

Jolanta Karbowniczek, Mariusz Grabowski

Czy naprawdę jesteśmy inni? : edukacja i stymulowanie rozwoju psychofizycznego dzieci z Zespołem Aspergera

Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce : kwartalnik dla nauczycieli nr 1,
5-17

2009

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.



dr hab. prof. AJD Jolanta Karbowniczek
mgr Mariusz Grabowski
Akademia im. J. Długosza w Częstochowie
Instytut Edukacji Przedszkolnej i Szkolnej

CZY NAPRAWDĘ JESTEŚMY INNI? EDUKACJA I STYMULOWANIE ROZWOJU PSYCHOFIZYCZNEGO DZIECI Z ZESPOŁEM ASPERGERA

*„Każdy z nas jest byle jaki – ma prawo być byle jaki.
Każdy z nas nosi w sobie swoją niepełnosprawność – lepiej
lub mniej ukrytą, a co więcej – lepiej lub mniej znaną nam samym”.*
Jean Vanier

Do tej pory poświęcono mało uwagi tematowi, jakim jest Zespół Aspergera (ZA). Powstało zaledwie kilka publikacji w postaci artykułów, książek i materiałów pokonferencyjnych. Do propagowania Zespołu Aspergera w Polsce i za granicą przyczynili się między innymi T. Attwood, M. Biedasiewicz, J. J. Bleszyński, Y. Fast, U. Frith, J. Kruk-Lasocka, M. L. Kutscher, M. Sekulowicz, A. Maciarz i W. Waclaw. Jest to dysfunkcja nadal nieznana wielu rodzicom i pedagogom.

Zespół Aspergera był niejednokrotnie błędnie interpretowany przez specjalistów w toku prowadzonej diagnozy. Zazwyczaj osoby z tą dysfunkcją utożsamiane były z autyzmem L. Kanner’a. Autyzm jako zaburzenie rozwojowe charakteryzuje się wielopostaciowością objawów. Głównie odnoszą się one do sfery kontaktów społecznych. Naukowcy w dalszym ciągu mają odmienne zdania na temat tej jednostki klinicznej.

Jedni wyrażają pogląd, że Zespół Aspergera jest łżejszym wariantem autyzmu. Natomiast inni wręcz twierdzą, że są to dwa odrębne zespoły zaburzeń (A. Klin, F. R. Volkmar, S. S. Sparrow, D. V. Cicchetti i B. P. Rourke). Autorzy uważają, że „profile poznawcze osób z autyzmem i z Zespołem Aspergera znacznie się różnią”¹.

W takim razie zanurzymy się w krótką refleksję nad tą dysfunkcją, zadając sobie pytania: Co to jest Zespół Aspergera? Jakie są różnice między autyzmem a Zespołem Aspergera? Jakimi cechami charakteryzują się osoby z zespołem Aspergera? Jakie metody stosuje się w terapii osób z Zespołem Aspergera? Czy realna jest edukacja tych osób? Czy możliwe jest stymulowanie uczniów w wieku wczesnoszkolnym?

¹ Y. Fast i inni, *Zespół Aspergera i NLD: Problematyka dotycząca zatrudnienia – relacje i strategie*, Warszawa 2008, s. 25.



Dziecko z syndromem Aspergera po raz pierwszy opisał w 1944 roku H. Asperger. Był to wiedeński psychiatra. Autor oparł się przede wszystkim na: pedagogice kompensacyjnej (Heilpädagogik). Według U. Frith tego podejścia „nie należy mylić z formą edukacji kompensacyjnej, która jest głęboko zakorzeniona w edukacji i medycynie zewnętrznej”². Początkowo H. Asperger wnioskował, że ma do czynienia z zaburzeniem osobowości o charakterze dziedzicznym. Po badaniach doszedł do wniosku, że się myli.

Zespół Aspergera w International Classification of Diseases (ICD) jako zaburzenie rozwojowe zostało oznaczone symbolem (F. 84.5). Jest to Międzynarodowa Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania z 1997 roku. Natomiast przez Diagnostic and Statistic Manual (DSM IV) został ujęty dopiero w 1994 roku.

Powyższy termin, czyli Asperger’s syndrom po raz pierwszy użyła L. Wing w 1981 roku. Inspiracją dla autorki był fakt, że dzieci posiadające objawy autyzmu charakteryzują się dość dobrym rozwojem procesów poznawczych. Autorka w opublikowanym artykule podjęła problem dotyczący wyodrębnienia Zespołu Aspergera oraz zaburzeń o charakterze autystycznym.

Z badań szwedzkich naukowców wynika, że „dzieci z syndromem Aspergera przejawiają następujące symptomy:

1. Duże trudności we współdziałaniu społecznym.
2. Obsesyjnie jednostronne zainteresowania.
3. Obsesyjną potrzebę i zależność od rutyny i rytuałów.
4. Problemy z mową i posługiwaniem się językiem.
5. Problemy z komunikacją niewerbalną.
6. Motoryczną niezręczność”³.

