KONFERENCJA

AUTYZM

OD DIAGNOZY DO SAMODZIELNOŚCI

Szkoła Podstawowa nr 6 Integracyjna im. Kazimierza Brodzińskiego w Bielsku-Białej

Autyzm –

od diagnozy do samodzielności

materiały pokonferencyjne

Szkoła Podstawowa nr 6 Integracyjna im. Kazimierza Brodzińskiego w Bielsku-Białej

SPIS TREŚCI

Wstęp 3
dyr. Natalia Trela

Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu 5
Ireneusz Jelonek, Sabina Micorek

Radość z życia – na przekór autyzmowi 7
Barbara Górna-Bryzek, Ryszard Bryzek

Zespół Aspergera – od diagnozy do dorosłości 8
Katarzyna Patykiewicz

EEG Biofeedback – metoda terapii dzieci
ze spektrum autyzmu 13
Natalia Trela

Integracja sensoryczna jako terapia wspomagająca
terapię dzieci z autyzmem 16
Małgorzata Pająk

Trening umiejętności społecznychpołączony z judo
z elementami integracji sensorycznej 18
Monika Koczur, Małgorzata Kominiak

Wstęp

W 2004 roku w Szkole Podstawowej nr 6 Integracyjnej w Bielsku-Białej zorganizowaliśmy ogólnopolską konferencję pod tytułem „Integracja edukacją XXI wieku". Od tego czasu wiele zmieniło się w naszej szkole, systemie edukacji w Polsce, jak i w orzekaniu o kształceniu specjalnym.

Obecnie promowana jest edukacja włączająca, której idea jest słuszna, ale trudna do zrealizowania w targanej ciągłymi rewolucjami polskiej szkole. Po to, by uczeń niepełnosprawny dobrze funkcjonował w szkole masowej, potrzebny jest czas na odpowiednie przygotowanie kadry, uczniów i ich rodziców oraz pomocy dydaktycznych służących do edukacji i rewalidacji.

Przed czternastoma laty w naszej szkole był jeden uczeń z autyzmem. Jego zachowanie było wówczas dla nas na tyle trudne, że przebywał na nauczaniu indywidualnym. Obecnie mamy 34 uczniów ze spektrum autyzmu i wszyscy uczą się w szkole. To się nie stało z dnia na dzień, jesteśmy obecnie dużo lepiej przygotowani do pracy z tymi uczniami, mamy odpowiednie kwalifikacje, doświadczenie, wzajemne wsparcie specjalistów. To nie jest tak, że nie mamy żadnych problemów i wątpliwości, ale mamy możliwość ich omówienia, poszukania wspólnych rozwiązań, uczenia się od siebie nawzajem. Przestaliśmy się bać tego zaburzenia, przestaliśmy się również bać przyznania do bezradności, braku pomysłu. W takiej sytuacji pytamy, szukamy wspólnie metody, która zadziała.

Naszą ogromną wartością jest stosowanie różnorodnych metod pracy zarówno na lekcjach jak i podczas rewalidacji. Mimo pewnych cech wspólnych, każdy uczeń ze spektrum autyzmu jest inny, wymaga indywidualnego podejścia i innej terapii. Nie jesteśmy ośrodkiem, który stosuje jedną formę terapii, bo uważa ją za jedynie słuszną, możemy naszym uczniom zaproponować różnorodne metody bo mamy wielu specjalistów, którzy wzajemnie się uzupełniają.

Nasza szkoła jest dobrze wyposażona w odpowiedni sprzęt do rewalidacji, który faktycznie na co dzień jest używany, ale najważniejsze jest to ze ciągle się uczymy i rozwijamy. Projekt Erasmus „Dziecko ze spektrum autyzmu w szkole", również miał na celu poszukiwanie nowych metod pracy z uczniami ze spektrum autyzmu, chcieliśmy poznać jak radzą sobie z podobnymi problemami placówki w Wielkiej Brytanii i we Włoszech. Każdy z tych ośrodków czegoś nas nauczył.

Jesteśmy w zupełnie innym punkcie niż 14 lat temu, ale to właśnie teraz zdajemy sobie sprawę ile jeszcze jest do zrobienia. Jeśli kiedyś stwierdzimy, że jesteśmy doskonali i wiemy już wszystko, to wtedy trzeba będzie szkołę zamknąć.

