

PEDAGOGIKA OTROK Z MOTNJAMI V RAZVOJU
predavanja

Študijsko leto: 2003/2004

Predavateljica: Majda Schmidt

□ **TERMINOLOGIJA:**

Zdravstvena pedagogika;

Ortopedagogika;

Defektološka pedagogika;

Defektologija; ! SPREMEMBA IMENA ! Oddelek za specialno in rehabilitacijsko pedagogiko;

Rehabilitacijska pedagogika;

Specialna pedagogika; inkluzivna integracijska vzgoja;

Posebna pedagogika.

□ **KAJ JE SPECIALNA PEDAGOGIKA?**

Specialna pedagogika je interdisciplinarna veda, ki se povezuje s številnimi znanstvenimi disciplinami, kot so biologija, razvojna psihologija, sociologija, psihiatrija, pravo in obča pedagogika.

Področja, ki jih specialna pedagogika obravnava:

1. diagnostika
2. identifikacija / odkrivanje motenj
3. vzgoja in izobraževanje oseb/posameznikov v institucijah; + področje usposabljanja in rehabilitacije, da jim lahko pomagamo pri vrnitvi v normalno življenje.

Pristop: najpomembnejši pristop do posameznika je STRUKTURNI PRISTOP do celovite psihosocialne osebnosti; Saj so osebnosti. Njihov razvoj, funkcioniranje ne določa samo njihova motnja, saj so še drugi elementi (kognitivne sposobnosti, motivacijska vrednostna struktura, motivacija, socialni pogoji), ki so zelo pomembni.

Večji pomen ima tisto, kar posamezniku ni ostalo neokrnjeno. Poudarja, razvija se tisto, kar ima-jo!!

Če je motna nastala zgodaj, je veliko problemov – prvotna motnje in sekundarna motnja, v odpravljanje drugih/sekundarnih motenj se trudimo le te odpraviti, da se lahko ukvarjamo s prvotno motnjo. Zato se trudimo stanje normalizirati. Potrebno je razumevanje otrok kot celovito osebnost. Saj imajo motnje otrok različne vzroke za nastanek in pomemben je odnos socialnega okolja do teh oseb oziroma posameznikov.

Nivo: teorija: preučevanje/analiza vzrokov, zakaj je motnja nastala (dedno-gensko pogojevano, splet vzrokov...) s posledicami, ki postanejo zaradi motnje (nizka samopodoba, samospoštovanje, proučevanje, stališča, odnose posameznih skupin do vključevanja teh oseb; modeli obdelave.

Praksa: ukvarja se s praktičnimi problemi, kako uporabljati različne didaktične pristope pri poučevanju, različne pripomočke, materiale, da bo dosežena največja možna učinkovitost, katera oblika dela je najuspešnejša (tandem, individualizacija,...).

Naloga spec. ped.: razvijanje splošnih znanj, spretnosti, sposobnosti, čustvene in socialne, zdravstvene, družinske prilagojenosti. Razvijanje poklicne / profesionalne prilagojenosti.

□ VRSTE SPECIALNE PEDAGOGIKE

- 1) **Spec. ped. za otroke z motnjami v duševnem razvoju**; otroci, ki imajo splošni kognitivnih in specifičnih nivo znižani; Lažje od težje motnje v razvoju – usmerjeni naj bi bili v program, ki jim na njihovo motnjo najbolj ustreza.
- 2) **Surdo pedagogika** (gluhi in naglušni otroci); otroci imajo težave pri razumevanju, poslušanju, govoru,... Njihove motnje imajo različne vzroke in čase nastanka.
- 3) **Tiflo pedagogika** (slabovidni in slepi otroci); otroci imajo težave pri vidni precepciji
- 4) **Logopedija** otroci z govorno-jezikovnimi motnjami (lažje motnje)
- 5) **Specialna pedagogika za gibalno ovirane in dolgotrajno bolne otroke** Gibalno ovirani otroci = motorične motnje, ki so posledica prizadetosti gobal,...Dolgotrajno bolni otroci = različne bolezni, ki jih ovirajo pri življenju in učenju (bolezni srca, epilepsija, rak, dermatološke bolezni, motnje prehranjevanja,...) torej vse bolezni, ki trajajo dalj kot 3 mesece.
- 6) **Specilana pedagogika za otroke z motnjami vedenja in osebnosti**

□ VZROKI MOTENJ so lahko:

- 1) Neznani vzroki, plastični vzroki
- 2) Intraaktivno prepletanje vzrokov, težko je določiti kateri je glavni
- 3) Endogene motnje – vzroki
- 4) Eksogene motnje – vzroki

GENETSKI VZROKI :

Kromosomska odstopanja ~ dawnov sindrom, viljansov sindrom, edvartsonov sindrom,...;
Prirojene nepravilnosti v metabolizmu;
Familiarna odstopanja ~ hemofilija,...;
Faktorji z prirojenimi nepravilnostmi rasti lobanje ~ hidrocefalija-velika lobanja

SOCIALNO KULTURNI VZROKI :

Ti vzroki ne nastopajo sami zase. Navezani so še na druge vzroke, ki se pojavljajo. Pomembna je vzgoja ~ neustrezna vzgoja, premalo vzpodbud, trpinčenje otroka, nenaklonjenjo okolje, stroga (represivna) vzgoja, prezaščitniška vzgoja,...

ORGANSKI VZROKI :

<u>PRED ROJSTVOM OTROKA</u>	<u>MED ROJSTVOM OTROKA</u>	<u>PO ROJSTVU OTROKA</u>
droge, alkohol,...infekcijska obolenja matere (ruboola /rdečke/, rentgen, sevanja, zastrupitve,...).	perinatalni vzrok; prezgodnje rojstvo otroka, pomankanje kisika; dolgotranjen porod,....	visoka temperatura, menengitis, prometne nesreče (možganske poškodbe), zadužitve, zastrupitve, padci otrok, bolezni, ki se končajo s prizadetostjo.

□ ZGODNJA IDENTIFIKACIJA MOTENJ IN OBRAVNAVA

Namen: Da prepreči sekundarne motnje, ki se pojavijo ob primarni motnji. Preprečevanje drugih ostalih motenj. Ob preprečevanju želimo tudi motnjo omiliti. Odločiti se ali vključiti otroka v razvojni ali redni vrtec. Pomagamo družini (svetovanje in terapija staršev). Otroka vključi v rejniško družino (v primeru, da gre za dobrobit otroka in njegove družine). Ti otroci lahko preko obravnave dosežejo čim višjo stopnjo samostojnosti in samo kvaliteto / stopnjo življenja.

Vitalni del – zgodnje odkrivanje in obravnava; zelo pomembno da se ti otroci čim prej odkrijejo, da se jim lahko pomaga. Odkriti je treba biološko kritične otroke (ob rojstvu, možganske okvare, cerebralna paraliza, otroke z motnjo sluha in vida, socialno ogrožene dojenčke,...). Najbolj ogroženi so tisti otroci, ki imajo možnost (biološko – rizični in socialno šibki) večje ogroženosti. Te je treba čimprej odkriti.

Odkrivanje motenj

Motnje velikokrat odkrijejo starši na osnovi nekih znakov, ki jih je treba prepoznati, prepoznati je treba ta odstopanja. Kako prepoznati odstopanja? Treba je biti pozoren na veliko dejavnikov: ko pri otroku poteka upočasnen razvoj npr. otrok pri 3 mesecih ne dviga glavice, pri 6-ih mesecih sedi ob opori, 3-4 mesece ima stisnjene pesti, ima težave s sesanjem in požiranjem, pretirano slinjenje, pri 3 mesecih ne gleda v smer od koder prihaja zvok, pri 1 letom ne reagira na svoje ime, ne sledi premikajočim predmetom ima neustrezne reakcije in reflekse,...

Motnje se danes zelo zgodaj odkrivajo, takoj ob rojstvu otroka. Zdravniki (in starši) so tisti, ki prvi posumijo na motnjo otroka, motnjo odkrivajo tudi ob spremljanju otroka v ambulanti ob nevrološki podlagi (presajalni test), če gre za velika odstopanja.

Motnje odkrivamo v Sloveniji preko RIZIČNEGA REGISTRA OTROK (na pediatrični kliniki v Ljubljani) kamor se stekajo in zbirajo podatki o otrocih, ki so rizični. Naloga tega registra je, da vabi mame, da hodijo z otroci na preglede (na 3 mesece), da lahko spremljajo otroke. Nekatere pa spremljajo tako, da so, ki so na intenzivni negi v otroških bolnišnicah, predvsem so to otroci, ki so se prezgodaj rodili. Otroci, ki imajo možganske okvare. Ob 3. letu otroka pa je predpisan sistematski pregled otrok (na tem pregledu se odkrije zelo malo otrok s posebnimi potrebami, ker so v večini odkriti že prej). Pomembne pa so tudi patronažne službe, predvsem v družinah, ki so bolj oddaljene od centra mesta.

Lažje je odkriti motnje, ki so opazne navzven, oz. so opazne. Težje je odkriti motnje branja, pisanja, koncentracije, težave pri učenju...disleksija v OŠ. Ob odkritvi takega otroka je zelo pomembna obravnava. Pri malih otrocih še ne pomeni, da so njihove motnje že diagnosticirane. Strokovnjaki je ne morejo takoj postaviti, saj diagnoza nastane v daljšem časovnem obdobju spremljanja otroka. Zato je potrebno veliko potrpežljivosti s strani staršev in strokovnjakov. Strokovnjaki morajo starše realno obveščati o vsem, brez prikrivanja podatkov. Pri motoričnih motnjah se diagnoza ne more postaviti takoj/ni je mogoče podati takoj, saj je treba natančno postaviti postopek postopanja, ki se ga je treba držati.

ZGODNJA OBRAVNAVA JE PROCES UKREPOV

Tvorijo tudi društva/organizacije, ki nudijo pomoč staršem, družini, samopomoč, individualne terapije (terapevtska obravnava, ortopedska obravnava, logopedska obravnava,...);

Prej se začne; če je bila motna prej identificirana ima otrok več možnosti da se motnja popolnoma odpravi ali zelo oblaži.

Socialna ogroženost: revščina, nizki OD, nezaposlenost staršev, zanemarjeno okolje,...

Zelo pomembno je maksimalno stimulativno okolje, kvalitetne interakcije med družinskimi člani, veliko primernih igrac, da se znajo prilagoditi, da otrok potrebuje drugačno hrano, varnost in zaščito, sprejetja dejstva s strani staršev in okolice, da otrok s posebno potrebo počasneje napreduje. Zanj je zelo pomembno fizično, socialno, psihološko stimulativno okolje.

STARŠI V OBRAVNAVI V obravnavo so vedno vključeni starši, saj je pomembno tudi doma z otrokom kontinuirano delati / izvajati. Brez staršev ni pravih učinkov napredka otrok. Seznanjamo se z cilji obravnave, ki se morajo doseči, pravico do vrednotenja neke obravnave, ki se morajo doseči,

pravica do vrednotenja neke obravnave, obravnava mora biti prilagojena staršem, otrokom,..(bolezni v družini ~ depresije, omejene intelektualne sposobnosti staršev, upoštevat stresorje, (da) ne razumejo otrokovo motnjo, finančne možnosti, nezadostne informacije,...Zato je pomembno, da se da poudarek na odpravljanju stresorjev. Starše se izobražuje o motnji otroka, sebe, kako se spoprijemati s stresom, da se jih uvaja v terapijo, v razumevanje motnje otroka, kako z njim v neki dani situaciji odreagirati, ravnati. Kako si pridobijo zaupanje v svoje otroke, starši lahko imajo strahove, nerazumevanje, nimajo radi svojih otrok=kar ni dobro. STARŠI MORAJO PRITI DO UVIDA, DA MOTNJO SVOJEGA OTROKA SPREJMEJO.

PRVE OBRAVNAVE:

1) NEVROFIZIOTERAPEVTSKE OBRAVNAVE

Otroke z zgodnjo možgansko poškodbo. Delajo po metodi BOBATH; pri manjših otrocih poskušajo spodbujati čimveč pozitivnih čutno – gibalnih izkušenj, tako, da otroci to kar jim pokažejo gibe katere posnemajo. Učijo se s posnemanjem. Istočasno ob tem pa se otroci inhibirajo (zavirajo) nenormalni gibalni vzorci (pataloški refleksi). Ta obravnava vpliva dolgoročno; prvo so postavljeni kratkoročni cilji, ko pa jih doseže se postavljajo novi cilji, dolgoročni. Že naučeni gibi se morajo vseskozi ponavljati in utrjevati, da postanejo ti gibi avtomatizirani gibi. Tako lahko otrok v obravnavi doseže optimalni nivo (otrok stoji, hodi,...) ko to osvoji, gre naprej. Gre se za vzdrževanje tega stanja. Ta metoda se kombinira z metodo ponavljanja terapevtsko jahanje, terapevtsko smučanje, vključevanje v terapevtske kolonije.

2) DELOVNA TERAPIJA

Poteka po principih nevrofizioterapevtski obravnavi, s to razliko, da je delovna terapija pri malih otrocih usmerjena v razvijanje praktičnih spretnosti, ekonomičnih gibov, kar potrebujejo za neko nalogo npr. oblačenje, zapenjanje gumbkov, kako držati svinčnik, se vsesti na stol, priprava pribora za delo, igro,... vse to dviga kvaliteto, neodvisnost njegovega življenja.

Pedagogika otrok z motnjami v razvoju;

do 3 leta so vsi otroci individualno obravnavani pri specialistu

po 3 letu starosti otroka se otrokova individualna obravnava preusmeri v skupinsko obravnavo (vrtec, razvojni oddelki, heterogene skupine).

RAZVOJNI ODDELEK te otroke vodi specialna pedagoginja, zgornji normativ je 6 otrok + pomočnica + drugi strokovnjaki (delajo kot mobilni delavci = logopedi, fizioterapevti, delovni terapevti)

Novinci + ostali so vključeni tudi v zunanjo obravnavo, neglede na to da so že v razvojnem oddelku. Zgodnja obravnava se podaljša do vstopa v šolo. Ta pristop je dober za otroke in starše.

Obravnave so kompleksne, nepretrgane, so redne, sodeluje cel strokovni tim, te obravnave so zelo dobre za razvoj in napredek otroka. Dobro pa vplivajo tudi na odnos starši – otroci. Starši imajo druga stališča, zato je pomembno da imajo vpogled v otrokov razvoj in njegovo motnjo.

REDNI ODDELEK V takem oddelku nima dovolj pozornosti, skupine otrok so prevelike, neustrezna in premalo strokovna pomoč (dandanes še kader ni dovolj usposobljen – izobražen), neustrezni pogoji prostorov,...; Pomembna je obravnava mobilcev, če redno redno obiskujejo vrtece je njihovo delo dobro, če pa njihovi obiski niso konstantni je to za otroka in njegov razvoj to zelo slabo. Ni pa tudi intenzivnega stika s starši, določena okolja niso pripravljena na te otroke, slaba prilagojenost samega prostora, pomankanje primernih pripomočkov za te otroke, včasih so celo pripomočki neustrezni.

□ DRUŽINA OTROKA

Z rojstvom otroka z motnjo se v družini zelo spremeni družinska dinamika. Družine velikokrat razpadejo, ali se izolirajo od prijateljev, znancev,... kar je zelo slabo.

Zakaj?

- 1) saj otrok z motnjo zahteva veliko pozornosti od staršev;
- 2) starši nimajo moči, da bi vzpostavili stike, kontakte, čeprav bi bilo to zelo dobro;
- 3) z motnjo otroka so povezani tudi gmotni materialni stroški in s tem gmotni materialni položaj družine (prevozi otrok, posebna prehrana, zdravila, igrače, eden od staršev ostane doma,...)

Odnosi med družinskimi člani se preoblikujejo, kar se kaže v neposredni komunikaciji. Zaradi motnje se lahko partnerja oddaljita, ker eden posveča preveč pozornosti otroku. Tako se partnerja med seboj oddaljita, ponavadi takemu odnosu sledi ločitev, in s tem razdor družine. Spremeni pa se tudi odnos do ostalih zdravih otrok v družini, starši izkazujejo prevelika pričakovanja od zdravih otrok, v njih iščejo tisto, kar jim manjka. Velik pomen pa ima tudi razporeditev vlog. Kdo bo tisti, ki se bo popolnoma / deloma podredil otroku s posebno potrebo, in s tem pride do porazdelitve moči. Otrok s posebno potrebo + mati (ki je največkrat tista, ki se podredi potrebam otroka) si delita to moč. Spremenijo se življenjski interesi, navade.

Obstajajo pa družine, ki so fleksibilne, se znajo spopasti z vsemi problemi, ki nastanejo in spremljajo motnjo otroka, predstavlja jim izziv, nek nov pogled na svet. Vsaka motnja / invalidnost je povezana z odvisnostjo otrok – staršev – družinskih članov, zato se vsem enkrat zgodi, da je njihov lastni razvoj utežen, ker jih tak otrok tako zelo potrebuje.

Koliko se je družina sooči z motnjo je odvisno:

- kakšna je vrsta motnje;
- čas nastanka motnje;
- ali je pred rojstvom otroka, življenje imelo nek svoj tok življenja.

FAZE ŽIVLJENJA po Wolfensbergu

1. FAZA ŠOKA

Nastopi takoj ob rojstvu otroka; Starši so ohromeli, onemeli ob rojstvu otroka z motnjo; ta šok pa pomeni izgubo zdravega otroka; izguba vsega kar staršem otrok sploh pomeni (izguba vrednot, uspeha, neke vrednosti,... izguba dela sebe, izguba pričakovanj,...)

2. FAZA OBRAMBNIH REAKCIJ =faza osebnih vrednot pri starših

Pri starših se pojavljajo obrambni mehanizmi / obrambe;

- ob dvojnosti čustvovanja v odnosu do otroka;
- zapustitev otroka, agresivnost;
- oddaja otroka v zavod;
- eden od staršev usmeri v delo;
- odvisnost od alkohola.

Lažje izražen mehanizem (so popustljivi, preveč zaščitniško obnašanje,...) ali težje izražena obrambna reakcija. Ti obrambni mehanizmi se spreminjajo v različnih obdobjih; veliko je odvisno od karakterja staršev.

3. FAZA PRILAGAJANJA = realna kriza

Ko starš pride v situacijo, ko ugotovijo, da je otrok drugačen; ko pride do uvida glede motnje otroka (takrat ko jim strokovnjaki pomagajo sprejeti to novico). To je čas, ko se starši navajajo na motnjo otroka in morajo rešiti vse svoje probleme saj šele takrat lahko in so sposobni pomagati otroku. Starši se morajo prilagoditi na motnjo. Velik vpliv pa imajo tudi dejstva, kakšni so odnosi v družini in okolici, kakšna so stališča v neposrednem okolju te družine. Pomembno je da starši in otroci naletijo oz. so v naklonjeni okolici, stališči družbe. Pomemben dejavnik pa so tudi

strokovnjaki, strokovna služba, ki vodijo kvalitetno obravnavo in tako pride do procesa prilagajanja.

Prilagajanje je odvisno od:

- staršev;
- strokovnjakov;
- pogojev: finančni, socialni,...;
- stališč družbe,...

4. FAZA USMERJANJA

To fazo starši dosežejo takrat ko vedo kaj je za njihovega otroka najboljše. Takrat so starši zmožni videti otrokovo prihodnost, perspektivo. Ti starši že v naprej razmišljajo, kje bo otrok, ko bodo odrasli; kje bo otrok ko mu ne bodo več mogli pomagati.

PROCESI: SEGREGACIJA, INTEGRACIJA, INKLUZIJA

SEGREGACIJA

Segregirano izobraževanje je prevladovalo v preteklosti. Segregacija pomeni, da gre za ločenost otrok z motnjo od otrok brez motnje. Pomeni: dalj časa ločeno izobraževanje od rednih otrok, šol. Izobraževanje je potekalo v oddaljenih krajih, podrtijah, v starih zapuščenih gradovih in hišah. Ta pristop je veljal do srede 20. stoletja (50/60 let); Ta pristop ni imel le samo negativnega pristopa. Ta pečat se je spreminjal v teh institucijah, kjer so se z njimi začeli ukvarjati specialisti – izobraženi ljudje, ki so znali in zmogli prilagajati učni načrt, materiale, ustrezne oblike dela,... V preteklosti nismo čutili potrebe, da bi motene otroke združevali z »normalnimi« otroci. Veliko postopkov je bilo zelo dobrih , saj so ponekod že osvojili Montesori pedagogiko. Razvili so pristope, ki so bili sposobni dobre motivacije teh otrok, in ti otroci so dosegali dobre rezultate, uspehe. Razvila se je dolgotrajna in dobra tradicija teh institucij. Specialna praksa se je razvijala tako kot specialna pedagogika. Velik korak naprej v praksi. Pokazala se je glavna pomanjkljivost teh institucij t.j. izoliranost teh otrok in kot posledica le tega premajhna pripravljenost na realnost tega svet, življenja. Ker jih »zavijajo v vato«, jih ščitijo, preprečijo jim socialne, emocionalne, ... izkušnje s sovrstniki, ki jih potrebujejo za življenje.

INTEGRACIJA

Integracija je širok kompleksen pojem = skupno šolanje, izobraževanje otrok s posebnimi potrebami + zdravi otroci. Vzgojno – izobraževalna integracija = edukacijska integracija. Treba je »široko« gledati na ta proces = je oblikovanje, kreiranje pogojev za otroke z motnjo, ki v vsakem konkretnem primeru otroka omogočajo najmanj restruktivno okolje. T.p. okolje, ki daje možnost za razvoj kognitivnih, socialnih in emocionalnih potencialov, pri tem pa morajo biti izpolnjeni: subjektivni (sub. pog. za v takšno vključitev: odnosi, stališča staršev, učiteljev, vrstnikov do teh otroh, vrsta in stopnja motnje, stališča družbe), objektivni (strokovnost, manjše število otrok v skupini, timsko delo, pripomočki, materiali, učni program ~kurikul~ izdelava individualnega programa,...), in organizacijski pogoji. Vzgoj.-izob. edukacijsko integracijo je sredstvo za doseganje socialno integracijo !!najpomembnejše!! da se ti otroci znajo vključiti v normalno življenje.

Glavni cilj je socialna integracija, do nje pa pride z vzgoj.-izob. integracijo. Integracija ni samo fizično namestitev v razred. Mora biti tudi kurikularno, socialno, psihološko integracijo. V integriranih skupinah se lahko razvija boljše sprejemanjem, razumevanjem do drugačnosti. To je dobro za vse, sprejemanje drugačnosti, sprejemanje takih otrok, saj ti otroci imajo nobenih predsodkov, jih ne gledajo postrani. So prijatelji. Pomembno je tudi to, da otrok s težjimi motnjami ne integriramo.

INKLUZIJA

V 90. letih Amerika, Nova Zelandija, Kanada je več kot integracija. Preprosto poudarja dejstvo, da skupina, razred niso enotni, popolni dokler niso dobrodošli vsi otroci (drugačni, tudi versko drugačni, rasno,...) Poudarja enakost, pripadnost ob vključevanju. Vključuje vse otroke s posebnimi potrebami neglede na stopnjo motnje. V organizacijskem smislu je bolj zahtevna.

Inkluzija je skrbno (načrtovana) sistematično pripravljena; inkluzija ne pozna mej, je pa ena sama saj nima stopenj, vse se dogaja v skupini. Ves čas se v razred vključujejo strokovnjaki, poučujejo tudi učitelja.

FILOZOFIJA V:

Inkluzija poudarja, da je drugačnost naravna in zaželjena. Temelji na socialnem modelu obravnave, ki jasno kaže, da je položaj posameznika z motnjo in diskriminacijo v družbi pogojeno z neugodnimi posebnimi stališči s predsodki. S strahom z anksioznostjo pred tistimi, ki imajo motnjo. Družba, okolje se mora prilagoditi na otroka z motnjo. **Integracija** je tradicionalna paradigma. Filozofija sloni na principu normalizacije okolja. Da bi okolje čim bolj sprejelo te posameznike. Integracija se je sprevrgla (namesto, da bi dosegla socializacijo). Dosegla je nasprotno, je v praksi. Posameznik z motnjo se mora prilagajati na okolje. Poudarja odgovornost otroka z motnjo v vključevanje v družbo.

Pri integraciji se učitelj osredotoči na posameznika, v inkluziji se učitelj osredotoči na otroka, ki je drugačen. V inkluziji se obravnava dogaja v skupini (supertivno spodbujevalno okolje). V integraciji se poudarja poseben program-izven skupinska obravnava.

60 – 70 leta so v Z Evropirazvili številne integracijske modele, ki so zelo razvejani po izobrazbi in specialni plati. Vse to pa je seveda povezano tudi s financami – finančnimi sredstvi.

□ INTEGRACIJSKI MODEL

Ti modeli imajo več stopenj: (Višja kot je stopnja, večja je segregacija!)

1. stopnja! Otrok je vključen v redni razred OŠ z ali brez medicinske ali druge dodatne strokovne pomoči.