Osoby z syndromem Aspergera od wysokofunkcjonujących jednostek z autyzmem różnią się wyższym poziomem sprawności intelektualnej i ociążalnością ruchową. Przeprowadzone badania naukowe wykazują liczne różnice między autyzmem L. Kanner’a i Zespołem Aspergera.

Analiza badań **dzieci autystycznych** wykazuje, że:

- **etiologia**, czyli podłoże autyzmu odnosi się przede wszystkim do uszkodzenia mózgu w okresie płodowym, okołoporodowym i po narodzinach dziecka,
- **częstotliwość występowania**, od 2–5 dzieci na 10 000 przypadków,
- **pod względem płci** jest to jedna dziewczynka na czterech chłopców,
- **motorykę autystów** uważa się za prawidłową,
- **mowa** opóźniona, niezrozumiała albo brak jej w zupełności,
- występują nieprawidłowości w **interakcjach społecznych**.

² U. Frith, *Autyzm i zespół Aspergera*, Warszawa 2005, s. 14.

³ W. Waclaw, U. Aldenrud, S. Ilstedt, *Dzieci z autyzmem i zespołem Aspergera. Praktyczne doświadczenia z codziennej pracy*, Kraków 2000, s. 9.



Badania odnoszące się do osób z **Zespołem Aspergera** jednoznacznie pokazują, że:

- **etiologia** wskazuje jednoznacznie na czynniki (uwarunkowania) genetyczne, ale nie wyklucza się również uszkodzeń struktur mózgowych,
- **częstotliwość występowania** to 4 osoby na 1 000 przypadków,
- **pod względem płci** jest to przeważnie jedna dziewczynka na ośmiu chłopców (początkowo H. Asperger nie uwzględniał dziewcząt),
- **motoryczność** sztywna a koordynacja zła,
- **mowa** na dobrym poziomie, wynika to z: poprawnej składni, zasobu słów i wyrażania treści, rozwija się przed osiągnięciem wieku szkolnego,
- **zachowania społeczne** charakteryzują się kontaktem jednostronnym bez uwzględniania życzeń.

W odróżnieniu od L. Kanner'a H. Asperger nie skonstruował listy kryteriów diagnostycznych opisujących ten zespół. W pracach autorzy nie nawiązywali do swoich teorii”. Ostateczne wnioski H. Aspergera nie są całkowicie jasne, ale wydaje się on twierdzić, że autyzm może być końcowym rezultatem różnorodnych czynników i że zespół Kanner'a jest o wiele cięższą odmianą „psychopatii autystycznej”. Określa on zespół Kanner'a jako „bliski psychozy lub psychozę”, te terminy są same w sobie pozbawione znaczenia i nie wnoszą do dyskusji nic istotnego”⁴.

„Podstawą do postawienia diagnozy jest przeprowadzenie wywiadu rozwojowego, obserwacji swobodnej i współuczestniczącej, badania psychiatryczne, psychologiczne, logopedyczne oraz badania dodatkowe, np.: neurologiczne, endokrynologiczne, weryfikacja zebranych danych i diagnoza różnicowa”⁵.

Cechy charakterystyczne funkcjonowania zaburzeń to:

1. Wrażliwość emocjonalna. Dzieci:

- nie posiadają zasobów emocjonalnych pozwalających radzić sobie z realizowanymi zadaniami,
- są podatne na stres spowodowany trudnościami adaptacyjnymi,
- ich samoocena jest niska – są bardzo krytyczne względem siebie, nie tolerują pomyłek,
- wykazują podatność (zwłaszcza młodzież) na depresję (wśród dorosłych z Zespołem Aspergera udokumentowano wysoki odsetek osób cierpiących na depresję).

Zachowania nacechowane wściekłością lub przypadki utraty samokontroli są typową reakcją na stres lub frustrację, zwłaszcza gdy nie są zrozumiałe przez otoczenie, co powoduje uczucie złości i eksplozji agresji.

⁴ U. Frith, *Autyzm i Zespół Aspergera*, Warszawa 2005, s. 122.

⁵ M. Dumara, *Tajemnica dziecka z zespołem Aspergera*, [w:] *Dyskursy Pedagogiki Specjalnej 7: Współczesne problemy pedagogiki specjalnej*, red. U. Bartnikowska, Cz. Kossakowski, A. Krause, Olsztyn 2008, s. 337.



- rzadko wydają się zrelaksowane i łatwo zniechęcone, gdy rzeczywistość różni się od wizji wynikającej z ich sztywnych poglądów.

2. Trudności z nauką. Jednostki:

- zwykle wykazują się przeciętną lub ponadprzeciętną inteligencją (zwłaszcza w sferze werbalnej),
- mają trudności z myśleniem na wyższym poziomie generalizacji – występują u nich kłopoty z rozumieniem,
- wykazują skłonność do dosłowności: ich wyobrażenia są konkretne, a tworzone abstrakcje ubogie,
- zapamiętują mechanicznie teksty, brak umiejętności rozwiązywania problemów.