Natalia Trela
Dyrektor Szkoły

Szkoła Podstawowa nr 6 Integracyjna
im. Kazimierza Brodzińskiego

ul. Kazimierza Brodzińskiego 3
43-300 Bielsko-Biała
tel./fax 33 812 49 35
e-mail: isp6bb@wp.pl
http://www.sp6integracja.pl/

Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu

Zgodnie ze stosowaną w Polsce Międzynarodową Klasyfikacją Zaburzeń Psychicznych i Zaburzeń Zachowania ICD-10, autyzm dziecięcy, autyzm atypowy, Zespół Aspergera zaliczane są do grupy całościowych zaburzeń rozwojowych. W nowszych systemach klasyfikacyjnych – DSM-5, ICD-11 zrezygnowano z rozróżniania tych zaburzeń ujmując je we wspólną diagnozę tzw. zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD – Autism Spectrum Disorder).

Charakterystyczne dla zaburzeń ze spektrum autyzmu są pojawiające i utrzymujące się od narodzin deficyty w inicjowaniu, podtrzymaniu wzajemnych interakcji społecznych i komunikacji oraz powtarzalnych, sztywnych zachowań i zainteresowań. Kluczowe jest jak najwcześniejsze zwrócenie uwagi na niepokojące objawy mogące nasuwać podejrzenie autyzmu, wczesne rozpoznanie umożliwia wczesną interwencję.

Badania naukowe wskazują, że już w pierwszym roku życia obserwować możemy niepokojące sygnały w zachowaniu niemowlęcia, dotychczas jednak nie udało się ustalić ich wartości diagnostycznej.

Są to: nietypowy kontakt wzrokowy – brak kierowania wzroku w stronę twarzy i oczu opiekuna, brak reakcji emocjonalnej na widok twarzy opiekuna, nieodwzajemnianie reakcji emocjonalnej na mimikę opiekuna, nieodwzajemnianie uśmiechu opiekuna, brak reakcji na komunikaty słowne i wokalne opiekuna, brak lub znaczne opóźnienie reakcji na własne imię, brak wskazywania na interesujące dziecko rzeczy w celu zwrócenia uwagi opiekuna, brak podążania wzrokiem za opiekunem, pokazywaną zabawką, śledzenia tego, co pokazuje lub czemu przygląda się rodzic, uboga wokalizacja i gaworzenie, zwłaszcza podczas interakcji z opiekunem, brak domagania się, by być branym na ręce i przytulanym, nietypowy, opóźniony, nieharmonijny rozwój ruchowy w pierwszym roku życia. Niemowlak może sprawiać wrażenie, jakby nie słyszał, wyłączał się.

Od drugiego roku życia łatwiej jest już dostrzegać zachowania typowe dla spektrum autyzmu. Kluczowym objawem jest opóźnienie lub regres rozwoju mowy – dziecko nie używa słów w celu komunikacji, jak również zdaje się nie rozumieć kierowanych do niego komunikatów słownych. Brak rozwoju mowy nie jest kompensowany mimiką, gestami, dziecko sprawia wrażenie niezainteresowanego kontaktem lub niereagującego na kontakt podejmowany przez opiekuna. Uwagę może zwrócić również forma zabaw – brak zabaw z naśladowaniem typu „a ku ku", później zabaw „na niby" z symbolicznym użyciem przedmiotów (np. klocek odgrywa role samochodu, telefonu), dominują powtarzane schematyczne zabawy w porządkowanie, układanie przedmiotów, puzzli, kręcenie przedmiotami, uporczywie powtarzane czynności

– np. otwieranie i zamykanie drzwi, włączanie wyłączanie światła. Podczas zabawy dziecko nie jest zaineresowane udziałem opiekuna, nie zabiega o jego uwagę i nie kieruje radości ze swoich sukcesów.

Przyjmuje się, że diagnozę zaburzeń ze spektrum autyzmu z wysokim prawdopodobieństwem można potwierdzić pomiędzy 1 a 2 rokiem życia.

W przypadku niepokojących zachowań testem dostępnym dla opiekunów jest M-CHAT (Modified-CHAT) przeznaczony do badania dzieci w wieku od 16. do 30. miesiąca życia (np. www.badabada.pl – http://ankieta.badabada.pl/).

Uznanymi na świecie tzw. „złotymi standardami" diagnostycznymi w ASD wykonywanymi przez wyszkolony personel są:

- protokół wywiadu ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) przeznaczony do badania dzieci od 24. miesiąca życia oraz
- protokół obserwacji ADOS-2 do diagnozowania dzieci od 12. miesiąca życia.

Z chwilą pojawienia się wątpliwości dotyczących prawidłowości rozwoju dziecka zalecana jest konsultacja u psychologa lub psychiatry.

Ireneusz Jelonek, Sabina Micorek

Radość z życia – na przekór autyzmowi

Chcielibyśmy opowiedzieć Państwu historię – historię życia naszej rodziny i naszego autystycznego syna Igora. Jest to historia powolnej akceptacji trudnych faktów, zmagania się z trudnościami i niełatwymi emocjami, stopniowego godzenia się z rzeczywistością, ale również historia znajdowania radości życia i żmudnego budowania naszego szczęśliwego i dobrego świata i życia.

