

3.

AUTYZM

ZESPÓŁ ASPERGERA

DZIECI Z NADPOBUDLIWOŚCIĄ PSYCHORUCHOWĄ

Autyzm dziecięcy – znaczenie wczesnego rozpoznania i terapii

Autyzm dziecięcy (autyzm wczesnodziecięcy, autyzm głęboki, zespół Kanner, [ang.](#) *autistic disorder*, *childhood autism*, [łac.](#) *autismus infantum*) – to złożone zaburzenie rozwoju i funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzujące się zakłóceniami zdolności [komunikowania](#) [uczuć](#) i budowania [relacji interpersonalnych](#), zubożeniem i stereotypowością zachowań oraz trudnościami z integracją wrażeń [zmysłowych](#). Alienacja chorych w świecie własnych przeżyć sprawiła, że zaburzenie to nazwano autyzmem, od [stgr.](#) αὐτός (*autós*), co oznacza „sam” (nie należy go jednak mylić z [autyzmem schizofrenicznym](#) – terminem wprowadzonym do [psychiatrii](#) przez [Eugena Bleulera](#))¹.

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 w rozwoju dotyczą wielu sfer rozwoju i funkcjonowania dziecka. W przypadku autyzmu dziecięcego i zespołu Aspergera objawy dotyczą:

- zaburzeń interakcji społecznych;
- zaburzeń porozumiewania (dwustronnej komunikacji słownej i bezsłownej);
- występowania powtarzających się, ograniczonych i stereotypowych wzorców zachowań, zainteresowań i aktywności.²

¹ Pużyński S., Janusz Rybakowski, Jacek Wciórka (red.), *Psychiatria. Tom II: Psychiatria kliniczna. Wydanie II.* Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010, s. 591-597.

² G. Jagielska, *Dziecko z autyzmem i Zespołem Aspergera w szkole i przedszkolu. Informacje dla pedagogów i opiekunów*, Ośrodek Rozwoju i Edukacji, Warszawa 2010.



Kryteria rozpoznania autyzmu według ICD 10 (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 ([ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems](#)) – międzynarodowy system [diagnozy nozologicznej](#))

A. Nieprawidłowy lub upośledzony rozwój wyraźnie widoczny przed 3. rokiem życia w co najmniej jednym z następujących obszarów:

1. rozumienie i ekspresja językowa;
2. rozwój wybiórczego przywiązania społecznego;
3. funkcjonalna lub symboliczna zabawa.

B. W sumie występuje co najmniej sześć objawów spośród wymienionych w punktach 1,2,3, przy czym co najmniej dwa z punktu 1 i co najmniej po jednym z punktów 2 i 3; tj. :

Ad pkt 1. (rozumienie i ekspresja językowa). Jakościowe nieprawidłowości wzajemnych interakcji społecznych, **przejawiane w co najmniej dwóch** następujących obszarach:

- a) opóźnienie lub zupełny brak mówionego języka, który nie wiąże się z próbą kompensowania za pomocą gestów lub mimiki jako alternatywnego sposobu porozumiewania się;
- b) względny niedostatek inicjatywy i wytrwałości w podejmowaniu wymiany konwersacyjnej, w której zachodzą zwrotne reakcje na komunikaty innej osoby, stereotypowe oraz powtarzające się, idiosynkratyczne wykorzystanie słów i wyrażeń;
- c) brak spontanicznej różnorodności zabawy w udawanie lub zabawy naśladowującej role społeczne;

Ad pkt 2. (rozwój wybiórczego przywiązania społecznego). Jakościowe nieprawidłowości w porozumiewaniu się **przejawiane w co najmniej w jednym** z następujących obszarów:

- a) niedostateczne wykorzystanie kontaktu wzrokowego, wyrazu twarzy, postawy ciała i gestów do odpowiedniego regulowania interakcji społecznych;
- b) niedostateczny rozwój związków rówieśniczych, obejmujących wzajemne podzielane zainteresowania, czynności i emocje;
- c) brak odwzajemnienia społeczno-emocjonalnego, przejawiającego się upośledzeniem lub odmiennością reagowania na emocje innych osób, albo brak modulacji zachowania odpowiedniej do społecznego kontekstu, albo słaba integracja zachowań społecznych, emocjonalnych i komunikacyjnych
- d) brak spontanicznej potrzeby dzielenia się emocjami z innymi osobami, radości, osiągnięć;



Ad pkt 3. (funkcjonalna lub symboliczna zabawa). Ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności, **przejawiane w co najmniej jednym z następujących obszarów:**

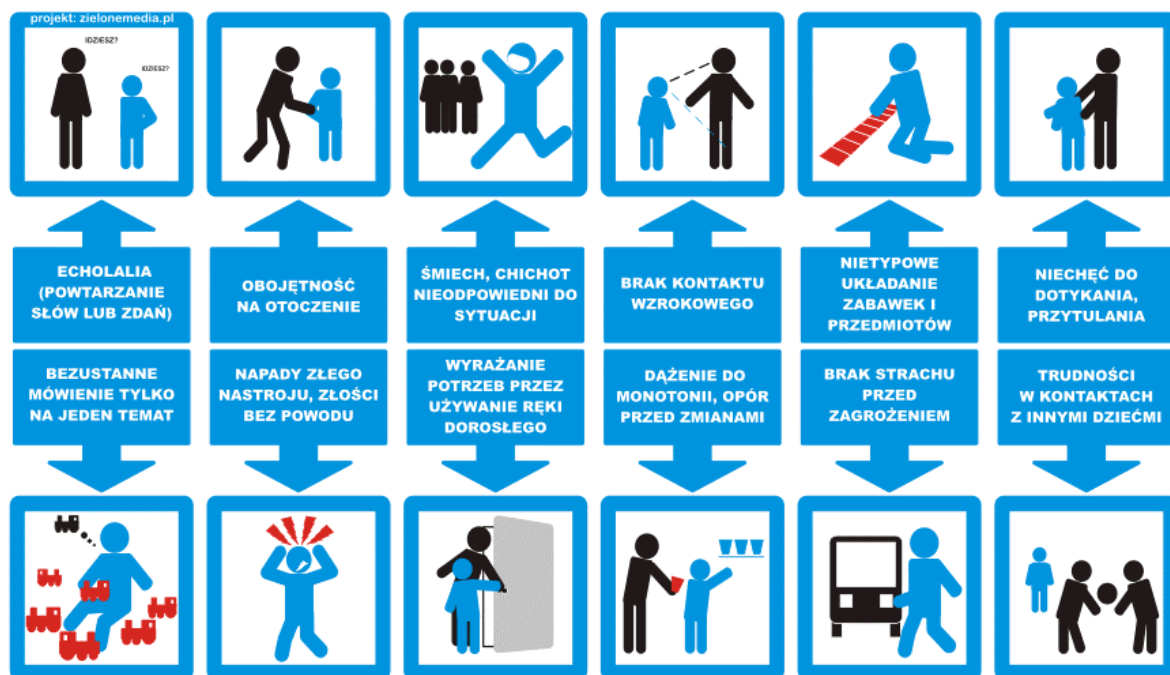
- a) pochłonięcie jednym lub wieloma stereotypowymi zainteresowaniami, nieprawidłowej treści i zogniskowaniu;
- b) wyraziste, kompulsywne przywiązanie do specyficznych, нефunkcjonalnych czynności rutynowych i zrytualizowanych;
- c) stereotypowe i powtarzające się manieryzmy ruchowe obejmujące albo kręcenie palcami, albo złożone ruchy całego ciała;
- d) koncentracja na cząstkowych lub нефunkcjonalnych właściwościach przedmiotów służących do zabawy (jak i zapach, odczucie powierzchni lub powodowanego hałasu czy wibracji).