3. Problemy z koordynacją ruchów. Uczniowie:

- są niezgrabni i nieporadni pod względem fizycznym; stawiają sztywne, niezręczne kroki; nie mają osiągnąć w grach wymagających zdolności motorycznych,
- doświadczają problemów z ruchami precyzyjnymi, które mogą stawać się przyczyną kłopotów z pisanem i powodować zmniejszenie tempa rozwiązywania zadań szkolnych oraz wpływać na ich umiejętność rysowania.

4. Problemy z koncentracją. Osoby:

- są często nieskoncentrowane na zadaniu, rozpraszane przez bodźce wewnętrzne,
- wiele z nich przejawia symptomy ADHD,
- mają trudności z poświęceniem uwagi temu, co się wokół nich dzieje – koncentracja nosi raczej znamiona „dziwaczności”,
- wykazują skłonność do tworzenia własnego skomplikowanego świata wewnętrznego w sposób znacznie intensywniejszy niż typowe „śnienie na jawie”, mają problemy z grupowym uczeniem się.

5. Ograniczony zakres zainteresowań. Dzieci:

- zadają powtarzające się pytania, związane z własnymi zainteresowaniami,
- nie potrafią zrezygnować z niektórych pomysłów,
- podążają za swoimi skłonnościami, niezależnie od wymagań zewnętrznych, a niekiedy odmawiają uczenia się czegokolwiek, co wykraczałoby poza ich ograniczone pole zainteresowań.

6. Upośledzenie interakcji społecznych. Jednostki:

- Niewłaściwie interpretują wskazówki społeczne,
- Nie są w stanie ocenić „dystansu społecznego”,



- wykazują się niewielką zdolnością inicjowania i podtrzymywania konwersacji; mają dobrze rozwiniętą mowę, ale występują u nich problemy z komunikacją,
- wykazują niezdolność zrozumienia skomplikowanych reguł interakcji społecznych,
- są naiwne, skrajnie egocentryczne,
- unikają kontaktu fizycznego,
- mówią w kierunku ludzi,
- nie rozumieją dowcipów, ironii, metafor,
- stosują monotony lub wyniosły, nienaturalny ton głosu,
- brak im wrażliwości i taktu, przez co popadają w konfliktowe sytuacje w relacjach społecznych,
- potrafią zachowywać się w niekonwencjonalny sposób,
- paradoksalnie pragną zazwyczaj uczestniczyć w życiu społecznym.

7. Nacisk na unikanie zmian. Uczniowie:

- wykazują problemy z zaakceptowaniem minimalnych zmian,
- są bardzo wrażliwe na stresy środowiskowe, a niekiedy angażują się w rytuały,
- mają skłonności do obsesyjnego zamartwiania się, gdy nie wiedzą, czego mogą oczekiwać,
- łatwo wytrącają ich z równowagi: stres, zmęczenie i nadwyrężenie sensoryczne⁶.

Aby pomóc najmłodszym jednostkom z Zespołem Aspergera należy:

- zapewnić im przewidywalność sytuacji, w jakiej się znajdują,
- pomóc stworzyć listę określonych, właściwych kroków,
- podawać jasne, proste polecenia, wyjaśniać o co chodzi, pogłębiać realizowany temat i podzielić go na mniejsze części,
- zwracać uwagę na to, aby nie realizować zagadnień na poziomie abstrakcji,
- wspierać w przypadku trudności, jakie napotykają w trakcie realizowania zadań,
- wyjaśnić pewne zasady postępowania,
- stosować ustrukturyzowane programy działania,
- zapobiec powstawaniu przykrych emocji (frustracji),
- pomóc opracować programy potrzebne do nauki pisania liter i cyfr,
- wykorzystywać interesujące treści (poboczne ciekawostki interesujące dzieci) w zadaniach gramatycznych i matematycznych,
- zmieniać treści na właściwy temat,
- nauczyć poprawnie mówić w wielu sytuacjach,
- zachęcać do nawiązywania relacji z innymi,

⁶ M. Sekulowicz, *Dziecko z zaburzeniem Aspergera w szkole – wyzwaniem dla praktyki edukacyjnej*, [w:] *Miejsce Innego we współczesnych naukach o wychowaniu. Wyzwania praktyki*, red. I. Chrzanowska, B. Jachimczak, Łódź 2008, s. 113–116.



- wdrożyć trening umiejętności społecznych, czyli uczyć: punktualności, odpowiedzialności za swoje przedmioty (podręczniki, zeszyty), samodzielności i umiejętności korzystania ze środków transportu (komunikacja tramwajowa, autobusowa),
- zapewnić bezpieczne otoczenie,
- tłumaczyć, że nie wolno zaczepiać obcych ludzi, a także przystawać do nich.