Najpierw są pewne niepokoje, bo dziwne zachowania, bo jeszcze nie mówi, bo się nie uśmiecha, po dłuższym lub krótszym czasie trafia się do specjalisty – do psychiatry, do poradni pedagogiczno-psychologicznej, do neurologa. Rozmowy, obserwacje, wiele pytań, mniej odpowiedzi – aż pada to straszne słowo na A – autyzm. I wtedy całe dotychczasowe życie zmienia się.

Potem długa, wymagająca terapia – jeżdżenie od specjalisty do specjalisty, intensywne poszukiwania informacji w Internecie, czasami – mniej lub bardziej zadziwiające pomysły – homeopata, bioenergoterapeuta, pani z wahadełkiem i wkładanie bursztynów pod materacyk łóżeczka.

Kolejny etap, to często wożenie dziecka z terapii na terapię, kolejne diety, praca w domu – żeby czegoś nie zaniedbać, nie przeoczyć, żeby dać mu szansę na jak najlepszy rozwój i życie.

Zaczynamy etap edukacji przedszkolno-szkolnej – nerwowe poszukiwania najlepszego przedszkola, walka, żeby w innej grupie, kolejne odroczenia, olbrzymi stres – znalezienie szkoły – żeby został przyjęty, żeby dał sobie radę, żeby został zaakceptowany przez rówieśników, żeby robił postępy.

W tle – życie codzienne, zawodowe – najczęściej jeden z rodziców musi zrezygnować z pracy i skupić się tylko na dziecku, a drugi pracować znacznie więcej i intensywniej, bo terapie nie są tanie. Wszystkie te elementy nie pozostają bez wpływu na psychikę rodziców – olbrzymi stres, różne stany emocjonalne, zamartwianie się o przyszłość dziecka (a co będzie kiedy nas zabraknie), od czasu do czasu powracające pytanie – dlaczego my? Dlaczego nas to spotkało?

I najważniejsza osoba tej historii – nasz 14-letni syn Igor, pozytywny, optymistyczny, lubiący spotkania z naszymi przyjaciółmi, pływanie kajakami, spanie pod namiotem, chodzenie po górach. Ale także zmagający się ze zrozumieniem emocji własnych i innych ludzi, ze zrozumieniem świata, odczytywaniem społecznych relacji, z wszelkimi innymi trudnościami wynikającymi z autyzmu.

Barbara i Ryszard Bryzkowie

Zespół Aspergera – od diagnozy do dorosłości

W 1944 r. psychiatra Hans Asperger pochodzący z Austrii opisał dziwne zachowania kilkorga dzieci przebywających w jego klinice.

Dzieci te, według niego były do siebie podobne pod kątem pewnych wzorców zachowania i wyglądu.

Artykuł Lorny Wing opublikowany w 1981 roku opisywał dzieci, przypominające według niej te, które opisał wcześniej Asperger.

Zespół Aspergera należy do grupy całościowych zaburzeń rozwoju, jest zaburzeniem wczesnorozwojowym (w najnowszej klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – DSM V Zespół Aspergera zniknie jako rozpoznanie – zostanie zastąpiony przez zaburzenia ze spektrum autyzmu).

Kryteria diagnostyczne:

1. Jakościowe upośledzenie interakcji społecznych:

- nieumiejętność nawiązania kontaktu z rówieśnikami,
- brak potrzeby kontaktu,
- brak umiejętności odczytywania i interpretacji znaczenia zachowań innych ludzi,
- nieadekwatne zachowania społeczne i reakcje emocjonalne,
- ograniczona ekspresja mimiczna i uboga gestykulacja.

2. Ograniczone, stereotypowe wzorce zachowań, zainteresowań i działań.

3. Sposób mówienia i cechy języka:

- powierzchownie perfekcyjna ekspresja słowna,
- sztywny, pedantyczny język,
- dziwaczna prozodia,
- ograniczna zdolność rozumienia języka.