C. Obrazu klinicznego nie można wyjaśnić innymi odmianami całościowych zaburzeń rozwojowych, specyficznymi rozwojowymi zaburzeniami rozumienia języka, z wtórnymi trudnościami społeczno-emocjonalnymi, reaktywnymi zaburzeniami przywiązania, ani zaburzeniami selektywności przywiązania, upośledzeniem umysłowym z pewnymi cechami zaburzeń emocji i zachowania oraz ze schizofrenią o niezwykle wczesnym początku, ani zespołem Retta³.

³ T. Pietras, A. Witusik, *Autyzm – pozycja nozologiczna, charakterystyka kliniczna i diagnoza*, w: T. Pietras, A. Witusik, P. Gałecki (red.), *Autyzm – epidemiologia, diagnoza i terapia*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010



Objawy i kryteria rozpoznania autyzmu



Źródło: <http://www.zss4.edu.pl/Autyzm>

Znaczenie wczesnego rozpoznania i terapii autyzmu

W przypadku autyzmu dziecięcego bardzo ważne jest postawienie diagnozy w jak najwcześniejszym okresie rozwoju. Wcześniej rozpoczęta intensywna, wielokierunkowa terapia, dzięki tzw. plastyczności mózgu (to jego zdolność do ulegania trwałym zmianom w procesie rozwoju, kompensacji oraz uczenia się poprzez tworzenie i obumieranie połączeń pomiędzy komórkami nerwowymi) stwarza warunki do znacznej poprawy funkcjonowania dziecka. Przyjmuje się, że wcześniej podjęta interwencja terapeutyczna powinna być podjęta przed ukończeniem przez dziecko 3 roku życia⁴.

Autyzm dziecięcy poddaje się różnym formom leczenia (zwłaszcza oddziaływaniom behawioralnym, edukacyjnym), które mogą w pewnym stopniu poprawić funkcjonowanie chorych, ale nie jest w pełni uleczalny – zaburzenie to utrzymuje się do końca życia⁵. Zakres

⁴ G. Jagielska, *dz. cyt.*

⁵ S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria. Tom II: Psychiatria kliniczna. Wydanie II.* Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010, s. 591-597.



możliwej do osiągnięcia poprawy objawowej uzależniony jest m.in. od tego, jak wcześnie zaburzenie zostanie rozpoznane i jak wcześnie dziecko zostanie objęte odpowiednim programem terapeutycznym wspierającym jego rozwój. Leczenie farmakologiczne ma znaczenie uzupełniające i umożliwia złagodzenie tylko części behawioralnych przejawów autyzmu lub objawów współwystępujących z nim zaburzeń. W przypadku autyzmu nie ma leków, które stanowiłyby przyczynową formę leczenia, ani leków, które usuwałyby osiowe dla niego dysfunkcje.

U większości dzieci autystycznych objawy widoczne są już w pierwszym roku życia. W typowym autyzmie niepokojące symptomy pojawiają się do 36 miesiąca życia. Czasami zdarza się, że rodzice, zaniepokojeni rozwojem dziecka wcześniej, obserwują np.:

- brak rozwoju mowy;
- stereotypowe zabawy;
- stereotypie ruchowe, czyli samoczynnie powtarzające się, bezużyteczne i często rytmiczne ruchy takie, jak kołysanie całego ciała, kręcenie i kiwanie głową, zwijanie włosów, uderzanie w dłonie;
- brak reakcji na swoje imię⁶.

⁶ Tamże.



Zachowanie	Czas wystąpienia
Brak reakcji na imię	8-10 miesiąc życia
Brak wskazywania palcem	1. rok życia
Ubogi repertuar zachowań w interakcji z drugim człowiekiem	1./2. rok życia
Niewyciąganie ręki do ludzi	1./2. rok życia
Brak empatycznego reagowania	20 miesiąc życia
Preferowanie samotności	2. rok życia
Ignorowanie ludzi	2. rok życia
Brak lub krótki czas patrzenia na ludzi	12 miesiąc życia
Brak odpowiedniej gestykulacji i wyrażania emocji za pomocą odpowiedniej postawy	2. rok życia
Brak odwzajemnienia uśmiechu w sytuacjach społecznych	1./2. rok życia
Brak naśladowania	20 miesiąc życia
Nietypowe pozy	2. rok życia
Nieposzukiwanie kontaktu w celu dzielenia się radościami i emocjami	2. rok życia

Źródło: <http://www.radiosud.pl/fakty/dziwne-niepojęte-dziecko-z-diagnoza-autyzmu-3847>

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. Niekiedy czujność rodziców pozostaje uśpiona, zwłaszcza jeżeli dziecko jest jedynakiem albo urodziło się jako pierwsze i rodzice nie mogą porównać jego funkcjonowania z funkcjonowaniem rówieśników. W związku z tym, dość często pierwszymi osobami, które zauważają nieprawidłowości w rozwoju dziecka mogą być nauczyciele przedszkola⁷.

⁷ G. Jagielska, *dz. cyt.*



Dziecko z autyzmem. Dostęp do diagnozy i terapii w Polsce

Większość rodziców obserwuje pierwsze **objawy**:



Autyzm
1 - 2 rok życia



Zespół Aspergera
około 3. roku życia

Najwięcej dzieci zostaje zdiagnozowanych:



Autyzm
2 - 3 rok życia

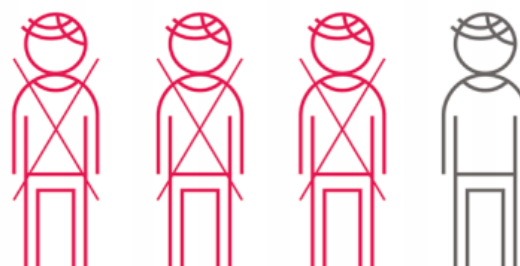
Zespół Aspergera
około 8. roku życia



50% rodziców po zaobserwowaniu u dziecka pierwszych niepokojących zachowań szuka pomocy u lekarza pierwszego kontaktu (na rejonie).



75% z nich wraca do domu bez skierowania do Poradni dla Osób z Autyzmem Dziecięcym



Źródło: Dziecko z autyzmem. Dostęp do diagnozy, terapii i edukacji w Polsce, 2016.

Raport przygotowany w 2016 r. przez Fundację JiM Dziecko z autyzmem. Dostęp do diagnozy, terapii i edukacji w Polsce przedstawia **4 najważniejsze wnioski z przeprowadzonych badań.**

1) NFZ rozdziela pieniądze na diagnozę i terapię dzieci z autyzmem bez planu i strategii.

Z danych zgromadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że między poszczególnymi województwami są ogromne dysproporcje w dostępie do środków na diagnozę i terapię dzieci z autyzmem. W 2015 roku najczęściej dostało Mazowsze (7 mln). W województwach śląskim, kujawsko-pomorskim i opolskim na terapię nie były przeznaczone żadne środki. W tych województwach nie ma ani jednej poradni dla osób z autyzmem dziecięcym, w których można otrzymać bezpłatną pomoc.



2) Dzieci diagnozowane są za późno.

Mimo że większość rodziców obserwuje pierwsze objawy autyzmu przed ukończeniem 2. roku życia, a zespołu Aspergera ok. 3. roku życia, to najczęściej dzieci z autyzmem otrzymuje diagnozę między 2. a 3. rokiem życia, a zespołu Aspergera dopiero około 8. roku życia.

3) Lekarze pierwszego kontaktu często nie rozpoznają autyzmu.

Aż 75% rodziców po zgłoszeniu pediatrze problemów rozwojowych u swojego dziecka nie otrzymało skierowania do specjalistycznej poradni. Największy problem występuje na terenach wiejskich, gdzie tylko 15% rodziców po zasygnalizowaniu lekarzowi niepokojących objawów otrzymało skierowanie do poradni dla osób z autyzmem.

4) W 70% rodzin jeden z rodziców rezygnuje z pracy, żeby opiekować się dzieckiem.

W rodzinach wychowujących dziecko z zaburzeniami ze spektrum autyzmu aż w 70% jeden z opiekunów rezygnuje z pracy, żeby zająć się dzieckiem. Co więcej, wiele osób deklaruje, że swoją aktywność zawodową musiało ograniczyć do minimum⁸.

Funkcjonowanie dziecka z autyzmem

Autyzm nie jest stanem statycznym, ponieważ obserwowane objawy ewoluują wraz z wiekiem. Dzieci dotknięte autyzmem fizycznie nie odróżniają się od swoich rówieśników. Autyzm występuje częściej u chłopców niż dziewczynek. Pojawia się w 4 przypadkach na 10 tys. urodzeń. W ostatnich latach obserwuje się stały wzrost liczby dzieci dotkniętych autyzmem. Coraz częściej uczniowie z autyzmem uczą się nie tylko w klasach integracyjnych, ale też w szkołach ogólnodostępnych.

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.

⁸ Dziecko z autyzmem. Dostęp do diagnozy, terapii i edukacji w Polsce, 2016.



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.⁹

1) Funkcjonowanie dziecka z autyzmem w okresie przedszkolnym:

- 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, 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

⁹ G. Jagielska, Dziecko z autyzmem i Zespołem Aspergera w szkole i przedszkolu. Informacje dla pedagogów i opiekunów, Ośrodek Rozwoju i Edukacji, Warszawa 2010



stworzone (na przykład chwywanie i toczenie piłki, budowanie wież i mostów) oraz brak współdziałania w zabawie¹⁰.

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 wychowanego z nieobecny kuzynem, w której dziecko udaje, że jest kuzynem), jednak są one stereotypowo powtarzane. Występuje nadmierna koncentracja na szczegółach, co pozbawia dziecko możliwości całościowego poznawania świata. Zwykle dopiero około 6 roku życia dzieci autystyczne zaczynają mówić o sobie „ja”¹¹.

2) Funkcjonowanie dziecka z autyzmem w wieku szkolnym

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 rutyny i rytuałów.

To, czy dziecko autystyczne poradzi sobie w szkole, dobrze się w niej zaadoptuje, zależy przede wszystkim od zaangażowania szkoły i nauczycieli oraz dobrej współpracy z rodzicami.

Badania wykazują, że uczniowie autystyczni mogą przejawiać różne wzorce zachowań w sytuacjach kontaktu z rówieśnikami. Lorna Wing i Judith Gould wyodrębniły trzy grupy dzieci autystycznych:

1. dzieci zamknięte w sobie:

często nie okazują żadnych potrzeb o charakterze społecznym, sprawiają wrażenie nieobecnych, mają duże kłopoty w porozumiewaniu się, 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.

¹⁰G. Jagielska, *dz. cyt.*

¹¹ Tamże.



2. 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 rówieśnikami ma charakter rutynowy, wyuczony, zwykle posługują się mową, wykonują polecenia, odpowiadają na pytania, ich zabawa jest schematyczna, pozbawiona kreatywności i spontaniczności, zdarza się im uczestniczyć w różnych aktywnościach wspólnie z grupą, ale przyjmują postawę bierną.

3. dzieci, aktywnie i spontanicznie próbują nawiązać kontakt z rówieśnikami:

robią to w sposób dziwny, nieadekwatny do sytuacji, mają trudności w zrozumieniu perspektywy drugiej osoby, mogą zadawać ciągle te same pytania, mówić tylko na temat, który ich interesuje, nie potrafią podtrzymać kontaktu i rozmowy przy temacie zaproponowanym przez partnera interakcji¹².

Dzieci każdej z tych grup będą wymagały od nauczyciela trochę innego podejścia do sposobu uczenia ich i włączania w grupę rówieśniczą.

Trudności ucznia z autyzmem

Trudności ucznia z autyzmem mogą dotyczyć:

1. kontaktów społecznych i przystosowania do zasad panujących w grupie – braku kontaktu wzrokowego, trudności z nawiązaniem i podtrzymywaniem relacji, izolacja.
2. przewidywania i rozumienia swoich zachowań oraz ich konsekwencji, a także przewidywania i rozumienia zachowań innych osób oraz ich konsekwencji, mylne odczytywanie zachowań, gestów - dziecko może nie rozumieć oczekiwań otoczenia, gdyż nie rozumie instrukcji i zasad wyrażanych werbalnie, nie domyśla się intencji na podstawie gestów, niekiedy gwałtownie, agresywnie zareaguje na nagłą zmianę rutynowej sytuacji przekroczywszy granice „osobistej przestrzeni innych”.
3. problemów z rozpoznawaniem, rozumieniem i właściwym wyrażaniem swoich emocji oraz radzeniem sobie z emocjami innych – dzieci z autyzmem mają problem z rozpoznawaniem wyrazu twarzy innych osób, mowy ciała, np.: reagują śmiechem na płacz innej osoby lub krzykiem, agresją próbują wyrazić sprzeciw lub prośbę.
4. komunikacji językowej przejawiającej się m.in.:

¹² L. Bobkowicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2000.