We wczesnym okresie rozwoju większość dzieci z Zespołem Aspergera dobrze radzi sobie w otoczeniu rodzinnym. Jednostki z tym syndromem są zazwyczaj postrzegane jako genialne. Fakt ten wynika z dużej wiedzy, jaką posiadają z wielu dziedzin. Najczęściej dylemat „uwidacznia się w trudnościach z przystosowaniem do zasad funkcjonowania w grupie przedszkolnej. Próby nawiązania relacji rówieśniczych często kończą się niepowodzeniem, pojawiają się trudności lub wręcz nieumiejętność pracy w grupie”⁷. Często problemy o takim charakterze wynikają z podłoża emocjonalnego. Osoby z syndromem Aspergera w sytuacjach trudnych ujawniają agresję, hiperaktywność, niemożność skupienia uwagi oraz złość. W takich momentach należy pamiętać, aby zachować akceptację i życzliwość dla tych jednostek.

M. Biedasiewicz stwierdza, że „dzieci z Zespołem Aspergera czyli autyzmem, który nie spowodował poważnych ograniczeń w funkcjonowaniu intelektualnym, mogą korzystać z kształcenia w szkołach publicznych”⁸.

W krajach anglojęzycznych (Anglia, Australia, Irlandia, Kanada, Nowa Zelandia, Szkocja, USA, Walia) wiedza w odniesieniu do syndromu Aspergera jest zdecydowanie większa. Przed rozpoczęciem nauki powołuje się i zatwierdza tam tzw. łączników.

Takim „pomostem” może być między innymi: nauczyciel, pedagog szkolny, psycholog. Są to osoby, które uważa się za łączników pomiędzy dziećmi z Aspergerem i pracownikami szkoły (czyli dyrektorem, nauczycielami). Ponadto ściśle współpracują ze środowiskiem rodzinnym. Łącznicy przekazują istotne informacje rodzicom.

Odnoszą się one do sytuacji szkolnych.

Do polskich szkół nadal niestety nie przeniknęła koncepcja anglojęzyczna. Polska szkoła nadal „nie jest zdolna do zrealizowania zadań dydaktyczno-wychowawczych bez ścisłej współpracy z rodziną, organizacjami społecznymi, zakładami pracy, instytucjami kulturalno-oświatowymi, środkami masowej informacji. Współpraca ta powinna być intensywna i wszechstronna”⁹.

Nikt nie powiedział, że takim łącznikiem nie mógłby być w tym przypadku brat, siostra, wujek, ciocia, babcia, dziadek czy inny członek rodziny. Często zastanawiamy się, ile lat jeszcze minie, zanim pewne procedury przekroczą próg polskiego szkolnictwa?

⁷ M. Dumara, *Tajemnica dziecka z zespołem Aspergera*, [w:] *Dyskursy pedagogiki specjalnej 7: Współczesne problemy pedagogiki specjalnej*, red. U. Bartnikowska, Cz. Kosakowski, A. Krause, Olsztyn 2008, s. 337.

⁸ M. Biedasiewicz, *Dziecko autystyczne z zespołem Aspergera*, „Szkoła Specjalna” 2001, nr 2, s. 95.

⁹ J. Karbowniczek, *Wpływ mass mediów na agresywne zachowania dzieci*, „Życie Szkoły” 2003, nr 7, s. 396.



Według M. Sekulowicz łączyć „sprawnych i niepełnosprawnych to:

- po pierwsze – tworzyć jedno wspólne społeczeństwo, czyli nowy model współżycia i współistnienia.
- po drugie – tyle, co dostosować się do wymagań życia społecznego”¹⁰.

W ujęciu autorki jest to nadal problem otwarty. Ma on zarówno zwolenników jak i przeciwników. Jest w dalszym ciągu rozważany oraz ulega ciągłym i licznym modyfikacjom.

Między 6 a 9 rokiem życia dziecko z Zespołem Aspergera zaczyna rozumieć pewne rzeczy. Zauważa, że potrzebuje towarzystwa do zabaw.

Osoby na tym etapie zdają sobie sprawę z myśli, uczuć, zachowań oraz uwag innych rówieśników. Wiele jednostek potrafi ukrywać swoje intencje.

Okolo ósmego roku życia rozumieją już, że najlepszy przyjaciel to nie tylko kompan podczas zabawy, ale ktoś, kogo można poprosić np. o pomoc przy naprawie komputera czy o wsparcie w chwilach stresu bądź przygnębienia¹¹. Aby wyjaśnić pewne zjawiska, należy udzielić właściwych odpowiedzi. Wykorzystuje się w tym celu różnego rodzaju przedmioty wizualne. Są to zazwyczaj obrazki (rysunki) i napisane słowa. W przypadku, gdy dziecko nie potrafi opowiedzieć obrazków oraz rozpoznać umieszczonych na nich symboli, należy pokazać mu w inny sposób, używając konkretów.