4. Niesprawność motoryczna

Ze względu na specyfikę trudności doświadczanych przez osoby z Zespołem Aspergera, zmienne nasilenie objawów i inne okoliczności, Zespół Aspergera jest diagnozowany w bardzo różnym wieku:

- we wczesnym dzieciństwie (dotyczy dzieci diagnozowanych jako autystyczne, które we wczesnym dzieciństwie opanowują umiejętności posługiwania się językiem i między 4.-6. rokiem życia osiągają poprawę w zakresie języka, zabawy i motywacji do kontaktów z rówieśnikami)
- we wczesnych latach szkolnych (zwykle w przedszkolu opisywane jako niedojrzałe pod względem radzenia sobie z własnymi emocjami i okazywania empatii, z nietypowym stylem uczenia się)
- w okresie adolescencji i dorosłości (skierowania do leczenia z powodu depresji, zaburzeń lękowych, problemy z kontrolą gniewu lub zaburzenia zachowania)

Specyfika funkcjonowania poznawczego:

- Iloraz inteligencji
- Słaba centralna koherencja (nietypowe strategie alokacji uwagi, rozróżnianie między istotne /nieistotne informacje)
- Myślenie wzrokowe
- Zdolności konstrukcyjne
- Predyspozycje do rozumienia świata logicznego i fizycznego
- Pamięć
- Problemy w zakresie funkcji wykonawczych

Dziecko w wieku przedszkolnym:

Nie ma jednego jedynego typowego obrazu zaburzenia w pierwszych 3-4 latach życia. Sugeruje się, że na tym etapie, kiedy dziecko o normalnej inteligencji jest diagnozowane w kierunku autzymu trzeba również brać pod uwagę Zespół Aspergera (AS). Część z dzieci może mieć początkowo opóźnienie mowy, a potem gwałtownie załapać pomiędzy 3. a 4. rokiem życia.

Pewna grupa tych dzieci, zwłaszcza te inteligentniejsze, może nie mieć żadnych oznak zaburzeń – z wyjątkiem ewentualnej mniejszej sprawności ruchowej. We wszystkich niemal przypadkach, jeżeli przyjrzymy się takim dzieciom z bliska, możemy znaleźć kilka wskazówek pomocnych w ustaleniu diagnozy.

Jakkolwiek dzieci z AS w warunkach domowych wydają się relatywnie normalne, w warunkach przedszkolnych pojawiają się problemy – tendencje do unikania spontanicznych kontaktów, kłopoty w podtrzymywaniu najprostszej rozmowy, powtarzanie się w wypowiedziach, dziwne nieprzystające do tematu rozmowy wypowiedzi, skłonności do schematycznego zachowania się, kłopoty z przystosowaniem się do grupy. Częste są też problemy z odpowiedzią emocjonalną – agresja, złość, hiperaktywność.

Dziecko takie wygląda jakby było w swoim własnym świecie, nie potrafi się skoncentrować. W porównaniu z autyzmem, dzieci z AS wykazują pewne zainteresowanie kontaktami z dorosłymi i innymi dziećmi. Atutami takiego dziecka mogą być: wczesne rozpoznawanie liter i cyfr, łatwość zapamiętywania faktów, informacji.

Dziecko w wieku szkolnym – szkoła podstawowa

Zdarza się, że dziecko z AS przystępuje do nauki w szkole niezdiagnozowane.

W niektórych przypadkach być może występowały w przedszkolu pewne problemy z zachowaniem: hiperaktywność, agresja, wybuchowość, niemożność skupienia uwagi. Uczeń może wydawać się w jakiś sposób inny, mieć niedojrzałe kontakty spo-

łeczne z rówieśnikami. Jeżeli któryś z tych problemów przybiera poważną formę, zaleca się szkołę specjalną, zazwyczaj jednak większość dzieci z AS uczęszcza do szkół normalnych.

Często 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 lekcji.

Większość dzieci z AS jest zainteresowana w jakimś stopniu kontaktami z rówieśnikami, ale mają one znaczne trudności z rozwinięciem umiejętności potrzebnych do nawiązywania i podtrzymania przyjaźni. Dzieci z AS mogą wykazywać szczególne zainteresowanie jedną lub kilkoma osobami z otoczenia, ale związki takie będą bardzo powierzchowne.

Przebieg szkoły podstawowej może różnić się pomiędzy dziećmi, inna też może być skala problemów – od takich, które łatwo opanować do bardzo poważnych. Zależy to od wielu czynników, takich jak: inteligencja dziecka, odpowiednia opieka w szkole i w domu, temperament. Duże znaczenie ma też ewentualne występowanie u dziecka hiperaktywności, problemów ze skupieniem uwagi, niepokój.

Szkoła średnia

W miarę jak dziecko przechodzi do starszych klas i szkoły średniej największe kłopoty dotyczą kontaktów społecznych i przystosowania się do grupy rówieśniczej. Dzieci te często są nierozumiane zarówno przez innych uczniów, jak i nauczycieli.

Na poziomie szkoły średniej nauczyciele często mają mniej możliwości, aby dobrze poznać dziecko i w związku z tym problemy z zachowaniem lub nietypowe sposoby uczenia się mogą być nieprawidłowo odbierane jako kłopoty emocjonalne lub brak motywacji.