- niemożnością opanowania umiejętności czytania i pisania lub
 - hiperleksją, czyli zdolnością czytania wykraczającą poza umiejętności właściwe dla wieku dziecka albo intensywną fascynacją literami lub cyframi przy jednoczesnym braku rozumienia czytanego tekstu, dosłownym rozumieniu języka, trudnościami w rozumieniu metafor, żartów, itp.;
 - echolalią, czyli powtarzaniem słów lub zwrotów właśnie usłyszanych lub zapamiętanych, powtarzanych z odroczeniem,
5. hiperaktywnością, czyli nadmiernej ruchliwości, zdezorganizowanej, słabo kontrolowanej aktywności, problemów ze skupieniem uwagi, często skupienie na szczegółach i nie dostrzeganie całości, braku wytrwałości w realizacji zadań, wymagających zaangażowania poznawczego, tendencji do przechodzenia od jednej aktywności do drugiej bez ukończenia żadnej z nich.
 6. sensoryzmów (podwrażliwości), czyli obniżonego progu reakcji lub nadmiernej r, schematyzmów sztywności zachowań, braku elastyczności w reagowaniu na nowe sytuacje, rutynę.
 7. lęku, niechęci do akceptowania zmian.
 8. planowania czynności – ustalenie kolejności działań, zrozumienie celu działania i dążenia do efektu końcowego.
 9. gwałtownych reakcji, wybuchowości, zachowań agresywnych, krzyku, autoagresji.
 10. szczególnych, wybiórczych zainteresowań lub uzdolnień, natręctw.¹³

Postrzeżenie ucznia autystycznego przez rówieśników

Przyjazne środowisko szkolne, codzienne relacje z rówieśnikami, ich otwartość i akceptacja – są to czynniki, które niewątpliwie ułatwiają dzieciom z autyzmem wyuczenie umiejętności bycia w relacji z innymi. Specyfika zaburzeń autystycznych powoduje, że o dzieciach i młodzieży z autyzmem mówi się, że pozostają na marginesie. Wiele dzieci i nastolatków z autyzmem w szkole staje się ofiarą zaczepek, lekceważenia lub znęcania. Dzieci autystyczne są często dręczone i odrzucane przez innych uczniów tylko dlatego, że są inne i odstają od grupy.

Często dzieci z autyzmem są oceniane jako słabsze i stają się kozłami ofiarnymi. Zadaniem nauczyciela jest włączanie dziecka autystycznego w grupę rówieśniczą¹⁴. Aby proces włączania

¹³Tamże.

¹⁴J. Błęszyński, *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*, Wyd Impuls, Kraków 2013.



dziecka autystycznego w grupę rówieśniczą mógł przebiegać prawidłowo ważne jest wsparcie grupy wobec dziecka autystycznego i rola nauczyciela w tym wsparciu.

Nauczyciel pracujący z dzieckiem autystycznym powinien posiadać następujące cechy: wyrozumiałość, otwartość umysłu, pozytywne usposobienie, poczucie humoru i skłonność do próbowania nowych rozwiązań. Nauczyciele, którzy doceniają różnorodność, akceptują uczniów takimi, jakimi są i doceniają niezwykłość dzieci z autyzmem, okazują się szczególnie¹⁵.

Aby integracja w klasie przebiegała prawidłowo nauczyciele powinni znaleźć odpowiedni sposób, aby wyjaśnić swojej klasie specyficzne trudności osób dotkniętych autyzmem dobrym narzędziem służącym temu jest „*Lekcja akceptacji*” zaproponowana przez Fundację „Na niebiesko”. Polega na uświadomieniu uczniom, w jaki sposób ich autystyczni koledzy odbierają świat, jak należy się zachować wobec autystycznego kolegi, jak się nie zachowywać, jak mu pomóc. Nauczyciel powinien zadbać o to, aby uczeń autystyczny był systematycznie włączany w życie społeczne klasy i szkoły, m.in. poprzez udział w imprezach szkolnych, akademiach, konkursach, wycieczkach, itp.¹⁶. W stosunku do kolegi z autyzmem ważny jest: szacunek, powaga, opiekuńczość, stanowczość. Aktualnie lansuje się model edukacji wspierającej w miejsce integracyjnej.

Leczenie autyzmu

Z autyzmu nie da się wyleczyć. Dziecko z autyzmem, będzie dorosłym z autyzmem. Natomiast, nieprawidłowości w poszczególnych sferach funkcjonowania, są elementami, nad którymi trzeba systematycznie pracować. Wszystkie formy terapii znacząco podnoszą jakość funkcjonowania chorych, a co za tym idzie – jakość ich życia. Autyzm to szereg współwystępujących problemów. Terapia dzieci autystycznych musi być interdyscyplinarna, co znaczy, że z jednym dzieckiem musi pracować kilku specjalistów. Wiodącą metodą wspomagającą rozwój, jest **Terapia Behavioralna**, prowadzona głównie przez wykwalifikowanych psychologów i pedagogów, a jej

¹⁵L. Bobkowicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2000.

¹⁶ J. Błęszyński, *dz. cyt.*



metody odnoszą się do zachowania oraz bazują między innymi na wzmacnianiu pożądanych zachowań, jak i wygaszaniu tych dysfunkcyjnych.

Psycholog pracuje z dzieckiem przede wszystkim w takich obszarach jego funkcjonowania, jak emocje, funkcjonowanie społeczne i poznawcze, komunikowanie się, czy samodzielność. Ważnym elementem podnoszenia funkcjonowania dzieci, jest terapia logopedyczna, dzięki której mogą one nabyć umiejętność prostego komunikowania się z otoczeniem.

Złożonym problemem autyzmu są występujące zaburzenia integracji sensorycznej. Odnoszą się one do nieprawidłowego filtrowania informacji przez poszczególne zmysły. Zaburzenia integracji sensorycznej, mogą objawiać się nadwrażliwością lub niedowrażliwieniem w zakresie poszczególnych zmysłów i wymagają **terapii Integracji Sensorycznej (SI)** określana mianem tzw. „naukowej zabawy”, która znacząco może umożliwić poprawę jakości życia.

Zespół (Syndrom) Aspergera

Zespół Aspergera (syndrom Aspergera, [ang. Asperger syndrome, AS](#)) – [całościowe zaburzenie rozwoju](#) mieszczące się w [spektrum autyzmu](#). Aczkolwiek wśród specjalistów i badaczy nadal trwa debata, czy zespół Aspergera jest [typem autyzmu](#), czy odrębną jednostką chorobową. Precyzja diagnostyczna jest o tyle istotna, że zespół Aspergera bardzo trudno zdiagnozować. Jest najłagodniejszą formą całościowych zaburzeń rozwoju. Ludzie z tym zaburzeniem przypominają osoby z autyzmem dziecięcym pod tym względem, że od wczesnego dzieciństwa występuje u nich ten sam rodzaj upośledzeń (jednak w dużo łagodniejszej postaci). W stosunku do głębokiego autyzmu wyróżniają się o wiele bardziej prawidłowym rozwojem mowy i procesów poznawczych, zaś z powodu swych niezwyklej zainteresowań łagodniejsze przypadki częściej uchodzą za ekscentryków niż ludzi o zaburzonej osobowości. Cierpiący na zespół Aspergera nie mają trudności w mówieniu i są znacznie bardziej komunikatywni. Na schorzenie częściej zapadają chłopcy. Choroba po raz pierwszy została zdiagnozowana w latach 90. XX wieku. Naukowcy nie są jeszcze w stanie jednoznacznie stwierdzić, skąd bierze się zespół Aspergera. Najczęściej mówi się jednak o podłożu genetycznym. Granice zespołu Aspergera są bardzo



nieostre, pokrewne zaburzenia to m.in. [autyzm wysokofunkcjonujący](#) WFA (HFA, *High-Functioning Autism*), [hiperleksja](#), [zaburzenie semantyczno-pragmatyczne](#) (SPD, *Semantic pragmatic disorder*), [upośledzenie zdolności niewerbalnego uczenia się](#) (NLD, *Nonverbal Learning Disabilities/Disorder*), a także zaburzenia emocjonalne jak [reaktywne zaburzenie przywiązania](#) (RAD, *Reactive attachment disorder*), [ADHD](#) i wiele innych rzadkich zespołów – ich prawidłowa diagnoza i rozróżnianie mogą sprawiać problemy w wielu indywidualnych przypadkach. Dlatego nierzadko, potocznie określa się mianem zespołu Aspergera wszystkie relatywnie łagodne zaburzenia rozwoju, gdzie głównym problemem jest nieumiejętność nawiązywania kontaktów społecznych.

Dziecko z zespołem Aspergera cechuje:

- rozwój poznawczy w granicach normy,
- trudności w komunikacji niewerbalnej (ograniczone gesty, skąpa ekspresja twarzy, dystans fizyczny, zachwianie rozumienia bliskości do innej osoby, kłopoty z kontaktem wzrokowym),
- w zasadzie prawidłowy rozwój mowy, aczkolwiek mogą występować zaburzenia w postaci opóźniony rozwój, powierzchownie perfekcyjny język ekspresyjny, sztywna i pedantyczna mowa, nietypowa [prozodia](#) i charakterystyka głosu, uszkodzenie zdolności rozumienia języka – przede wszystkim znaczeń przenośnych i ukrytych, **trudności z abstrakcyjnym myśleniem**,
- zamiłowanie do zachowań powtarzalnych, rutyny i rytuałów,
- ograniczone zainteresowania i aktywność, połączone czasem z obsesyjnym zainteresowaniem jedną dziedziną,
- często występująca niezgrabność niezaradności ruchowa (nie zawsze),
- zaburzony rozwój umiejętności społecznych (**niechęć do kontaktów z rówieśnikami** nieumiejętność lub brak chęci współpracy w grupie)¹⁷.

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.

¹⁷.M. Charbicka, „Dziecko z zespołem Aspergera”, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2015.



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 odmiennego funkcjonowania mózgu.

Brak trafnego rozpoznania może powodować, że ewentualna uzyskana pomoc jest fragmentaryczna i nie przynosi poprawy f funkcjonowania¹⁸.

Zachowania wskazujące, że dziecko ma objawy zespołu Aspergera

W młodszym wieku dziecko z syndromem Aspergera może:

- **unikać kontaktów z innymi dziećmi** (nie być zainteresowane nawiązywaniem kontaktów koleżeńskich lub przyjaźni,
- **nieprawidłowo interpretować sygnały społeczne, nie rozumieć tego co „wypada”, a co nie.** W rozmowie dziecko z zespołem Aspergera opowiadając o interesującym je temacie stereotypowo wraca do niego, nie uwzględniając potrzeb osoby, z którą rozmawia.

¹⁸ G. Jagielska, *dz. cyt.*



- **samodzielne nie uczyć się zasad funkcjonowania społecznego spontanicznie, poprzez obserwację, ale muszą być ich nauczone¹⁹.**

Ponadto w kontaktach społecznych:

- **nie potrafią one uogólniać zasad na sytuacje podobne.**
- problemem może być również ich **nadmierna bezpośredniość, prawdomówność, nieuwzględnianie uczuć innych, gdy np. bez oporów wygłaszają niestosowne komentarze nie biorąc pod uwagę, że mogą tym sprawiać innym przykrość.** Są zawsze prawdomówne i **drobiazgowo oraz sztywno przestrzegają przepisów i regulaminów.** W przypadku gdy dorośli nie przestrzegają ich lub zmieniają w sposób nieadekwatny do przyjętych reguł, potrafią powiedzieć o tym nauczycielowi lub dyrektorowi szkoły, co z kolei może przysparzać im wielu kłopotów w relacjach społecznych.

Nastolatki z zespołem Aspergera, ze względu na swoje trudności, zazwyczaj nie mają przyjaciół ani bliskich kolegów. 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 emocjonalnej²⁰.

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.

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,

¹⁹ Tamże.

²⁰ M. Charbicka, *Dziecko z zespołem Aspergera*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2015



plastyczny. Stosunkowo słaby jest poziom rozumienia, myślenia abstrakcyjnego (rozwijania pojęć, wnioskowania, wydawania osądów) oraz rozumienia sytuacji społecznych.

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 zespołowych²¹.

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.

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.²²

Mogą też odmawiać spożywania niektórych pokarmów, odżywiać się selektywnie (niewielka ilość tolerowanych potraw).

²¹ Tamże.

²² G. Jagielska, *dz. cyt.*



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. Dziecko na ogół pozostaje pod opieką poradni psychologiczno-pedagogicznej, która w zależności od indywidualnych potrzeb ucznia wydaje orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego z zaleceniami do realizacji przez szkołę.

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 społecznych²³.

Wskazówki do pracy z dziećmi z zespołem Aspergera

- Zapewnić dziecku przewidywalne i bezpieczne otoczenie;
- Zminimalizować występowanie zmian;
- Zaoferować niezmienny codzienny rozkład zajęć; dziecko musi rozumieć codzienną rutynę i wiedzieć, czego oczekiwać, tak aby było w stanie skupić się na bieżących zadaniach;
- Unikać niespodzianek. Złagodzić strach przed nieznanym pozwalając dziecku zapoznać się z nowym zajęciem, nauczycielem, klasą, szkołą, obozem itd. Tak wcześnie jak to możliwe po poinformowaniu go o zmianie, aby uniknąć obsesyjnego zamartwiania się;
- Chronić dziecko przed napastowaniem i drażnieniem;
- Podkreślać wyjątkowe zdolności dziecka tworząc okazję do wspólnego uczenia się, w których wykazywana przez dziecko umiejętność czytania, znajomości słownictwa, dobra pamięć itd. będzie widziana przez kolegów jako zaleta, ułatwiając akceptację;

²³ Tamże.



- Większość dzieci chce mieć przyjaciół, ale po prostu nie wie jak ich zdobyć. Powinny być one nauczone jak reagować na wskazówki społeczne i powinno się im dawać zestawy odpowiedzi do zastosowania w różnych towarzyskich sytuacjach. Naucz dzieci co i jak mówić;
- Zachęcać dziecko do aktywnej socjalizacji i ograniczać czas spędzany na zajmowaniu się swoimi sprawami w samotności;
- Nie pozwalać na ciągłą dyskusję i pytania na temat jego zainteresowań. Ograniczać to zachowanie wyznaczając ramy czasowe w ciągu dnia kiedy dziecko może o tym mówić);
- Dzieci te powinny być także chwalone za proste, oczekiwane społeczne zachowania które w przypadku innych dzieci są uważane za oczywiste²⁴.

Dzieci z zespołem Aspergera muszą otrzymać pomoc w nauce tak szybko, jak tylko trudności w danym obszarze zostaną zauważone. Szybko popadają one w przygnębienie i reagują dużo poważniej na porażkę niż inne dzieci.

Zespół Aspergera: leczenie

Zespół Aspergera jest chorobą nieuleczalną, jednak wczesna terapia umożliwi sprawne funkcjonowanie w społeczeństwie. Leczenie farmakologiczne, jeżeli jest w ogóle konieczne, rozpoczyna się w wieku dojrzewania. Wprowadzone leki antydepresyjne zazwyczaj zostają z chorym na kilka lat lub całe życie. W leczenie powinna zostać zaangażowana cała rodzina. Leczenie osoby z zespołem Aspergera to przede wszystkim praca nad rozwojem umiejętności społecznych. Nauka w poradni to m.in.: zawieranie znajomości, radzenie sobie w nowym miejscu, inicjowanie rozmowy, słuchanie oraz zadawanie pytań na różne tematy, odmawianie, dyskusowanie, rozumienie zachowań innych osób oraz reagowanie na krytykę. Terapia poznawczo-behawioralna, która wykorzystywana jest najczęściej podczas leczenia przy zespole Aspergera, powinna zminimalizować problemy²⁵.

²⁴M. Charbicka, *dz. cyt.*



Objawy, diagnoza, funkcjonowanie oraz terapia i leczenie dzieci z ADHD

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (*attention deficit hyperactivity disorder* – ADHD) jest stanem klinicznym, któremu towarzyszy upośledzenie funkcjonowania w wielu dziedzinach, powodując problemy w nauce, zaburzone relacje z bliskimi, trudności społeczne i występowanie różnych problematycznych zachowań. Jest to jedno z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych u dzieci, a w świadomości społecznej niesłusznie jest kojarzone jako stan dotyczący tylko właśnie tej grupy wiekowej. Do niedawna również wielu ekspertów podzielało ten pogląd – uważano, że objawy zespołu ustępują w okresie dojrzewania lub tuż po nim, a jego wpływ na funkcjonowanie osób dorosłych jest niewielki lub wręcz nie istnieje²⁶.

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) ujawnia się dość wcześnie – zazwyczaj do 5. roku życia. Dziecko nie jest wytrwałe w swoich działaniach, szybko się nudzi nowym zajęciem czy zabawką. Zaczyna wykonywanie kilku czynności naraz i żadnej z nich nie kończy. ADHD występuje u 4-8% dzieci w wieku wczesnoszkolnym (6–9 lat), częściej u chłopców niż u dziewczynek. Częstość tego schorzenia maleje z wiekiem – w kolejnych 5-letnich grupach wiekowych jest niższa o 50%. Niektóre cechy zespołu utrzymują się jednak nawet w wieku dorosłym (60%).

Przyczyny występowania ADHD

Na występowanie zespołu nadpobudliwości psychoruchowej wpływa kilka czynników:

- predyspozycje genetyczne (gen kodujący receptor D4 i D5);
- mała aktywność dopaminy w strukturach mezolimbicznych i korowych;
- urazy w ciąży;
- mała waga urodzeniowa;
- niedotlenienie dziecka podczas porodu;
- osłabione procesy hamowania neuronalnego;
- zatrucia metalami ciężkimi;
- uszkodzenie centralnego układu nerwowego;
- palenie papierosów przez kobiety w ciąży;

²⁶L. Pfiffner, *Wszystko o ADHD*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2004.



- urazy głowy;
- zaniedbanie (np. brak pomocy dziecku w nauce);
- nieprawidłowa dieta zawierająca zbyt dużą ilość konserwantów, węglowodanów prostych lub sztucznych barwników;
- zażywanie w trakcie ciąży substancji psychoaktywnych;
- zespół FAS - występujący u kobiet w ciąży nadużywających alkoholu.²⁷

Objawy ADHD

Symptomy dotyczą głównie:

- **zaburzeń uwagi i koncentracji** – występuje trudność w skupieniu uwagi i słuchaniu innych, brak dbałości o szczegóły, ciągle roztargnienie, zapominanie o czymś, brak dobrej organizacji; dziecko poprzez swoje rozkojarzenie popełnia błędy; nie potrafi skoncentrować swojej uwagi na zadaniach, które go nie interesują. Oprócz tego ma problemy z wykonywaniem zaplanowanych czynności, np. obowiązków domowych - odkłada ich wykonanie na ostatnią chwilę; często gubi różnego rodzaju przedmioty i zabawki, nie jest w stanie przypomnieć sobie gdzie zostawiło określony przedmiot. Ponadto dziecko unika wykonywania czynności, które wymagają od niego dużego zaangażowania i długotrwałej koncentracji; sprawia wrażenie jakby nie słuchało co się do niego mówi;
- **porywczności** – dziecko często podejmuje ryzykowne działania, jest niecierpliwe, przeszkadza innym, próbuje ciągle skupiać na sobie uwagę; odpowiada na pytania zanim ktoś skończy je zadawać; wyraża swoje emocje i myśli bez zastanowienia, kompletnie nie zważając na to, czy tak "wypada"; podczas grupowych zabaw nie potrafi cierpliwie poczekać na swoją kolej;
- **nadruchliwości** – malec przebywa w ciągłym ruchu - często bezcelowym; w sytuacji, kiedy musi pozostać przez jakiś czas w jednym miejscu, zaczyna się wiercić, bawić, wyłącza się z aktywności; nie może powstrzymać się od mówienia; często ma trudności w kontynuowaniu rozpoczętego zadania i je zarzuca; nie potrafi dostosować zachowania

²⁷ C. Green., Chee K., Zrozumieć ADHD, Laurum, Warszawa 2009,



do sytuacji (często jest ono niewłaściwe); nie potrafi podczas zabawy zachowywać się cicho, również odpoczywanie w ciszy i spokoju sprawia mu trudności²⁸.

Powyzsze objawy ADHD występują u każdego dziecka z innym nasileniem.

Leczenie dzieci z ADHD

Podstawowym elementem kompleksowego leczenia ADHD są edukacja i poradnictwo. Stanowią one podstawę leczenia. W ramach poradnictwa należy udzielić informacji o zespole nadpobudliwości psychoruchowej/zaburzeniu hiperkinetycznym, kładąc szczególny nacisk na objawy, etiologię, przebieg, rokowanie i możliwości leczenia.

Psychoedukacja winna odnosić się do stwierdzanych u pacjenta objawów i wyjaśniać specyficzny dla danego dziecka obraz zaburzenia i wynikające niego indywidualne potrzeby. Powinna ona objąć podstawowe strategie radzenia sobie z objawami dziecka:

- zmniejszenie ilości bodźców rozpraszających w otoczeniu,
- dopasowanie czasu wykonania czasu pracy do możliwości dziecka,
- planowanie zadań,
- przewidywanie zagrożeń²⁹.

Wspieranie dziecka z ADHD w szkole

Szkoła jest drugim środowiskiem, w którym dziecko spędza najwięcej czasu, dlatego prowadzi się szkolenia dla nauczycieli, którzy mają pod opieką dzieci z ADHD.

Nauczyciel powinien :

- stwarzać właściwe warunki w czasie trwania lekcji – ważne jest, aby w sali, w której prowadzone są zajęcia, ograniczyć do minimum przedmioty, kolory, które mogą rozpraszać; dziecko powinno siedzieć blisko nauczyciela, aby ten mógł w łatwiejszy sposób skupić na sobie uwagę ucznia, natomiast warto jest zwrócić uwagę, aby jego miejsce nie było przy oknie ani drzwiach (to również może utrudniać koncentrację);

²⁸ L. Pfiffner, *dz. cyt.*

²⁹ A. Borowska, *Jak pomóc dziecku z ADHD?*, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce 2009.



- dzielić pracę – czynności, które dziecko ma zrobić, nie mogą być zbyt długie; należy podzielić pracę na kilka etapów;
- przedstawić plan lekcji na początku zajęć;
- przedstawić dzieciom metody dydaktyczne, które ułatwiają zapamiętywanie oraz przyswajanie informacji;
- ciekawie prowadzić lekcje, obejmujące pracę w grupach itp.³⁰

Zespół Aspergera a autyzm

Zespół Aspergera jest częściej spotykany niż autyzm, ale rzadziej rozpoznawalny. Ze względu na niewielką wiedzę specjalistów o bardzo łatwo podczas diagnozy o pomyłkę z autyzmem, zaburzeniami semantyczno-pragmatycznymi czy upośledzeniem zdolności niewerbalnego uczenia się.

Zespół Aspergera a autyzm: podobieństwa

Wymienia się trzy podobieństwa:

1. zaburzenia związków społecznych,
2. niechęć do zmian, przywiązanie do rutyny,
3. zaburzenia w komunikacji werbalnej, niewerbalnej i wyobraźni.

Zespół Aspergera a autyzm: różnice

Występuje wiele różnic między zespołem Aspergera a autyzmem.

Płaszczyzny różnic:

1. Emocje.

Zespół Aspergera: brak prawidłowej oceny emocji. Stany depresyjne w okresie dojrzewania, kiedy zauważa się własną inność.

Autyzm: brak empatii. Problem ze zrozumieniem i okazywaniem emocji.

2. Kontakty międzyludzkie.

Zespół Aspergera: dzieci z tą chorobą szybciej niż dzieci autystyczne przystosowują się do środowiska.

³⁰ Tamże.



Autyzm: zaburzone relacje, ucieczka od jakichkolwiek kontaktów, brak zainteresowania ludźmi, ignorowanie otoczenia.

3. Rozwój intelektualny.

Zespół Aspergera: rozwój umysłowy najczęściej nie odbiega od normy. IQ oceniane jest powyżej przeciętnej.

Autyzm: zazwyczaj upośledzenie umysłowe.

4. Komunikacja.

Zespół Aspergera: Dzieci nie mają problemu z komunikacją, ale posługują się mową „encyklopedyczną”, narzucają tematy, które je interesują. Wolą monolog od dialogu.

Autyzm: dzieci zazwyczaj nie mówią w ogóle.

Zespół Aspergera a autyzm – różnice

Autyzm	Zespół Aspergera
<ul style="list-style-type: none"> – brak kontaktu emocjonalnego, wzrokowego, – brak mowy lub specyficzny sposób mówienia nie służący komunikacji, – (mowa może być opóźniona), – fascynacja przedmiotami i sprawność w manipulowaniu nimi, – rutynowe, stereotypowe zachowania, – obsesyjne pragnienie niezmienności otoczenia, rytmu dnia, – dobry potencjał intelektualny; – dzieci zwinne, sprawne fizycznie. 	<ul style="list-style-type: none"> – słaba zdolność do interakcji społecznych, – tendencja do unikania spontanicznych kontaktów, – przywiązanie i brak skłonności do zmian, – niezgrabność ruchowa – nieadekwatność zachowań w różnych sytuacjach, – niebywała pamięć, – duża inteligencja, – stereotypowość i schematyczność działań,

Źródło: U. Frith, *Autyzm i zespół Aspergera*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.

Współpraca z rodzicami dziecka z autyzmem, zespołem Aspergera i nadpobudliwością psychoruchową

Współpraca z rodzicami/opiekunami ma podstawowe znaczenie w opiece i edukacji dziecka z zespołem Aspergera, z autyzmem czy nadpobudliwością psychoruchową.

Systematyczna, planowana współpraca jest jednym z czynników wpływających na osiągnięcia szkolne tych dzieci, na ich prawidłowe funkcjonowanie w klasie oraz środowisku szkoły.



Kontakty te często inicjują sami rodzice, ponieważ są świadomi potrzeby współdziałania i współpracy.

Rodzina jest pełnoprawnym uczestnikiem procesu rewalidacji, dlatego powinna być informowana i wyrażać zgodę na wszelkie oddziaływania podejmowane wobec dziecka.

Uprawnienia te wynikają z naturalnego prawa rodziców do decydowania o własnym dziecku.

Niezbędne do nawiązywania korzystnej współpracy jest pozyskanie przez wspierających zaufania i sympatii rodziców poprzez prezentowanie postawy akceptacji dla ich dziecka oraz wykazywanie potencjalnych możliwości rozwojowych dziecka. Tylko wówczas rodzice zaakceptują propozycje szkoły czy innych osób i zechcą w nich aktywnie pomagać³¹.

Najczęściej współpraca ta ma miejsce na linii rodzic – nauczyciel.

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 nauczycielami³².

Formy i zakres współpracy z rodzicami w dużej mierze będą zależały od dyspozycyjności i możliwości rodziców. 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.

³¹ G. Jagielska, *dz. cyt.*

³² Tamże.



Ważne by pracujący z dzieckiem szczególnie autystycznym i jego rodziną znali zasady postępowania w tego typu sytuacjach; m.in.