Rozpoznanie dziecka z Zespołem Aspergera lub dobrze funkcjonującego dziecka autystycznego w pierwszych latach życia jest niezwykle trudne¹². Jednostki z syndromem Aspergera często przystępują do etapu kształcenia szkolnego bez autentycznej diagnozy. Postęp w nauce we wczesnych klasach jest relatywnie wysoki, chociaż umiejętności związane z pisaniem są wyraźnie słabsze. Nauczyciel będzie z pewnością zaskoczony obsesyjnym zainteresowaniem dziecka pojedynczymi tematami, które mogą przeszkadzać w prowadzeniu zajęć¹³. Etap kształcenia w szkole podstawowej może się różnić. Skala problemów, które dotyczą osoby z Zespołem Aspergera jest inna. W dużej mierze zależą one od inteligencji i temperamentu dziecka oraz podejścia nauczycieli.

Plan pracy pedagoga – wychowawcy ma uwzględniać:

- zindywidualizowany program nauczania,
- nagradzanie w toku przyswajania treści,
- wykorzystywanie zdolności pamięciowych jednostki,
- poprawki w zadaniach w czasie wolnym,
- mocne strony jednostki,
- dodatkowy czas przy pracach powiązanych ze sprawnością grafomotoryczną,

¹⁰ M. Sekulowicz, *Szansa dzieci z autyzmem w integracji*, „Forum Oświatowe” 2006, nr 2, s. 105.

¹¹ M. L. Kutscher, T. Attwood, R. R. Wolff, *Dzieci z zaburzeniami łączonymi. ADHD, trudności w nauce, zespół Aspergera, zespół Tourette, depresja dwubiegunowa i inne zaburzenia*, Warszawa 2007, s. 135.

¹² M. Biedasiewicz, *Dziecko autystyczne z zespołem Aspergera*, „Szkoła Specjalna” 2001, nr 2, s. 91.

¹³ M. Wójcik, *Dziecko z Zespołem Aspergera*, Wkładka Pomarańczowe Forum: Okiem i uchem czyli... co słycać w mediach, „Remedium” 2005, nr 3, s. VIII.



- komputer jako narzędzie pracy,
- zmodyfikowane pomoce, np.: uchwyty przy długopisach, ołówkach,
- różne sposoby pisania,
- włączanie dziecka do zajęć fizycznych,
- zajęcia interesujące i krótkie,
- pytania kierowane w stronę jednostki,
- pomoc ze strony rówieśników,
- czytelne zasady zachowania,
- zasady społecznego zachowania poprzez zabawy,
- współdziałanie, współpracę,
- zdolności dziecka na tle klasy,
- niezmienny rozkład zajęć.

Z artykułu M. Sekulowicz „Szanse dzieci z autyzmem w integracji” wynika, że większość rodziców nadal boryka się z problemem, jakim jest „opór szkół w przyjmowaniu do nich dzieci z autyzmem”¹⁴. Na początku XXI wieku taka postawa placówek oświatowych dziwi. Jest nie do przyjęcia. Postawy takich szkół zaprzeczają ustanowionym aktom prawnym, które określają niesegregacyjne kształcenie dziecka niepełnosprawnego (nie wyłączając tutaj żadnej jednostki). Nie wywiązują się one z zarządzeń umożliwiających kształcenie wszystkim. Należy podkreślić, że są to: Zarządzenie nr 29 z dnia 4. 10. 1993 roku (zapewnia możliwość kształcenia dzieciom w klasach i oddziałach szkół ogólnodostępnych) i Rozporządzenie nr 19 z dnia 18. 01. 2005 roku (każdy ma prawo do nauki w szkole ogólnodostępnej i integracyjnej).

Pedagogika specjalna na początku XXI wieku w działaniach na rzecz stymulowania i wspomagania rozwoju osób niepełnosprawnych odnosi się do zasadniczych paradygmatów. Przede wszystkim wskazuje na:

- wykorzystywanie metod o charakterze aktywizującym w edukacji i terapii,
- branie pod uwagę treści, form oraz metod do stymulowania aktywności,
- uwzględnianie kształtowania osobowości jednostki niepełnosprawnej,
- liczenie się z indywidualnymi cechami dziecka niepełnosprawnego,
- wyzwalanie aktywności,
- przestrzeganie zasad: akceptacji i życzliwości,
- zindywidualizowany nurt kształcenia i wychowania,
- wykorzystywanie konwencjonalnych oraz niekonwencjonalnych środków do stymulacji.

Termin terapia początkowo związany był tylko z jedną dziedziną, a mianowicie medycyną. Obecnie pojęcie to jest już wykorzystywane także przez inne dyscypliny naukowe: pedagogikę, psychologię oraz socjologię. „W naukach o wychowaniu

¹⁴ M. Sekulowicz, *Szanse dzieci z autyzmem w integracji*, „Forum Oświatowe” 2006, nr 2, s. 107.



pojęcie terapia ujmuje się jako oddziaływanie o charakterze leczniczym (naprawczym)¹⁵.

Według I. Chrzanowskiej terapia „kojarzy się z oddziaływaniem zorganizowanym przez specjalistów, zaprogramowanym i intensywnym układem ćwiczeń czy też zadań, odpowiednio skonstruowanych i dobranych dla danego typu niepełnosprawności”¹⁶. Poprzez działania terapeutyczne dąży się do przystosowania jednostki do całkowitego uczestnictwa w życiu społecznym. W ten sposób niweluje się istniejące bariery między niepełnosprawnymi a pełnosprawnymi.