W niektórych sytuacjach, które wymagają spontanicznych reakcji, takich jak zachowanie w stołówce, sali gimnastycznej, na podwórku szkolnym, uczeń z AS może popaść w konflikt, a nawet starcia z nauczycielami lub innymi uczniami, którzy nie są świadomi jego specyficznych zachowań. Może to czasami prowadzić do gwałtowniejszych sprzeczek, jako że dziecko z AS nie potrafi zrozumieć drobnych elementów wskazujących na narastanie konfliktu.

W szkole średniej, gdzie nacisk na dostosowanie się do grupy jest bardzo duży i tolerancja dla inności prawie nie istnieje, dzieci z AS mogą być niezrozumiane, odepchnięte, szykanowane, prześladowane. Dzieci chcą przyjaźni, chcą przynależeć do grupy, ale nie potrafią tego osiągnąć. To może wzmocnić poczucie wykluczenia i prowadzić do narastania problemów z zachowaniem, przybierających formę wybuchów i kompletnego braku współpracy. Stosunkowo częsta jest w tej sytuacji także depre-

sja o różnym stopniu nasilenia. Jeżeli nie ma problemów z uczeniem się (zwłaszcza w tematach bliskich zainteresowaniom) postęp akademicki jest nadal znaczny, chociaż występuje skłonność do nieprawidłowej interpretacji informacji o charakterze abstrakcyjnym i idiomatycznym. Częste kłopoty w uczeniu się dotyczą problemów organizacyjnych i niemożności skupienia uwagi.

Jeżeli dziecko z AS dobrze się uczy, może mu to przynieść pewien respekt wśród kolegów. Cześć dzieci z AS może być określanych jako „kujoni". Mogą oni nawiązywać kontakty koleżeńskie z nastolatkami o takich samych zainteresowaniach np. komputery, matematyka.

Katarzyna Patykiewicz

EEG Biofeedback – metoda terapii dzieci ze spektrum autyzmu

Jedną z metod terapii stosowanych w Szkole Podstawowej nr 6 Integracyjnej jest EEG Biofeedback.

Metodę zaczęto stosować w latach 60. w Stanach Zjednoczonych wśród astronautów w NASA, z czasem zaczęła być rozpowszechniana wśród wyczynowych sportowców, w Polsce pierwsze ogólnopolskie szkolenie z EEG Biofeedback odbyło się w 2001 r. Do naszej szkoły sprzęt trafił już w 2006 r. Ministerstwo Edukacji Narodowej przekazało 250 placówkom w Polsce EEG Biofeedback i przeszkoliło terapeutów. Projekt został sfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Wobec czego nasi uczniowie już od 13 lat mają dostęp do tej nowoczesnej terapii. Obecnie mamy zakupiony już kolejny sprzęt nowej generacji.

Terapia ta usprawnia funkcjonowanie mózgu osób zdrowych, które chcą zwiększyć jego „wydajność', możliwości koncentracji, panowania nad stresem, stąd jej popularność wśród sportowców, kadry zarządzającej, biznesmenów.

Szczególnie jednak godny zainteresowania jest jej wpływ na poprawę funkcjonowania mózgu niepracującego prawidłowo, w różnego rodzaju zaburzeniach typu dysleksja, dysgrafia, ADHD, uzależnieniach, uszkodzeniach mózgu po udarze, jak i w zaburzeniach ze spektrum autyzmu.

EEG Biofeedback jest formą neurorehabilitacji, łączącą w sobie elementy psycho- i neurofizjoterapii. Przy użyciu zestawu komputerowego z dwoma monitorami, jest obrazowana i modulowana czynność bioelektryczna mózgu. Wykorzystuje się tutaj sprzężenie zwrotne między stanem psychicznym a czynnością neurofizjologiczną mózgu osoby biorącej udział w ćwiczeniach mózgu.

Pacjent poddawany terapii, spełniając ustalone kryteria ćwiczeń, gry – ma wpływ na własny obraz fal mózgowych. Kiedy wzrasta aktywność mózgu w pożądanym paśmie częstotliwości fal mózgowych, trenujący otrzymuje nagrodę w postaci punktów (gra przebiega pomyślnie). Przy wzroście aktywności niepożądanych pasm, sukces w grze znika. W ten sposób mózg sam rozwija proces uczenia się nowych, bardziej odpowiednich częstotliwości fal mózgowych. EEG Biofeedback jest zatem techniką świadomego kontrolowania i sprzęgania funkcji fizjologicznych i psychicznych – zależnie od celu terapii. Za pomocą odpowiedniej liczby treningów można w sposób zamierzony wzmacniać bądź osłabiać czynność. Prawidłowe zakresy częstotliwości fal mózgowych, które można wytrenować, są określone na podstawie wiedzy naukowej w zależności od wieku, stanu świadomości i rodzaju wysiłku psychicznego trenowanego.