1. Stwórz poczucie bezpieczeństwa, nie zmuszaj do niczego.
2. Nie zanudzaj dziecka monotonnymi ćwiczeniami, bądź kreatywny.
3. Pamiętaj, by przestań do pracy była uporządkowana, tworzyła harmonię, pracuj systematycznie.
4. Wykorzystuj indywidualne predyspozycje dziecka, uwierz w jego możliwości.
5. Dziel się doświadczeniami i szukaj pomocy u rodzin w podobnej sytuacji, którzy już żyją z chorobą.
6. Pamiętaj, że to tylko dziecko, ma prawo popełniać błędy.
7. W niepożądanych zachowaniach dziecka szukaj treści którą Ci przekazuje.
8. Chwal.
9. Polegaj na intuicji .
10. Stwarzaj warunki by dziecko obcowało wśród rówieśników.
11. Niech Twoja mowa będzie wyraźna, wolna, używaj prostych słów.

Współpraca z rodzicami jest niezbędna, by zidentyfikować te obszary funkcjonowania dziecka, które wymagają poprawy i wsparcia. Dla poprawnego procesu edukacji i socjalizacji ważne jest, by zasady, których ma przestrzegać dziecko były jednakowe w domu i poza nim. Należy unikać doraźnego wzywiania rodziców w razie negatywnych zachowań dziecka.

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.

Problemy osobiste, rodzinne i szkolne dziecka z całościowymi zaburzeniami rozwoju, do których należą autyzm i zespół Aspergera czy nadpobudliwość ruchowa powodują, że dziecko i jego rodzina niejednokrotnie nie są w stanie im sprostać. Służby wspierające powinny wskazać konieczność konsultacji psychologa w specjalistycznej poradni zdrowia psychicznego, w ramach istniejącego systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Koniecznym jest też skorzystanie z poradni zajmujących się spektrum autyzmu.



W Polsce wiele organizacji pozarządowych działa na rzecz osób z autyzmem poprzez tworzenie samopomocowych grup wsparcia, działalność wydawniczą i szkoleniową.³³ Spośród wielu, można wskazać następujące:

- Fundacja SYNAPSIS,
- Fundacja na rzecz Rodzin Dotkniętych Autyzmem,
- Fundacja SILENTIO,
- Fundacja Rozwiązać Autyzm,
- Fundacja ALPHA,
- Fundacja Pomocy Osobom z Autyzmem MADA,
- Centrum Terapii Autyzmu
- Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym „Dalej Razem”,
- Stowarzyszenie na Rzecz Autyzmu „Uczymy się żyć razem”
- Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Autyzmem „ProFUTURO”,

Co istotne, praca z dzieckiem autystycznym, nie kończy się wraz z zamknięciem drzwi kolejnego gabinetu. Duża odpowiedzialność spoczywa również na rodzicach i ich zaangażowaniu w przenoszenie działań pomocowych do środowiska domowego.

Psychoedukacja obejmuje rodziców, opiekunów, system szkolny i samo dziecko. Rodzicom powinno się stworzyć okazje do rozmów terapeutycznych, podczas których mogliby uzyskać wsparcie i omówić problemy pojawiające się w związku z ich dzieckiem, co najmniej raz na pół roku opieki.

Współpraca z rodzicami dziecka z autyzmem, zespołem Aspergera i nadpobudliwością psychoruchową dotyczy w znaczącej mierze systemu edukacyjnego w tym względzie istotny jest określony model edukacyjny: obecny – integracyjny; czy oparty na edukacji włączającej (inkluzyj)

Integracja a edukacja włączająca

³³ G. Jagielska, dz. cyt.



W polskim systemie edukacyjnym obecny jest model integracji. W tym modelu do mniej licznej klasy przyjmuje się kilkoro uczniów z niepełnosprawnościami. W klasie jest dodatkowy nauczyciel, który pracuje na rzecz dzieci z niepełnosprawnościami. Wspiera dzieci w podążaniu za tokiem nauczania i w jak najpełniejszym korzystaniu z lekcji. Ten model zakłada, że koncentrujemy się na specjalnych potrzebach ucznia oraz w jaki sposób może „dogonić” rówieśników i dopasować się do szkoły.

Aktualnie to **model edukacji włączającej jest główną polityką edukacyjną krajów europejskich i USA.** Główny dokument, który wyznacza ten trend został przyjęty przez przedstawicieli 92 rządów oraz 25 międzynarodowych organizacji³⁴. W Polsce model edukacji włączającej nie jest jeszcze wprowadzony, jednak podpisaliśmy międzynarodowe deklaracje i podążamy w tym kierunku.

Model edukacji włączającej ma inne założenia niż model integracji. Edukacja włączająca zakłada, że uczniowie z niepełnosprawnością przyjmowani są do zwykłych szkół masowych w sąsiedztwie zamieszkania. Założeniem jest przygotowanie szkół masowych w taki sposób, żeby były w stanie każdemu uczniowi zapewnić optymalne środowisko do nauki.

Bibliografia

Błęszyński J., *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2013.

Bobkowicz-Lewartowska L., *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2000.

Borowska A., *Jak pomóc dziecku z ADHD?*, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce 2009.

Charbicka M., *Dziecko z zespołem Aspergera*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2015.

Dziecko z autyzmem. Dostęp do diagnozy, terapii i edukacji w Polsce, 2016.

³⁴ G. Lindsay, *Inclusive education: a critical perspective. British Journal of Special Education*, 2003, Vol. 30, No. 1, s. 3-12; <https://polskiautyzm.pl/edukacja-wlaczajaca/>



Frith U., *Autyzm i zespół Aspergera*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.

Green C., Chee K., *Zrozumieć ADHD*, Laurum, Warszawa 2009.

Jagielska G., *Dziecko z autyzmem i Zespołem Aspergera w szkole i przedszkolu. Informacje dla pedagogów i opiekunów*, Ośrodek Rozwoju i Edukacji, Warszawa 2010.

Lindsay G., *Inclusive education: a critical perspective. British Journal of Special Education*, 2003, Vol. 30, No. 1, s. 3-12; <https://polskiautyzm.pl/edukacja-wlaczajaca/>

Pfiffner L., *Wszystko o ADHD*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2004.

Pietras T., A. Witusik, *Autyzm-pozycja nozologiczna, charakterystyka kliniczna i diagnoza*, [w:] T. Pietras, A. Witusik, P. Gałęcki (red.) *Autyzm- epidemiologia, diagnoza i terapia*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010.

Pisula E, *Autyzm – przyczyny, symptomy, terapia*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010.

Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J.(red.), *Psychiatria. Tom II: Psychiatria kliniczna. Wydanie II*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010.

Randall P., Parker , *Autyzm – jak pomóc rodzinie*, GWP, Gdańsk 2010.

<http://www.zss4.edu.pl/Autyzm>

<http://www.radiosud.pl/fakty/dziwne-niepojęte-dziecko-z-diagnoza-autyzmu-3847>