Oddziaływania terapeutyczne są istotnym czynnikiem stymulującym rozwój psychofizyczny dzieci z Zespołem Aspergera. W niniejszym artykule odniesiono się wyłącznie do najistotniejszych metod oraz wskazano typową terapię.

Programy Aktywności M. Ch. Knillów

Zostały stworzone przez M., Ch. Knillów. Autorzy oparli się na tezie, że skóra jest najważniejszym kanałem sensorycznym. Poprzez dotyk doznaje się pewnych wrażeń. Już w chwili przyjścia na świat odczuwamy dotyk. To od niego całkowicie zależy umiejętność nawiązania kontaktu z drugim człowiekiem, a następstwem tego jest ukształtowanie się interakcji międzyludzkiej. M. i Ch. Knill w swoich programach poddali działaniu ruch oraz dotyk w połączeniu z muzyką. Jednostka wykonując określone ćwiczenia, poznaje własne ciało.

Skonstruowany przez autorów program zawiera 6 niezbędnych elementów:

- a) program wprowadzający,
- b) program specjalny – przeznaczony dla jednostek z niepełnosprawnością ruchową,
- c) program pierwszy – obejmuje swoim zasięgiem jedynie górne partie ciała,
- d) program drugi – koncentruje się wyłącznie na dolnej partii ciała,
- e) program trzeci – ukierunkowany jest na koordynację ruchową i uwagi,
- f) program czwarty – odnosi się do inicjatywy ze strony dziecka.

Metoda W. Sherborne (Metoda Ruchu Rozwijającego)

Jest to najbardziej powszechna metoda terapii o charakterze ogólnorozwojowym. Autorka swoją metodę oparła na gimnastyce ekspresyjnej (twórczej) według R. Labana. Metoda W. Sherborne zakłada następujące przesłanki: psychofizjologiczne, naturalną ekspresję ruchową i aspekt ruchu ludzkiego ciała. Na podstawie wymienionych założeń dokonuje się rozwój psychofizyczny dziecka, kształtowanie relacji społecznych, a także stymulowanie rozwoju jednostki. Wykorzystuje ona element współdziałania i współpracy, wymaga „od dziecka nieco większych kompetencji, przynajmniej ruchowych. W większym też stopniu nastawiona jest na rozwój interakcji społecznych, na budzeniu zaufania,

¹⁵ A. Leszczyńska-Reichert, *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Olsztyn 2007, s. 136.

¹⁶ I. Chrzanowska, *Kilka uwag o terapii dziecka niepełnosprawnego*, [w:] *Roczniki Pedagogiki Specjalnej*. T. 4, red. J. Pańczyk, Warszawa 1993, s. 21.



odpowiedzialności za partnera. Praca tą metodą dostarcza dziecku bardziej wyciszonej i wyciszonej doświadczeń¹⁷.

Metoda Dobrego Startu

Metoda Dobrego Startu została rozpowszechniona przez M. Bogdanowicz. Jest to zmodyfikowana wersja postępowania terapeutycznego Le Bon Depart (dobry odjazd, odlot, start) opracowanego przez The'a Bugnet. Stosuje się ją w wielu krajach europejskich jako metodę postępowania rehabilitacyjnego w odniesieniu do zaburzeń o charakterze psychomotorycznym. Na początku była skierowana tylko do jednostek z normą intelektualną w wieku przedszkolnym i szkolnym. Dążono wtedy do zdynamizowania rozwoju tych osób. W miarę upływu czasu i po wielu modyfikacjach zauważono, że może mieć ona zastosowanie dla osób o zaburzonej rozwoju: ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (czyli dla dzieci dyslektycznych i jednostek mających trudności z czytaniem, pisanem), z niepełnosprawnością intelektualną, autyzmem, mózgowym porażeniem dziecięcym (choroba Little'a). Metoda Dobrego Startu posiada dwa aspekty. Pierwszy jest o charakterze profilaktyczno-terapeutycznym. Bazuje na założeniach, że należy rozwijać funkcje: językowe i spostrzeżeniowe. Poza tym odnosi się do integracji percepcyjno-motorycznej.

Natomiast drugi aspekt ukierunkowany jest na diagnostykę. Opiera się na wykorzystaniu możliwości obserwacji zachowań jednostek. W ten sposób ma możliwość zapoznania się z problemami dziecka. Po zebraniu istotnych informacji można ustalić przyczyny i stopień głębokości zaburzeń. Struktura zajęć Metody Dobrego Startu przedstawia się w następującym układzie. Pierwsza część to zajęcia wprowadzające (odnoszą się do koncentracji uwagi i usprawniania funkcji psychomotorycznych). Druga część to zajęcia właściwe, które zostały podzielone na 3 grupy ćwiczeń (ruchowe, ruchowo-słuchowe, ruchowo-słuchowo-wzrokowe). Ostatnia część odnosi się natomiast do zajęć końcowych. W swoim składzie zawiera ćwiczenia logopedyczne i relaksacyjne.