Stosując EEG Biofeedback możemy więc polepszyć czynność bioelektryczną mózgu. Stwarza to duże możliwości w leczeniu zaburzeń neurologicznych, psychosomatycznych, psychiatrycznych.

Celem treningu EEG Biofeedback jest osiągnięcie takiego stanu mózgu, aby wytworzyć utrwalony odpowiedni wzorzec reagowania – czyli tak zoptymalizować pracę mózgu, by przy jednoczesnej relaksacji posiadać umiejętność pełnej koncentracji.

Trening EEG Biofeedback jest jednym z narzędzi terapii psychologiczno-pedagogicznej, wspomagającym usprawnianie poszczególnych funkcji poznawczych. Jest oficjalną metodą leczenia wpisaną do Międzynarodowego Spisu Procedur Medycznych. Terapia EEG Biofeedback to uczenie się, oparte na warunkowaniu instrumentalnym (pożądane zachowanie jest nagradzane), poprzez podawanie osobie trenującej sygnałów zwrotnych o zmianach stanu fizjologicznego jej organizmu, dzięki czemu może on nauczyć się świadomie modyfikować funkcje (w tym przypadku fale mózgowe), które normalnie nie są kontrolowane świadomie. Istotną rolę w terapii neurofeedback odgrywa plastyczność mózgu, czyli zdolność komórek nerwowych w mózgu do tworzenia nowych połączeń i regeneracji już istniejących.

Ważną cechą tej terapii jest to, że jest bezpieczna. Za pomocą elektrod przyczepionych do głowy odczytuje się częstotliwość fal mózgowych, a terapeuta utrudniając bądź ułatwiając grę wpływa na proces uczenia się. Nie ma żadnego ryzyka „wprowadzenia" czegoś do mózgu. Źle poprowadzony trening może nie przynieść efektów, natomiast nie może „popsuć" mózgu.

W przypadku osób zdrowych już nawet dziesięć treningów może doprowadzić do zauważalnych, pozytywnych zmian. Proces ten jednak jest o wiele dłuższy wśród pacjentów z zaburzeniami. Wobec czego terapia realizowana prywatnie jest droga i nie każdy może sobie na nią pozwolić. Biofeedback prowadzony w ramach rewalidacji w szkole, daje możliwość długotrwałej terapii, która przynosi widoczne efekty.

Dzieci z zaburzeniami ADHD i spektrum autyzmu charakteryzują się wysoką amplitudą fal Theta, nawet na poziomie 60-80 μV co skutkuje rozproszeniem uwagi, bardzo niską koncentracją.

Trening prowadzony na autystykach ma na celu obniżenie poziomu fal Theta, oraz podniesienie fal SMR, przy jednoczesnym pilnowaniu, by fale Beta 2 odpowiedzialne za stres i napięcie były na odpowiednio niskim poziomie.

Nasze doświadczenia z terapii z uczniami ze spektrum autyzmu pokazują, że proces osiągania pożądanego wyniku jest długotrwały, wymaga sporej cierpliwości. Dzieci podchodzą do treningu zadaniowo, bez problemu poddają się terapii, ale trudno w nich wzbudzić świadomą motywację, która sprzyja procesowi uczenia się. W terapii ważna jest rola terapeuty, który nie tylko musi umiejętnie obsługi-

wać sam system, ale także odpowiednio oddziaływać na dziecko. Jego rolą jest prawidłowe przygotowanie dziecka do treningu, w razie potrzeby obniżenie poziomu stresu, informowanie o celach, postępach, osiągniętych wynikach, zawsze w sposób stosownie dobrany do potrzeb pacjenta po to by wzbudzić motywację wewnętrzną.

Spektrum fal, które widzi terapeuta, dla pacjenta przetworzone jest na obraz gry lub filmu, których przebieg zależy od poziomu stresu i osiągniętej koncentracji. W przypadkach dzieci ze spektrum autyzmu bardzo często bardziej dla nich interesujący i motywujący jest obraz, który widoczny jest na monitorze terapeuty.

Na przykładzie uczniów, którzy korzystają z rewalidacji tą metodą obserwujemy w drugim roku terapii wyraźny spadek fal Theta do poziomu miedzy 20-30 μV, natomiast w trzecim roku terapii dochodzimy już w okolice 10 μV. Jest to poziom pożądany, przy jednoczesnym systematycznym podnoszeniu fal SMR. Dalsze obniżanie już nie jest wskazane, mogłoby skutkować brakiem aktywności pacjenta.

