystów.

Obserwacja zachowania jako narzędzie służące zbieraniu informacji na temat dziecka pozwala na poznanie reakcji dziecka na różne sytuacje.

Badający ocenia :

a.) umiejętności związane z nauką :

- zdolność do koncentracji uwagi wzrokowej,
- zdolności naśladowcze,
- stopień zaciekawienia,
- zdolność do rozpoczęcia zabawy, zadania,
- umiejętność posługiwania się metodą prób i błędów,

b.) umiejętności organizacyjne :

- pamięć w/z czynności rutynowych,
- świadomość przypadkowych związków,
- umiejętność rozpoznawania kolejności elementów zadania,
- umiejętność prawidłowego posługiwania się materiałami,

c.) umiejętności społeczne :

- stopień świadomości dziecka na osobę dorosłą,
- reakcje dziecka na osoby dorosłe,
- reakcje dziecka na bodźce zewnętrzne,
- sposób realizacji na w/w bodźce,

d.) czynniki wpływające na dezorganizację uczenia się :

- manieryzmy,
- fiksacje,
- inne specyficzne zachowania.

Wyniki obserwacji mają zasadniczy wpływ na dobór zadań edukacyjnych i terapeutycznych konkretnego dziecka. Ułatwiają nawiązanie kontaktu ponieważ wskazują pośrednio na mocne i słabe strony ucznia.

5. Terapia i edukacja

Nieznajomość patogenezы autyzmu znacznie ogranicza możliwości terapii i efektywnego wspierania osób autystycznych. Za najbardziej wartościowe uznaje się programy bazujące na dokładnym określeniu profilu rozwojowego dziecka. Umożliwiają one usprawnianie różnych sfer jego funkcjonowania, we wszystkich okresach rozwojowych. Celem ich jest włączenie dziecka do masowej edukacji i uczestnictwa w życiu społecznym na miarę swoich możliwości.

W ciągu ostatnich lat zdecydowanie najpopularniejszą formą pracy z osobami autystycznymi jest terapia oparta na modyfikacji zachowań w oparciu o metody behawioralne.

I. etapem jest wnikliwa obserwacja dziecka, pozwalająca określić obszary

najbardziej i najmniej zaburzonego funkcjonowania.

II. etapem jest ustalenie hierarchii celów, realizowanych przez terapeutów

i rodziców pod kierunkiem odpowiednio przeszkolonych nauczycieli.

5.1. Priorytety.

W odniesieniu do profilu psychoedukacyjnego, wyników obserwacji i testów standardowych należy ustalić dla każdego dziecka zbiór indywidualnych zadań i zachowań. **Potrzebę i kolejność rozwiązywania problemów określa się według poniższej hierarchii :**

1. problemy zagrażające życiu dziecka (wybieganie na ulicę, spożywanie toksycznych substancji, zachowania autodestrukcyjne, niebezpieczne, agresywne),

2. problemy zagrażające życiu dziecka w rodzinie (zaburzenia zachowania, napady wściekłości, uporczywe problemy z zasypianiem, snem, szczególne upodobania kulinarne, nieestetyczne spożywanie posiłków, brak samodzielności przy toalecie, załatwianie potrzeb fizjologicznych, artykułowanie uporczywych dźwięków),

3. problemy dostępu dziecka do programu nauczania specjalnego (konieczne są elementarne umiejętności współżycia w grupie, reagowanie na polecenia nauczyciela, Podstawowa samoobsługa),

4. problemy przystosowania się dziecka do społeczności rozumianej szerzej jak dom i szkoła (robienie zakupów, wizyta u znajomych, lekarza, interakcje z dziećmi w grupie rówieśniczej).

5.2. Cele

W terapii i edukacji dzieci autystycznych i z zaburzeniami zachowania wyodrębnia się 3 rodzaje celów :

1 . Cele długoterminowe, dalekosiężne – obejmują długi okres czasu, są ogólne, są odbiciem prognoz specjalistów i nadziei rodziców, wraz z upływem czasu stają się coraz bardziej racjonalne.

2. Cele pośrednie – obejmują okres od 3 m–cy do roku.

3. Cele bezpośrednie – obejmują okres do 3 m–cy.

Kryteria, którymi należy się kierować przy ustalaniu celów dla indywidualnych przypadków to :

1. realność,
2. zgodny z celami grupy, w której dziecko funkcjonuje,
3. zgodność z priorytetami i potrzebami rodziców,
4. możliwości osiągnięcia sukcesu.

Dwa główne rodzaje celów odnoszą się do :

1. treści programowych,
2. opanowania trudnych, dziwacznych zachowań.

Kontrolowanie zachowania dziecka jest **celem podstawowym**.

Niewłaściwe, niepożądane zachowania dzieci są najczęstszym powodem zgłaszania się rodziców po pomoc. Również tego typu zachowania znacznie utrudniają o ile nie uniemożliwiają prawidłowy przebieg procesu nauczania.

W teorii behawioralnej celami głównymi są :

1. Rozwijanie zachowań deficytowych.
2. Redukowanie zachowań niepożądanych (autostymulacja, kompulsje, rutyny, fobie, zachowania agresywne).
3. Generalizowanie i utrzymywanie efektów terapii.

Zachowaniami deficytowymi nazywamy te zachowania, które są

normalnie pożądane u dziecka w pewnym wieku, w pewnych sytuacjach, a które u dziecka autystycznego występują zbyt rzadko lub wcale (np. prawidłowa wymowa, okazywanie uczuć, zabawa). W takim przypadku zadaniem terapeuty jest kształtowanie u dziecka jak największej liczby zachowań pożądanych. Analogicznie problem wygląda przy redukowaniu zachowań niepożądanych – tutaj rolą terapeuty jest dojście do stanu jak najmniejszej liczby występowania zachowań nieprawidłowych.

5.3. Metody

W momencie rozpoczęcia terapii dziecko z reguły prezentuje bardzo niewielką liczbę zachowań pożądanych, pożądanych celu zwiększenia ich występowania stosujemy takie metody jak :

Metody kontrolowania zachowania.

I poziom restrykcyjności :

- redukowanie zachowań za pomocą różnicowanych wzmocnień,
- DRI – różnicowe wzmocnienie zachowania niezgodnego z niepożądanym,
- DRA – różnicowe wzmocnienie zachowania alternatywnego w stosunku do zachowania niepożądanego,
- DRO – różnicowe wzmocnienie innych zachowań w czasie interwałów,
- kontakty – rodzaj umowy między nauczycielem a dzieckiem,
- nasycenie – po ustaleniu co powoduje zachowania niepożądane u dziecka i co utrzymuje to zachowanie, terapeuta nagradza zachowanie przeciwne, np. gdy na krzyk reagowaliśmy uwagą, która była wzmocnieniem, nagradzamy chwile kiedy dziecko nie krzyczy.

II poziom restrykcyjności :

- wygaszanie – wycofujemy wszystkie wzmocnienia, które powodowały reakcje,
- wygaszanie sensoryczne – pozbawiamy wzmocnień sensorycznych,
- time off – (bez wykluczenia) – wycofujemy nagrodę na określony czas po wystąpieniu złego zachowania,
- koszt reakcji – po pojawieniu się reakcji niepożądanego dziecko traci część nagrody,

III poziom restrykcyjności :

- przytrzymanie (ręk) – gdy dziecko może zrobić sobie lub innym krzywdę,
- hiperkorekcja – naprawianie szkód z dodatkowym elementem,
- time out (z wykluczeniem) – zabieramy dziecku nagrodę na określony czas i zabieramy dziecko z sytuacji zadaniowej, w której tkwił.
- ćwiczenia warunkowe – po wystąpieniu zachowania niepożądanego karzemy wykonać coś co jest niezgodne z

tym co robił wcześniej,

- kara pozytywna – dodanie nieprzyjemnych bodźców smakowych (cynamon, cytryna)

np. przy autostymulacji buzią.

Nauczania :

- manipulacja – wymaga niewielkiego wysiłku ze strony dziecka, przydatna, szczególnie, w sytuacjach kiedy konieczna jest nauka wolna od błędów,
- kierowanie bezpośrednio – terapeuta – rodzice wręczają dziecku materiały, jakimi ma się posłużyć, lub własnoręcznie wykonuje pracę, kierując rękoma dziecka,
- demonstracji – terapeuta wykonuje zadanie, dziecko obserwuje, po demonstracji dziecko ma włączyć się do czynności, z czasem wykonać,
- rutyna – powtarzanie wykorzystane jako metoda nauczania, dziecko powtarza terapeuta, rodzic koryguje czynności dziecka,
- wskazówki – sygnały typu gest, słowo słabe lub mocne, są aluzją do oczekiwania reakcji,
- pantomima – wykonywanie ruchów, z których składa się zdanie bez posługiwania się materiałami,
- polecenie słowne – artykułowanie poleceń przy jednoczesnej redukcji gestów i mimiki.

5.4. Główne etapy terapii dzieci autystycznych

1. Przygotowanie do uczenia się :

- ◆ nauka wykonywania prostych poleceń (usiądź, wstań, wrzuć klocek do pudełka, połóż ręce na kolanach, przerwa, chodź itp.)
- ◆ koncentrowanie i utrzymywanie uwagi,
- ◆ eliminowanie zachowań niepożądanych,

2. Naśladowanie niewerbalne.
3. Dopasowywanie i sortowanie.
4. Język recepcyjny (rozumienie języka .
5. Naśladowanie werbalne (mowa).
6. Język ekspresyjny (komunikowanie się) .
7. Kształtowanie pojęć abstrakcyjnych.
8. Umiejętności szkolne.
9. Umiejętności społeczne.
10. Umiejętności zabawy (spędzania wolnego czasu).
11. Umiejętności samoobsługi.

5.5. Kolejność realizacji celów :

Naukę można rozpocząć w zakresie każdej umiejętności znajdującej się w strefie najbliższego rozwoju jednak najskuteczniej jest gdy program nauczania uwzględnia na początku umiejętności wstępne.

Oczywistym jest, że dziecko nauczy się z większą łatwością zadań przed nim stawianych, gdy wcześniej opanuje czynności niezbędne do wykonania tego zadania. Rozwój nawet w przypadku prawidłowo rozwijających się dzieci nie jest płynnym, ciągłym procesem zmian każdej umiejętności i sfery funkcjonalnej. Jedna lub kilka dziedzin rozwija się do pewnego momentu, następnie zatrzymują się na pewnym poziomie, by jednocześnie w tym czasie nastąpił rozwój innych umiejętności. W wyniku interakcji dwóch lub więcej sfer funkcjonalnych zaczynają pojawiać się nowe umiejętności.

Dzieci nabywają umiejętności w następującej kolejności :

1. Naśladowanie – ten sposób uczenia się jest podstawą nauki nowych słów i języka, umiejętności naśladowcze podnoszą także wrażliwość w zakresie dokładnej obserwacji, zadania do naśladowania mogą być realizowane na bardzo wczesnym poziomie rozwoju,

2. Motoryka duża – umiejętności motoryczne są podstawą każdej działalności dziecka, wzmacniają również koncentrację uwagi u dzieci hipoaktywnych, pozwalają na wyładowanie nadmiaru energii u dzieci hiperaktywnych.

3. Percepcja – umiejętności percepcyjne są bazą w procesie uczenia się, gdyż są zasadnicze przy komunikacji i poznawaniu otoczenia, są niezbędne dla rozwoju małej motoryki koordynacji wzrokowo ruchowej, zwiększona zdolność percepcyjna daje poczucie pewności opanowania co korzystnie wpływa na proces uczenia się.

4. Motoryka mała – wysoka sprawność wpływa na wzrost zdolności percepcyjnych

i umiejętności naśladowania, jest konieczna dla rozwoju umiejętności zawodowych, rozszerza możliwości zabawy i znacząco stymuluje rozwój dziecka,

5. Koordynacja wzrokowo – ruchowa – wymaga integracji umiejętności percepcyjnych

i motorycznych, prawidłowy rozwój ręki i oka warunkuje dobry rozwój we wszystkich, wcześniej wymienionych dziedzinach,

6. Czynności poznawcze – (dopasowywanie, dzielenie na kategorie, układanie w kolejności) umożliwiają lepsze zrozumienie otaczającego świata, planowania, rozumienia relacji przyczynowo–skutkowych, znacznej poprawie ulegają związki społeczne i komunikacja, zachowanie dziecka staje się bardzo elastyczne,

7. Mowa czynna – stanowi podstawę interakcji, obejmuje zdolności recepcyjne

(mowa bierna) i ekspresyjne (mowa czynna), umiejętności werbalne umożliwiają kontakty

z otoczeniem są głównym czynnikiem porządkującym i kształtującym procesy umysłowe, pomagają wyrazić potrzeby uczucia, mają łagodzący wpływ na wszystkie zachowania.

5.6. Zadania edukacyjne

I. Poziom niższy.

1. W zakresie naśladowania :

- Rozwijanie umiejętności wykorzystywania materiałów w sposób naśladowczy.
- Naśladowanie ruchów.
- Naśladowanie dźwięków.

2. W zakresie percepcji :

- Zwiększanie wrażliwości na bodźce dotykowe.
- Lokalizacja przedmiotów w określonym terenie.
- Rozwijanie umiejętności śledzenia wzrokiem.
- Koncentrowanie uwagi wzrokowej.
- Utrzymywanie uwagi wzrokowej.
- Lokalizowanie źródła dźwięków.
- Rozpoznawanie znaczenia dźwięków.

3. W zakresie motoryki dużej :

- Zwiększanie energii i siły mięśni.
- Doskonalenie równowagi.
- Usprawnianie koordynacji ruchów.
- Rozwijanie zdolności wymijania i omijania przeszkód.

4. W zakresie motoryki małej.

- Chwytywanie i ujmowanie przedmiotów dwoma palcami.
- Utrzymywanie i zwalnianie uścisku w czasie umieszczania przedmiotu w określonym miejscu.
- Wykonywanie ruchów skrętnych nadgarstka przy chwytywaniu przedmiotów.
- Skoordynowanie ruchów obu rąk.

II. Poziom wyższy.

1. W zakresie koordynacji wzrokowo – ruchowej :

- Kontrolowanie kierunku rysowania linii.
- Kopiowanie wzorów, przy pomocy różnorodnych materiałów.

2. W zakresie czynności poznawczych :

- Rozpoznawanie podobieństw i różnic.
- Rozpoznawanie i odtwarzanie sekwencji przedmiotów.
- Rozumienie sekwencji wydarzeń.
- Rozpoznawanie wspólnych cech przedmiotów.
- Ignorowanie zbędnych bodźców.

3. W zakresie mowy, komunikacji :

- Rozumienie czasowników dotyczących działań i poleceń.
- Rozpoznawanie nazw rzeczowników.
- Nauczenie, wyrażania własnych potrzeb.

5.7. Integracja z grupą

Ivar Lovaas jest twórcą stopniowego integrowania dziecka autystycznego z grupą rówieśniczą. Integracja z grupą rówieśniczą jest procesem długotrwałym, stopniowym i zależnym od wielu czynników. Zanim wejdziemy z dzieckiem do dużej sali, w której znajduje się duża grupa dzieci, czeka terapeutów i dziecko wiele pracy.

Sukces tego procesu jest zależny od czynników, które można podzielić na dwie grupy:

1. Czynniki organizacyjne.

- znalezienie odpowiedniej placówki, w której prowadzony byłby proces integracji, warunkiem koniecznym jest odrębna sala, w której terapeuta pracuje indywidualnie z dzieckiem,
- ustalenie planu zajęć z grupą dzieci zdrowych, konieczna jest zgoda rodziców dzieci zdrowych, wychowawców i nauczycieli na udział w zajęciach dziecka autystycznego.
- współpraca z dyrekcją i zespołem nauczycieli z danej placówki, zgoda na obecność terapeuty prowadzącego na lekcjach i zajęciach.

2. Czynniki terapeutyczno – edukacyjne.

- terapeuta ma ustalony program radzenia sobie z zachowaniami zakłócającymi naukę,
- dziecko potrafi wykonywać proste polecenia typu usiądź , popatrz na mnie,

bądź spokojny,

- dziecko naśladuje dorosłego przynajmniej w zakresie motoryki dużej,
- jest uczony na bazie możliwej komunikacji.

Integrację z grupą należy prowadzić według etapów :

1. Dziecko – terapeuta w małej salce.
2. Dziecko – rówieśnik (kilku rówieśników) – terapeuta w małej salce.
3. Dziecko – rówieśnicy – terapeuta – wychowawca w dużej sali.
4. Dziecko – rówieśnicy – wychowawca w dużej sali.

Ad.1. W osobnej salce terapeuta pracuje według indywidualnego programu. W czasie tych zajęć dziecko uczy się nowych umiejętności, wyrównuje braki edukacyjne. Szczególną uwagę poświęca się zadaniom, które były złe, lub wcale, wykonane w grupie.

Ad.2. Dzieci, które mają wewnętrzną motywację do bycia w grupie mają znacznie większe możliwości nabywania umiejętności interpersonalnych. Zachowania odpowiednio wzmacniane dają szansę generalizowania określonych zachowań.

Ad.3. Gdy dziecko umie naśladować rówieśników (choćby w wąskim zakresie) należy rozpocząć próby włączenia do zajęć grupowych. Na początku najlepsze rezultaty uzyskuje się na zajęciach gimnastycznych i rytmicznych. Następnie bardzo powoli przechodzi się do zajęć edukacyjnych.

Rolą terapeuty na zajęciach w grupie jest pomoc w chwilach zawieszenia się dziecka. Może to być metodą od pełnej podpowiedzi manualnej do cieniowania i wycofania się w końcowej fazie. Dziecko nie może uzależnić się od pomocy terapeuty. Bodźcem wywołującym zachowanie dziecka autystycznego ma być, w efekcie końcowym, polecenie wychowawcy lub rówieśnika – nie terapeuty.

Ad.4. Ostatnim etapem nabywania zdolności interpersonalnych jest przebywanie i funkcjonowanie w grupie bez terapeuty. Tylko wtedy gdy zespół rówieśników jest przygotowany do pomocy dziecku autystycznemu istnieje szansa na powodzenie. Najlepszym okresem włączania dziecka w grupę jest wiek przedszkolny, wtedy dzieci są dumne z powodu tego, że mogą pomóc koledze. Proces w tym przedziale wiekowym zazwyczaj przebiega w sposób naturalny i bez większych stresów.

6. Indywidualny program dla ucznia Grzegorza B.

6.1. Wypisy z orzeczeń PPP

Uczeń badany w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w listopadzie 2003 roku.

Diagnoza :

Badanie psychiatryczne : autyzm wczesnodziecięcy, opóźnienia rozwoju psychoruchowego. Znacznie utrudnione

kontakty społeczne, mechanizm naśladowania mowy. Trudności w przystosowaniu się do zmian. Niska koordynacja wzrokowo – ruchowa, sprawność motoryczna. Prezentuje zachowania niepożądane.

Zalecenia :

- wskazane kształcenie specjalne dla osób z autyzmem,
- zajęcia rewalidacyjne z wykorzystaniem terapii treningu behawioralnego,
- umożliwienie dziecku kontaktu z grupą rówieśniczą przy współdziałaniu nauczyciela prowadzącego kształcenie indywidualne.

Uzasadnienie :

Ze względu na autyzm wczesnodziecięcy wymaga specjalnych form kształcenia m.in. wykorzystanie terapii treningu behawioralnego, terapię integracji sensoryczno – motorycznej – metody ruchu rozwijającego wg Sherbone, metodą Knillów – świadomość własnego ciała.

6.2. Wyniki obserwacji pedagogicznych

Grzegorz to siedmioletni chłopiec o regularnych, łagodnych rysach twarzy. Jest czwartym z pięciorga dzieci małżeństwa między czterdziestym a pięćdziesiątym rokiem życia. Rodzeństwo to Paweł – już pełnoletni mężczyzna upośledzony umysłowo w stopniu umiarkowanym, 15 letnia siostra – uczennica gimnazjum, 11 letnia siostra ucząca się w szkole podstawowej z rocznym opóźnieniem i 4 letnia, najmłodsza z rodzeństwa dziewczynka.

Rodzice Grzesia podejrzewali nieprawidłowy rozwój syna, jednak nic konkretnego w związku z tym faktem nie zrobili.

Dziecko pojawiło się po raz pierwszy w szkole 1 września 2003r. Od samego początku funkcjonowania w grupie widoczne były zaburzenia zachowania. Grześ nie chciał rozstawać się z rodzicami, kurczowo trzymał się odzieży, krzyczał, kopał, szczypał i gryzł. Po zostawieniu dziecka w grupie rzucał się na podłogę, kopał nogami, chował głowę w ręce i charakterystycznie zawodził. Na próby podniesienia go z podłogi – wrzeszczał i wykrzykiwał zostaw!, idź!.

Gdy się podnosił z podłogi stawał przy szafie i uderzał głową w mebel. Nie reagował na żadne polecenia. Brany za rękę wrywał się i wrzeszczał idź!.

Pojazdy typu samochody, ciągniki, motocykle były w stanie zatrzymać na chwilę jego zaciekawienie. Zabawa wyglądała bardzo stereotypowo – siedział, jeździł i wydawał odgłosy naśladujące warkot silnika. Nie zawiązywał kontaktów z żadnymi kolegami. Nie wchodził w interakcje rówieśnicze. W krótkich chwilach zainteresowania się przedmiotem bawił się rutynowo, samotnie. Polecenia kierowane do grupy zdawały się nie docierać do Grzesia. Każda czynność wymagała całkowitego prowadzenia. Nawet rozpoczęte zadania nie były kończone bez ciągłego wsparcia nauczyciela.

Dziecko : Grzegorz B. **Wiek :** 7 lat 3 m–ce

Data : 15.03.2004r.

A. Naśladowanie : w/z słownym : naśladuje mlaśnięcia, kaszel, płacz, śmiech, proste zadania

w/z ruchowym : wkładanie i wyjmowanie klocków z pudełka, rysowanie

prostych, pionowych kresek, naśladowanie prostych

ruchów rąk i dłoni

B. Percepcja : chwilę patrzy na ruch ręki, sięga po przedmioty

znajdujące się w pobliżu, rozpoznaje obcych, reaguje spojrzeniem na dźwięk swojego imienia (nie zawsze i nie od razu), rozpoznaje mimikę twarzy (śmiech, płacz).

C. Motoryka duża : chodzi samodzielnie, rzuca woreczkiem, zatrzymuje się

aby podnieść przedmiot z podłogi, siada i wstaje z krzesła samodzielnie, chodzi na palcach, wchodzi i schodzi ze schodów z pomocą.

D. Motoryka mała : przekłada przedmioty z ręki do ręki, trzyma ołówek

i kredkę, gryzmoli, naciska kławkę, wyciska klej z tuby, ustawia wieżę z 6–7 klocków, chwytając nożyc z trudem próbuje ich używać, nie manipuluje plasteliną.

E. Koordynacja wzrokowo–ruchowa : sięga i chwytając przedmioty w zasięgu ręki, samodzielnie wkłada pożywienie z ręki do ust, trzyma kubek, podnosi i pije z niego, wykonuje kilka kresek od góry na dół.

F. Czynności poznawcze : kontroluje przedmioty, rzuca, puszcza, ciągnie,

eksperymentuje z gestami i dźwiękami, rozumie proste

zależności typu kontakt – lampa, rozpoznaje swoje

odbicie w lustrze, nazywa główne części ciała, łączy

naukę ze znanym przedmiotem.

G. Mowa bierna : reaguje na głos i swoje imię, rozumie i reaguje

na chodź, cześć, wykonuje proste polecenia

wydawane słownie i gestem, podaje na polecenie znane

przedmioty, wskazuje znane osoby, zwierzęta, zabawki.

H. Mowa czynna : naśladuje głosy pojazdów, zwierzęta (psa, kota, kury),

wypowiada życzenia jednowyrazowymi zwrotami

(chodź, daj, idź), nazywa siebie imieniem, zdarza się,

że używa dwuwyrazowych wyrażenia (Grzesiu idzie,

mama idzie), pozdrawia cześć, pa–pa,

dzień dobry.

I. Samoobsługa : sam je, czuje, ciastko, cukierka, pije z kubka sam,

trzymając oburącz, samodzielnie porusza się po domu,

w ciągu dnia stara się kontrolować oddawanie moczu

i stolca, sam spuszcza wodę w toalecie, odkłada zabawki na polecenie, myje i wyciera ręce z pomocą.

J. Uspołecznienie : uśmiecha się, okazuje dorosłym zadowolenie

i niezadowolenie, okazuje emocje (złość, radość),

oczekuje zainteresowania swoją osobą.

Dziecko : . Wiek : .

Data : .

A. Naśladowanie : w/z słownym :

w/z ruchowym : ..

B. Percepcja : ..

C. Motoryka duża :

D. Motoryka mała : .

E. Koordynacja wzrokowo–ruchowa : ..

F. Czynności poznawcze : .

G. Mowa bierna :

H. Mowa czynna : ...

I. Samoobsługa : ...

J. Uspołecznienie :

6.3. Cele i zadania do realizacji

Dziecko : Grzegorz B. **Wiek :** 7 lat 4 m–ce

Data : 10.05.2004r.

Cele i zadania.

A. Cele w zakresie naśladowania :

1. Rytmicznych ruchów.
2. Rysowania kilku prostych linii.
3. Uderzeń przedmiotami (jeden i drugi).
4. Prostych czynności innych osób.

B. Cele w zakresie percepcji :

1. Dostrzega kształty otworów.

2. Reaguje na gesty rąk (stop, przyjdź).
3. Rozróżnia wzory (krzyżyk, gwiazdka, owal).
4. Rozróżnia kolory (czerwony, zielony, żółty, niebieski).

C. Cele w zakresie motoryki dużej :

1. Chodzi w bok.
2. Stoi na jednej nodze.
3. Wchodzi na stopnie bez pomocy.
4. Schodzi ze schodów samodzielnie przy asekuracji.

D. Cele w zakresie motoryki małej :

1. Ustawia wieżę z więcej niż 7 klocków.
2. Manipuluje plasteliną.
3. Odpina guziki.
4. Skręca śrubkę z nakrętką.

E. Cele w zakresie koordynacji wzrokowo – ruchowej :

1. Łapie odbitą piłkę.
2. Tnie papier po linii prostej.
3. Umieszcza kształty w otworze (koło, trójkąt, kwadrat, krzyżyk, gwiazdka).
4. Nakleja proste elementy.

F. Cele w zakresie czynności poznawczych :

1. Ustawia 3–4 przedmioty wg wzoru.
2. Łączy w pary jednakowe przedmioty.
3. Rozumie abstrakcyjne pojęcia : duży – mały.
4. Odróżnia cechy : kształtu, koloru.

G. Cele w zakresie mowy biernej i czynnej :

1. Rozumie słowa oznaczające kolor.
2. Kojarzy słowa z kategoriami (jedzenie, ubranie).
3. Słucha wyjaśnień – dlaczego? jak?.

H. Cele w zakresie samoobsługi :

1. Zdejmuje kurtkę, bluzę, (rozpinaną z przodu na całej długości).
2. Myje i wyciera ręce samodzielnie.
3. Odpina duże guziki samodzielnie.
4. Wieszka odzież na wieszaku.

I. Cele w zakresie uspołecznienia :

1. Prosi o pomoc.
2. Cieszy się ze swoich osiągnięć.
3. Bawi się samodzielnie w znane zabawy (pod kontrolą dorosłego)
4. Bawi się w proste zabawy grupowe.

Cele i zadania do realizacji

Dziecko : Wiek :

Data :

Cele i zadania do realizacji.

A. Cele w zakresie naśladowania :

1...

2...

3...

4...

B. Cele w zakresie percepcji :

1...

2...

3...

4...

C. Cele w zakresie motoryki dużej :

1.....

2...

3....

4...

D. Cele w zakresie motoryki małej :

1. ...

2. ...

3. ...

4. ...

E. Cele w zakresie koordynacji wzrokowo – ruchowej :

1...

2...

3...

4...

F. Cele w zakresie czynności poznawczych :

1...

2...

3...

4...

G. Cele w zakresie mowy biernej i czynnej :

1

2

3

H. Cele w zakresie samoobsługi :

1.

2.

3.

4.

I. Cele w zakresie uspołecznienia :

1.

2.

3.....

4.

6.4. Zadanie domowe

Dziecko : Grzegorz B. **Data :** 10.05.2004r.

Cele :

1. Czekać – 5 sekund, nie wrywając materiałów z ręki.
2. Rozumieć hasło koniec.

3. Odkładać zabawki na miejsce po komunikacji koniec.

Czynności :

1. Budowanie wieży z 7–8 klocków.

Pomoce : Karton z klockami drewnianymi.

Procedura :

Przygotuj klocki w kartonie, postaw na stole. Zawołaj – Grzesiu – poczekaj, aż dziecko spojrzy na ciebie. Po uzyskaniu kontaktu wzrokowego powiedź : popracujemy.

Kiedy usiądzie sam lub po podpowiedzi manualnej, powiedz czekaj, nie pozwól brać klocków zanim nie minie 5 sekund. Pochwal go za ładne czekanie. Pozwól budować wieżę, lub to co najbardziej lubi. Po chwili zabawy powiedź zbuduj wieżę. Gdy skończy nie pozwól zburzyć! Powiedz czekaj kiedy minie 5 sekund – pochwal. Powiedz koniec, odłóż klocki – pomóż posprzątać w razie potrzeby. Po skończeniu zadania pochwal dziecko, Koniec pracy – brawo!, pocałuj, przytul.

2. Rysowanie pionowych linii ołówkiem i kredkami.

Pomoce : duży arkusz papieru, ołówek i 4 kredki (żółta, zielona, czerwona i niebieska).

Procedura :

Pudełko z kredkami i ołówkiem połóż po lewej stronie stołu, papier przed stanowiskiem Grzesia, pokrywkę od pudełka po prawej stronie. Powiedz Chodź Grzesiu,

czas popracować. Kiedy już siedzi powiedź czekaj odlicz 5 sekund. Gdy ma już spokojne ręce i spogląda na Ciebie powiedź daj – wskazując na ołówek. Gdy poda, weź i narysuj długą linię od lewej do prawej strony arkusza. Powiedz narysuj – możesz prowadzić jego dłoń i odłożyć ołówek do pokrywki po prawej stronie. Pochwal go, uśmiechnij się.

Analogicznie postępuj z kredkami. Gdy wszystkie kredki zostaną wykorzystane powiedź – koniec. Pomóż posprzątać stanowisko i odnieś przybory na swoje miejsce. Po posprzątaniu pochwal i przytul swoje dziecko.

Zadanie domowe

Dziecko : . Data : .

Cele :

1...

2...

3...

Czynności :

1.

Pomoce :

Procedura :

2. ...

Pomoce : ...

Procedura :

7. Zakończenie

Uczenie dzieci autystycznych jest bardzo ekscytującym wyzwaniem. Terapeuta może czerpać prawdziwą przyjemność obserwując postępy swojego ucznia. Należy jednak pamiętać, o tym że terapia dzieci autystycznych jest długa i trudna, że zdarzają się sytuacje traumatyczne dla dziecka i terapeuty. Kiedy jednak uda się ustalić jasne i klarowne kroki, którymi chcemy poprowadzić dziecko, kiedy najbliższe otoczenie dziecka, jego najbliżsi zaangażują się świadomie i autentycznie w proces terapeutyczny, mamy prawo rokować, że wspólna praca przyniesie pozytywne efekty dziecko będzie miało więcej szans na lepsze bardziej godne, funkcjonowanie w środowisku. Życie naszego wychowanka nigdy nie będzie takie samo jak życie jego rówieśników, jednak należy zrobić wszystko aby było jak najpełniejsze i jak najwartościowsze na miarę jego możliwości.

8. Bibliografia

1. Delacato C.H. Dziwne, niepojęte. Autystyczne dziecko, Warszawa, Synapsis 1995r.
 2. Dziecko niepełnosprawne w rodzinie, red. Obuchowska I., Warszawa WS i P 1999r.
 3. Gałkowski T. Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym, Warszawa WS i P 1995r.
 4. Ivav Lovaas, Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo. Mój elementarz, Warszawa WS i P 1993r.
 5. Jaklewicz H. Autyzm wczesnodziecięcy. Diagnoza, przebieg, leczenie. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 1993r.
 6. Kaufman B.N. Przebudzenie syna. Terapia dzieci autystycznych.T.1. Synapsie Warszawa 1990r.
 7. Kaufman B.N. Uwierzyć w cud. Terapia dzieci autystycznych.T.2. Warszawa Elekrium 1991r.
 8. Schopler E., Reichler R.J., Bashford A., Lansing M.D. i Marcus L.M. Profil Psychoedukacyjny. Gdańsk Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym 1995r.
 9. Schopler E., Reichler R.J., Lansing M. Indywidualizowana ocena i terapia dzieci autystycznych i z zaburzeniami rozwoju. Techniki nauczania dla rodziców i profesjonalistów. Gdańsk, Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym 1995 r.
- Dziecko niepełnosprawne w rodzinie, red. Obuchowska I., WSiP S.A. Warszawa 1999r.
- Jaklewicz H., Autyzm wczesnodziecięcy, Diagnoza, przebieg, leczenie, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 1993r.

Schopler E., Reichler R.J. , Bashford A., Lansing M.D. i Marcus L.M., Profil Psychoedukacyjny. Gdańsk, Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym 1995r.

Schopler E. , Reichler R.J. , Lansing M. Zindywidualizowana ocena i terapia dzieci autystycznych i z zaburzeniami rozwoju. Techniki nauczania dla rodziców i profesjonalistów. Gdańsk, Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym 1995r.

Materiały szkoleniowe z cyklu szkoleń dotyczących Terapii Behawioralnej przeznaczone dla nauczycieli, terapeutów i osób pracujących z dziećmi i młodzieżą z autyzmem, Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym, Gdańsk 2004r.

I.Lovaas, Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo. Mój elementarz, Warszawa WSiP 1993r.

Materiały szkoleniowe z cyklu szkoleń dotyczących terapii behawioralnej, Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym, Gdańsk 2004r.

2