Metoda F. Affolter

Metoda powstała w 1982 roku w czasie badań prowadzonych nad rozwojem dzieci z zaburzeniami mowy oraz niesłyszących. Dąży do usprawnienia procesów poznawczych. Autorka w oparciu o teorię inteligencji J. Piageta skupiła się na rozwiązywaniu problemów, z którymi człowiek styka się na co dzień. Odniosła się do wykonywania czynności dnia codziennego, a tym samym przyczyniła do rozwijania schematu ciała jednostki. Terapeuta jest tutaj tylko pewnym łącznikiem. Efektem końcowym ćwiczeń ma być uzyskany wynik z wykonanej czynności. Ręce terapeuty w tym postępowaniu są dla osób z Zespołem Aspergera niezmiernie istotnym czynnikiem.

¹⁷ J. Kruk-Lasocka, *Autyzm czy nie autyzm? Problemy diagnozy i terapii pedagogicznej małych dzieci*, Wrocław 1999, s. 81.



Metoda Holding (metoda wymuszonego kontaktu)

Opracowana i wprowadzona przez M. Welch. Powstała w oparciu o założenia psychoanalityczne. Jest to próba przywrócenia relacji dziecka z rodzicem. Dokonuje się poprzez manifestowanie ich fizycznej miłości do najmniejszej jednostki. „Ze względu na wysokie napięcie emocjonalne towarzyszące terapii, tą metodą wielu terapeutów nie chce się posługiwać. Ale argumentem „za” mogą stać się słowa twórcy metody, M. Welch: Holding jest wspnianiały, pokonuje gniew”¹⁸.

Metoda Opcji

Została opracowana przez B. N. Kaufmana. Początkowo była stosowana względem dzieci autystycznych. Aktualnie stosuje się ją w pracy z osobami o różnych zaburzeniach. Główne założenia metody odnoszą się do: postawy akceptacji i aprobaty, motywowania dziecka i rozwijania zindywidualizowanego programu terapii. Jest to „przyspieszona nauka przekraczania poszczególnych etapów związku między dzieckiem autystycznym, jego rodzicami i terapeutami oraz doprowadzenie go do otwarcia się na rzeczywistość”¹⁹.

Integracja sensoryczna

Główną przedstawicielką omawianej metody jest J. Ayres. Autorka w swojej koncepcji opierała się na korygowaniu nieprawidłowości w zachowaniu. Poza tym dążyła do stymulowania zakłóceń o charakterze motorycznym i trudności w uczeniu się. Wyodrębniła cztery ważne zakłócenia w obszarze procesów integracji sensorycznej.

Są to:

- a) zakłócenia praktyki,
- b) utrudnienia odnoszące się do zmysłu równowagi (układu przedsionkowego),
- c) reakcje obronne na bodźce taktylne (dotykowe),
- d) utrudnienia w spostrzeganiu wizualnym.

Metoda IS swoimi właściwościami jest w stanie stymulować osoby mające problemy z: chodzeniem po wyznaczonym punkcie, skakaniem i bujaniem się. Należy pamiętać, że powinna ona obejmować całe ciało z uwzględnieniem miejsc najbardziej czułych na bodźce. Pod uwagę bierze się: dłonie, głowę, okolice ust i stopy. Ćwiczenia są przeprowadzane poprzez: dotykanie i głaskanie.

W zajęciach tych można uwzględnić także takie ćwiczenia jak:

- a) wyodrębnienie figur geometrycznych z tła planszy,
- b) wodzenie wzrokiem za przedmiotem,
- c) rysowanie postaci,
- d) kreślenie kształtów na poszczególnych częściach ciała (brzuch, dłonie i plecy),

¹⁸ D. Słomińska, *Podstawa terapii i edukacji dzieci z autyzmem*, „Życie Szkoły” 2006, nr 6, s. 331.

¹⁹ Wł. Dykcik, *Poszukiwanie nowatorskich i alternatywnych koncepcji indywidualnej rehabilitacji oraz społecznej integracji osób niepełnosprawnych – aktualnym wyzwaniem praktyki edukacyjnej*, [w:] *Nowatorskie i alternatywne metody w praktyce pedagogiki specjalnej. Przewodnik metodyczny*, red. Wł. Dykcik, B. Szychowiak, Poznań 2001, s. 30.



- e) odwzorowywanie (naśladowanie) dźwięków,
- f) stymulowanie zapachu, np: aromaty zapachowe, świece zapachowe,
- g) rozróżnianie smaku,
- h) stymulowanie: twarzy, dłoni, stóp,
- i) stymulowanie narządu ruchu (przewroty, stanie na jednej nodze, podskoki, czworakowanie),
- j) siłowanie się, czyli kto jest mocniejszy.

Stosowanie ćwiczeń jest zależne od stopnia poziomu funkcjonowania dziecka. Mają one być prowadzone stopniowo i we właściwy sposób.

Ponadto w terapii dzieci z Zespołem Aspergera można wykorzystać następujące metody i programy behawioralne:

- ✓ TEACCH w ujęciu E. Schoplera (odnosi się do integracji działań podejmowanych w domu i środowisku),
- ✓ aktywizacja poprzez system nagród i kar autorstwa O. I. Lovaasa,
- ✓ system skandynawski A. Karlsena,
- ✓ metoda stymulowanych seryjnych powtórzeń,
- ✓ PECS (obrazowy system wymiany w komunikacji).

Należy zasignalizować, że „metody terapii oparte na kontakcie z ciałem nie mogą być jedyną i niezastąpioną formą terapii”²⁰. Powinny być zawsze ukierunkowane na potrzeby jednostek.

Liczba osób z syndromem Aspergera w XXI wieku ciągle wzrasta. Przyrost ten sprawia, że nauczyciele i terapeuci ciągle szukają innowacyjnych rozwiązań, które mają zastosowanie zarówno w edukacji jak i terapii.

Najważniejsze według nas jest to, że dzieci z syndromem Aspergera powinny być kształcone wraz z ich pełnosprawnymi rówieśnikami.

Mamy nadzieję, że zaprezentowane przemyślenia będą w przyszłości inspiracją do dalszych refleksji oraz działań terapeutycznych, stosowanych wobec osób z syndromem Aspergera.

Jolanta Karbowniczek
Mariusz Grabowski

²⁰ D. Kopeć, *Możliwość wykorzystania metod opartych na kontakcie z ciałem w pracy terapeutycznej prowadzonej w domach pomocy społecznej*, [w:] *Nowatorskie i alternatywne metody w praktyce pedagogiki specjalnej. Przewodnik metodyczny*, red. Wł. Dykcik, B. Szychowiak, Poznań 2001, s. 162.



Bibliografia:

- Biedasiewicz M., *Dziecko autystyczne z zespołem Aspergera*, „Szkoła Specjalna” 2001, nr 2.
- Dumara M., *Tajemnica dziecka z zespołem Aspergera*, [w:] *Dyskursy pedagogiki specjalnej 7: Współczesne problemy pedagogiki specjalnej*, red. U. Bartnikowska, Cz. Kosakowski, A. Krause, Olsztyn 2008.
- Dykcik Wl., *Poszukiwanie nowatorskich i alternatywnych koncepcji indywidualnej rehabilitacji oraz społecznej integracji osób niepełnosprawnych – aktualnym wyzwaniem praktyki edukacyjnej*, [w:] *Nowatorskie i alternatywne metody w praktyce pedagogiki specjalnej. Przewodnik metodyczny*, red. Wl. Dykcik, B. Szychowiak, Poznań 2001.
- Fast Y. i inni, *Zespół Aspergera i NLD: problematyka dotycząca zatrudnienia – relacje i strategie*, Warszawa 2008.
- Frith U., *Autyzm i zespół Aspergera*, Warszawa 2005.
- Karbowniczek J., *Wpływ mass mediów na agresywne zachowania dzieci*, „Życie Szkoły” 2003, nr 7.
- Kopeć D., *Możliwość wykorzystania metod opartych na kontakcie z ciałem w pracy terapeutycznej prowadzonej w domach pomocy społecznej*, [w:] *Nowatorskie i alternatywne metody w praktyce pedagogiki specjalnej. Przewodnik metodyczny*, red. Wl. Dykcik, B. Szychowiak, Poznań 2001.
- Kruk-Lasocka J., *Autyzm czy nie autyzm? Problemy diagnozy i terapii pedagogicznej małych dzieci*, Wrocław 1999.
- Kutscher M. L., Attwood T., Wolff R. R., *Dzieci z zaburzeniami łączonymi. ADHD, trudności w nauce, zespół Aspergera, zespół Tourette, depresja dwubiegunowa i inne zaburzenia*, Warszawa 2007.
- Leszczyńska-Rejchert A., *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Olsztyn 2007.
- Sekułowicz M., *Dziecko z zaburzeniem Aspergera w szkole – wyzwaniem dla praktyki edukacyjnej*, [w:] *Miejsce Innego we współczesnych naukach o wychowaniu. Wyzwania praktyki*, red. I. Chrzanowska, B. Jachimczak, Łódź 2008.
- Sekułowicz M., *Szanse dzieci z autyzmem w integracji*, „Forum Oświatowe” 2006, nr 2.
- Słomińska D., *Podstany terapii i edukacji dzieci z autyzmem*, „Życie Szkoły” 2006, nr 6.
- Wacław W., Aldenrud U., Ilstedt S., *Dzieci z autyzmem i zespołem Aspergera. Praktyczne doświadczenia z codziennej pracy*, Kraków 2000.
- Wójcik M., *Dziecko z zespołem Aspergera*, Wkładka Pomarańczowe Forum: Okiem i uchem czyli... co słycać w mediach, „Remedium” 2005, nr 3.