Wraz ze zmianą obrazu fal zauważalne są zmiany zachowania dziecka, co również potwierdzają rodzice i nauczyciele np. dziecko przestaje mówić do siebie lub robi to rzadziej, zanikają stereotypie i echolalia, zadaje pytania terapeucie, zaczyna być zainteresowany jego osobą., mówi o swoich odczuciach. Oczywiście terapia Biofeedback nie jest prowadzona w oderwaniu od innych działań rewalidacyjnych, czynnikiem, który powoduje zmiany jest również sam proces dojrzewania dziecka, przebywanie w grupie rówieśnicze w szkole, więc trudno wskazać, że tylko terapia Biofeedback wpływa na poprawę funkcjonowania dziecka, ale obraz fal mózgowych jest potwierdzeniem pozytywnych przemian.

Zapewne każda z form rewalidacji jest potrzebna i nie ośmieliłabym się wskazywać na wyższość żadnej z nich. Niezwykłą wartością Szkoły Podstawowej nr 6 Integracyjnej jest to, że mamy wykształconych terapeutów stosujących różnorodne metody oraz sprzęt zapewniający możliwość zastosowania różnych terapii, dobranych do indywidualnych potrzeb ucznia. Tak jak każde dziecko ze spektrum autyzmu jest inne, tak potrzebuje innych oddziaływań terapeutycznych i u nas w szkole ma to zapewnione.

Natalia Trela

Integracja sensoryczna jako terapia wspomagająca terapię dzieci z autyzmem

Termin integracja sensoryczna określa prawidłową organizację wrażeń sensorycznych (bodźców) napływających przez receptory. Oznacza to, że mózg, otrzymując informacje ze wszystkich zmysłów (wzrok, słuch, równowaga, dotyk, czucie ruchu-kinestezja) dokonuje ich rozpoznania, segregowania i interpretacji oraz integruje je z wcześniejszymi doświadczeniami. Na tej podstawie mózg tworzy odpowiednią do sytuacji reakcję nazywaną adaptacyjną. Jest to adekwatne i efektywne reagowanie na wymogi otoczenia. Może to być odpowiedź ruchowa lub myślowa.

ALEKSANDRA ŚWIATOWSKA : CENTRUM TERAPEUTYCZNO-EDUKACYJNE INTEGRA

U osób z autyzmem występuje zjawisko przeciążenia zmysłowego, określanego też jako splątanie sensoryczne. Ciągły stan pobudzenia wywołuje u danej osoby utratę kontroli nad reakcjami i zachowaniem. Dzięki stosowaniu określonych technik i ćwiczeń, dopasowanych do indywidualnych możliwości i potrzeb dziecka, terapia integracji sensorycznej pomaga w zwiększaniu zdolności układu nerwowego do radzenia sobie z tego rodzaju napięciami.

Ponad 90% osób ze spektrum autyzmu ma problemy sensoryczne wpływające negatywnie na codzienne funkcjonowanie. Mogą one wynikać ze zwiększonej potrzeby stymulacji zmysłowej bądź przeciwnie, z konieczności ograniczenia działania bodźców uaktywniających zaburzone układy sensoryczne, nadruchliwości spowodowanej podreaktywnością układu przedsionkowo-proprioceptywnego i naderaktywnością dotykową.

Terapia integracji sensorycznej to terapia przez zabawę. Jest terapią niedyrektywną. Podczas zajęć dziecko huśta się na huśtawce, toczy w beczce, jeździ na deskorolce czy balansuje na kołysce. Przez zabawę przyjemną i interesującą dla dziecka dokonuje się integracja bodźców zmysłowych oraz doświadczeń płynących do ośrodkowego układu nerwowego, co pozwala na lepszą organizację działań.

Terapia SI nie jest uczeniem konkretnych umiejętności (np. jazda na rowerze, pisanie, czytanie), ale usprawnianiem pracy systemów sensorycznych i procesów układu nerwowego, które są bazą do rozwoju tych umiejętności. Podczas pracy tą metodą terapeuta stymuluje zmysły dziecka oraz usprawnia takie zakresy, jak np.: motoryka duża i mała koordynacja wzrokowo-ruchowa.

Małgorzata Pająk

Przydatne strony:
www.aktywnezmysly.pl
www.integracjasensoryczna.org.pl
www.pstis.pl
www.fundacjaokno.pl

Bibliografia:
Ayres A.J./2015/, „Dziecko a integracja sensoryczna”
http://www.pstis.pl/pl/html/index.php?v2=block&str=podstrona_terapia
Odowska-Szlachcic B., „Integracja sensoryczna w autyzmie”

Trening umiejętności społecznych połączony z judo z elementami integracji sensorycznej

Proponowana metoda pracy polega na połączeniu ruchu, wysiłku fizycznego z nauką umiejętności społecznych oraz ćwiczeń korygujących zaburzenia planowania motorycznego. Rozwiązanie jest nowym, nigdzie niewykorzystywanym pomysłem pracy z osobami ze spektrum autyzmu.