2. stopnja! Otrok je vključen v redni razred OŠ ob dodatni strokovni pomoči.

3. stopnja! Otrok je občasno pri pouku v rednem razredu, sicer pa je v posebnem razredu.

4. stopnja! Otrok je ves čas vključen v posebni razred. Vendar je še možen stik z vrstniki brez motenj npr. med odmori

5. stopnja! Otrok obiskuje pouk v posebni ustanovi. Otroci so izolirani.

6. stopnja! Otrok je vključen v obravnavo na domu.

7. stopnja! Otrok je vključen v bolnišniško šolo ali v socialni zavod. Nimajo kontaktov s sošolci in imajo pretrgan kontakt s starši, s svojo družino.

Ta integracijski model ustreza vsem vrstam motenj v razvoju.

V te stopnje nameščajo otroke multidisciplinarni timi. Jasno je da se z njihovimi odločitvami morajo strinjati tudi starši otrok s posebnimi potrebami. (Odločijo se torej na podlagi strokovne odločitve in strinjanja s strani staršev.)

INTEGRACIJA V SLOVENIJI

Pri nas se je na tem področju zgodil velik premik, s sprejetjem nove zakonodaje 1996 leta. (zakon o OŠ, zakon o predšolski vzgoji, zakon o usmerjanju – leta 2000,...)

Integracija je neenakomerno razvita. Njena razširjenost je odvisna od števila usposobljenih strokovnjakov. V Sloveniji močno upada število otrok s posebnimi potrebami v posebnih institucijah. Poraslo pa je število otrok s posebnimi potrebami v rednih OŠ. Za mnoge pa se odvija tiha fizična integracija, ki se ne obravnava. Saj v celoti razvoj in pogoji niso na nivoju, ki bi omogočali uspešnost. Integracija pa je potekala že prej. Vedno so integrirali otroke z gibalnimi motnjami, motnjami vida in sluha, otroke z učnimi težavami, s pomočjo mobilne socialne službe. Velika uspešnost na relaciji vrtec – OŠ – SŠ, saj so sodelovali strokovni delavci, svetovalni delavci, ravnatelji, učitelji, starši. Danes je pomembno integrirati čim več otrok, danes se procent teh otrok s posebnimi potrebami giba od 20 %

do 25 %. Veliko je teh otrok, največ je tistih, ki imajo učne težave (15 % - 18 %), lažje, zmerne težave (15 %), najtežje učne težave, ki potrebujejo strokovno dodatno pomoč (2 % - 3 %).

□ OTROCI S POSEBNIMI POTREBAMI SO: (zakon o usmerjanju, 2000):

1. Otroci z motnjami v duševnem razvoju
2. slepi in slabovidni otroci
3. gluhi in naglušni otroci
4. otroci z govorno-jezikovnimi motnjami
5. gibalno ovirani otroci
6. dolgotrajno bolni otroci
7. otroci z motnjami vedenja in osebnosti
8. otroci s primanjkljajem na posameznih področjih učenja

Individualiziran program potrebuje strokovno, dodatno pomoč, učitelji naj ne bi sami sestavljali te individualizirane programe.

□ PROGRAMI VZGOJE IN IZOBRAŽEVANJA ZA OTROKE S POSEBNIMI POTREBAMI:

1. Programi s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo;
Ta program je najbolj integriran program.
2. Prilagojeni izobraževalni programi;
3. Posebni programi vzgoje in izobrazbe;
Ta program je časovno podaljšan program (do 21.leta). Ti otroci – njih se ne izobražuje za ampak se jih usposablja za življenje, za delo, za praktične veščine,...(splošna poučenost – higijena, govor, prepoznavanje okolja, socializacijske veščine, samostojnost), delovna vzgoja, glasbeno ritmična vzgoja športno estetska vzgoja.
4. Vzgojni program;
Najmanj integriran program.
5. Programi za predšolske otroke s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo;
Izvajajo se v rednih vrtcih. Dodatno strokovno pomoč nudi specialni pedagog, izvajajo pa jo tudi učitelji RP-ja, ki morajo biti pod mentorstvom specialnega pedagoga. Ta pomoč mora biti opredeljena v odločbi komisije za usmerjanje (v šoli 1 – 5 ur tedensko, v vrtcih 1 – 3 ure tedensko).
6. Prilagojeni programi za predšolske otroke;
Izvajajo posebni razvojni oddelki v sklopu rednih vrtcev vendar je možna prehodnost, katera pa je v praksi zelo dobro izvedljiva.

VZGOJNI PROGRAMI Vključujejo otroke in mladostnike z vedenjskimi motnjami; mladinski domovi, stanovanjske skupine, zavodi za socializacijo, prevzgojni zavodi (zavodi zaprtega tipa).

□ KOMISIJA ZA USMERJANJE

V komisiji za usmerjanje delujejo točno imenovani člani za obdobje 4 leta. Ti člani so različni strokovnjaki z različnih področij:

- a) pedopsihijatri
- b) psihologi
- c) defektologi ustrezne specialnosti (socialni pedagog, logoped,...)
- d) socialni delavci
- e) zdravniki določene specialnosti (nevrolog,...)
- f) učitelj-ica RP-ja, ali razrednik na predmetni stopnji, vzgojitelj. Za otroka ima pomembno in odgovorno vlogo učitelj. Članstvo učitelja v komisiji za usmerjanje je novost.

Strokovni tim usmerja otroka na osnovi vrste motnje in stopnje motnje. Pri čemer mora takega otroka razvojno procesno spremljati. V tem procesu ga mora vsak član komisije pregledati in si ustvariti mnenje in pridobiti dokumentacijo od prej (od ostalih specialistov, ki so že predhodno delali z otrokom – mnenje drugih strokovnjakov katera mora upoštevati). Člani se morajo povezovati s šolo, vrtci, kjer je otrok vključen ali bo otrok vključen, usmerjen. !!!! Ta komisija mora ugotoviti ali imajo zgodne – prve - materialne – kadrovske – prostorske pogoje za integracijo otroka s posebnimi potrebami. Te komisije imajo pomembno vlogo za prihodnost otroka s posebno potrebo. Tudi starši so vedno več in bolj obveščeni o delovanju komisije. Pojavlja pa se velik problem ~ pomanjkanje strokovnih delavcev. V diagnostiki se ne smejo pisati samo pomanjkljivosti otrok, ampak se morajo zabeležiti tudi otrokovi dosežki, področja kjer je uspešen. Podati je treba tudi socialno sliko družine, ter zajeti tudi predšolsko obdobje otroka s posebno potrebo. Socialni model zahteva celotnost vpogleda.

□ PROGRAMI S PRILAGOJENIM IZVAJANJEM IN DODATNO STROKOVNO POMOČJO

Komisija otroka usmeri z odločbo (kam, za koliko časa,...). Komisija mu lahko odobri pomoč med uro, individualno delo zunaj razreda ali v manjši skupini (največ 3 učenci), strokovno pomoč (1 ura razredni učitelj, strokovni delavec, specialni pedagog,...), dodatna strokovna pomoč = je vsestransko zasnovana (na področju vedenja, čustvovanja,...), saj je treba te OTROKE CELOSTNO OBRAVNAVATI. Pomoč otrokom s strani **ne** specialnih pedagogov ni zadostna, ni dovolj kvalitetna!!!! Če še ni zapisano katere individualne cilje mora otrok doseči, mora šola poskrbeti in sklicati strokovni tim, da oblikuje in bo odgovoren za individualiziran program.

Ta tim sestavljajo:

- a) specialni pedagog;
- b) učitelj otroka;
- c) starši otroka;
- d) določeni strokovni delavec;
- e) otrok sam, če je zrel za sodelovanje.

Vse to je pomembno z vidika motivacije,..., otrok mora biti ves čas izvajanja aktiven.

INDIVIDUALIZIRAN PROGRAM = DEFEKTOLOŠKI KRIŽ

1. DIAGNOSTIKA

Strokovno jo izpelje specialni pedagog, ki ima ustrezni inštrumentarij. Diagnostika mora biti usmerjena v otrokove ovire, motnje in njegovo močno področje, stran. To njegovo močno področje mora biti oz. je pomembna za ocenjevalno stopnjo razvitosti. Upoštevati mora otrokove strategije, stile učenja, njegove interese, stopnjo njegove komunikacije.

2. NAČRTOVANJE

Pri načrtovanju gre za natančno določitev ciljev (učnih = po kurikulumu, vsebinskih,...), definirana morajo biti področja funkcij (funkcijski cilji = njegov razvoj). UČNI IN FUNKCIJSKI CILJI MORAJO BITI ZELO NATANČNO DEFINIRANI. Prvo so postavljeni splošni cilji (SC), ki pa so preohlapno postavljeni, zato je potreba nadaljnja opredelitev natančnih ~ delovnih učnih ciljev in delovnih funkcionalnih ciljev (FC). Te cilje je treba sprejeti, da se lahko vrednoti, če so cilji bili

doseženi. Direktno načrtovanje je pomembno ker je namenjeno samo enemu otroku. Individualiziran program je namenjen samo enemu določenemu otroku. Učni in funkcionalni cilji v individualiziranem programu morajo biti dvodimenzionalno zastavljeni !!!! Ti cilji morajo biti tudi konkretizirani, jasno postavljeni, v nekem razvojnem smislu (od preprostega k kompliciranemu), in treba je upoštevati preverljivost teh ciljev.

3. IZVAJANJE

Pomembno; načrtovane metode, pristopi v razredu in zunaj razreda, tudi pripomočki, testi znanja, druga oprema (odvisna od potrebe); kdaj je potrebna večja ali manjša skupina otrok, kdaj tandemsko delo. Pomembno je tudi vzdušje (FC) = kako izboljšati klimo v razredu, da bo prišlo do socialne integracije ob učni strategiji.

4. VREDNOTENJE CILJEV

Vrednotenje ciljev naj bi potekalo vsake 3 mesece. Strokovni tim bi se morali uvesti skupaj in morajo skupaj preveriti dosego ciljev tega programa. Brez tega dela faze ni dobrega programa. Natančno se ve kako so bili ti cilji doseženi. Ali je otrok samostojno dosegel zastavljene cilje; ali je potreboval pomoč pri doseganju ciljev; ali mogoče zastavljenih ciljev sploh ni dosegel in to pomeni, da ni mogel delati po tem zastavljenem programu. Pomembno je, koliko ciljev je bilo doseženih, vrednotijo se tudi vsi pristopi, pripomočki, ki so bili za otroka dogovorjeni; ali je bilo vse načrtovano dobro za otroka s posebnimi potrebami. Pri vrednotenju ciljev se dobi povratna informacija, kaj, kako,... je za otroka dobro in kaj slabo.

Cilji: če niso doseženi (nič, malo osvojenih) pomeni, da morajo biti cilji drugače postavljeni; ker nekaj ni bilo dobro zastavljeno. Ugotoviti je treba kaj in zakaj ni bilo dobro zastavljeno. Zakaj???? Zakaj cilji niso bili doseženi, smo bili preveč zahtevni, jih niso dovolj dobro opredelili, ali je prišlo do spremembe pri otroku (bolezen, dodatna motnja,...)..... Na koncu pa mora biti celovito vrednotenje ciljev.

LIT. Metodika individualizacije (prof. Galež)

□ RAZREDNA INKLUZIJA = KULTURA VKLJUČEVANJA

Principi: □ Otroci s posebno potrebo imajo pravico do vključevanja v redni razred pravico do integracije;

□ Vsi otroci imajo individualne sposobnosti in potrebe, katere je potrebno prepoznati in upoštevati;

□ Otroci s posebno potrebo so učenci;

□ V procesu učenja učenci in učitelji medsebojno sodelujejo.

RAZVIJANJE RAZREDNE SKUPNOSTI - Strategije:

□ Vsi učenci naj bodo o vsem obveščeni!

* kaj se bo počelo čez teden, kako bo potekal pouk,...

□ Učenci naj bodo vključeni v odločanje!

* Odgovornost učencev do otroka z motnjo, pomoč do drugih=razvija se skrb,..., ta pomoč naj bo jasna, koliko časa bo trajala, kakšna so pravila vedenja, obnašanja, kaj je zaželeno obnašanje in kaj nezaželeno obnašanje, in kakšne so posledice nezaželenega obnašanja in nasploh. O vsem tem dogajanju morajo biti obveščeni tudi starši otrok. Vse to pomaga učitelju doseči skupinsko dinamiko.

□ Spreminjanje razrednega okolja!

* Učitelj naj upošteva različne *nivoje učenca*, razstavi dela v s e h otrok,. Vsi učenci morajo imeti pravico, da so njihovi izdelki dobri in vredni »razstave«. *Obogatitev otroških knjig* – takšne ki posegajo na področje posebnih potreb (Veveriček posebne sorte, Moja leva noga, Grdi raček, Moj črni plašč,...); vse to je potrebno ker otroci teh otrok ne poznajo in se na ta način poučijo o tem kako ravnati z otrokom s posebno potrebo. Pomemben je tudi *sedeljni red*; ti otroci niso posedeni zadaj ali na strani. Raztreseni so po razredu v primeru, da jih je več. Če je eden sam, naj sedi na sredini.

□ Prizadevanje drugačnosti!

* Z otroci s posebnimi potrebami ravnamo kot z vsemi drugimi otroki, od njih tudi določene stvari pričakujemo. Učencem je potrebno razložiti zakaj nekaj delajo drugače. Potreben je razgovor o drugačnosti, da le to sprejmejo.

Bodimo pravični in ne usmiljeni!

* Če smo usmiljeni lahko zelo škodujemo otroku, jih ponižamo. Otrok pa nas lahko začne izkoriščati, izkoriščati situacijo, če mu vedno vse ustrezemo.

KURIKUL V TAKEM RAZREDU

Učitelj, ki poučuje v inkluzivnem razredu je naravnani v dobro učencev in ve:

- da je učenec pomembnejši od kurikulumuma;
- da je potrebno razlike med učenci spoštovati in upoštevati;
- da je vsak otrok učenec;
- da se učenci bolje učijo skupaj kot narazen;
- da lahko prilagaja kurikulum v korist učenca;
- da je vsak napor poplačan z učenjem – znanjem.

VPRAŠANJA, ki si jih zastavljamo:

1. Katere osnovne bazično znanje morajo učenci s posebnimi potrebami pridobiti pri posameznih učnih predmetih?

Osnovne pojme, definicije, zakonitosti; ne detajlov. Učitelj mora selekcionirati program (kaj otrok rabi in kaj ne). Učenci morajo osvojiti vsaj minimalno znanje po kurikulumu ; ne doseganje zanje pomeni, da ne bodo morali napredovati v višji razred.

2. Kako se lahko otroci s posebnimi potrebami najbolje učijo?

- s pomočjo vizualnih podpor (sluh, zapomnitev);
- s pomočjo zvočnega zapisa;
- s pomočjo gibanja (verbalno izražanje);
- s pomočjo totalne komunikacije (mimika, geste,...);
- s pomočjo konkretnih materialov (gibalno);
- s pomočjo multikonzorike (vsi);
- s pomočjo prilagojenih učnih listov (večji format, širše linije,debelejši papir,...);
- s pomočjo skrajšanih v naprej pripravljenih tekstih;

Otroci z različno motnjo rabijo različne podpore!!!

- s pomočjo skrajšanih navodil za delo;
- s pomočjo individualnih učiteljevih razlag;
- s pogosto menjavo aktivnosti in manjših odmorov;
- zmanjšanje dražljajev (vidni, slušni prostorski, gibalni, hiperaktivni);
- s podaljševanjem znanja;
- s pomočjo posebne opreme: računalnik, žepno računalno, videorekorder, diaproyektor, mikrofona, slušni aparat,...

3. Katere organizirane podpore lahko pomagajo učencem s posebno potrebo k učinkovitejšem učenju?

podpora dodatnega učitelja;

Delo dodatnega učitelja v razredu (specialni pedagog). Specialni pedagogi so tisti, ki so najbolj opremljeni s pripomočki in metodami. Tisti strokovnjak, ki je najbolj opremljen z znanji, katere potrebuje učenec in učitelj. Delo specialnega pedagoga je tudi vezano na tesno sodelovanje z ravnatelji, starši otroka, ostalimi učitelji, strokovnimi delavci šole. Njegovo osnovno delo je, da pomaga pri integraciji ali inkluziji v razredu. Njegove naloge so osredotočene tudi na pripravo individualiziran program za učenca z motnjo. Vključen je v diagnostiko.

Če je specialni pedagog vključen v razred – lahko nastopa v *podpori* (pomaga pri poučevanju; takrat učitelj razlaga snov, dodatni strokovnjak pa pojasnjuje stvari še z drugimi viri literature, lahko

uporablja multisenzorično, kinestetičnimi vajami, poslužuje se lahko tudi interaktivnega pristopa skupaj s socialnimi igrami. V procesu poučevanja se ukvarja s tistimi učenci, ki potrebujejo pomoč (slabše motivirani, moteni,...) Skrbi tudi za druge učence, za vse! Specialni pedagog je v razred določen zaradi otroka z motnjo, pomaga pa vsem. Koliko časa bo specialni pedagog v razredu je odvisno od števila učencev s posebno potrebo, kako je zapisano v odločbi, ali je stvar dogovora. Obravnava zunaj razreda: otrok s posebno potrebo prihaja v posebno sobo, kjer ga specialni pedagog obravnava. Prednost je v tem, da otrok pridobi več znanj, ker se mu bolj posveti spec. ped., pomankljivost pa je, da če je otrok veliko zunaj lahko izgubi stik s sošolci. Zato je zelo pomembno koliko časa je otrok zunaj razreda. To obliko z vidika socializacije vključevanja sporno. Mlajši otroci nimajo problemov z odhodi k specialnem pedagogu. Z leti /na predmetni stopnji/ pa so problemi /puberteta/ zato je treba ravnati subtilno; za vsakega otroka se je potrebno odločiti kaj je za posameznika pomembno – najboljše.) ali *glavni vlogi* (poučuje). !!Katera področja, katere teme, bo poučeval učitelj, katere specialni pedagog je stvar načrtovanja in dogovora!!

□ podpora učnega asistenta;

Parastrokovnjaki; pod mentorstvom spec. ped. ali razrednega učitelja. Naloge asistenta morajo biti jasno opredeljene. Pomembno je, da pokrivajo organizacijski vidik učenca (priprava na uro,...), delajo zapiske otroku (težava pri motoriki, cerebralna paraliza, kronična bolezen + mišična /disklofija?) in vmesna pomoč. Skrbijo za razvijanje različnih spretnosti po navodilih spec. ped. / učitelja. Vključeni so v razred v tistih šolah, kjer je več otrok s posebnimi potrebami. Njihova naloga je, da nudijo tudi fizično pomoč, osnovno nego,... Skrbi tudi za socialno integriranost otrok, in da so učni asistenti v pomoč tudi drugim otrokom, ki to pomoč potrebujejo (utrjeni otroci, otroci, ki imajo različne zdravstvene težave,...)

□ podpora prostovoljca;

Poteka pod mentorstvom specialnega pedagoga ali razrednega učitelja. Pomembno je !! jasno se mora vedeti, kaj se od parastrokovnjaka pričakuje. Podpora prostovoljca se pomavadi porabi pri vodenju otroka v/iz šole; je bolj osredotočeno na druženje z otrokom izven šole – popoldanskem času. Vključuje otroka v družbo (kino, sprehodi,..), da otrok ni osamljen.

□ podpora sošolca;

V drugih državah je ta podpora zelo pogosta. Sošolec je nekakšen tutor, ki je zelo dobro seznanjen s potrebami takega otroka s katerim sodeluje. Zadolžen je zanj v razredu, da skrbi za učenje otroka, mu pomaga pri sledenju učne snovi, mu pomaga pri usvajanju različnih veščin. To vlogo tutorja usmerjamo v socialno integracijo, pri vključevanju v različne dejavnosti, spremljanje v času malice, kosila,...

□ podpora starša.

Te podpore se poslužimo takrat, ko ni na voljo dodatnih strokovnjakov. Te podpore so zelo dobrodošle. Tisti starši, ki so se vključili v zgodnji suport, otroka poznajo, vedo kako se ta otrok uči. Ves čas so neposredno prisotni ob otroku in imajo stik s strokovnjaki. Učencu pomaga takrat, ko potrebuje pomoč. Velikokrat se starši vključijo v šolo (vid/sluh). Starši se morajo v rehabilitacijski center, kjer se učijo osnove orientacije, mobilnosti, komunikacije,... Tako je lahko starš tutor v zelo veliko pomoč v razredu. Starši hiperaktivnih (vedenjske motnje) otrok so tudi lahko prisotni, ker znajo svojega otroka pomiriti. Za koliko časa je starš v razredu in kdaj ne, se je potrebno posvetovati s strokovnjakom, in pomoč ukiniti takoj, ko je otrok dovolj samostojen.

Te otroke ostali hitro zaznamujejo. Še vedno je veliko predsodkov do drugačnih. Posledice socialnega neizključevanja = ki se kažejo kasneje v življenju, ti ljudje so manj izobraženi, imajo več zdravstvenih, čustvenih problemov, ne zmorejo-ne znajo si ustvariti družine,... Učitelji so premalo pozorni na socialno vključevanje, saj se vsa pozornost osredotoča na doseganje ciljev – minimalno znanje.

4.Kako naj učenec s posebno potrebo svoje znanje pokaže?

Pokaže naj tiso, pri čemer so močni!! Na svojih močnih področjih naj se dokazuje!!

VKLJUČEVANJE STARŠEV OTROK S POSEBNIMI POTREBAMI V UČNI PROGRAM Starši sodelujejo s šolo skozi celo šolsko leto, saj imajo zakonsko pravico, da sodelujejo pri sestavljanju individualnega učnega programa.

STRATEGIJE PRIBLIŽEVANJA S STARŠI

- *Povabimo starše, da opazujejo svojega otroka v integriranem / inkluzivnem razredu.
- *S starši se pogovorimo o željah, pričakovanjih vezanih na otroka v tekočem šolskem letu.
- *Staršem omogočimo, da predstavijo svojo vlogo pri pripravi individualiziranega programa za otroka.
- *Vzpodbujamo jih k komunikaciji in vključevanju v individualiziran program skozi celo šolsko leto.
- *Oblikujemo načrt sodelovanja s starši, ter se dogovorimo za način komunikacije, ki mora biti stalna (telefonski klici tedensko, e-pošta, dopisovanje,...)

Taki starši imajo več stika z učiteljem, ravnateljem, spec. ped.. Starši morajo dandanes čimbolj aktivno sodelovati.

5.Kateri pogoji morajo biti, da je integracija / inkluzija uspešna?

Pogoji vezani na otroka:

- ; da smo pravočasno in temeljito obveščeni za kakšnega otroka gre, in kakšno odločbo ima, kako pristopiti k stvari, kaj mu v procesu integracije ponuditi, poznati motnjo otroka.
- ; ali ni/je ta motnja prehuda, je dobro prilagojen na socialno sredino, če je emocionalno zrel. Pomembna je diagnoza! Pomembno je to, da otrok nima dodatnih motenj, da lahko ta otrok sledi pouku, da ima intelektualne sposobnosti, kognitivne spoznave, sposobnosti in spretnosti.
- ; da so starši aktivno vključeni v proces integracije, da ima doma ustrezno podporo, spodbudo iz domačega, družinskega okolja.

Pogoji vezani na organizacijo:

- ; ustreznost prostora, pripomočkov, materialov; da so deležni vseh teh prilagoditev. Potrebne so metodične didaktične prilagoditve (pri učenju, ponavljanju,...), učenje v manjših skupinah, veliko individ., dela, ko ima učitelj osebni stik z otrokom vezan na prilagoditve.
- ; učitelj mora biti dinamičen, toleranten, iznajdljiv, človeški,...
- ; kurikulum mora biti prilagojen individualnim potrebam otroka.
- ; individualiziran program!!je zelo pomemben za vsakega posameznika.
- ; v razredu je zelo pomembna socialna klima: pripravljenost sprejeti takega otroka. Učitelj mora imeti in biti pripravljen na integracijo, katero mora tudi neverbalno izražati (na tej nezavedni ravni)-če je učitelj pripravljen so tudi učenci pripravljeni sprejeti takega otroka. Na sošolce vplivajo še drugi dejavniki, vzroki: starši (če se starši ne strinjajo nastane problem, katerega mora učitelj znati rešiti-sprememba stališč).
- ; celostna pripravljenost otroka.
- ; delovati mora timsko delo! Strokovni tim je vključen v integracijo takega otroka (strokovnjaki, ravnatelj starši,...). To timsko delo mora biti kvalitetno. Ti ljudje morajo biti tesno povezani z medosebno komunikacijo, prevladovati morajo vzajemni odnosi, neprestano načrtovanje in evalviranje. Vsi morajo biti seznanjeni z delom, biti morajo kooperativni. Timsko delo mora biti povezano tudi z drugim timom izven šole.
- ; stalno delo s starši, vključenost staršev skozi celo leto. Vedno morajo biti o vsem obveščeni.
- ; tudi učitelj potrebuje podporo;; te so lahko deležni strokovne podpore drugih strokovnih delavcev, ko to podporo potrebujejo (spec. ped., ravnatelj,...), moralno podporo, nasvete,neko neposredno podporo. Učitelj pa lahko sprejme tudi podporo s strani staršev (če so v partnerskem odnosu, lahko dosti koristnega izve, da navodila,...)

Včasih pa te podpore niso dovolj, zato je pomembno da bi lahko avtonomno deloval, mora biti na voljo tudi dobra strokovna usposobljenost, ker se lahko v nasprotnem primeru počuti zapostavljenega.

Pogoji glede šole kot celote (ravnatelj, vodstvo):

- ; integracija se ne sme končati samo v enem razredu.

; ravnatelj mora skrbeti za to, da so vsi pogoji, ki so v zakonu predpisani, zapisani; da so tudi realizirani, da se integracija sploh lahko izvaja. Imeti mora usposobljen kader in primerne učitelje.
; šola želi imeti uspeh teh otrok, šole danes tekmujejo v tem, da bodo imele storilnostno kompetentne učence (ti učenci s pos. pot. jim nižajo procent uspešnosti)
; sodelovanje učiteljev na naši šolimed seboj (razredna in predmetna stopnja)- spreminjanje stališč vseh, ki delajo na šoli.

Pogoji na nivoju države:

; država financira integracijo/inkluzijo strokovnjaka, adaptacijo zgradb – prostor, opremo,....
; financira tudi programe za izobraževanje učiteljev.

film. Integracija

- 1.del-analiza značilnosti integracijskega modela
- 2.del-analiza značilnosti teh otrok
- 3.del-analiza podpore učitelju

1. del-analiza značilnosti integracijskega modela

posebnost modela, da sta v razredu dve učiteljici – osnovna značilnost tega modela - učiteljica + strokovnjak (motnja sluha-sudropedagog)
manjše št. otrok.
max. št. otrok so trije otroci v oddelku, otroci z isto kategorijo motnje.
razlike na govornem področju.
dečka 80 decibelov, deklica 90 decibelov.
pomembno KDAJ je prišlo do motnje? Pri vseh treh prenatalna izguba sluha – gluhoti.
pomembna zgodnja obravnava – že pred 3 letom starosti, so bili zajeti v obravnavo. Formacija govora in poslušanja!individualen program. Odgledovanje besed z ustnic, znaki. Otroka prisili uporabo ostalega sluha.
en fantek ima starše, ki imajo težave s sluhom, ostala dva sliščeči starši
med poukom so uporabljali različne slušne aparate, ki osebi odgovarja , ji najbolj ustreza in je ne moti. Povezan je z razredničarko, ki mu pomaga ko potrebuje pomoč.
počasno, natančno izgovarjanje besed-počasen ritem govora.
bolj izrazita mimika.
učiteljica vedno obrnjena proti razredu, predvsem proti njim.
pri pouku je vključevala vse učence. Zahtevala je različno artikulacijo govora, da se vsi razumejo;vsi se morajo potruditi. Vztraja pri razumljivem govoru.
otroci so deležni tudi dodatnega dela na centru za sluh in govor (individualne slušno govorne terapije + ritmično estetske stimulacije=pomembna skrbna izbira sredstev in sam način dela).
kretalni jezik-so se ga naučili; obvladajo oba jezika (vrtec).
za 1 in 2 razred in tudi 3 razred, otroci se vsak dan po pouku odšli v center za sluh in govor(=prevzel vso odgovornost) in so delali domače naloge in se učili. Poleg otrok, ki imajo motnje sluha in govora, pa so vmes tudi otroci, ki so avtisti ali imajo motnje v duševnem razvoju;ki imajo problem z govorom poleg ostalih motenj, ki se še odkrivajo.

STALNO DELO S STARŠI

1. področje: s strani centra za sluh in govor
2. področje: prevzame redna OŠ – svetovalni delavci in defektologinja na tej šoli + učitelj.

Ta model je organizacijsko zelo dober, brezhiben. V njem sodeluje veliko strokovnjakov, staršev, učiteljev s podporo (hospitacije, seminarji,..).

3. del-analiza podpore učitelju

Podpora učitelja, ki lahko doživlja stisko, obremenitev-splah na začetku:

- * surdopedagoginjo imajo ves čas
- * podporo staršev
- * podpora ravnatelja
- *podpora s strani ostalih učiteljev (kar je po šolah slabo-obvezne hospitacije predmetnih učiteljev/predmetne stopnje; počasno uvajanje učiteljev)

2. del-analiza značilnosti teh otrok

Kognitivni razvoj teh otrok je podoben otrokom z splošnimi učnimi težavami. Bistvena težava posega na področje abstraktnega učenja. Imajo bistvene težave pri ločevanju bistva od ne bistva. Po navodilu opozarjati / razvrstiti po večih funkcijah / kriterijih.

Ti učenci imajo kratkoročni delovni spomin (kratkotrajno pomnjenje). Proces procesiranja informacij je močno upočasnjena, rabijo več časa (podaljšan čas). Problem je tudi koncentracija (odvrčanje pozornosti), zunanji dražljaji motijo pozornost. Izvršilno funkcioniranje – so velike težave, pri izvršilnem delovanju imajo težave, ki se nanašajo na smo organizacijo dela, načrtovanje dela. Samoevalvacija je zelo problematična (ne opazijo svojega napredka in neuspeha), na napakah se nič ne naučijo. Imajo težave samoregulacije = samouravnavanja lastnih impulzov, kar se izraža v socialni regulaciji. Ne morejo obvladati notranjih impulzov. Pri pisanju testov so glasni (glasno govorijo in motijo), ko pa morajo kaj povedati pa nevedo kaj bi rekli.

Vedno morajo takoj zadovoljiti svojo nastalo potrebo. Nizka motivacija teh otrok pomeni, da je potrebno na tem področju veliko delati, ga veliko motivirati. Gre pa tudi za odstopanja na govorno – jezikovnem področju področju. Veliko otrok ima slab besedni zaklad, artikulacijo, ... Njihova globalna pripravljenost na govor je znižana. Potrebuje veliko znanja, pobude za govor. Pri določenem procentu otrok se pojavlja ehalajičen govor = ponavljanje istih naučenih besed tudi izven konteksta; zaznave so netočne, nenatančne. Imajo motene zaznave glede časa, prostora, količine. Uporabljajo preveč gibov, da speljejo neko motorično nalogo, slabša kvali - kvantitetna gibanja, upočasnjenost telesnih funkcij. Socialno emocionalni razvoj kaže na upočasnjenost, imajo slabe socialne spretnosti, so dokaj sugestibilni, hitri padejo pod vpliv vodij, se podredijo; samo zaznavajo socialno situacijo, jo napačno razumejo.

Integracija otrok v redno OŠ. Ti otroci, ki pridejo pod večje zahteve takrat nastopi visoka stopnja anksioznosti, agresivnosti in umik, na področju mišljenja pa pride do upada kognitivnih sposobnosti (nižja stopnja mišljenja). Ti otroci, ki so pod velikim pritiskom vedno zamujajo pouk (bolj fantje) ali reagirajo z izrazito socialno izolacijo (bolj deklice), osamitvijo. Tako ga ostali otroci ne prestando odklanjajo, kar mu potrjuje, da mora biti sam, osamljen, odrinjen.

V takih razredih nadarjeni otroci znajo zasmehovati te učence, kar tem otrokom daje negativno samopodobo – nerearno oblikovana samopodoba. Lahko se tudi precenjujejo.

Pristopi pri delu z njimi:

Strogo individualen pristop, uvesti je potrebno več utrjevanja znanja. Pridobivanja znanja. Prednost ima izkustveno učenje, saj imajo slabe ali sploh nimajo izkušenj. V procesu poučevanja je pomembna motivacija, postopnost, nazornost, ponovljivost razlag, nujen je individualen program, potrebna je vključitev v delovno terapijo, obravnavo logopeda. Potreben je multidiscipliniran pristop, nadzor. Integracija / inkluzija iz tega vidika zanje ni primerna, saj nima ustreznega programa za te učence. Ne razvijajo socialnih kompetenc, poklicne orientacije – ti prednosti niso vključene v ta učni program. Obseg pridobljenega znanja je nižji kot pri učencu, ki obiskuje »posebno šolo«. Naše šole v tem času ne ponujajo dovolj prilagoditvenih programov. Drugi učenci so velikokrat prikrajšani. Običajno gre za primarno motnjo v duševnem razvoju v povezavi, ki se kažejo še druge težave, motnje (avtizem, cerebralna paraliza, epilepsija, ...)

EPILEPSIJA

- ima jo lahko vsak;
- mnogo bolj je prisotna pri otrocih, ki imajo motnjo v duševnem razvoju;
- osnovna značilnost: epileptični napad!
- je možganska motnja;
- je kronična bolezen, trajna bolezen
- je več vrst epileptičnih napadov;

Kaj se dogaja v možganih (na možganski skorji) /nevroni / ravnotežje????

Pri epilepsiji je zaviralni mehanizem celic okvarjen. Ves čas je prisoten spodbujevalni del mehanizma, zato pride do možganskega praznjenja nevronov. Ta mehanizem je moten, zato pride do patološkega bolezenskega praznjenja, kar se lahko razširi še na druge možgane.

Vrste napadov:

1. Grand mal napadi (največji napad)
2. Absence (oseba se zazre – manjši napad)
3. Petit mal (srednja)

Žariščni – delni napadi; psihomotorični napad, zožena zavest, nastopijo posebni vedenjski vzorci, halucinacije, drugačno zaznavanje zunanjih dražljajev, samega sebe, tresenje enega dela telesa,...Ti napadi lahko trajajo različno dolgo. Zdravila so dandanes zelo uspešna. Antiepileptična terapija je uspešna – zmanjševanje št. Napadov in tudi z napredkom v medicini so stranski učinki zdravil zelo zmanjšani.

Učitelj mora prepoznati napad, vedeti veliko o tej bolezni, in mora znati odreagirati v taki situaciji. Znati mora nuditi prvo pomoč otroku, ki ima napad!!!! In znati mora in obvladati in pomiriti ostale otroke, ki so navzoči v času napada. Zato je zelo pomemben predhodni pogovor v razredu o epilepsiji. Otrokom bolezen približati, jih nekako pripraviti na morebiten epileptičen napad in tisto najpomembnejše, v primeru napada ne smejo paničariti, ter da vedo kako morajo ukrepati.

□ PRVA POMOČ

- obvaldovanje samega sebe
 - otroka položi v položaj nezavestnega, da ne pride do zadušitve
 - pod glavo mu podstavi brisačo,...da pridržijo glavo
 - zrahljaj obleko, če je potrebno
 - bodi ob otroku in ga opazuj (napadi ponavadi trajajo par sekund)
 - če otrok izgubi zavest - torej napad traja dalj časa, je potrebno:
 - ! poklicati rešilca, zdravnika
 - ! javiti staršem o nastali situaciji
 - ! paziti, da ne pride do epileptičnega statusa;
 - če se napad umiri, otrok pride k sebi. Otrok se po napadu mora naspati, odpočiti. Zato naj bo napoten domov ali pa naj se uleže in počiva;
 - če pa je otrok zmeden in znova izgubi zavest je potrebna nujna pomoč zdravnika – rešilca
- Epilepsija je pogosta tudi pri otrocih z motnjo gibalnega razvoja.

VZROKI ZA EPILEPSIJO SO ZELO RAZLIČNI

- genetsko določeni;
- če se pripravljajo kakšni tumorji v glavi;
- meningitis (vnetje možganov);
- motnje ožilja (pri starejših);
- pogojena pri poškodbah pri padcih, pri porodu,...

Pri teh otrocih se sčasoma pojavi problem spomina, lahko se pojavljajo psihijatrične vedenjske motnje, ti pa se spremenijo v obnašanje, vedenje, so agresivni, se obešajo / okupirajo / nalepijo na osebo, lahko postanejo egocentrični, sumničevi. Te dodatne težave mora učitelj sprejeti, tolerirati in se zavedati, da so zaradi epilepsije. Vzeti jih mora v obzir. Potrebno pa je tudi stalno opazovanje s strani učitelja. Poljavlja pa se lahko tudi problem, če starši prikrivajo bolezen. Zato je pomembno tudi to, da takega otroka ne smemo delati odvisnega od nas. Otroku dobi potrdilo od zdravnika kaj lahko in kaj ne sme početi. Za otroka je zelo pomembno da zelo dobro pozna svojo bolezen.

MOTNJE V DUŠEVNEM RAZVOJU

Motnje v duševnem razvoju ne izvenijo, so stalne. Te motnje niso bolezen, ne kažejo bolezenskega stanja. Mentalna detarzacija – skupina otrok z duševnimi motnjami v razvoju. Imajo upočasnen kognitivni razvoj, ki traja vse življenje.

Definicije:

□podnormalne sposobnosti v razvoju so nastale pred 18. letom otroka (različni vzroki nastanki); po 18. letu pa se stanje drugače pojavlja. Gre za tiste, pri katerih je prišlo do upada kognitivnih sposobnosti do 18. leta.

□ameriška def.: gre za znižane kognitivne sposobnosti, ki so vezane na primanjkljaj posameznika na dveh ali večih področjih otrokovega razvoja.

Skica kroga:

Identifikacija ne sme biti vezana samo na primanjkljaj, nižanje ampak mora biti tudi vezana na navajanje in življenje posameznika. Danes pri določanju, kdo ima motnjo v duševnem razvoju – ne uporabljajo samo IQ testa vendar v samem procesu opredeljevanja motenj upoštevajo tudi druge kriterije. Tisti, ki diagnostificirajo morajo biti dovolj usposobljeni, da lahko ugotovijo, če je kdo res moten ali ne.. Včasih zgrešijo diagnozo – IQ testi so posebej naravnani za neko določeno skupino (ne isti test za ameriške otroke in slovenske otroke). Testi morajo biti prilagojeni določeni skupini populacije. IQ test ni konstanta! IQ se pri ljudeh spreminja, sploh pa pri otrocih glede na spodbude v razvoju. Pri tistih z najtežjimi motnjami se IQ zelo malo spreminja.

Pomanjkanje te def.: skladno/vzporedno z inkluzijo /integracijo opredeljevanje motenj v razvoju glede na količino, obseg in intenzivnost pomoči, ki so jo ponudili otrokom.

Pomoč: nivoji te klasifikacijske sheme.

Občasna pomoč: je tista, ki je kratkoročna, v določenih življenjskih prehodih (iskanje službe, vstop v šolo,...), te osebe z motnjo v duševnem razvoju potrebujejo pomoč;, ki je bolj ali manj intenzivna.

Omejena pomoč: je časovno določena, je intenzivna / konsistentna, ki je lahko izvedena z več ali manj osebja, finančnih sredstev.

Obsežna pomoč: je dolgoročna, stalna, redna, kontinuirana pomoč in je vezana na določena življenjska okolja (dom, del mesta,...).

Poglobljena pomoč: visoko intenzivna, kompleksna, doživljenjska. Osebe jo potrebujejo ves čas. Potrebujejo zdravstveno nego, ogromno finančnih sredstev, multidisciplinarno obravnavo, več strokovnjakov.

Pove koliko pomoči kdo potrebuje, da bi bil uspešen v okolju, kjer se nahaja in je lahko uspešen.

Integracija / inkluzija težko motenih otrok je zelo zaželeno. Deinstucionalizacija- proces preoblikovanja; v centih v manjših skupinah, mladinska stanovanja, centre, ki so za čez dan – dnevna oskrba. Depersonalizacija otrok - preveč otrok.

Najtežje, zmerne motnje: te otroke čim bolj usmeriti med ljudi; dobro funkcioniranje v manjših skupnostih; osnove komunikacije,.. so zelo dobri – so te funkcije ohranjene.

Iz inkluzivnega vidika je ta model zelo dober.

V Sloveniji se že zelo dobro pozna ta def. V praksi. Imajo majhne skupine, ki so skupaj. Hrastovec – 50 let deloval po starem načinu, se pa je preoblikoval. Danes imajo bivalne enote. Na ta način jim je omogočeno kvalitetno življenje. Ta del – stanovanjske enote, dnevni centri, posebej urejeni dnevni prostori... vse pa je zelo drago.

Sprememba pravilnikov v državi. Pravilnik o kriterijih, ki so povezani na motnje, primanjkljaje, ovire.

Motnje v duševnem razvoju opredeljujemo od najnižjih do najtežjih. V tem pravilniku ne najdemo več IQ testa za posamezno kategorijo ampak je navedeno kaj oni zmorejo, njihovi potenciali so zapisani. Vse to pa zahteva dodatno izobraževanje.

Temeljne značilnosti v pravilniku:

1. Otroci z lažjo motnjo so tisti, ki imajo določene znižane učne sposobnosti – šolajo se na prilagojenih šolah. Pri prilagojenem šolanju doseže osnovna temeljna znanja, ki niso isto vredna z minimalnimi standardi znanja (izbirni predmeti, močen poudarek je povsod na praktičnih znanjih, cel pouk je prilagojen njegovim potrebam, v predmetniku imajo predmete socialne veščine, močno skrčene učne vsebine,...).

Kaj lahko te osebe dosežejo? Dosežejo lahko to, da se usmerijo v programe z nižjim standardom – strokovne nižje šole – kjer so lahko zelo uspešni in lahko postanejo v življenju samostojni in uspešni.

2. Srednje motnje; gre za znižane kognitivne sposobnosti in znižanost za usposabljanje. Posamezne sposobnosti pa so zelo dobre zmožnosti, sposobnosti, talenti na različnih področjih (risanje, glasba,...), na akademskih področjih ne pridejo do izraza. Na neverbalnih področjih pa pridejo na plan. V razgovoru razumejo navodila in tako dajo ustrezen odgovor. Pri tistih, ki pa niso komunikativni pa se lahko razvije nadomestna komunikacija – neverbalna komunikacija (govorica telesa, slike,...). Tisti z zmerno motnjo se zmorejo usposobiti za preprosta praktična opravila. Zlagajo izdelke, lepijo, sortirajo, delajo po šabloni, po navodilih in nadzorom. So uspešni v življenju so delno odvisni od pomoči drugih.

3. Težja motnja v duševnem razvoju; Zmožni so samo najenostavnejših opravil (praktično delo, skrb samega zase, toaletni trening, trening oblačenja,...). V svoji komunikaciji so omejeni. Razumejo samo najbolj enostavna navodila in odgovarjajo s telesno reakcijo. Potrebujemo stalno pomoč, stalno podporo. Pri teh nastopajo dodatne motnje (epilepsija, avtizem, gibalna oviranost – delno gibalna zmogljivost). Vedno potrebujejo pomoč. Mladostniki so zmožni sodelovanja pri nekaterih opravilih. Hudo so omejeni v komunikaciji. Pri tej populaciji je treba vključiti stalno podporo, varstvo in zaščito. Pojavljajo se kombinirane motnje in pretežna omejenost v gibanju. Do smrti potrebujejo pomoč velikega števila strokovnjakov in staršev. (Kar je skladno z amer. def.)

Kako je z vzroki za nastanek motenj v duševnem razvoju?

25 % je pojasnjenih s strani strokovnjakov. Le te je možno opredeliti biološke vzroke prizadetosti. Velik del pa so vzroki nepojasneni = kar govori o neznani etologiji.

Biološka osnova = genetski vzroki, virusna obolenja, infekcije, sociokulturni – familiarni dejavniki,...

Te otroke z težjimi, najtežjimi motnjami v duševnem razvoju najdemo v vseh slojih, rasah,... Lažje motnje pa se pojavljajo v večini tam, kjer je manjša finančna oskrba, psihološka, in socialna zanemarjenost, socioekonomski status. Pri vseh pa je osnova - - biološka osnova. Ugotavljajo pa tudi, da so učne težave pogojene z biološko osnovo.

AVTIZEM

Avtizem je povezan z motnjo v duševnem razvoju ali pa je samostojna bolezen.

Prvi je avtizem opisal 1943 leta Kanner. Avtizem se kaže v nesocialnih zmožnostih. Znake avtizma je mogoče prepoznati že v prvem letu starosti otroka.

Infetilni avtizem = je huda razvojna motnja, ki se kaže že v prvih 30 mesecih življenja, kot izogibanje vsakršnim socialnim odnosom in interakcijam.

Raziskave kažejo, da 4 do 5 otrok na 10000 prebivalcev avtist. Število avtističnih otrok je višje od slepih otrok. Motnja se kaže v družinah višjega socialnega statusa in prevladujejo dečki nad deklicami (razmerje 3:1). Multidisciplinarno je težko postaviti diagnozo. Strokovnjaki to motnjo opredeljujejo kot otroško fizosfrenijo, senzorično motnjo ali gluhotu. Zelo pomembna je diferencialna diagnoza.

Klinična slika avtističnega otroka!!

Odstopanja se kažejo na več stopnjah (priročnik za specialiste) – pernazivna razvojna motnja je trajna in je povezana z ostalimi abnormalnostmi.

1. težava / odstopanja motnje v socialnem funkcioniranju. Kar je vidno kot umik iz socialnega kontakta, umik v osamo, izoliranost.
2. nezmožnost navezovanja čustvenih kontaktov, celo na najbližje sorodnike. Navzven zgleda kot prazen kontakt, ni očesnega kontakta in se izogibajo fizičnemu kontaktu.
3. motnje v odnosu do sebe; nezmožnost zavedanja lastnega telesa, mej svojega telesa.
4. moten odnos do predmetov; pretirana navezanost na predmet. Posamezniki se bolj ali manj navežejo na predmet kot na ljudi. Prej se navežejo na predmet kot na ljudi. Predmete otipavajo, vonjajo,...
5. vidimo, da gre za motenost v čustvovanju; močna indifirentna čustva (nezmožnost se vživeti v vlogo drugega); pretirana čustvena intenzivnost, ki jo izraža s krikom, jokom,....
6. motnje v motoriki, pri določenem procentu je prisotna hipermotoika, ponavljajoči se gibi, enakost gibov, neprestano gibanje, tek, obračanje. Hipoaktivnost – so povsem pasivni, neaktivni v ležečem, sedečem položaju.
7. motnje precepcije zaznavanja; zaznave so nediferencirane – vid, sluh uporaba le teh, izrazito poudarjene zaznave na teh področjih vonja, tipa, okusa. Detajl mu je pomembnejši kot celota.
8. pri določenem procentu se pojavijo težave za zaznavanje vročega, hladnega,..nimajo razvitega občutka za bolečino ... kar se vidi in izraža v avtoagresiji otrok.
9. motnje v intelektualnem razvijanju; ima povprečno razvite intelektualne sposobnosti ampak teh otrok je malo. 60 % otrok imajo duševne motnje, 20 % teh otrok so intelektualni, 20 % otrok ima svoje sposobnosti pod povprečno razvite.
10. nekateri imajo neke sposobnosti (točke) nadpovprečno razvite; izjemen mehanični spomin, nekateri imajo visoko sposobnost računanja, visoka nadpovprečna glasbena sposobnost,... Savantavisti = pomeni mislec (fr).

Npr.: Deček, ki ni govoril, je zelo motično moten, s cerebralno paralizo, je razvil sposobnosti. Zmožen je bil komponirati. V naravi je reagiral na petje ptic, glasove si je zapomnil in se tako naučil prepoznavati več vrst ptic. Njegov oče je bil nobelov nagrajenec. (pametni starši).

Npr.: V Ameriki 1952. Deček – govorno nerazvit, senzorično moten + lažje motorične motnje. Zmožen je bil imitirati klasično glasbo. Lahko je produciral 7000glasbenih del. Bil je zmožen komponirati. Njegovi starši zelo izobraženi, živel je v spodbudnem okolju, velika angažiranost s strani staršev, posebni učitelji, ki so mu nudili individualno delo z njim.

MOTNJE GOVORA AVTISTIČNIH OTROK

Pri 50 % se govor ne razvije, pri 50 % posamezniki razvijajo posamezne besede. Značilno zanje je ponavljanje, monotonost, odsotnost intonacije, govor – besede niso namenjene razgovoru ampak je govor namenjen samemu sebi. Pri govoru ne uporablja 1. os., govori v 2. ali 3. osebi. Določene besede so lahko zelo bizarne.

Princip dela – govor – vztraja pri tem, da je vsaka igra, aktivnost,... S streni odraslega podprtaz veliko govora ob neki dejavnosti. Da se vzpostavi povezava med verbalno in neverbalno komunikacijo med delom / aktivnostjo. Avtistični otroci so v veliki meri tudi v logopedski obravnavi. (artikulacija, besedni zaklad.) Ko se govor začne razvijati, se začne kazati povezava z vedenjem. Vzpostavlja se kontrola notranjega govora in vedenja.

VEDENJE AVTISTIČNIH OTROK

Prisotno je abcesivno – ritualno vedenje. Vztrajanje v istosti, ponavljanje nekega dejstva, vse je nespremenjeno, čutijo odpor do vsega novega. Pojavljajo se prisilne misli, togo nefleksibilno mišljenje. Vedenje, ki se kaže v nekem obredu. Ta njihova lastnost zelo onemogoča pedagoško delo, ker je v ozadju prisoten odpor do sprejemanja novih vzorcev, snovi,...in tudi odpor do sprejemanja novih ljudi.

OBRAVNAVA

Obravnava mora biti vsestranska, multidisciplinarna. Že od začetka je treba vključevati starše, ki so izjemno pomembni. Temeljiti mora na predpostavkah: razvijati komunikacijo, spodbujati skrb za samega sebe, obravnavati jih v heterogenih skupinah, razvijati socializacijo.

Prva obravnava; poudarjena je vedenjska terapija, ki poteka z pogojevanjem, odstranitev nezaželjenega vedenja. Osnove kontrole izločanja, samoregulacije. Kontrolo oblačenja, vseh življenjskih aktivnostih – pojavlja se velik problem – kako starši reagirajo na motnjo. Prijemi strokovnjakov in staršev morajo biti skladni, da neko vedenje otrok osvoji. Treba je vztrajati.

Holding terapija – terapija z objemi. Katera poteka po majhnih korakih, da posameznik dovoli dotik, da se dela na očesnem kontaktu, da nekdo sedi ob njem,...

Razvoj telesnega samozavedanja; pri avtistih je to možno doseči z senzoričnimi dejavnostmi (voda, pesek, slikanje z rokami in nogami,...). Pri avtizmu gre za veliko mero strahu, anksioznosti (da občuti del svojega telesa, da se dotika,...). Masaža telesa s strani terapevta.

OKOLJE

Okolje je zelo pomembno. Odstranjeni morajo biti odvečni termini, dražljaji, katere je potrebno odstraniti, da jih ne dražimo. Postopoma dodajamo nove stvari, ker isti predmeti, osebe dajejo občutek varnosti in šele ko se otrok počuti varno se kaže napredek. Pomembna je tudi psihoterapija staršev, da vzdržijo pritisk. Seznaniti se morajo s simptomi, kako reagirati v določenih situacijah. Podana morajo biti natančna navodila, kako ravnati, isti vedenjski vzorci,... veliko je pogojevanja, posnemanja.

Zdravila: veliko avtistov potrebuje zdravila za pomiritev simptomov (hiperaktivnost,...). Potrebno je uvesti medikamentno terapijo.

VZROKI ZA AVTIZEM

- vzroki so tesno povezani z atmosfero v družini, s praznimi, materialno pasivnost, nezainteresiranost za otroka.
- avtistični otroci se rojevajo v vseh družinah.
- dejavniki – organski vzroki, poškodbe centralnega živčnega sistema.
- odstopanja v kromosomih; fragilni x kromosom, kar pa še ni v celoti potrjeno (gre za lom kromosoma).
- poudarjajo, da je avtizem pogojevan s porušenim delovanjem nevrotansiterjev v krvi.
- organski vzroki in kromosomije.

AVTIZI V SLOVENIJI

- 80/90 leta možna vzgoja in izobraževanje v homogenih skupinah.
- pozneje: porazdelitev otrok v različnih skupinah, razvojni oddelki (predšolski), v OŠ.
- v centrih za usposabljanje in rehabilitacijo.
- v rednih razredih se pojavljajo (integracije) posamezniki, ki imajo določene elemente avtizma.
- element avtizma ni enako sindromu avtizma

VEDENJSKE IN ČUSTVENE MOTNJE

*vedenjske motnje: neprilagojeno, težavno, disasocialno moteče vedenje

*vedenjska motnje je tisto vedenje, ki odstopa od tistega vedenja, ki ga predvideva zakon, družina, ki ne ustreza kronološki starosti otroka. Pojavnih oblikah pogosto ob določenih situacijah, moti razvoj otroka sebe, drugih otrok.

V literaturi avtorji govorijo o dveh vrstah

- a) internalizirane motnje
- b) eksteralizirane motnje

a) internalizirane motnje; so tiste, ki otroka ogrožajo neposredno. Njegovo socialno intergriteto, introvertirano vedenje, zavrtost, anksiozno vedenje, kot psihosomatsko vedebje (migrene, glavoboli).

b) eksteralizirane motnje; so tiste, ki ne ogrožajo posameznika, vendar bolj ogroža okolje (znance, starše, učitelje,...). Uperjene so zoper pravila, reda. Kažejo se intenzivno kot agresivno vedenje, hiperaktivno in pulzivno, neobvladljivo vedenje, delikventno vedenje.

Pri obravnavi se zavzemajo, da je naše ravnanje usmerjeno v preventivo. Da se čim prej odkrijejo dejavniki, ki se že kažejo.

Vedenjske in čustvene motnje so kronične motnje; začnejo se kazati v otroštvu (jok otroka, odlanjanje hrane, prebujanje, nočne more,...). Enkropeze, blatenje čez dan, izrazita trma, neupoštevanje pravil, agresivnost (telesno – fizično obravnavanje), špricanje, slaba koncentracija, odpor do učiteljev, do odraslih ki kaj hočejo od njih,...

V predšolskem obdobju se uporablja izraz vedenjske potrebe / posebnosti; o vedenjskih motnjah govorimo na prehodu iz nižje na višjo stopnjo, puberteti, prehod iz OŠ v SŠ (adolescentske krize). To so mejniki v katerih se postavlja diagnoza vedenjske motnje.

Vedenjske motnje nastopajo v interakciji z več motnjami(biološki faktorji + faktorji okolja).

OPISI RIZIČNIH DRUŽBENIH SITUACIJ ZA OTROKOV RAZVOJ

- 1) Vzgojna neosvečenost, neodgovornost staršev do otrok (dajejo prednost materialnim dobrinam, statusni blišč, notranja beda v družini).
- 2) Vzgojno nemočni starši, vzgojno psihološki premalo razgledani starši, ob energetsko izrazito opremljenih otrok. Otroci z izrazitimi potrebami po samostojnosti.
- 3) Starši, ki iščejo za razvojne težave svojih otrok zunaj sebe.
- 4) Nekateri starši so svojim otrokom slab vzgojni zgled, nimajo niti naravnega občutka za vzgojo, nimajo osnovnih vzgojnih sposobnosti (osebnostno nedozoreli, zakonci iz drugih kultur, starši z lažjo motnjo v duševnem razvoju, nizka stopnja osnovne izobrazbe).
- 5) Starši naredijo vse za svojega otroka – preveč zaščitniški starši.
- 6) Neugodne družinske klime (vzgojna nesoglasja, psihično fizični kontakti,.. matratiranje, alkoholizem, odvisnosti).
- 7) Razvezajoči starši, razvezani starši, ki komunicirajo preko otrok.
- 8) Starši čustveno odklanjajo svoje otroke, jih nimajo radi, ali jih celo sovražijo.
- 9) Starši, ki svojim otrokom grdo, grobo ravnaajo, jih pogosto kaznujejo, psihično / fizično mučenje, trpinčenje,...

VEDENJSKE MOTNJE IN MOTNJE ZBRANOSTI

Skupne značilnosti teh otrok (vedenjske motnje), kroničnost, ves čas zapadajo v konflikte in obremenilno delujejo na otroka. Ti otroci ne najdejo svojega deleža pri motečem življenju, nimajo uvida do lastnih dejanj. Ne kažejo občutka krivde, neustreznosti svojih dejanj.

Motnje zbranosti – šolska karakteristika. Slabo razvite učne navade. Slaba motivacija za delo, učenje. Slabe delovne navade; prevladujejo interesi za zadovoljvanje trenutnih potreb (kajenje, droga, alkohol).

Telesni razvoj / zdravje

Obstajajo razlike med njimi eni so zdravi in eni niso. Nekateri so podhranjeni, telesno šibki otroci, ne skrb s strani staršev za otroke, otroci so prepuščeni sami sebi.

Diagnoze, ki so še prisotne ob tej motnji: bolezn: epilepsija, padci, poškodbe, meningitis, druge razvojne težave (psihosomatske, glavobol), emoreze (dnevne in nočne), otroška enkopreza v nekaterih primerih.

OBRAVNAVA TEH OTROK

V obravnavi se na prvo mesto postavlja družina. Objektivno otroci potrebujejo starše, ki pa niso zmožni skrbeti zanje (v določenih stanjih otrokove motnje). Starši so obremenjeni z različnimi psihosomatskimi dejavniki (alkohol).

Otroke usmerjajo v popravne zavode. V obdobju OŠ poudarjajo predvsem resocializacijo. Veriga popravnih zavodov je, vendar je premajhna in ne zadostuje potrebam. Manjkajo ustanove manjših skupin, krizni centri, ... teh krajših oblik je premalo.

Vzgojni zavod je rešitev v sili (največ za eno leto), kar pa je negativno, ker se v tem letu vezi z družino velikokrat skrhajo, uničijo. Pred oddajo otroka v zavod obstajajo še druge možnosti, ki so danes uspešne. V OŠ obravnava pri šolski svetovalni službi (za lažje motnje). Zato je pomembna preventiva.

Faktorji / dejavniki

Šole, če delujejo v smeri odpravljanja šolske neuspešnosti (da spodbujajo uspeh, da so v ospredju močna področja, odprt kurikulum, akademske, čustvene in socialne spretnosti).

Stopnja motivacije in šolska socialna integracija. Spodbuda se razvije kot interesne značilnosti posameznika (krožki), taborjenje, ekskurzije, šola v naravi, dobra organizacija prostovoljnega dela, ... Socialna integracija – preko razvite mreže tutorstva (nudenje pomoči, podpore tem učencem, ...), učence pa je treba poučevati o tutorstvu, dobra za otroke redni šolski parlament, dobro postavljanje disciplinskih zahtev, seznam zaželjenega vedenja – učenec, učitelj, starši jih morajo podpisati. Pomembno je nadgrajevanje učencev, iskanje tistega kar je dobro in ga tudi nagraditi – takoj!, da se to vedenje utrdi. Usposabljanje vzgojiteljev in učiteljev za to delo s takimi otroci, kar je osnova za delo s temi otroci. Štejejo pa tudi izkušnje s samim neposrednim delom, hospitacije, seminarji, diskusije, pogovor, ... pridobivanje certifikatov.

Dobro organizirano šolsko delo – kvalitetna svetovanja učiteljem, staršem, neposredna vključitev v razred - prizadevanja, ki grado tako, da se poudarja aktivna doživljajska pedagogika, da se s temi otroki dela zunaj, v taborih, delo na kmetijah, potovanja, alpinizem, ... + prednosti v konkretnih situacijah – prevzem odgovornosti, dobro počutje ob izzivih, potrjevanje samozavesti, ... nekateri moteči simptomi zapadejo, in to je dobro terapevtsko okolje. – negativne vse te pozitivne metoda, pa veliko stanejo, in so zahtevni projekti.

Za otroke, ki zgodaj izpadejo iz OŠ je zanje namenjena t.i. produkcijska šola; ki jim prilagodi pouk, da se usvajajo socialna znanja (higijena, uporaba računalnika, ...). T produkcijska šola deluje z malim deležem države, veliko pa prispeva socialni pedagog, ki ima svojo ekipo.

ZAKONODAJA

Vsem tem otrokom (določeni s komisijo za usmerjanje) je dodeljena 5 urna pomoč – socialni programa, učne pomoči. Motnje pozornosti z hiperaktivnostjo je lahko izolirana ali vezana na druge motnje. Izolacija – huda psihična motnja;

KLINIČNA SLIKA je različna individualno glede na spol, kronološko starost posameznika. Klinična dogajanja kažejo, da motnje ostanejo skozi celo življenje (odvisnost od drog ali asocialno vedenje).

Simptomi:

-motnje zbranosti in pozornosti; ne vzdržijo dolgo pri nobenem opravilu, preusmerjajo pozornost, ne zmore zbrano poslušati, izgublja predmete,...

-hiperaktivnost; neorganiziran nemir in stalno gibanje, hrupnost, zgovornost,...

-impulzivnost; nepotrpežljivost, nestrpnost, hitro se razburi, nepremišljeno reagiranje,...

Pogosto tudi: spremenljivo razpoloženje, motnje spanja, nerednost fizioloških funkcij, slaba usklajenost motorike, specifika učne motnje.

poškodbe otrok;

OŠ; neustrezni socialni odnosi z vrstniki; šolska neuspešnost;

adolescenca; organizacija šolskega dela; problem pri testih; nedokončanje šolskega dela; ne obvladajo šolskega vedenja; rizično vedenje / obnašanje.

RAZLIKE NA SPOL; več je motenj pri dečkih, kot pri deklicah, karakteristika otrok.

EPIDEMIOLOGIJA

4 – 12 % v populaciji otrok v pozni predšolski in zgodnji šolski dobi;

4 – 8 % kot pri dečkih kot deklicah;

dečki – hiperaktivnost in impulzivnost; deklice motnje branja in pozornosti - - slabše jezikovne sposobnosti, kognitivni razvoj.

KDAJ REČI? DA IMA MOTNJO POZORNOSTI

Kriteriji:

trajanje motnje vsaj 6 mesecev;

zgodnje pojavljanje motnje (3 leto starosti)

da se manifestira ta težava v različnih okoljih (igrišče, šola, vrtec, dom,...)

Pri nekaterih so vsi simptomi, ponekod pa samo eden ali dva.

ETIOLOGIJA MOTENJ

Primarni dejavniki

1) Sindrom MCD; poškodba možganov. Minimalna cerebralna disfunkcija. Vzroki: perinatalni, prenatalni, postnatalni.

2) Genetski faktorji: večje tveganje za zunanje vplive, ki vplivajo na možgane. Zagotovitev, da so tudi njihovi starši imeli te težave (po očetovi strani je dispozicija večja)

3) Nevrokemični faktorji

4) Nevrofiziološki faktorji; tomografija, magnetna resonanca, slabše možganske aktivnosti, metabolizem v možganih zelo oslavljen.

Sekundarne posledice

5) Psihosocialni faktorji; emocionalna praznina, velik nered / kaos v družini, anksiozno stanje,... v ospredje postavlja vpliv medijev, vpliv onesnaževanja,... vse to dodatno spodbuja nemir, depresijo,...

Potrebno je skrbno OPAZOVANJE otroka; pomagamo si s ček listami, vprašanji, ki jih dobijo od učiteljice,... tudi starši jih dobijo, da je lažji vpogled. Po temo opazovanju je nujno opraviti še ANAMNEZO. Kjer natančno opredeljujejo mejnike v razvoju, kake so težave, vzgojni postopki, reakcije nanj, kar govori o otrokovi zgodovini; Razgovor s spec. ped. ; potem pa sledi NEVROLOŠKI PREGLED koordinacije gibanja telesa, mišičnega tonusa; nujno izvesti klinično-psihološki vidik – kognitivni vidik – zbranost, nihanja v pozornosti, merjenje IQ-ja.

Diagnostična obravnava – multidisciplinarna; obravnava ga več strokovnjakov; diagnostiki: klinični psiholog, pediatri, otroški nevrologi, otrokov vzgojitelj, učitelj, starši.

OBRAVNAVA

Vidiki:

- obravnava je lahko različno vrednotena,
- zdravljenje z zdravili, simptome je potrebno obravnavati in ne prekrivati;
- farmakologija – prehodno obdobje, zdravila z malo stranskimi učinki, dobro zdravijo otroka, ga pomirijo, organizirajo, ... vsa zdravila morajo imeti stalen nadzor.
- V vsakem šolskem letu se terapija na novo določi in napiše. Kdaj je treba uvesti druga zdravila napiše in določi zdravnik.
- znana vedenjska – kognitivna terapija – uvede v skupini otrok z enako motnjo. Namen: povečati samoregulacijo, zmanjšati znake impulzivnosti, spodbuditi razvoj socialnih spretnosti in kompetenc; Vključeni so tudi starši v tej terapiji, ki morajo slediti ciljem terapije.

CILJI STARŠEV:

- uskladiti vse vzgojne postopke (med očetom in materjo);
- otroka nadgrajevati in ne grajati //kaznovati;
- uvesti v družini utečen ritem življenja, dosleden, predvidljiv; določiti je treba kdaj se gre spat, učiti, rekreacija, koliko časa otrok spi, pomembna je prehrana za te otroke. Enaka navodila bi morali dobiti tudi učitelji – glede doslednosti, utečenega ritma, ...
- poudarjajo skupinsko delo s starši, homogeno skupino, uvede se zaradi razbremenjenega občutka staršev, starši si nudijo podporo, pomoč, ...

PSIHOMOTORIČNA OBRAVNAVA OTROKA

- Povečati samoregulacijo, otroka sprostiti (ponavadi gibalna terapija 6 / 16 let);
- V začetku je usmerjena na osnovne gibalne značilnosti (guganje, dotik, ...); v nadaljevanju vaje usmerjanja gibanja lastnega telesa; v nadaljnjih korakih vaje usmerjanja v občutenje – vidno percepcijo in v zadnji fazi: vključitev športnih iger, ki slonijo na sodelovanju, do možnosti, da se pokažejo pred vrstniki; jačajo občutek lastnega jaza, pomirjajo sprotne simptome.

OBRAVNAVA V SKUPINI

Sedi naj spredaj, na dosegu učiteljeve roke, navodila naj bodo kratka, razumljiva, jasna, ponavljanje in preverjanje navodil, vse podkrepljeno z vizualnimi sredstvi. Razred dobro organiziran, ne sme biti veliko dražljajev, ki motijo pozornost otroka. Učno vzgojno delo pri teh otrocih je potrebno prilagajati. V razredu delovati tako, da je delo čimbolj samostojno, mu pomagati takrat ko pomoč potrebuje, ima krizo in mu pomagat prebrodit krizo. Kompleksne naloge razdelimo po delih, vmesni krajši premori, prehodi med deli morajo biti smiselni in povezani. Uvesti je potrebno pravila vedenja, vsaj 3 ali 4 pravila vedenja, ki se jih je potrebno držati. Zapisani morajo biti posledice neupoštevanja pravil. Zanje morajo vedeti in se strinjati učitelji, starši in učenci. V ospredju potrjevanje manjših dosežkov. Otrokom, ki so »živčni«, razdražljivi, dovolimo med poukom, da imajo, kak predmet v rokah, da držijo, tipajo, žulijo, ... Seveda vse v skladu z dogovorom v razredu - -med učenci. Pomen tutorstva – zraven hiperaktivnega otroka posedemo zelo mirnega otroka, oblikujemo manjše skupine, tandemsko delo, ... Problem, ki je v ospredju pri učenju; V razredu uvesti posebne vizualne podpore, ki ga upozarjajo na samooporo. Samokontrola mora biti tudi v vseh drugih situacijah.

- 3 pomembna vprašanja: 1-Ali vem kaj moram narediti?
2-Ali poslušan učitelja?
3-Ali sem zaključil delo?

NEDOPUSTITI, DA BI TAK UČENEC BIL IZLOČEN. POSKRIBETI ZA NJEGOVO SOCIALNO INTEGRACIJO.

UČNE TEŽAVE

Glede na naravo jih delimo:

SPLOŠNE največ problemov imajo pri vseh vzgojno izobraževalnih predmetih pri usvajanju snovi;

SPECIFIČNE so učno povsem ali delno neuspešni (le pri 1 učnem predmetu, področju);

Obe vrste se razprostirajo od najbolj blagih do najtežjih, učne težave se kažejo:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> učne težave učenja; | <input type="checkbox"/> učne težave pisanja; |
| <input type="checkbox"/> učne težave pozornosti; | <input type="checkbox"/> učne težave računanja; |
| <input type="checkbox"/> učne težave na področju mišljenja; | <input type="checkbox"/> učne težave pravopisa; |
| <input type="checkbox"/> učne težave pomnjenja; | <input type="checkbox"/> težave v socialnih kompetencah; |
| <input type="checkbox"/> učne težave branja; | <input type="checkbox"/> težave v čustvenem razvoju; |

Gre za znane in neznanе motnje. V ospredju so dedne dispozicije in druge.

Kažejo se pri učencih, ki imajo zelo dobro razvite intelektualne sposobnosti, povprečne ali podpovprečne. Te težave so vseživljenjske.

SPECIFIČNE UČNE TEŽAVE

- motnje branja – disleksija
- motnje branja in pisanja – legastenija / disleksija
- motnja pisanja – disgrafija
- motnje računanja - diskalkulija

Specifične učne težave kot kontinuum!

Kriteriji:

5 - 10 % lažje motnje

zmerna motnja

2 - 3 % težje PPPU

Lažje in zmerne motnje obravnava zakon o OŠ (1996). Učitelj: organizirajo prilagojene oblike in načine poučevanja, organizirajo dopolnilni pouk; organizirajo vključevanje v individualne in skupinske oblike dela (v razredu ali izven); imeti morajo individualne učne programe (izvedejo skupaj z lastnim kadrom na šoli ali z zunanjimi sodelavci). Največ 0.5 ure na teden.

Težje motnje obravnava zakon o usmerjanju (2000). Učenci s specifičnimi učnimi težavami s prilagojenim programom. Specializiran strokovnjak to opravlja (redkeje učitelj).

DISLEKSIJA

Disleksija je ena težjih motenj.

A) Področje kognicije;

Simptomi specifične motnje branja – disleksija:

- 1) primanjkljaji v delovnem pomnenu (ktatkoročni spomim, priklic informacij,...)
- 2) poimenovanje
- 3) vizualno mišljenje
- 4) primanjkljaj v zaznavanju časa
- 5) znižan psihomotorični tempo

(1) Težave v delovnem pomenu; nanašajo se na poklic kode – besedni del:

- fizika, kemija, biologija - tu so težave;
- navodila;
- razumevanje besedila;
- dobri v – vizualno delovno pomnenje.

(2) Problemi poimenovanja;

- poimenovanje barv, simbolov (črke);
- težave pri manipuliranju abstraktnih pojmov (levo – desno, km, kemični simboli, formule) otrok se ne more spomniti, kako se črki reče, kako se zapiše.

(3) Motnje v zaznavanju časa;

- presojanje trajanja Koliko časa je minilo?;
- zamujajo;
- težave pri delu pod časovnim pritiskom (ena učna ura traja 45 min).

(4) Upočasnjen psihomotorični tempo;

- daljši čas preteče med mislijo in reakcijo;
- časovni odlok – latenca (do 20 sek) pri odgovarjanju (rabijo čas da odgovorijo);
- težave pri skupinskem spraševanju;
- počasno pisanje (zaradi časovnega zamika in upočasnjenost);
- nezaupanje vase;
- okornost gratomotorike, pritisk, zmazki negotovost, tesnoba, (zaradi notranjega pritiska).

* 40 % možnosti dedovanja disleksije ;; ni bolezen, motnja je, ki bi jo lahko odpravili, ozdravili – lahko jo obvladujemo.

* V tesni koleraciji v Sloveniji z odstotkom nepismenosti in odvisnosti od drog.

Že od otroštva moraš biti pazljiv – predšolski otroci.

- nezmožnost glasovnega zavedanja (ne zna identificirat glasu, določanje pozicije glasu,...);
- levoročnost otroka;
- hiperaktivnost;
- slabša usklajenost motorike.

Včasih so konec prvega oz. v začetku drugega razreda ugotavljali motnje, danes je motnje treba odkriti prej.

B) Močna področja oseb z disleksijo

Znanstveniki, ki so imeli disleksijo: Picasso, Oscar Wilde, Cher, Tom Cruise, Einstein

- umetniški, ustvarjalni, muzikalni;

- stabilno razumevanje naučenega;
- praktična izkušnost;
- dobra 3D predstave;
- močni konceptualni misleci;
- vztrajni in delovni;
- dobri pri razlagi naučenega;
- pogosto odlične besedne ali uvidne sposobnosti (igralci);
- iznajdljivi pri razvijanju strategij;
- odločni da uspejo, kljub oviram v preteklosti.

POMOČ TEM OTROKOM

- 5 ur dodatne pomoči (prilagojen program z dodatno strokovno pomočjo)
- prilagajanje poučevanja in preverjanja znanja;
 - ! prilagajanje metod in oblik poučevanja
 - ! prilagajanje učnega okolja
 - ! prilagajanje časovnih zahtev
 - ! prilagajanje učnim materialom (povzetek krajši, teksti na kasetah,...)
 - ! v naprej predvideni predpisi
 - ! dn morajo biti krajše – zajeto bistvo
 - ! testi: izbirni tip ali dopolnjevalni tip odgovorov, portfolijo, ustno lažje.

OBRAVNAVA – 5 ur tedensko

- 1) Izvedena mora biti posebej za dislektike s strani specialista / strokovnjaka (logoped);; trening glasovnega zavedanja
;; trening avtomatiziranega branja
- 2) Veliko otrok potrebuje tudi socialno intergrativni program (razvoj socialnih veščin igra vlog, pantomima)
- 3) Program regulacije, samokontole – tudi ta je potreben, če gre še za hiperaktivnost pri teh otrocih.