Program przewiduje cykl spotkań według ściśle opracowanych scenariuszy zajęć:

- ➔ Cotygodniowy trening judo z elementami integracji sensorycznej z równocześnie prowadzoną grupą wsparcia dla rodziców i opiekunów uczestników zajęć.
- ➔ Cotygodniowy trening umiejętności społecznych z elementami terapii zajęciowej.

W wyniku przeprowadzonej stymulacji poprawia się integracja sensoryczna i wzmacniają procesy nerwowe, co w sposób automatyczny przekłada się na pojawienie nowych, adekwatnych reakcji i zachowań. Dzieci zwiększają swoją sprawność fizyczną, uczą się współpracy, nabywają umiejętności społecznych, stają się samodzielne, nabywają umiejętności samoobsługowych, nawiązują relacje z innymi osobami. Wzrasta ich poczucie własnej wartości i pozycja w grupie społecznej, w szkole.

Zajęcia są odpowiedzią na charakterystyczne objawy osób gdzie odczuwanie zmysłami jest zaburzone. Do najważniejszych należą:

- zaburzenia interakcji społecznych,
- zaburzenia porozumiewania (dwustronnej komunikacji słownej i bezsłownej),
- występowanie powtarzających się, ograniczonych i stereotypowych wzorców zachowań, zainteresowań i aktywności oraz charakterystyczną dla nich bardzo słabą sprawność fizyczną i koordynację ruchową.

Ćwiczenia judo z elementami integracji sensorycznej oraz trening umiejętności społecznych są sposobem na zastąpienie wielu terapii w jednej. Usprawniają bazowe układy zmysłów i wpływają na skorygowanie zaburzeń planowania motorycznego. Jednocześnie są formą zabawy, prowadzą do tworzenia relacji społecznych. Propozycja jest odpowiedzią na potrzeby rodziców i opiekunów tych osób.

Podstawowe założenia zajęć to:

- integracja i praca zespołowa – w celu budowania własnej tożsamości, relacji grupowych, uwrażliwienia na potrzeby własne i innych,
- komunikacja – nauka komunikacji wewnątrz grupy i wewnątrz społeczeństwa,
- problemy dyskryminacji – problemy i uprzedzenia dotyczące osób niepełnosprawnych.

– edukacja – nauka podstawowych umiejętności niezbędnych do funkcjonowania w życiu na codzień i w społeczeństwie
– terapia zajęciowa – nabywanie podstawowych umiejętności potrzebnych do samodzielnego funkcjonowania.

Bardzo ważnym elementem programu jest stworzenie grupy wsparcia dla opiekunów osób biorących udział w zajęciach. Cykliczne cotygodniowe spotkania to możliwość do wymiany doświadczeń codziennych zmagań z wychowaniem autystycznych dzieci. Dodatkową pomocą dla rodziców może być zorganizowanie cyklu szkoleń specjalistycznych w celach edukacyjnych i rozwojowych. Zagadnienia mogą dotyczyć: diety, seksualności osób niepełnosprawnych, redukcji stresu i skutecznych metod radzenia sobie z nim, praw osób niepełnosprawnych i skutecznego szukania pomocy prawnej.

Zastosowane narzędzie może zostać powielone przez specjalistów z zakresu oligofrenopedagogiki, autyzmu przy jednoczesnym wsparciu trenerów judo we wszystkich instytucjach opiekujących się osobami niepełnosprawnymi intelektualnie oraz ze spektrum autyzmu. Zarówno w ośrodkach terapii zajęciowej, mających dostęp do sali ćwiczeń jak i w placówkach oświatowych, szkołach. Trudność może polegać na stworzeniu odpowiednio przygotowanego zespołu wysoko wykwalifikowanego merytorycznie.

Proponowane rozwiązanie jest propozycją kompleksową. Podczas prowadzonych przez nas zajęć jednocześnie współpracuje ze sobą kilku specjalistów, wzajemnie dopełniając swoje kompetencje, umożliwiając uczestnikom wielotorowy rozwój. Pozwala stymulować podopiecznych przy użyciu stosunkowo prostych rozwiązań, wykorzystując wiedzę, doświadczenie poparte pozytywnymi wynikami naukowymi. Rodzic bądź opiekun otrzymuje dodatkowo wsparcie kierowane do niego co jest wartością dodaną.

Monika Koczur, Małgorzata Kominiak

Szkoła Podstawowa nr 6 Integracyjna
im. Kazimierza Brodzińskiego
w Bielsku-Białej

Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny