

Akademia WSB

Dąbrowa Górnicza, Cieszyń, Olkusz, Żywiec, Kraków

mgr Magdalena Markowska

**METODA EDUKACYJNO-TERAPEUTYCZNA SPRING®
W PRACY Z DZIECKIEM Z AUTYZMEM
NA ETAPIE PRZEDSZKOLNYM.
OPIS, REALIZACJA, EFEKTY.**

Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem:
dr hab. prof. ucz. Lidii Marszałek

Dąbrowa Górnicza 2022

Spis treści

Wstęp	7
1. Problematyka autyzmu w ujęciu teoretycznym	12
1.1. Autyzm w literaturze przedmiotu	12
1.1.1 Wczesne objawy autyzmu	18
1.1.2. Kliniczna charakterystyka autyzmu	26
1.1.2.1. Komunikowanie się	27
1.1.2.2. Funkcjonowanie społeczne	33
1.1.2.3. Ograniczone wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności	36
1.1.3. Potrzeby dzieci z autyzmem	39
2. Behawioryzm jako specyficzne podejście do terapii dziecka z autyzmem	42
2.1. Podstawowe pojęcia terapii behawioralnej	42
2.2. Cele terapii i edukacji	45
2.2.1. Redukowanie niepożądanych zachowań	45
2.2.2. Nauka umiejętności deficytowych	49
2.2.3. Generalizacja nabytych umiejętności	53
3. Niedyrektywne podejście w pracy z dzieckiem z autyzmem	59
3.1. Zabawa niedyrektywna	59
3.2. Pedagogika Reggio – włoska koncepcja pedagogiczna	60
3.3. Metoda DIR Floortime	61

3.4. Metoda Knillów	64
3.5. Metoda W. Sherborne	66
3.6. Metoda Integracji Sensorycznej	69
4. Metoda SPRING®.....	74
4.1. Założenia teoretyczne metody edukacyjno-terapeutycznej SPRING®	74
4.2. Uzasadnienie metody SPRING®	78
4.3. Procedury edukacyjno-terapeutyczne metody.....	86
5. Metodologiczne założenia badań własnych.....	100
5.1. Cele i przedmiot badań	100
5.2. Problemy badawcze.....	102
5.3. Metoda badań i zastosowane techniki	103
5.4. Opis zastosowanych technik	105
5.4.1. Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING®	105
5.4.2. Arkusz analizy nagrań wideo	106
5.4.3. Ankieta dla rodziców dzieci rozwijających się typowo	106
5.4.4. Arkusz wywiadu z rodzicem dziecka z autyzmem	107
5.5. Teren, czas i organizacja badań.....	107
6. Wyniki badań własnych	115
6.1. Studia przypadków	115
6.1.1. Historia Stasia	115
6.1.2. Historia Borysa	142
6.1.3. Historia Kacpra	171
6.2. Ankieta z rodzicami dziecka z autyzmem	198

6.3. Ankieta z rodzicami	199
6.4. Odpowiedzi na pytania badawcze	201
7. Metoda Spring® - rekomendacje pedagogiczne dla przedszkoli	204
Zakończenie	209
Bibliografia	211
Publikacje zwarte	211
Czasopisma	217
Netografia	219
Spis tabel	221
Spis rycin	221
Spis fotografii	221
Aneksy.....	226
Aneks 1 - Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING® - wzór	226
Aneks 2 - Arkusz analizy nagrań wideo - wzór	228
Aneks 3 - Ankieta dla rodziców dzieci rozwijających się neurotypowo – wzór	229
Aneks 4 - Arkusz wywiadu rodzica dziecka z autyzmem – wzór	230
Aneks 5 - Kwestionariusz do oceny funkcjonalnej zachowań trudnych	231
Streszczenie	239
Abstract	241

WSTĘP

Jednym z kluczowych problemów społecznych w Polsce i na świecie jest gwałtownie wzrastająca częstotliwość diagnozy ASD (*autism spectrum disorder*) u dzieci i młodzieży. W Stanach Zjednoczonych 1 na 110 dzieci ma zdiagnozowane ASD. Z uwagi na specyfikę i różnorodność przebiegu tego zaburzenia, nadal istniejącej w polskiej świadomości niejasności w obszarze wiedzy obiektywnej, zmieniającym się stanem wiedzy i trudnościami w dostępie do specjalistycznej pomocy istnieje konieczność, aby nauczyciele i terapeuci, ale przede wszystkim osoby zakładające specjalistyczne, integracyjne przedszkola posiadali ugruntowaną wiedzę na temat wczesnych objawów ASD, diagnostyki tych zaburzeń oraz skutecznej edukacji.

Wczesne rozpoznanie pozwala maksymalnie wykorzystać potencjał dziecka i określić obszary deficytów, co umożliwia wdrożenie ukierunkowanej terapii, a to w efekcie przyczynia się do optymalizacji funkcjonowania dziecka. Rosnąca popularność przyjmowania dzieci autystycznych do masowych przedszkoli zarówno publicznych, jak i niepublicznych oraz brak kontroli oraz standardów nauki, opieki i terapii wymusza wręcz stworzenie modelu edukacji dedykowanego dla tych placówek. Przedszkole nie powinno pełnić już wyłącznie funkcji dydaktyczno-wychowawczych. To miejsce, gdzie należy przygotować dziecko do życia w społeczeństwie. Istotne wydaje się zatem dostosowanie metod pracy do indywidualnych potrzeb dziecka, po to, by mogło w optymalnych dla siebie warunkach wykorzystać swój potencjał, aby się uczyć i prawidłowo rozwijać¹. Praca z dzieckiem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi wymaga podejścia interdyscyplinarnego. To oparte na podejmowaniu zintegrowanych działań holistyczne podejście do rozwoju dziecka.

Jako psycholog współpracowałam z wieloma placówkami oświatowymi, głównie z przedszkolami. Obserwowałam 25-osobowe grupy z dziećmi z różnymi trudnościami rozwojowymi. Obserwowałam trudności organizacyjne w pomocy psychologiczno-pedagogicznej, szczególnie dla dzieci z orzeczeniami o kształceniu specjalnym z uwagi na autyzm. Równocześnie nawiązałam kontakt z wieloma nauczycielami poprzez prowadzenie dla nich szkoleń z zakresu rozpoznawania autyzmu, radzenia sobie z zachowaniami trudnymi czy prowadzeniu terapii w oparciu o metodę behawioralną. Po doświadczeniu zebranych z pracy w placówkach oświatowych i po kontakcie z

¹ S. Kowalik, *Psychologiczne podstawy niepełnosprawności i rehabilitacji*, w: *Psychologia, t. 3 – Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, J. Strelau (red.), GWP, Gdańsk 2002. s. 799-800.

nauczycielami oraz po analizie wybranej literatury² mogłam sformułować następujące wnioski:

- Nauczyciele edukacji przedszkolnej mający w swoich grupach dzieci z autyzmem posiadali podstawową wiedzę na temat tego zaburzenia albo nie posiadali jej wcale.
- Nauczyciele edukacji przedszkolnej pracujący z dzieckiem z autyzmem w grupie 25-osobowej sygnalizowali brak wsparcia poprzez zatrudnienie dodatkowej osoby do pomocy. Jeśli takie wsparcie było, to głównie ze strony zatrudnionej pomocy nauczyciela a nie nauczyciela posiadającego kwalifikacje do pracy z dzieckiem z autyzmem.
- Nauczyciele pracujący na wyższych poziomach edukacji zwracali uwagę na trudności w organizacji nauczania integracyjnego m.in. uczniowie posiadali zachowania trudne uniemożliwiające prowadzenie lekcji. Według opinii nauczycieli i dyrektorów wiele szkół masowych nie jest przygotowanych do kształcenia dzieci ze spektrum autyzmu.
- Nadal trwa dyskusja nad kwestią odpowiedniego miejsca kształcenia dziecka z autyzmem (placówka specjalna, integracyjna, masowa).

Na bazie wyprowadzonych przeze mnie wniosków oraz wiedzy na temat funkcjonowania dzieci z autyzmem postanowiłam utworzyć przedszkole przyjazne rozwojowi dzieciom z autyzmem przy współpracy z rówieśnikami neurotypowymi. Wiedziałam, że to będzie coś więcej niż tylko integracja. W konsekwencji od 2016 roku istnieje Przedszkole Akademia Kota Leonarda. Placówka stała się dla mnie miejscem tworzenia Metody SPRING®. W placówce każde dziecko jest współorganizatorem procesu uczenia się i ma wpływ na przebieg tego procesu i jego treści. Dziecko poznaje świat intensywnie i na wiele sposobów, które angażują wszystkie zmysły. Proces edukacji w przedszkolu bierze pod uwagę specyfikę rozwoju dziecka, jego ogromne możliwości poznawcze oraz otwartość na nowe doświadczenia i przeżycia, a to wszystko w warunkach przyjaznych dzieciom z autyzmem.

Niniejsza rozprawa to efekt procesu, który rozpoczął się w 2016 roku, kiedy powstało przedszkole. Jest zbiorem wniosków z obserwacji, analizy dokumentacji, interpretacji nagrań wideo, rozmów z rodzicami, nauczycielami. To próba integracji podejść dyrektywnych i niedyrektywnych w pracy z dzieckiem z autyzmem w wieku

² Z. Gajdzica, *Sytuacje trudne w opinii nauczycieli klas integracyjnych*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2011, s. 25-65.

przedszkolnym.

Rozdział pierwszy poświęcony jest tematyce autyzmu, jego klasyfikacji i obrazowi klinicznemu. Praca pisana jest na przełomie 2021/2022 roku w oczekiwaniu na nową klasyfikację ICD-11, w której zaszły znaczące zmiany w definiowaniu tego zaburzenia. Klasyfikacja ta stosowana jest już w krajach anglojęzycznych, niestety nadal nie została przyjęta do stosowania w Polsce. Szczególnie ważnym podrozdziałem w tej części pracy, z punktu widzenia edukacji, jest sformułowanie potrzeb dziecka z autyzmem. W kolejnym rozdziale scharakteryzowane zostały podstawowe pojęcia i zasady terapii behawioralnej w pracy z dzieckiem z autyzmem ze szczególnym uwzględnieniem redukcji zachowań niepożądanych, nauki umiejętności deficytowych i generalizowania nabytych umiejętności. Teoria behawioralna jest podstawą teoretyczną prezentowanej Metody SPRING®. Rozdział trzeci to prezentacja niedyrektywnych metod pracy z dzieckiem z autyzmem z uwzględnieniem Pedagogiki Reggio, Metody DIR FLOOR, Metody Knillów, Metody W.Sherborne i Integracji Sensorycznej. W rozdziale czwartym przedstawione zostały założenia teoretyczne metody edukacyjno-terapeutycznej SPRING® z prezentacją procedur terapeutycznych, form pracy, roli nauczycieli i rodziców w procesie edukacji oraz znaczenia otoczenia w jakim przebywa dziecko. Rozdział piąty to metodologiczne założenia badań, zaś rozdział szósty zawiera prezentację wyników badań w kontekście rozwoju kompetencji społecznych dzieci z autyzmem oraz ich usamodzielniania.

W pracy zastosowano metodę badań jakościowych z uwagi na wykorzystanie otwartych sposobów gromadzenia danych: indywidualnych przypadków i pogłębionych studiów teoretycznych. Według Denzina i Lincoln metody jakościowe – czy szerzej badania jakościowe – to „usytowana aktywność, która umieszcza obserwatora w świecie. Składa się z zespołów interpretacyjnych, materialnych praktyk, które czynią świat widzialnym. Praktyki te przekształcają świat. Przeobrażają go w serię reprezentacji, takich jak notatki terenowe, wywiady, rozmowy, fotografie, nagrania i własne uwagi. Na tym poziomie badania jakościowe to interpretatywne, naturalistyczne podejście do świata. Oznacza to, że badacze jakościowi badają rzeczy w ich naturalnym środowisku próbując nadać sens lub interpretować zjawiska przy użyciu terminów, którymi posługują się badania ludzie”³.

³ N. K. Denzin, Y. S. Lincoln, *Wprowadzenie. Dziedzina i praktyka badań jakościowych*, tłum. K. Podemski, [w:] N. K. Denzin, Y. S. Lincoln (red.), *Metody badań jakościowych*, t. 1. 2009, s. 19-76.

Głównym celem niniejszej rozprawy jest stworzenie spójnego i całościowego opisu teorii i praktyki w zakresie metody pracy z dzieckiem z autyzmem na etapie przedszkolnym, integrującego wybrane teorie dyrektywne i niedyrektywne. Praca ma przede wszystkim charakter praktyczny, stąd ostatnim rozdziałem rozprawy są rekomendacje pedagogiczne dla przedszkoli. Procedury zaprojektowane specjalnie do użytku Metody SPRING® wyznaczają strategie interwencji, realistyczne i specyficzne cele oraz dokumentację postępów dzieci.

Do pracy jako dodatkowy element dołączono pendriv, na którym znajdują się nagrania video, dokumentujące postępy każdego dziecka (indywidualnego przypadku). Filmy te zostały omówione w treści pracy, jednak ich odtworzenie pozwoli lepiej zobrazować opisy obserwacji.

Bez interwencji w kształceniu dzieci z autyzmem już na wczesnym etapie edukacji przedszkolnej istnieją nikłe szanse na zmianę ich sytuacji społecznego wykluczenia. Wiek przedszkolny to okres niezwykłej ciekawości świata, ogromnej plastyczności, czas poszukiwania informacji na temat tego co nowe i niezrozumiałe, dlatego przedszkole jest najlepszą przestrzenią do prowadzenia dzieci z autyzmem i neurotypowych rówieśników w tworzeniu kultury integracyjnej.

Metoda SPRING® predysponuje do stania się podłożem teoretycznym dla proponowanej edukacji stopniowanej, integrującej edukację indywidualną (segregacyjną), integracyjną i włączającą w kontekście edukacji dziecka z autyzmem na etapie przedszkolnym.

Należy podkreślić, iż na wszystkie umieszczone w niniejszej pracy zdjęcia i filmy autorka uzyskała zgodę rodziców na ich wykorzystanie w celach naukowych.

Serdecznie dziękuję każdemu, kto uwierzył w idee Niepublicznego Przedszkola Akademia Kota Leonarda zarówno całemu zespołowi, jak i rodzicom. Dziękuję współpracownikom za okazane wsparcie, cierpliwość i motywację do kontynuowania badań, a rodzicom za okazane zaufanie i współpracę. Szczególnie dziękuję Pani dr Magdalenie Miotk-Mrozowskiej – mojej mentorce od czasów studenckich, która zainspirowała mnie do pracy naukowo-dydaktycznej i towarzyszyła mi podczas wyznaczania drogi zawodowej i naukowej. Dziękuję mojej mamie i babci, nauczycielkom, które zaszczepiły we mnie pasję do edukacji.

W sposób szczególny dziękuję dr hab. prof. ucz. Lidii Marszałek za opiekę promotorską, za Jej pracę włożoną w obecny kształt niniejszej rozprawy, okazane wsparcie i umiejętność stawiania wymagań.

1. PROBLEMATYKA AUTYZMU W UJĘCIU TEORETYCZNYM

1.1. Autyzm w literaturze przedmiotu

Autyzm jest stosunkowo młodą jednostką kliniczną⁴. Trzeba tutaj wyjść przede wszystkim od wymienienia nazwisk dwóch badaczy, tj.: L. Kanner i H. Aspergera, którzy to niezależnie od siebie opublikowali pierwsze opisy tego zaburzenia⁵. Zarówno praca Kanner z 1943 roku, jak i praca Aspergera z 1944 roku zawierały szczegółowe opisy przypadków i równocześnie prezentowały pierwsze próby teoretycznego wyjaśnienia tych zaburzeń. Nie był to jednak zbieg okoliczności, ponieważ zanim Kanner opisał dzieci autystyczne i zanim ich zaburzenia zostały ujęte w kategorii zespołu, dzieci autystyczne były bohaterami przypowieści i baśni ludowych, obiektem opowieści z gatunku fantastyki⁶. Publikacje Kanner są bardzo często przytaczane w literaturze dotyczącej zagadnień autyzmu, z kolei opis „autystycznej psychopatii” Aspergera, który ukazał się podczas II wojny światowej tylko w języku niemieckim, przez dłuższy czas był ignorowany. Pozostało również przekonanie, iż Asperger opisał trochę inny typ dzieci, niż uczynił to Kanner. W opinii współczesnych badaczy tego zaburzenia panuje przekonanie, że definicja „autystycznej psychopatii” Aspergera była szersza niż definicja Kanner. Asperger włączył bowiem w swój opis przypadki, które prezentowały uszkodzenia organiczne oraz te, które były blisko normy⁷.

W literaturze podaje się też, że pierwszy kliniczny opis dziecka autystycznego, pochodzi z początku XIX wieku i zawdzięczamy go francuskiemu lekarzowi Itardowi⁸. Terminu tego użył również psychiatra E. Bleuler na początku XX wieku⁹. Początkowo odnosił się do pewnego szczególnie uderzającego zaburzenia w schizofrenii (to także termin Bleulera), charakteryzującego się zawężeniem

⁴ D. Amaral, G. Dawson, D. Geschwind, *Autism Spectrum Disorders*, Oxford 2011, s. 3-10.

⁵ J. Buława-Halasz, *Rehabilitacja społeczna i zawodowa dorosłych osób autystycznych*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2017, s. 27.

⁶ Ibidem, s. 27.

⁷ L. Bobkiewicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2014, s. 11.

⁸ H. Jaklewicz, *Autyzm wczesnodziecięcy*, GWP, Gdańsk 1993, s. 10.

⁹ S. Goldstein, J. A. Naglieri, S. Ozonoff, *Assessment of Autism Spectrum Disorders, First Edition*, New York/London 2009, s. 2-7.

relacji z ludźmi i światem zewnętrznym w takim stopniu, że wykluczone było wszystko spoza *Ja* chorego. Wykluczenie to można scharakteryzować w skrócie jako wycofanie się jednostki z życia społecznego włąb siebie¹⁰. Stąd też słowa „autyzm” i „autystyczny”¹¹. E. Bleuler w swojej koncepcji opisywał autyzm przede wszystkim jako rozluźnienie dyscypliny myślenia logicznego w połączeniu z zamknięciem się w sobie. Z kolei koncepcja autyzmu Kanner’a pojmowana jest nieco inaczej. Kanner uważał, że autyzm to brak fantazji lub zdolności do kreowania rzeczywistości¹².

Etymologicznie określenie „autystyczny”, „autyzm”, pochodzi z języka greckiego od słowa *autos* i tłumaczy się je jako „sam”, co w zasadzie odpowiada koncepcji wykluczenia E. Bleulera. Jednakże obecnie oba te terminy używane są niemalże wyłącznie w odniesieniu do zaburzenia rozwojowego, które nazywa się autyzmem (a nie schizofrenią – jak początkowo uważał Bleuler). Z użycia wyszły też wcześniej używane określenia, a więc „autyzm wczesnodziecięcy” (*early infantile autism*) i „autyzm dziecięcy” (*childhood autism*)¹³, głównie dlatego, że ich konstrukcja sugerowała jakiś kontrast w stosunku do „autyzmu dorosłego człowieka”, a tym samym wprowadzały w błąd, że autyzm dotyczy tylko dzieci i że z autyzmu można wyrosnąć¹⁴.

Leksykalne definicje autyzmu dziecięcego akcentują natomiast: zamknięcie się dziecka w sobie, które przejawia się „w całkowitej obojętności wobec świata zewnętrznego”¹⁵ oraz w trudnościach „w nawiązywaniu przez dziecko kontaktu afektywnego z otoczeniem”¹⁶. Słowniki opisują autyzm jako zaburzenie polegające na „osłabieniu kontaktu człowieka z otoczeniem, zamknięciu się w sobie i myśleniu oderwanym od rzeczywistości”¹⁷.

Obecnie uznaje się więc, że autyzm to bardzo poważne i zarazem bardzo rozległe zaburzenie neurorozwojowe, charakteryzujące się poważnymi deficytami

¹⁰ U. Frith, *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*, GWP, Gdańsk 2008, s. 25.

¹¹ J. Buława-Halasz, *Rehabilitacja społeczna i zawodowa dorosłych osób autystycznych*, op. cit., s. 27.

¹² H. Jaklewicz, *Autyzm wczesnodziecięcy*, op. cit., s. 11.

¹³ J. Hillman, S. Snyder, J. Neubrandner, *Childhood Autism: A Clinician's Guide to Early Diagnosis and Integrated Treatment*, London/New York 2007, s. 1-13.

¹⁴ J. Frith, *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*, op. cit., s. 25.

¹⁵ W. N. Sillamy, *Słownik psychologiczny*, Książnica, Katowice 1994, s. 27.

¹⁶ T. Gałkowski, J. Kiperski (red.), *Encyklopedyczny słownik rehabilitacji*, PZWL, Warszawa 1986, s. 29.

¹⁷ E. Sobol (red.), *Słownik wyrazów obcych*, PWN, Warszawa 2002, s. 96-97.

w komunikowania się, w sferze społecznej oraz występowaniem ograniczonego i powtarzającego się zestawu zachowań i/lub zainteresowań¹⁸. Podobnie uważa C. H. Delacat, który podaje, że pośród badaczy „panuje powszechna zgoda, że autyzm jest najbardziej kłopotliwym zaburzeniem zachowania”. Ten sam autor dalej dodaje, że zaburzenie to powszechnie traktowane jest „jako stan psychotyczny charakteryzujący się głębokim wycofaniem ze środowiska”¹⁹. Natomiast A. Maciarz skłania się ku poglądom T. Gałkowskiego, który z kolei pisze, że autyzm dziecięcy to rodzaj rozległego zaburzenia rozwojowego o charakterze kompleksowego syndromu, przejawiającego się wieloma symptomami, które nie zostały jeszcze w pełni jeszcze opisane. Ten sam autor słusznie zauważa, że nie ma dwojga takich samych dzieci dotkniętych autyzmem, zatem zaburzenie to ma szereg różnych postaci i jest silnie zróżnicowane²⁰. Takie zaburzenia występują w społeczeństwach na całym świecie i zazwyczaj ujawniają się i są diagnozowane do ukończenia przez dziecko 3. roku życia. Trudność w precyzyjnej diagnozie polega głównie na tym, że są one wysoce zróżnicowane i wielopostaciowe²¹.

Początkowo autyzm dziecięcy włączony był do grupy dziecięcych psychoz (w DSM-I w 1952 r., i DSM-II z roku 1968)²². W roku 1980, w kolejnej edycji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-III), zgodnie z założeniem przedstawiającym autyzm jako kontinuum, autyzm został włączony do grupy rozległych całościowych zaburzeń rozwojowych²³. To właśnie ze względu na bardzo duże zróżnicowanie zachowań, jakie obserwuje się u osób z autyzmem została też utworzona bardzo obszerna kategoria diagnostyczna, występująca pod nazwą „całościowe zaburzenia rozwojowe” (ang. *Pervasive Developmental Disorders* - PDD). Obejmuje ona następujące jednostki diagnostyczne:

- zaburzenie autystyczne (*Autism Disorder-AD*);

¹⁸ B. Winczura, *Dzieci z zaburzeniami łączonymi. Trudne ścieżki rozwoju*. Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2013, s. 7.

¹⁹ C. H. Delacato, *Dziwne, niepojęte. Autystyczne dziecko*, Fundacja „Synapsis”, Warszawa 1995, s. 32.

²⁰ A. Maciarz, M. Biadasiewicz, *Dziecko autystyczne z zespołem Aspergera*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2000, s. 9.

²¹ B. Zawiślak, *Dziecko autystyczne. Prawdziwa opowieść o Maciusiu*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2012, s. 15.

²² D. Zager, D. F. Cihak, A. Stone-MacDonald, *Autism Spectrum Disorders: Identification, Education, and Treatment*, New York 2017, s. 2-7.

²³ L. Bobkowicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy*, Impuls, Kraków 2007, s. 11.

- zaburzenie Aspergera (*Asperger's Disorder-AS*); w ICD-10: zespół Aspergera;
- dziecięce zaburzenie dezintegracyjne (*Childhood Disintegrative Disorder*);
- zaburzenie Retta (*Rett's Disorder*); w ICD-10: zespół Retta;
- całościowe zaburzenie rozwoju nieujęte w innych kategoriach diagnostycznych (*Pervasive Developmental Disorder, Not Otherwise Specified-PDD-NOS*)²⁴.

Całościowe zaburzenia rozwojowe (*pervasive developmental disorder not otherwise specified*) rozpoznaje się w przypadku, gdy dziecko nie spełnia wszystkich kryteriów dla którejś z wyżej wskazanych kategorii, ale wykazuje ono typowe objawy dla triady autystycznej (*The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research, 1993*). Warto również nadmienić, że szczegółowe kryteria diagnozowania poszczególnych zaprezentowanych wyżej kategorii zawarte są także w polskiej wersji podręcznika (ICD-10, 1997)²⁵. Natomiast klasyfikacja ICD-10 Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 1993 roku obok autyzmu dziecięcego (*childhood autism*) wyróżnia autyzm atypowy oraz syndrom Aspergera. Kryteria diagnostyczne w opublikowanym rok później DSM-IV (1994) w dużym stopniu są zbieżne z kryteriami uwzględnionymi w ICD-10²⁶. Według *National Institute of Neurological Disorders and Stroke*, zaburzenia spektrum autyzmu (*Autism Spectrum Disorders ASD*) jest to seria złożonych zaburzeń rozwoju neurologicznego, cechujących się problemami z komunikacją, zaburzeniami społecznymi oraz ograniczonymi, powtarzalnymi i stereotypowymi wzorcami zachowania. Czasem zaburzenia autystyczne nazywane są autyzmem albo ASD i są one najpoważniejszą formą ASD, natomiast inne warunki wzdłuż spektrum przybierają łagodniejszą formę zwaną zespołem Aspergera oraz dziecięcymi zaburzeniami dezintegracyjnymi. Chociaż ASD znacznie różni się stopniem nasilenia i charakterem zachowań, to jednak występuje we wszystkich grupach etnicznych i społeczno-ekonomicznych i dotyczy każdej grupy wiekowej. Szacuje

²⁴ B. Winczura, *Dzieci z zaburzeniami łączonymi. Trudne ścieżki rozwoju*, op. cit., s. 7.

²⁵ B. Kaczmarek, A. Wojciechowska, *Autyzm i AAC*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2015, s. 20.

²⁶ L. Bobkovicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy*, op. cit., s. 11.

się, że na świecie 1 na 88 dzieci w wieku do 8 lat będzie mieć ASD²⁷. Badania potwierdzają także, że chłopcy są cztery razy bardziej narażeni na ASD niż dziewczęta²⁸.

W roku 1994 L. Eave, która wyodrębniła różne typy osób autystycznych, odnotowała przewagę autystycznych chłopców w grupie o najwyższym poziomie funkcjonowania, a większą liczbę dziewcząt w grupie najniżej funkcjonujących²⁹. W badanej przez nią grupie, wśród dzieci niżej funkcjonujących stosunek chłopców do dziewcząt wyniósł 2:1, z kolei wśród osób najwyżej funkcjonujących proporcja ta wynosiła 15:1. Badając 93 uzdolnione osoby autystyczne, Newson i Everard odnotowały, że było wśród nich tylko 9 kobiet³⁰.

Duża zgodność w badaniach dotyczących częstszego występowania autyzmu u chłopców stanowi ważną podstawę formułowania biologicznych koncepcji autyzmu. Analogicznie, szereg badań świadczących o proporcjonalnie mniejszej liczbie dziewcząt w grupie osób autystycznych wyżej funkcjonujących, także może wskazywać na biologiczne przyczyny tego zaburzenia³¹.

B. Winczura podaje, że czynniki ryzyka problemów rozwojowych odnoszą się do dwóch kategorii: genetycznych/chromosomowych (które wpływają na mózg w okresie rozwoju prenatalnego i tuż po urodzeniu) oraz środowiskowych. Mogą się one również kumulować, co oznacza, że im większa liczba elementów negatywnie oddziałujących na organizm, tym rozwój dziecka jest bardziej zagrożony. Powszechną przyczyną globalnego opóźnienia rozwoju są anomalie chromosomowe, takie jak chociażby u dzieci z zespołem Downa czy kruchego X³².

Dziedziczność autyzmu określa się na ok. 90%, jednakże żaden z genów nie jest specyficznym związany z wystąpieniem objawów autystycznych³³. Następną grupę czynników, które mogą mieć istotny wpływ na powstawanie autyzmu

²⁷ Centers for Disease Control and Prevention: *Morbidity and Mortality Weekly Report*, March 30, 2012.

²⁸ National Institute of Neurological Disorders and Stroke, *Autism Fact Sheet*, w: http://www.ninds.nih.gov/disorders/autism/detail_autism.htm, [dostęp: 26.04.2019].

²⁹ L. Eaves, H. Ho, D. Eaves, D., *Subtypes of autism by cluster analysis*. „Journal of Autism and Developmental Disorders”, 24, 1994, s. 3-22.

³⁰ L. Bobkowicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy*, op. cit., s. 113.

³¹ Ibidem, s. 113.

³² B. Winczura, *Dzieci z zaburzeniami łączonymi. Trudne ścieżki rozwoju*, op. cit., s. 8.

³³ A. Bryńska, J. Komender, G. Jagielska, *Autyzm i zespół Aspergera*, PZWL, Warszawa 2009, s. 19-20.

stanowią uwarunkowania okołoporodowe. Uważa się, że czynnikami, które mogą mieć wpływ na wystąpienie u dziecka autyzmu, są przede wszystkim: przedwczesny poród oraz infekcje wewnątrzłonowe (w szczególności wiąże się autyzm z przebyciem przez matkę różyczki w czasie ciąży). W kilku badaniach wykazano też większe ryzyko autyzmu u dzieci, które urodziły się w zamartwicy (Punktacja Apgar poniżej 7 punktów)³⁴.

Badania potwierdziły również związek autyzmu z wiekiem matki, a także i ojca, ale zgodność specjalistów co do powiązania wieku ojca z występowaniem zaburzeń autystycznych jest mniej jednoznaczna³⁵. Dodatkowo pośród czynników środowiskowych wymienia się również takie jak: ciąża niedonoszona lub przenoszona, niska waga urodzeniowa dziecka, zażywanie przez matkę leków w czasie ciąży, cukrzyca ciążowa, poród pośladowy i z użyciem narzędzi, poród wywołowany i pierwsze cesarskie cięcie, krwawienia, a także kolejność urodzeń (ciąża pierwsza albo trzecia lub późniejsza)³⁶.

Autyzm dziecięcy dotyczy populacji dzieci na wszystkich kontynentach i we wszystkich zakątkach świata. Występuje on zatem wśród różnych grup społecznych u ludzi należących do różnych narodowości. Szacuje się, że problem ten dotyczy 30,8 spośród 10 000 osób w wypadku zaburzenia autystycznego i dodatkowo jeszcze wzrasta o 27,1, gdy weźmie się pod uwagę całe szerokie autystyczne spektrum zaburzeń³⁷.

Jeszcze bardziej dokładne dane podają badania prowadzone w Stanach Zjednoczonych. National Institutes of Health (NIH)³⁸, w oparciu o badania prowadzone w innych rozwijających się krajach zachodnich podaje następujące wskaźniki występowania ASD³⁹:

- 10/10, 000 osób z autyzmem w postaci „klasycznej”;
- 20/10, 000 osób z ASD, w tym PDD;
- 50/10, 000 osób z ASD, w tym PDD i zespołem Aspergera.

³⁴ Ibidem, s. 23–24.

³⁵ E. Pisula, *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, PWN, Warszawa 2000, s. 91.

³⁶ E. Pisula, *Autyzm. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej*, GWP, Sopot 2012, s. 66.

³⁷ E. Pisula, *Małe dziecko z autyzmem*, GWP, Gdańsk 2005, s. 19.

³⁸ National Research Council, Policy and Global Affairs, Committee for Capitalizing on Science, Technology, and Innovation: An Assessment of the Small Business Innovation Research Program, *An Assessment of the SBIR Program at the National Institutes of Health*, National Academies Press, Washington 2009.

³⁹ *Is autism on the rise?*, http://www.asatonline.org/about_autism/ontherise, [dostęp: 26.04.2019].

Wobec tego wskaźniki ASD są na tyle wysokie, aby móc stwierdzić, że problem tych zaburzeń może stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego.

Według szacunkowych danych w Polsce może być około 340 tys. osób z autyzmem, z czego 80 proc. stanowią dzieci⁴⁰. Dzieci autystyczne często unikają kontaktu wzrokowego z innymi ludźmi. Mają też trudności z interpretacją tego, co inni czują i myślą, ponieważ nie mogą zrozumieć sygnałów ze strony innych osób, takie jak mimika czy ton głosu. Dlatego mogą też wykazywać brak empatii⁴¹.

1.1.1. Wczesne objawy autyzmu

Diagnoza autyzmu wczesnodziecięcego opiera się przede wszystkim na badaniu psychologicznym oraz badaniu lekarskim⁴². Przy rozpoznawaniu tego zaburzenia wykorzystuje się też różne techniki i metody diagnostyczne wypracowane na gruncie różnych dyscyplin naukowych, głównie lekarskich oraz przez psychologię kliniczną dziecka. Różnicowanie autyzmu wczesnodziecięcego z innymi zaburzeniami rozwojowymi obejmuje różne etiologicznie grupy zaburzeń, które wyrażają się przede wszystkim znaczną dysharmonią rozwoju w okresie wczesnodziecięcym⁴³. Podaje się, że dynamika zmian w autyzmie zależy przede wszystkim od wieku dziecka, w którym pojawiły się pierwsze symptomy tego zaburzenia, oraz – najprawdopodobniej – od przyczyn, które warunkują nieprawidłowy rozwój dziecka⁴⁴.

Stosowany obecnie model diagnozowania autyzmu ujmuje to zaburzenie jako syndrom i opiera się przede wszystkim na objawach. L. Bobkowicz-Lewartowska podaje przykłady typowych metod diagnostycznych autyzmu wczesnodziecięcego. Autorka podaje, że diagnozy autyzmu dokonuje się:

- 1) Na bazie oceny dokonanej przy bezpośredniej obserwacji behawioralnej:
 - Skala Oceny Autyzmu Dziecięcego (CARS) E. Schoplera.

⁴⁰ W. Stolarska, *Coraz więcej przypadków autyzmu*, „Trzeba uświadamiać i dyskutować” <https://zdrowie.trojmiasto.pl/Coraz-wiecej-przypadkow-autyzmu-Trzeba-uswiadamiac-i-dyskutowac-n122613.html#tri>, [dostęp: 26.04.2019].

⁴¹ Ibidem.

⁴² K. Wall, *Autism and early years practice: a guide for early years professionals, teachers and parents*, London 2004, s. 55-62.

⁴³ J. A. Burack, R. M. Hodapp, E. F. Zigler, *Handbook of Mental Retardation and Development*, Cambridge University Press, Cambridge 1998, s. 528-539.

⁴⁴ H. Jaklewicz, *Autyzm wczesnodziecięcy*, op. cit., s. 56.

2) Na podstawie tzw. objawów osiowych (zgodnie z ICD-10 z 1993 r. i z DSM-IV z 1994 r.), którymi są:

- jakościowe zaburzenia interakcji społecznych,
- jakościowe zaburzenia w komunikowaniu się,
- ograniczone, powtarzające się i stereotypowe modele zachowania, zainteresowań i aktywności.

3) Poprzez identyfikowanie pojedynczych cech zachowania dziecka:

- Kwestionariusz CHAT S. Barona-Cohana,
- Diagnostyczna Lista Kontrolna E-2 B. Rimlanda⁴⁵.

Z kolei zdaniem E. Pisuli, która analizowała szereg badań w tym zakresie, przydatność kryteriów diagnostycznych sformułowanych w ICD-10 i DSM IV-TR jest znacznie mniejsza w odniesieniu do dzieci w wieku do 36 miesięcy, niż w odniesieniu do starszych dzieci⁴⁶. Jest ona również mniejsza w odniesieniu do osób o niskim stopniu rozwoju umysłowego. U osób z niskim ilorazem inteligencji (nie przekraczającym 50 pkt.) niezdolność do nawiązywania i podtrzymywania konwersacji, doświadczanie stresu w sytuacji zmian, a także naleganie na przestrzeganie rytuałów nie ma związku z autyzmem. Wobec tego wiele zjawisk ujawniających się w obrazie klinicznym autyzmu stanowi pochodną zaburzeń z nim współwystępujących⁴⁷.

Jak zauważa cytowana już L. Bobkowicz-Lewartowska, diagnoza w autyzmie może być zorientowana także na selekcję przede wszystkim ze względów edukacyjno-terapeutycznych, na porównanie z innymi zespołami zaburzeń rozwoju. Prócz uwzględniania symptomów autystycznych, diagnoza powinna służyć ocenie funkcjonowania dziecka w różnych obszarach, takich jak:

- zaburzenia integracji sensorycznej – Testy Integracji Sensorycznej (SCSIT), J. Ayres,
- dojrzałość społeczna – Karta Oceny Postępu w Rozwoju Społecznym (PAC), H.C. Gunzburga,

⁴⁵ L. Bobkowicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy*, Impuls, Kraków 2007, s. 125.

⁴⁶ E. J. Mash, R. A. Barkley, *Child Psychopathology, Second Edition*, Guilford Press, New York 2003, s. 588-597.

⁴⁷ E. Pisula, *Małe dziecko z autyzmem*, op. cit., s. 74.

- poziom rozwoju psychoruchowego, inteligencji – Profil Psychoedukacyjny E. Schoplera, Skala Brunet-Lezine, skale inteligencji⁴⁸.

Z kolei zaproponowana przez działającą w Stanach Zjednoczonych od 1977 roku organizację *ZERO TO THREE / National Center for Clinical Infant Programs* odrębna klasyfikacja diagnostyczna dla dzieci znajdujących się we wczesnym rozwoju (*The Diagnostic Classification; 0-3* w skrócie DC: 0-3) określa następujące kryteria:

- znaczne zaburzenia – ale nie całkowity brak – zdolności tworzenia związków uczuciowych i relacji społecznej z głównym opiekunem,
- znaczne zaburzenia w tworzeniu, podtrzymywaniu i rozwijaniu komunikacji, obejmujące komunikację prewerbalną przy użyciu gestykulacji oraz komunikację niewerbalną i werbalną,
- znaczne zaburzenia przetwarzania bodźców słuchowych,
- znaczne dysfunkcje w przetwarzaniu innych informacji sensorycznych, obejmujące nad- i niedowrażliwość oraz zaburzenia planowania ruchowego (np. sekwencji ruchowych)⁴⁹.

Tak więc w świetle omawianej klasyfikacji na zaburzenie to składają się nieprawidłowości w rozwoju społecznym (zdolności wchodzenia w relacje społeczne), komunikacji i przetwarzaniu informacji sensorycznych. Mogą one występować w różnym natężeniu i różnych kombinacjach⁵⁰.

Z kolei zgodnie z kryteriami przyjętymi w *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000) i *International Classification of Diseases* (ICD-10; World Health Organization, 1992), aby otrzymać diagnozę autyzmu, dziecko musi przejawiać zaburzenia w relacjach społecznych, języka stosowanego w celu społecznego komunikowania się lub symbolicznej/opartej na wyobraźni zabawy jeszcze przed ukończeniem trzech lat⁵¹.

⁴⁸ L. Bobkowicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy*, op. cit., s. 125-126.

⁴⁹ National Center for Clinical Infant Programs, *Diagnostic Classification: 0-3. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*, NCCIP, Washington 1994, s. 44.

⁵⁰ E. Pisula, *Małe dziecko z autyzmem*, op. cit., s. 74-75.

⁵¹ B. Winczura, *Dzieci z zaburzeniami łączonymi Trudne ścieżki rozwoju*, op. cit., s. 7.

Tabela 1. Kryteria diagnostyczne do rozpoznania zaburzeń autystycznych w świetle DSM – IV.

GRUPA	ZABURZENIA
<p>A. Jakościowe zaburzenia we wzajemnych interakcjach społecznych:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. znaczne zaburzenia w zachowaniach niewerbalnych (kontakcie wzrokowym, mimice, postawie ciała i gestach, ważnych w kontaktach społecznych); 2. nieumiejętność odpowiedniego dla danego poziomu rozwoju nawiązywania kontaktu z rówieśnikami; 3. brak spontanicznego dążenia do udziału w zabawie, brak zainteresowań i chęci współdziałania z innymi ludźmi; 4. brak świadomości fizycznej obecności lub uczuć innych ludzi.
<p>B. Jakościowe zaburzenia w werbalnej i pozawerbalnej komunikacji:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. opóźniony lub całkowity brak rozwoju mowy (przy braku prób i kompensacji przez alternatywne sposoby komunikacji - mimika, gesty); 2. brak umiejętności inicjowania i kontynuowania rozmowy u osób z doskonale rozwiniętą mową; 3. mowa używana w sposób stereotypowy, powtarzający się, często język charakterystyczny tylko dla danej osoby, 4. brak różnorodnych, odpowiednich dla danego poziomu rozwoju, spontanicznych zabaw grupowych i zabaw naśladowujących różne czynności.
<p>C. Ograniczone, powtarzające się i stereotypowe modele zachowania, zainteresowań i aktywności:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. powtarzanie zachowań według jednego lub więcej stereotypowych i ograniczonych wzorów, nieprawidłowych w swej sile lub w

	<p>zakresie;</p> <p>6. najwyraźniej sztywne trzymanie się niefunkcjonalnych procedur lub rytuałów;</p> <p>7. stereotypowe i powtarzające się manieryzmy ruchowe (np. trzepotanie lub machanie rękami albo palcami ewentualnie ruchy całego ciała);</p> <p>8. uporczywe zainteresowanie niektórymi przedmiotami.</p>
--	---

Źródło: B. Cytowska, A. Stawarski, B. Winczura, *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2014, s. 357.

Według przyjętych kryteriów diagnostycznych, o występowaniu u dziecka zaburzeń autystycznych można mówić dopiero wtedy, kiedy występuje co najmniej sześć jakościowo opisanych objawów spośród trzech grup symptomów, w tym przynajmniej po dwa objawy z grupy A, jeden z B i jeden z C; przy czym każda z grup obejmuje cztery objawy⁵². Jak wynika z definicji autyzmu przyjętej przez DSM-IV (1994), w większości przypadków istnieje związek diagnozy autyzmu z upośledzeniem umysłowym, najczęściej w stopniu umiarkowanym (II 35-50). W zachowaniu tych osób może wystąpić wiele charakterystycznych cech, m.in.: impulsywność, nadpobudliwość, słaba koncentracja uwagi, elementy zachowań agresywnych lub autoagresywnych, napady złego humoru, osobliwe reakcje na bodźce sensoryczne, okresowe nieprawidłowości w jedzeniu lub w spaniu. Mogą się pojawiać także nieprawidłowości nastroju lub uczuć, brak strachu w obliczu realnego niebezpieczeństwa lub nadmierna bojaźliwość wobec obiektów⁵³.

W DSM-IV (1994) podkreśla się, że zaburzenia te powstają w okresie niemowlęctwa lub wczesnego dzieciństwa, przed 3. rokiem życia, ale nie oznacza

⁵² B. Cytowska, A. Stawarski, B. Winczura, *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2014, s. 357.

⁵³ Ibidem, s. 358.

to, że jego początek nie może być wcześniejszy⁵⁴. Objawy autyzmu mogą pojawić się już w ciągu kilku pierwszych miesięcy życia. Mogą też wystąpić znacznie później nawet około czwartego-piątego roku życia. W przypadku późnych objawów zaburzeń określa się je jako autyzm atypowy. Dziecko może np. nagle przestaje mówić – choć wcześniej mówiło. Rozbudowujące się i utrwalające około 3. roku życia objawy autyzmu tworzą jego pełen obraz. Zachowania autystyczne, przejawiają się stanami niepokoju, a czasem nawet panicznego lęku, dzieci mogą również „zastygać w bezruchu”. Pojedyncze symptomy to np. czasowy mutyzm, polegający na zahamowaniu wypowiedzania się zarówno spontanicznego, jak i odpowiedzi na pytania. Istotne jest, że zachowania autystyczne, tak jak i pojedyncze objawy autyzmu nie mają tendencji do rozbudowywania się i utrwalania – zwykle stopniowo zanikają wraz z rozwojem dziecka⁵⁵. Najczęściej wymieniane w podręcznikach objawy autyzmu u dzieci są następujące: dziecko przeważnie:

- unika kontaktu wzrokowego,
- nie porusza się spontanicznie,
- nie bawi się z innymi i nie jest twórcze w zabawie,
- woli kontakt z przedmiotami niż z ludźmi,
- czasami wpada w gniew bez wyraźnego powodu,
- ma ograniczoną mimikę twarzy, jego twarz nie wyraża wielu emocji,
- raczej patrzy „przez osobę”,
- ma nadwrażliwość na dotyk i dźwięk lub nie reaguje na ból,
- wydaje się nadpobudliwe,
- sprzeciwia się jakimkolwiek zmianom w rutynie,
- jeśli mówi, to zwykle na jeden temat,
- nie biega w podskokach,
- nie balansuje rękami,
- jest spętane ruchowo,
- nie reaguje na własne imię,
- chodzi drobnym krokiem,

⁵⁴ E. J. Mash, R. A. Barkley, *Child Psychopathology, Second Edition*, Guilford Press, New York 2003, s. 588-597.

⁵⁵ H. Jaklewicz, *Autyzm wczesnodziecięcy*, op. cit., s. 59.

- ma trudności w kontaktach z innymi ludźmi,
- woli być samo⁵⁶.

Tabela 2. obrazuje miejsce autyzmu wśród innych rozpoznań Rozległych Zaburzeń rozwojowych PDD, a także relacje z innymi zaburzeniami rozwojowymi, z którymi jest czasem mylony⁵⁷.

Tabela 2. Miejsce autyzmu wśród innych rozpoznań Rozległych Zaburzeń rozwojowych.



Źródło: W. Siegel (red.), *Cognitive development in atypical children: Progress in Cognitive Development Research*, Springer, New York 1996, s. 10.

Dlatego też diagnoza autyzmu wymaga szczególnej wrażliwości i powinna uwzględniać - oprócz kryteriów zasadniczych - również objawy towarzyszące⁵⁸. Małe dzieci z autyzmem przejawiają także znaczne trudności z dzieleniem się

⁵⁶ R. Grzadzinski, M. Huerta, C. Lord, *DSM-5 and autism spectrum disorders (ASDs): An opportunity for identifying ASD subtypes*, "Molecular Autism", 2013, 4(12), doi: 10.1186/2040-2392-4-12, <http://www.molecularautism.com/content/4/1/12>, [dostęp: 26.04.2019].

⁵⁷ W. Siegel (red.), *Cognitive development in atypical children: Progress in Cognitive Development Research*, Springer, New York 1996, s. 10.

⁵⁸ R. Grzadzinski, M. Huerta, C. Lord, *DSM-5 and autism spectrum disorders (ASDs): An opportunity for identifying ASD subtypes*, "Molecular Autism", 2013, 4(12), doi: 10.1186/2040-2392-4-12, <http://www.molecularautism.com/content/4/1/12>, [dostęp: 26.04.2019].

doświadczeniami z innymi ludźmi⁵⁹. Mało prawdopodobne jest także, aby potrafiły one wskazać na konkretne zdjęcia w książce. To bardzo wczesne rozwijanie umiejętności społecznych ma zasadnicze znaczenie dla późniejszego rozwoju języka i rozwoju społecznego.

Oceny dynamiki zmian rozwoju autyzmu wczesnodziecięcego dokonała między innymi H. Jaklewicz na podstawie swoich wieloletnich obserwacji prowadzonych na grupie 52 dzieci⁶⁰. Badaczka stwierdza, że dynamika autyzmu wczesnodziecięcego jest różna i najprawdopodobniej zależy ona od wielu czynników. Jednym z nich, który na pewno udało się ustalić, jest wiek dziecka, w którym rozpoczynają się objawy tego zaburzenia. Udowodnienie tej hipotezy pozwoliło na wyróżnienie dwóch grup dzieci z wczesnym i późnym rozwojem zespołu.

Według H. Jaklewicz istnieje:

- grupa dzieci z wczesnym rozwojem autyzmu (do 12 miesiąca życia) – stanowi do 25% badanych. Noworodki nie dążą do kontaktu fizycznego z matką i często się przed nią bronią. Równoległe z odrzuceniem przez dziecko kontaktu fizycznego z matką obserwuje się brak reakcji dziecka na głos matki i jej widok, dziecko odrzuca też kontakt wzrokowy. Współistniejącymi objawami w tym wczesnym okresie rozwoju są zaburzenia snu i łaknienia;
- grupa dzieci z późniejszym rozwojem autyzmu (po 12 miesiącu życia) – w tym okresie najbardziej charakterystycznym objawem rozwijającego się autyzmu jest unikanie i wycofywanie się z kontaktów społecznych zarówno z matką, jak i z innymi osobami z otoczenia⁶¹.

Natomiast pomiędzy 3. a 5. rokiem życia dziecka z autyzmem najwyraźniej ujawniają się te nieprawidłowości w jego rozwoju, które związane są z brakiem doświadczeń społecznych⁶².

⁵⁹ M. Hanbury, *Positive Behaviour Strategies to Support Children & Young People with Autism*, SAGE, London 2007, s. 80-85.

⁶⁰ H. Jaklewicz, *Autyzm wczesnodziecięcy*, op. cit., s. 59-66.

⁶¹ Ibidem, s. 59-66.

⁶² Ibidem, s. 67.

1.1.2. Kliniczna charakterystyka autyzmu

Zgodnie z obowiązującą do stycznia 2022 roku, w Polsce Międzynarodową Klasyfikacją Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania ICD-10, autyzm jest całościowym zaburzeniem rozwoju charakteryzującym się nieprawidłowym i/lub upośledzonym rozwojem, pojawiającym się przed 3. rokiem życia, w którym występuje nieprawidłowe funkcjonowanie we wszystkich spośród trzech sfer: interakcjach społecznych, komunikacji oraz ograniczonym, powtarzającym się repertuarze zachowań.

Jednakże z uwagi na fakt, że objawy autyzmu i ich nasilenie znacznie się różnią, dwoje dzieci z tej samej diagnozy może funkcjonować zupełnie inaczej, zachowywać się inaczej i wykazywać znacząco różne umiejętności. Niemniej jednak w większości przypadków, dzieci z ciężkim autyzmem wykazują zaburzenia całkowitej niezdolności do komunikacji i interakcji z innymi ludźmi⁶³. Choć każde autystyczne dziecko może mieć swój własny unikalny wzór zachowania, w tych trzech wymienionych grupach są pewne wspólne symptomy omawianego zaburzenia (Tabela 3.).

Tabela 3. Symptomy autyzmu w zakresie umiejętności społecznych, języka i zachowania.

Umiejętności społeczne	Dziecko nie reaguje na swoje imię, utrzymuje słaby kontakt wzrokowy z innymi ludźmi, nie przytula się, nie wykazuje empatii, zamyka się w swoim własnym świecie, nie prosi o pomoc.
Zachowanie	Dziecko wykonuje powtarzające się ruchy, np. kołysanie, obracanie lub trzepotanie rękoma, rozwija pewne szczególne i zrozumiałe dla siebie procedury lub rytuały, może być zafascynowane szczegółami obiektów i rzeczy, może być niezwykle wrażliwe na światło, dźwięk i dotyk, nie zwracając uwagi na ból, nie angażuje się w zabawy polegające na udawaniu, graniu - mówiąc prościej nie potrafi przyjmować ról odtwórczych tak, jak robią to dzieci zdrowe w czasie zwykłej zabawy. Ponadto dziecko może mieć dziwne preferencje

⁶³ S. Dodd, *Understanding autism*, New York 2005, s. 198-203.

	żywnościowe, takie jak jedzenie tylko kilku potraw lub rzeczy które nie są żywnością, takich jak kreda, może wykonywać czynności, które mogą spowodować poczucie krzywdy.
Język	Dziecko nie mówi, lub wczesnie traci zdolność do wypowiedzenia słowa lub zdania, nie nawiązuje kontaktu wzrokowego przy żądaniach, jeśli mówi to wypowiada słowa z nieprawidłowym tonem lub rytmem, może powtórzyć słowa lub frazy, ale nie rozumie, jak z nich korzystać, nie wydaje się, aby rozumiało proste pytania lub kierunki wypowiedzi.

Źródło: Mayo Clinic Staff,

Autism, <http://www.mayoclinic.com/health/autism/DS00348/DSECTION=symptoms>, [dostęp: 26.04.2019]

1.1.2.1. Komunikowanie się

W charakterystyce autyzmu istotne miejsce zajmują zaburzenia komunikowania się z otoczeniem. Mają one bardzo rozległy charakter i dotyczą zarówno porozumiewania się werbalnego, jak i pozawerbalnego⁶⁴. Dotyczy to też rozumienia komunikacji i ekspresji. Pomimo, iż zakres i stopień nasilenia tych zaburzeń są bardzo zróżnicowane, to jednak cechą wspólną wszystkich osób autystycznych są trudności ze zrozumieniem, na czym polega komunikacja społeczna i jaką funkcję pełni. Problemy te dotyczą również adekwatnego wykorzystania komunikowania się w celu regulowania relacji z innymi ludźmi⁶⁵. Brak wiedzy o tym, w jaki sposób się komunikować, i brak związanych z tym umiejętności stanowią istotę autyzmu⁶⁶. W przypadku osób autystycznych zaburzona potrzeba porozumiewania się z innymi, może być źródłem nieprawidłowego rozwoju zdolności komunikacyjnych. Prawidłowy rozwój tej umiejętności wymaga ćwiczenia w kontaktach społecznych⁶⁷.

Oszacowano, że mniej więcej połowa osób z autyzmem nie używa mowy do porozumiewania się, nie rozumie celu i znaczenia języka, dlatego też nie potrafi

⁶⁴ M. M. Konstantareas, E. B. Blackstock, *Autyzm*, KTA, Warszawa 1992, s. 68-81.

⁶⁵ E. Pisula, *Autyzm. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej*, GWP, Sopot 2012, s. 40.

⁶⁶ D. Seach, M. Lloyd, M. Preston, *Pomóż dziecku z autyzmem*, K.E. Liber, Warszawa 2006, s. 1-128.

⁶⁷ B. Cytowska, A. Stawarski, B. Winczura, *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, op. cit., s. 363.

posługiwać się nim jako narzędziem komunikacyjnym⁶⁸. Ponadto o czwarta osoba z autyzmem, która nie opanowuje umiejętności komunikowania się werbalnego, potrafi jednak przyswoić sobie zasady komunikacji alternatywnej z wykorzystaniem tablic komunikacyjnych, komputerów czy specjalistycznych urządzeń mobilnych⁶⁹. Są również dzieci, które w pewnym stopniu opanowują mowę i język, ale już na etapie wczesnego rozwoju obserwuje się u nich w tym zakresie znaczny regres⁷⁰. Słowa stopniowo zanikają, dzieci wycofują się z kontaktów. Osoby takie stają się nieme na wiele lat, a czasami nawet na całe życie⁷¹. Inne badania mówią, że poprawa następuje u nich wraz z wiekiem⁷².

W całej tej populacji pewne problemy w komunikowaniu się mają jednak uniwersalny charakter i występują niezależnie od wieku, poziomu rozwoju oraz zróżnicowania umiejętności językowych. Wiążą się one ściśle z inicjowaniem i podtrzymywaniem interakcji oraz niewerbalnym komunikowaniem się⁷³. Podkreślić też warto, że nie ma to związku z brakiem motywacji do komunikowania się, o co niesłusznie posądza się czasem osoby z autyzmem⁷⁴. Brak rozwoju mowy jest brany pod uwagę jako cecha charakterystyczna dla małych dzieci z autyzmem, zwłaszcza kiedy jest on powiązany z brakiem tendencji do komunikowania się, także za pomocą gestów kompensujących brak mowy⁷⁵. Zaburzenia w społecznym komunikowaniu się widoczne są w zachowaniu niektórych dzieci bardzo wcześnie i uznaje się je za wczesne sygnały ostrzegawcze o nieprawidłowościach w rozwoju⁷⁶.

W literaturze podaje się, że wcześniej brak mowy stwierdzano u około połowy dzieci z autystycznymi, dziś jednak – w odniesieniu do całego spektrum zaburzeń

⁶⁸ P. Randall, J. Parker, *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*, GWP, Sopot 2010, s. 1-320.

⁶⁹ B. Kaczmarek, A. Wojciechowska, *Autyzm i AAC*, op. cit., s. 23.

⁷⁰ D. R. Nordli, J. M. Pellock, R. Sankar, J. W. Wheless, *Pellock's Pediatric Epilepsy: Diagnosis and Therapy*, Springer Publishing Company, New York 2017, s. 543-555.

⁷¹ T. Gałkowski, *Psychologiczne aspekty rozwoju i zaburzeń mowy u dzieci*, [w:] J. Szumska (red.), *Zaburzenia mowy u dzieci*, PZWL, Warszawa 1982, s. 82-96.

⁷² B. Winczura, *Dzieci o specjalnych potrzebach komunikacyjnych Diagnoza - edukacja - terapia*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2014, s. 12.

⁷³ E. Pisula, *Zaburzenia komunikacji u dzieci z autyzmem*, w: Ogólnopolska Fundacja na rzecz Dzieci Niepełnosprawnych „Promyk Słońca”, *Kiedy mózg pracuje inaczej... - postrzeganie, ruch, emocje, komunikacja. X Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa (Wrocław, 5 grudnia 2008 r.): materiały konferencyjne*, Oddział Fundacji „Promyk Słońca”, Wrocław 2008.

⁷⁴ E. Pisula, *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*, Harmonia, Gdańsk 2010, s. 1-211.

⁷⁵ M. Skórczyńska, *Autyzm a opóźnienie rozwoju*, [w:] B. Winczura (red.), *Dzieci z zaburzeniami łączonymi. Trudne ścieżki rozwoju*, Impuls, Kraków 2012, s. 13-32.

⁷⁶ E. Pisula, *Autyzm. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej*, GWP, Sopot 2012, s.41.

autystycznych - te szacunki są niższe⁷⁷. W opinii niektórych badaczy, część z dzieci autystycznych nigdy nie będzie mówić, u około połowy z nich nigdy nie rozwinię się mowa znaczeniowa, a te, które nauczą się mówić, na tym poziomie będą doświadczać wielu zniekształceń. U dzieci z późnym rozwojem cech autystycznych zauważa się fizjologiczne fazy rozwoju mowy. Takie dzieci posługują się prostymi słowami lub zdaniami⁷⁸. Szacuje się też, że całkowity brak używania pojedynczych słów (tj. poniżej pięciu słów w ciągu dnia) występuje u mniej niż 20% dzieci. Rozwój językowy u pozostałych dzieci zazwyczaj jest opóźniony (czasem znacznie) i przebiega znacznie wolniej. Trudności występują nie tylko w tempie rozwoju. Także osoby, które opanowują mowę w prawidłowym czasie, doświadczają wielu problemów związanych z efektywnym jej wykorzystywaniem podczas interakcji i ze zrozumieniem, na czym polega dialog⁷⁹. Mowa służy im do komunikacji społecznej. Adekwatne do wypowiedzi są także wszelkie gesty, mimika, melodyka. Pojawienie się pierwszych objawów autyzmu automatycznie wprowadza regres mowy. Dziecko przestaje używać zdań, a jego ekspresja słowna sprowadza się do komunikatów w formie pojedynczych słów, głównie takich, które mają na celu zaspokojenie w danym momencie określonej potrzeby. Pojawia się echolalia. Równoległe obserwuje się zanik form komunikacji niewerbalnej⁸⁰.

Zgodnie z kryteriami przyjętymi w DSM-V – niski poziom zaburzeń z autystycznego spektrum (poziom 1 – wymagający niewielkiego wsparcia) charakteryzuje się brakami w komunikacji społecznej, nietypowymi i/lub nieefektywnymi wypowiedziami i trudnościami w inicjowaniu interakcji. Osoba na tym poziomie funkcjonowania może posługiwać się pełnymi zdaniami i angażuje się w komunikację międzyludzką, ale nie umie zachować schematu interakcyjności (naprzemiennego wypowiedziania się stron interakcji) i z tego względu jej próby wchodzenia w relacje z innymi osobami są mało efektywne. Dla sfery zachowań charakterystyczna jest nieelastyczność, powodująca zakłócenia, trudności w zmianie działania. Występują też wyraźnie zauważalne

⁷⁷ Ibidem, s. 41.

⁷⁸ B. Cytowska, A. Stawarski, B. Winczura, *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, op. cit., s. 363.

⁷⁹ E. Pisula, *Autyzm. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej*, op. cit., s. 41.

⁸⁰ H. Pawłowska, *Zagadnienia mowy w autyzmie wczesnodziecięcym*, „Szkoła Specjalna” 1997, nr 2, s. 2.

problemy w organizacji i planowaniu działania, które utrudniają osiągnięcie niezależności⁸¹.

Średnia postać autyzmu (poziom 2 – wymagane jest istotne wsparcie) opisywana jest przez wskazanie na deficyty w społecznej komunikacji werbalnej i niewerbalnej⁸². Przykładowo osoba z ASD może wypowiadać proste zdania, ograniczone do realizacji własnych potrzeb, ale bez intencji interakcyjnych. Jeśli wypowiedziom towarzyszy komunikacja niewerbalna, to jest ona nieadekwatna i można ją opisać jako dziwaczną. Sferę zachowań charakteryzują brak elastyczności, trudności w radzeniu sobie ze zmianami.

Natomiast dla głębokiej postaci autyzmu (poziom 3 – wymagane jest bardzo istotne wsparcie) w sferze komunikacji społecznej charakterystyczne są znaczne trudności w komunikacji werbalnej i niewerbalnej, które powodują bardzo poważne zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym, bardzo znacząco ograniczone umiejętności w inicjowaniu interakcji z innymi osobami oraz minimalna wrażliwość na inicjowanie interakcji ze strony innych ludzi. W obszarze wzorców zachowań typowe dla tego poziomu są: ekstremalne trudności w radzeniu sobie ze zmianami, ograniczony/powtarzający się repertuar zachowań znacząco zakłócający funkcjonowanie we wszystkich sferach i brak elastyczności zachowań⁸³.

Trudności językowe autystycznych dzieci rozpatrywane są w dwóch odmianach:

- ilościowej, oznaczającej stopień odchylenia od normy,
- jakościowej, podkreślającej różnice w stosunku do normalnego wzorca użycia języka.

Mowa dziecka autystycznego jest przerywana, „płaska”, monotonna, skandowana, brakuje jej płynności, bezosobowa w swojej składni i dość skomplikowana, czasami bywa przesadnie uroczysta, w dziwnie używanych zdaniach i słowach przeplatają się potoczne sformułowania. Często też wypowiedzi dzieci z autyzmem cechuje nieprawidłowy akcent, przedłużanie

⁸¹ B. Kaczmarek, A. Wojciechowska, *Autyzm i AAC*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2015, s. 23.

⁸² G. Mesibov, M. Howley, S. Naftel, *Assessing the Curriculum for Learners with Autism Spectrum Disorders: Using the TEACCH programme to help inclusion*, Routledge, New York 2016, s. 1-154.

⁸³ B. Kaczmarek, A. Wojciechowska, op. cit., s. 23.

sylab, przesadne artykułowanie głosek, niestabilizowana skala głosu, nierówne tempo mowy, częste perseweracje, zahamowana ekspansja oddechowa. Melodia, intonacja z reguły jest odtworzeniem uprzednio usłyszonej, co jest zauważalnie sztuczne. Ponadto może się ujawnić u nich zdolność śpiewania przy braku mowy, możliwe jest też wydawanie dźwięków typu kwakanie, chrząkanie⁸⁴.

Autystyczne dziecko często stereotypowo powtarza bezsensowne ciągi, kwestie zupełnie bez związku z sytuacją czy pytaniami, często w wypowiedziach myli formy czasowe i fleksyjne, niekiedy tworzy neologizmy i zbitki słowne. Słownictwo tych osób jest bardzo ubogie, nie znają części mowy określających właściwości przedmiotów oraz stosunki czasowe i przestrzenne. Budowa zdań (jeżeli do niej dochodzi) jest uboga syntetycznie i gramatycznie. Zadają bardzo mało pytań i mają niewiele spontanicznych uwag⁸⁵. Trudności sprawia im także rozumienie słów mających podwójne znaczenie: konkretne i przenośne⁸⁶. Za najbardziej charakterystyczne deficyty w komunikowaniu się dzieci autystycznych przyjmuje się występowanie w wypowiedziach tendencji do odwracania zaimków lub nazywanie siebie po imieniu. Czasem dzieci mówią do siebie „ty” albo „on”⁸⁷.

U około 70% autystycznych dzieci, które posługują się mową, zaobserwować można echolalię⁸⁸. Taka mowa polega na natychmiastowym lub odroczonym powtarzaniu dźwięków, wyrazów, fraz bądź zdań wypowiedzianych przez kogoś innego i nie zawiera intencji komunikacyjnych. Czasem dziecko odtwarza skierowane do niego lub zdanie zasłyszane w takiej formie gramatycznej oraz tonacji, w jakiej zostało ono sformułowane. Interesujące jest również to, że wypowiedzi te odtwarzane są przez dziecko z dokładnie taką intonacją i melodią, w jakiej zostały wygłoszone⁸⁹. Z kolei w jego mowie występować może dużo oddzielnych wyrazów, które są związane z poszczególnymi sytuacjami,

⁸⁴ G. Victor, *Zagadka autyzmu*, tłum. R. Saciuk, [w:] J. Kruk-Lasocka (red.), *Z problematyki autyzmu*, „Prace Pedagogiczne”, CIV, UWr, Wrocław 1994, s. 13-29.

⁸⁵ A. Pankiewicz, *Charakterystyka mowy 9-letniej dziewczynki autystycznej*, „Dziecko Autystyczne”, Krajowe Towarzystwo Autyzmu, Warszawa 1988, nr 1-4, s. 29-42.

⁸⁶ T. Peeters, *Opleidingscentrum Autisme-vzw-Ansvers*, tłum. A. Roman, „Autyzm”, Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Autystycznym w Gdańsku, broszura, 1996, s. 19-22.

⁸⁷ H. Olechnowicz, *Wczesny autyzm dziecięcy - symptomologia, diagnostyka, etiologia i terapia*, [w:] E. Czownicka (red.), *Psychologiczne problemy wczesnego autyzmu dziecięcego*, WSPS, Warszawa 1983, s. 11.

⁸⁸ J. Błęszyński, *Czy echolalia w autyzmie jest problemem komunikacyjnym?*, [w:] B. Winczura (red.), *Autyzm. Na granicy zrozumienia*, Impuls, Kraków 2009, s. 106.

⁸⁹ B. Winczura, *Dzieci o specjalnych potrzebach komunikacyjnych Diagnoza - edukacja - terapia*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2014, s. 13.

zainteresowaniami lub wydarzeniami z przeszłości dziecka. Po pewnym czasie powtórzona zostaje cała zasłyszana treść, np. wypowiedzi czy melodii⁹⁰. Echolalię można też zaobserwować u prawidłowo rozwijającego się niemowlęcia jako przejaw funkcji naśladowczej⁹¹. Pojawia się ona na etapie gaworzenia jako skłonność do powtarzania złożonych dźwięków, które wówczas jeszcze nie mają żadnego znaczenia⁹². Na tym etapie nie jest to powód do niepokoju. Tym bardziej że gaworzenie ustępuje wraz z wiekiem dziecka. Z kolei u dziecka z autyzmem echolalia może pozostać podstawowym sposobem wypowiadania się i utrzymywać się w dalszym okresie życia⁹³.

Dla otoczenia bardzo kłopotliwym zjawiskiem jest też występowanie w mowie tych osób różnego rodzaju stereotypii językowych, szczególnie skłonność do wielokrotnego powtarzania pytań⁹⁴. Najczęściej wygląda to w taki sposób, że dziecko uparcie, w kółko powtarza to samo pytanie, zawsze nieadekwatnie do sytuacji. Można przy tym odnieść wrażenie, że nie słyszy lub nie rozumie udzielanych mu odpowiedzi, a samo powtarzanie ma dla niego znaczenie stymulacyjne. Czasami dziecko zadaje kolejne pytania, które stanowią logiczny ciąg, ale za chwilę znów wraca do początku i cały cykl się powtarza⁹⁵.

W literaturze podkreśla się również, że problemy komunikacyjne dzieci autystycznych nie dotyczą tylko komunikacji werbalnej (językowej), ale także niewerbalnej – zarówno jej strony ekspresywnej, jak i impresywnej, czyli rozumienia informacji wyrażonych za pomocą mimiki, gestów, ekspresji postawy oraz intonacji⁹⁶. Nie potrafią one zrozumieć, co oznacza miłe słowo, pieszczota, uśmiech lub pocałunek. Mają też duże kłopoty z patrzeniem na rozmówcę, interpretowaniem mimiki i języka ciała, tonu głosu, jak również z nawiązaniem i podtrzymaniem rozmowy oraz odpowiednim wykorzystaniem jej treści w

⁹⁰ L. Bobkowicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*, Impuls, Kraków 2005, s. 11-13.

⁹¹ T. Gałkowski, *Autyzm*, [w:] T. Gałkowski, T. Tarkowski, Z. Zaleski (red.), *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, Wyd. UMCS, Lublin 1993, s. 171-184.

⁹² J. Piaget, *Mowa i myślenie u dziecka*, PWN, Warszawa 1992, s. 1-228.

⁹³ B. Winczura, *Dzieci o specjalnych potrzebach komunikacyjnych Diagnoza - edukacja - terapia*, op. cit., s. 13.

⁹⁴ E. Minczakiewicz, *Z badań nad rozwojem mowy dzieci autystycznych*, [w:] W. Dykcik (red.), *Autyzm, kontrowersje i wyzwania*, UAM, Poznań 1994, s. 91-106.

⁹⁵ I. Rapin, *Autism*, „New England Journal of Medicine” 1997, s. 337.

⁹⁶ E. Pisula, *Autyzm - fakty, wątpliwości, opinie*, WSPS, Warszawa 1993, s. 1-177.

różnych sytuacjach społecznych⁹⁷. Określa się to jako zaburzenie w społecznym używaniu języka mówionego i gestów⁹⁸. To właśnie komunikacja niewerbalna tworzy kontekst, w którym dokonuje się analiza i interpretacja komunikatów werbalnych. Brak rozumienia przez dzieci autystyczne języka niewerbalnego sprawia, że komunikacja, rozumiana jako wymiana informacji między nadawcą i odbiorcą, nie dokonuje się w pełni⁹⁹. Język nie służy im do przekazywania informacji o świecie, komunikowania swoich myśli, potrzeb i uczuć. Często można odnieść wrażenie, że dziecko z autyzmem mówi jakby „obok siebie”, „przy kimś”, ale bardzo rzadko „do kogoś”¹⁰⁰.

Badacze sądzą też, że dla kształtowania kompetencji komunikacyjnych dzieci autystycznych niezwykle istotne znaczenie ma przede wszystkim kontakt z matką i jej zaangażowanie w próby porozumiewania się z dzieckiem. Twierdzi się, że szanse dziecka autystycznego na porozumiewanie się rosną wraz z wiekiem i że są tym wyższe, im większa jest wrażliwość matek na wszelkie próby komunikacyjne dziecka. Zaznacza się jednak, że trzeba przy tym zwrócić szczególną uwagę na specyfikę kodu komunikacyjnego wytwarzanego w interakcjach rodzinnych. Dzieci, które są stymulowane w ten sposób wykazują szczególną wrażliwość na takie elementy kodu komunikacyjnego, takie jak melodia wypowiedzi matki, ale również regularności i wzorce, które stanowią charakterystyczny element mowy¹⁰¹.

1.1.2.2. Funkcjonowanie społeczne

Rozwój społeczny wszystkich dzieci rozpoczyna się wraz z pojawianiem się bliskiej więzi emocjonalnej między dzieckiem a matką, ojcem czy innym opiekunem stałe zajmującym się dzieckiem. intensywna, trwała, społeczno-

⁹⁷ T. Peeters, *Opleidingscentrum Autisme-vzw-Ansvers*, tłum. A. Roman, „Autyzm”, Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Autystycznym w Gdańsku, broszura, 1996, s. 19-22.

⁹⁸ K. Markiewicz, *Komunikacja niejęzykowa dzieci autystycznych (wprowadzenie do badań)*, w: W. Dykcik (red.), *Autyzm, kontrowersje i wyzwania*, UAM, Poznań 1994, s. 86.

⁹⁹ Ibidem, s. 86.

¹⁰⁰ A. Pankiewicz, *Charakterystyka mowy 9-letniej dziewczynki autystycznej*, „Dziecko Autystyczne” 1988, Krajowe Towarzystwo Autyzmu, nr 1-4, s. 29-42.

¹⁰¹ R. L. Naigels, „Imput an language development in children with autism”, *Seminars in Speech and Language* 34 (4), 2013, s. 237-248.

emocjonalna relacja nazywana jest przywiązaniem¹⁰². Tymczasem jądro syndromu autystycznego stanowią właśnie zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym. To właśnie one określiły nazwę „autyzm”, co tłumaczy się jako: „być zamkniętym w sobie”, „posiadać zaburzone kontakty z ludźmi”, „nie uczestniczyć w...”¹⁰³. Zaburzone kontakty społeczne to jedna z charakterystycznych, wczesnych cech dziecka autystycznego, która bardzo często prowadzi do zidentyfikowania autyzmu¹⁰⁴. W społecznym funkcjonowaniu osób autystycznych wyróżnia się kilka bardzo istotnych zaburzeń, które to najczęściej stanowią przedmiotem badań.

Na pierwszym miejscu jest problem instrumentalnego nawiązywania kontaktów z innymi osobami. Jeżeli dziecko z autyzmem angażuje się w relację społeczne, to przeważnie dlatego, że czegoś chce. Czasami można odnieść wrażenie, że dziecko jest bardziej zainteresowane tym, co chce dostać, niż tym, kto mu coś daje. Mamy tu zatem do czynienia z instrumentalnym stylem nawiązywania kontaktów. Rzadko zdarza się, aby w jego zachowaniu wystąpiły elementy świadczące zainteresowaniu odczuciami czy potrzebami innych ludzi. Nierzadko też ten instrumentalny sposób nawiązywania kontaktów społecznych przybierać może formę opisywaną w literaturze jako tzw. prowadzenie dłoni. Dziecko bierze rodzica lub opiekuna za rękę i ciągnie ją w kierunku przedmiotu, który chciałoby dostać, traktując dłoń dorosłego jako narzędzie¹⁰⁵. Różnica pomiędzy prowadzeniem dłoni u dziecka z autyzmem a prowadzeniem dłoni u dziecka o prawidłowym rozwoju polega na tym, że dziecko, które rozwija się prawidłowo przed rozpoczęciem mówienia pożądanym przedmiot raczej wskazuje palcem niż prowadzi dłoń w jego kierunku. Wskazywanie w naturalny sposób z reguły pojawia się pomiędzy 8. a 10. miesiącem życia i sugeruje, że dziecko, które to robi, rozumie, że druga osoba rozpozna przedmiot jego pożądanego. Natomiast u dzieci autystycznych ta umiejętność pojawia się dosyć późno, czasami bywa tylko

¹⁰² J. Bowlby, *Attachment and loss*, t. 2 - *Separation, anxiety and anger*, Hogarth, London 1973, s. 30.

¹⁰³ T. Peeters, *Opleidingscentrum Autisme-vzw-Answers*, tłum. A. Roman, „Autyzm”, Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Autystycznym w Gdańsku, broszura, 1996, s. 19-22.

¹⁰⁴ J. G. Oley, *Autism: Historical Overview, Definitions, and Characteristics*, [w:] E. D. Berkell (red.), *Autism - Identification, Education, and Treatment*, Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey 1992, s. 3-21.

¹⁰⁵ B. Cytowska, A. Stawarski, B. Winczura, *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, op. cit., s. 361.

wyuczona i ma związek z zaburzeniem w rozwoju teorii umysłu, czyli zdolności odczytywania myśli, uczuć oraz intencji innych ludzi¹⁰⁶.

Ponadto dzieci autystyczne przejawiają deficyty w zakresie nawiązywania kontaktu wzrokowego, a także z dążeniem do utrzymania dystansu fizycznego wobec innych. Deficyt w kontakcie wzrokowym może przybierać u tych dzieci formę przelotnego spojrzenia wzrokowego, spoglądania z ukosa, patrzenia na tych, którzy w danej chwili nie patrzą na nie, patrzenia „przez osobę”, uporczywego wpatrywania się w inne części twarzy niż oczy, czasami regularnego, krótkiego spojrzenia, kiedy coś chcą lub są czegoś ciekawe, a także nawiązywania kontaktu wzrokowego jedynie z ludźmi z najbliższego otoczenia¹⁰⁷. Tymczasem dzieci rozwijające się prawidłowo wykazują pozytywne zainteresowanie innymi dziećmi już w wieku sześciu miesięcy. Przykładowo dwoje siedzących naprzeciw siebie niemowląt w tym wieku wykazuje wyraźnie zainteresowanie sobą: chwytają się za włosy, dotykają, patrzą na siebie, uśmiechają się, itp.¹⁰⁸. Anglojęzyczne publikacje określają ten objaw jako „awersję społeczną”¹⁰⁹. U autystycznych dzieci spojrzenie w oczy innej osoby bardzo często nie jest w ogóle związane z faktem mówienia do kogoś czy też z emocjonalnym stosunkiem do sytuacji. Okazuje się również, że nawiązywanie kontaktu wzrokowego rośnie wraz z wiekiem; starsze dzieci autystyczne wchodzą w ten kontakt znacznie częściej niż dzieci młodsze¹¹⁰.

Badacze zaobserwowali też znaczne dysproporcje w zachowaniu się osób autystycznych w sferze nawiązywania kontaktu fizycznego. Wiele dzieci w żaden sposób nie pozwala sobie na jakąkolwiek formę bliskości fizycznej z drugą osobą. Jeżeli nawet czasem pozwalają sobie na jakąś jego formę, to tylko wtedy, kiedy same tego chcą. Czasem siadają na kolana, ale odwracają się plecami do twarzy, wchodzą na plecy, by się pozwolić kołysać. Z relacji rodziców wynika, że czasami

¹⁰⁶ Ibidem, s. 361.

¹⁰⁷ W. Siegel (red.), *Cognitive development in atypical children: Progress in Cognitive Development Research*, Springer, New York 1996, s. 10.

¹⁰⁸ H. Bee, *Psychologia rozwoju człowieka*, Zysk i S-ka, Poznań 2004, s. 235.

¹⁰⁹ K. Klimasiński, *Współczesna psychopatologia*, Księgarnia Akademicka, Kraków 2002, s. 1-144.

¹¹⁰ J. Kruk-Lasocka, *Pedagogika dzieci z autyzmem i zespołami psychopodobnymi*, [w:] W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna*, UAM, Poznań 1998, s. 245-256.

odnoszą oni wrażenie, że są dla dziecka jedynie tym samym co pluszowe misie, ulubione kocyki lub bujane fotele¹¹¹.

Kolejnym bardzo ważnym problemem obserwowanym u dzieci autystycznych, na który zwrócili uwagę badacze, jest zakłócenie zdolności naśladowania, jako jednego z najwcześniejszych sposobów zdobywania informacji o świecie¹¹². Jeżeli nawet dzieciom autystycznym udaje się naśladować pewne działania, to przeważnie odbywa się to na drodze ich własnego, indywidualnego sposobu przyjmowania informacji, a nie po prostu za pomocą kopiowania czynności innych ludzi. Bardzo często ma to związek z brakiem wyobraźni, która polega na naśladowaniu czegoś rzeczywistego i dodawania do tego różnych zmyślonych wydarzeń w nowych zestawieniach. U dzieci z autyzmem na tym poziomie zauważa się znaczne braki. Można bowiem spotkać dziecko autystyczne próbujące wkręcać prawdziwym śrubokrętem, ale mało prawdopodobne jest, aby do wkręcania użyło ołówka, który miałby udawać śrubokręt (tak jak udają zabawę dzieci, które rozwijają się prawidłowo). Jak podkreśla Siegel, takie działania są raczej konkretne niż mające charakter reprezentacji¹¹³. Zdaniem badaczy, manifestowanie się nieprawidłowości w tej sferze relacji społecznych u dzieci autystycznych może przybierać różny charakter - od ekstremalnego, całkowitego ignorowania innych ludzi i unikania wszelkich kontaktów do powierzchownej społecznej świadomości, ograniczonych zainteresowań i małych umiejętności społecznych¹¹⁴.

1.1.2.3. Ograniczone wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności

Jak już wspomiano u dzieci autystycznych obserwuje się zaburzenia zdolności naśladowania, które w znacznym stopniu wpływają też na ograniczenie umiejętności zabawy, czy też wzorce zainteresowań. Są to jednocześnie jedne z

¹¹¹ B. Cytowska, A. Stawarski, B. Winczura, *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, op. cit., s. 361.

¹¹² O. I. Lovaas, *Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo: mój elementarz*, tłum. O. Kubińska, M. Bogdanowicz, M. Ciszewicz, WSiP, Warszawa 1993, s. 1-299.

¹¹³ W. Siegel (red.), *Cognitive development in atypical children: Progress in Cognitive Development Research*, Springer, New York 1996, s. 10.

¹¹⁴ B. Cytowska, A. Stawarski, B. Winczura, *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, op. cit., s. 363.

najbardziej charakterystycznych elementów zaburzeń obserwowanych wśród tych dzieci. Zabawy dziecka z autyzmem mają bardzo specyficzny charakter. Przede wszystkim charakteryzują się one ogromnym ubóstwem form, ograniczają się do powtarzania rutynowych, stereotypowych, czynności, które nierzadko całkowicie zajmują uwagę dziecka. Brakuje w nich symboliki, elementów świadczących o wyobraźni i kreatywności dziecka. Dziecko autystyczne nie obchodzi się z materiałem zabawy zgodnie z jego funkcją. Często bada zabawkę dla przyjemności, której doznaje z czuciowej percepcji tego przedmiotu¹¹⁵.

Innym objawem autyzmu są powtarzające się, stereotypowe ruchy, takie jak: kiwanie, chodzenie w kółko, kręcenie się wokół własnej osi, wyrzucanie w górę ramion, klaskanie, klepanie, uderzanie głową, pstrykanie palcami. Często też objawiają się fascynacje poszczególnymi przedmiotami graniczące z obsesją. Osoby z autyzmem wykazują bardzo duże przywiązanie do codziennej rutyny, dotyczy to podążania do szkoły zawsze tą samą trasą, pory kładzenia się spać, odwiedzania okolicznych sklepów w tej samej kolejności¹¹⁶. Doskonale obrazuje to zachowanie przedstawione poniżej:

Dwunastoletni James uczęszczał do klasy specjalnej w lokalnej szkole podstawowej. Każdego dnia o tej samej godzinie szedł do szkoły tą samą drogą przez park, wygłaszał te same komentarze na temat dozorców parku i opróżniania koszy na śmieci. W drodze ze szkoły do domu szedł zawsze drugą stroną ulicy i zawsze zatrzymywał się przy pralni, by obejrzeć wirujące bębny pralek¹¹⁷.

J. Błeszyński zauważył, że „we wczesnym autyzmie, do ukończenia 12. miesiąca życia – stereotypie współwystępują z ogólnym niepokojem; koncentrują się głównie w ruchach dłoni i głowy; około 2. roku życia zajmują centralne miejsce w zachowaniu dziecka, poszerza się ich repertuar; nasilenie zachowań lękowych i reakcje o silnej ekspresji; zabawa ma charakter stereotypowy, schematyczny”¹¹⁸. Natomiast u dzieci, które rozwijają się prawidłowo, zauważalne i powtarzające się wzorce zachowania stopniowo zanikają – im młodsze dziecko, tym częściej można obserwować stereotypowe zachowania, a im starsze, tym

¹¹⁵ D. Tantan, *Czyjś niezależny umysł*, cz. I, „Dziecko Autystyczne” 1996, IV, 1, Krajowe Towarzystwo Autyzmu, Warszawa 1996, s. 4.

¹¹⁶ B. B. Kaczmarek, A. Wojciechowska, *Autyzm i AAC*, s. 122.

¹¹⁷ J. Parker, P. Randall, *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*, tłum. S. Pikiel, GWP, Gdańsk. 2002, s. 101.

¹¹⁸ J. Błeszyński, *Autyzm a niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie w rozwoju. Skala Oceny Zachowań Autystycznych*, Harmonia, Gdańsk 2011, s. 97-98.

rzadziej. U dzieci z autyzmem zachowania takie czasem się też nasilają i przyjmują coraz bardziej rozbudowane formy¹¹⁹. Prawidłowo rozwijające się młodsze dzieci wycofują się z takich zachowań, kiedy tylko w ich pobliżu znajdzie się inna osoba. Z kolei u dziecka z autyzmem obecność innych osób tych zachowań nie hamuje. Stereotypowe zachowania wręcz się nasilają, kiedy inna osoba prosi o modyfikację zabawy, czy też o wymyślenie czegoś nowego. Nasila się również wtedy, kiedy w pobliżu nie ma osoby, która by mogła sprowokować inne działanie, a dzieci same z siebie nie potrafią modyfikować i rozwijać zabawy¹²⁰.

Większość dzieci autystycznych preferuje też zabawę w samotności, dlatego często można odnieść wrażenie, że nie zauważają innych osób w otoczeniu. Ograniczenie umiejętności zabawy staje się poważną przyczyną bardzo ubogich kontaktów z rówieśnikami. Brak zaangażowania w zabawy towarzyskie pozbawia ich przede wszystkim możliwości budowania przyjaźni, a tym samym mocno zaburza ich rozwój. Nawet osoby starsze, które dobrze funkcjonują w życiu społecznym mają poważne problemy z podaniem definicji przyjaźni oraz określeniem osoby, którą uznają za przyjaciela¹²¹. Główną trudność dla osób autystycznych stanowi nie tyle zdobycie odpowiedniej wiedzy czy umiejętności przydatnych w budowaniu kontaktów społecznych, ale raczej brak możliwości ich wykorzystania w tym celu w odpowiedni do danych sytuacji sposób. Stereotypowe sztywne zachowania, opór czy niechęć do uczestniczenia w pewnych sytuacjach społecznych, ściśle związane są z ich niezrozumieniem, jak również z brakiem możliwości sprostania ich wymaganiom. Ten fakt stanowi też o różnicy pomiędzy osobami z autyzmem a osobami nieautystycznymi, ale upośledzonymi umysłowo, które z kolei mają bardzo ograniczone możliwości poznawcze, ale najlepiej jak tylko potrafią wykorzystują je do funkcjonowania społecznego¹²².

¹¹⁹ T. Rooney, *Valuing and supporting carers Volume 2: oral and written evidence*, Stationery Office 2008, s. 150-158.

¹²⁰ U. Frith, *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*, op. cit., s. 212.

¹²¹ *Strategia postępowania z dziećmi autystycznymi. Poradnik praktyczny dla rodziców*, przekład E. Wiekiery z „Engagement”, Krajowe Towarzystwo Autyzmu – Oddział w Krakowie, Kraków 1995, s. 1-52.

¹²² B. Cytowska, A. Stawarski, B. Winczura, *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, op. cit., s. 363.

1.1.3. Potrzeby dzieci z autyzmem

U dzieci z zaburzeniami rozwojowymi ze spektrum autyzmu wszelkie opisane wyżej deficyty (a także takie jak uwaga, pamięć, myślenie, wyobraźnia, percepcja i rozumienie) zwykle współwystępują z wyspami talentów i nieprzeciętnymi możliwościami poznawczymi¹²³. Jeżeli w tej dysharmonii przeważają niedobory, to całokształt aktywności intelektualnej może zostać w znacznym stopniu utrudniony i wówczas zwykle orzeka się niepełnosprawność intelektualną¹²⁴.

Uwagę rozpatrywać można w kategorii procesów samoregulacji aktywności jednostki, dzięki którym stojące przed nią zadania mogą być wykonane najlepiej, przy najmniejszej stracie energii, czyli przy zachowaniu i podtrzymaniu optymalnego dla niej poziomu aktywacji¹²⁵. Wszystkie cechy uwagi -jej dynamika, natężenie, selektywność, zakres i stabilność -są zaburzone, choć w różnych sytuacjach i okresach życia może się to zmieniać. U uczniów z zaburzeniami ze spektrum autyzmu szczególnie utrudnione bywają selektywność i dynamika (podzielność, przemienność, przerzutność), a także zakres (pole uwagi)¹²⁶. Mocną stroną dzieci autystycznych wydaje się ich pamięć, zwłaszcza ta oparta na percepcji wzrokowej. Być może preferowanie poznawania wielozmysłowego wzmacnia pamięć¹²⁷. Myślenie osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, w różnych wymiarach: logiczne i abstrakcyjne, przyczynowo-skutkowe, pojęciowe, bywa natomiast bardzo słabo rozwinięte. Dziecko ma trudności z przewidywaniem następstw zdarzeń, dlatego może zrobić nieświadomie krzywdę sobie lub innym. Z dużymi trudnościami wkracza w świat symboliczny, co wiąże się z brakiem umiejętności naśladowania i zabawy symbolicznej. Nie rozumie pojęć i wyrażeń abstrakcyjnych, stąd dosłowne odczytywanie znaczenia przenośni oraz porównań. Jego myślenie jest pełne luźnych skojarzeń, dziwnego porządkowania świata według siebie tylko znanej

¹²³ D. M. Dhoosche, *GABA in Autism and Related Disorders*, Elsevier Academic Press, San Diego 2005, s. 343-349.

¹²⁴ J. Gładyszewska-Cylulko, *Specjalne potrzeby edukacyjne uczniów z niepełnosprawnościami*. Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2017, s. 92.

¹²⁵ M. Piszczek, *Autyści. Jak odbierają i rozumieją świat. Kilka uwag o wychowaniu i terapii*, Kompendium, Warszawa 2013, s. 30.

¹²⁶ Ibidem, s. 32.

¹²⁷ J. Gładyszewska-Cylulko, *Specjalne potrzeby edukacyjne uczniów z niepełnosprawnościami*, op. cit., s. 93.

logiki¹²⁸. U tych dzieci wyobraźnia jest ograniczona, ale czasami może się rozwinąć specyficzny rodzaj wyobraźni, której przejawy są trudne do zrozumienia w codziennym odbiorze, przy wielorakich utrudnieniach poznawania otaczającej rzeczywistości rozumienie świata i ludzi u dzieci z autyzmem. Tym bardziej jest to istotne, że procesy poznawcze nie powinny być analizowane w oderwaniu od emocji. Być może dla dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu świat ma swoistą logikę, jest przez nie konstruowany zgodnie z potrzebami zmysłowymi (sensoryzmy) i emocjonalnymi (niwelowanie lęku w kierunku poczucia bezpieczeństwa). Jednak otoczenie tworzą też inni ludzie, a nie tylko przedmioty, z którymi dzieci ze spektrum autyzmu radzą sobie lepiej. Najbardziej zakłócone w konstruowaniu relacji z człowiekiem w wypadku tych osób są procesy mentalizacji przywiązania. „Mentalizacja jest typowo ludzką wyobraźniową aktywnością umysłową, umożliwiającą spostrzeżenie, uświadomienie sobie i interpretowanie ludzkiego zachowania w kategoriach intencjonalnych stanów umysłu, takich jak potrzeby, pragnienia, uczucia, wierzenia, przekonania, cele, zamiany, przyczyny, powody itp. Zdolność do mentalizacji odgrywa fundamentalną rolę w codziennym życiu, przede wszystkim umożliwiając i ułatwiając rozumienie zdarzeń społecznych i tworzenie więzi interpersonalnych [...]”¹²⁹. Na zdolność rozumienia zachowania innych ludzi, w kategoriach ich prawdopodobnych myśli, uczuć, życzeń, pragnień (mentalizacji), wpływają jakość relacji przywiązania rozwijająca się od wczesnego dzieciństwa oraz doświadczanie przez dziecko adekwatności odzwierciedlania afektu ze strony rodziców. Jakość więzi i właściwa odpowiedź emocjonalna matki czy ojca mają także znaczenie w kształtowaniu się procesów regulacji emocji i samokontroli oraz mechanizmów uwagi i kontroli wysiłkowej¹³⁰.

Według S. Barona-Cohena osoba z zaburzeniami ze spektrum autyzmu nie odczytuje pragnień i myśli innych, co powoduje wiele trudności, m.in.:

- brak rozumienia fikcji,
- dosłowne rozumienie komunikatów,

¹²⁸ Ibidem, s. 93.

¹²⁹ L. Adamczyk, *Mentalizacja*, cz. 1: *Wprowadzenie do zagadnienia, wymiary mentalizacji*, „Psychoterapia” 2013, nr 3(166), s. 26.

¹³⁰ Ibidem, s. 26.

- w mowie spontanicznej osoby z ASD rzadko używają słów odnoszących się do stanu umysłu, tj. myśleć, wyobrażać sobie, wiedzieć,
- problemy z interpretacją emocji oraz stanów mentalnych innych osób na podstawie mimiki,
- nierozumienie udawania, nieumiejętność udawania,
- rozumienie jedynie prostych związków między emocjami a wydarzeniami, brak zrozumienia bardziej złożonych przyczyn emocji,
- brak identyfikacji obszaru oczu i twarzy jako ważnego źródła informacji na temat emocji, a także stanów umysłu,
- brak zrozumienia, kiedy ktoś zwodzi, oszukuje, manipuluje,
- brak różnicowania między tym, że coś stało się przypadkiem, a tym, co ktoś zrobił celowo,
- trudności z empatią, rozumieniem motywacji oraz przekonań innych ludzi¹³¹.

Wymienione oraz opisane problemy świadczą o zagubieniu osób autystycznych w sieci relacji i interakcji społecznych, niezrozumieniu niuansów i gier toczących się w teatrze życia¹³².

¹³¹ *Teoria umysłu u osób z ASD*, <https://polskiautyzm.pl/teoria-umyslu-u-osob-z-asd/>, [30.04.2019].

¹³² J. Gładyszewska-Cylulko, *Specjalne potrzeby edukacyjne uczniów z niepełnosprawnościami*, op.cit., s. 94.

2. BEHAWIORYZM JAKO SPECYFICZNE PODEJŚCIE DO TERAPII DZIECKA Z AUTYZMEM

2.1. Podstawowe pojęcia terapii behawioralnej

Behawioryzm oznacza, że głównym obszarem zainteresowania tej dyscypliny jest obserwowalne i mierzalne zachowanie¹³³. Zapoczątkowanie wykorzystania teorii behawioralnej w podejściu do zaburzeń autystycznych zawdzięczamy C. B. Fersterowi. Pomimo, że większość badaczy podstawowy problem dzieci autystycznych widziała w zaburzeniach emocjonalnych, to jednak Ferster wysunął hipotezę o roli deficytów w uczeniu się tych dzieci. Założył on bowiem, że te problemy w uczeniu się są wynikiem pewnych nieprawidłowości w postawach rodziców, które uniemożliwiają bodźcom społecznym, takim jak pochwała czy uwaga, nabrania właściwości wzmacniających. W przeprowadzonych badaniach laboratoryjnych Ferster i De Myer¹³⁴ wykazali, że dzieci autystyczne mogą się uczyć prostych zachowań (naciskania dźwigni) przy zastosowaniu bodźców wzmacniających, takich jak np. jedzenie. Wprawdzie założenia Ferstera o wpływie nieprawidłowej postawy rodziców już się zdezaktualizowały, to jednak dużą zasługą tego badacza jest ukazanie możliwości zastosowania teorii uczenia się w terapii dzieci autystycznych oraz zapoczątkowanie szeregu badań nad uczeniem się przez dzieci autystyczne bardziej złożonych i istotnych czynności¹³⁵.

Lovaas i Smith¹³⁶ sformułowali tezy, które leżą u podstaw zbudowanej przez nich teorii autyzmu:

- I) Ogólne prawa uczenia trafnie wyjaśniają zachowania dzieci autystycznych i stanowią podstawę dla terapii behawioralnej:

Badania Lovaasa (1961) wykazały, że kiedy zachowania dzieci autystycznych są wzmacniane, krzywa nabywania tych zachowań jest podobna do krzywej uzyskanej przez inne organizmy. Natomiast kiedy wzmocnienie jest wycofane,

¹³³ M. Suchowierska, P. Ostaszewski, P. Bąbel, *Terapia behawioralna dzieci z autyzmem*, GWP, Sopot 2012, s. 97.

¹³⁴ C. B. Ferster, M. K. De Myer, *The development of performances in autistic children in an automatically controlled environment*, „Journal of Chronic Disease”, 1961, 13, s. 312-345.

¹³⁵ L. Bobkiewicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy*, s. 130.

¹³⁶ O. J. Lovaas, T. Smith, *A comprehensive behavioral theory of autistic children: Paradigm for research and treatment*, „Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry”, 1989, 20, s. 17-29.

zachowania prezentują krzywą wygaszania podobną do krzywej wygaszania innych organizmów. W ramach teorii uczenia tłumaczone są również zachowania autostymulacyjne (bujanie, trzepotanie rękami), które są nabywane i utrzymywane dzięki sensorycznemu sprzężeniu zwrotnemu. Lovaas zwraca uwagę na małą liczbę wzmocnień, na które reagują dzieci autystyczne przed podjęciem terapii. Liczba ta może ulec zwiększeniu poprzez kojarzenie bodźców obojętnych dla dziecka autystycznego (np. pochwały) z innymi bodźcami (np. jedzeniem), które dotychczas stanowiły bodźce wzmacniające. Również założenia treningu dyskryminowania i stosowania procedury generalizacji bodźca, rozwinięte w teorii uczenia się, stały się podstawą tworzenia programów terapeutycznych dla dzieci.

II) U dzieci autystycznych występuje wiele odrębnych deficytów behawioralnych, a nie jeden centralny deficyt, którego skorygowanie prowadzioby do ogólnej poprawy funkcjonowania.

Badania i terapia w nurcie behawioralnym koncentrują się na poszczególnych zachowaniach dzieci autystycznych, a nie hipotetycznej (zdaniem behawiorystów) jednostce diagnostycznej, jaką jest autyzm. Behawiorysty nie proponują terapii autyzmu, przedstawianego w innych teoriach jako nieprawidłowa struktura, ale skupiają się na uczeniu dzieci poszczególnych zachowań: języka, samoobsługi, zabawy, okazywania uczuć itp.

III) Dzieci autystyczne mają zdolność uczenia się tak jak inni ludzie, jeżeli proces ten przebiega w specjalnie dla nich przystosowanym środowisku.

Specjalne środowisko tworzą miejsca, w których dzieci codziennie przebywają (dom, szkoła) i które są dostosowane funkcjonalnie do potrzeb dziecka.

IV) Gorsze funkcjonowanie dzieci autystycznych w normalnym środowisku niż w środowisku specjalnym wskazuje na niedopasowanie pomiędzy ich układem nerwowym a normalnym środowiskiem¹³⁷.

Niezwykle ważną rolę w terapii behawioralnej odgrywa ocena behawioralna. Ocena behawioralna jest to działanie, mające na celu określenie wzorców zachowania danej osoby w sposób możliwie najbardziej rzetelny, jasny i obiektywny¹³⁸. Ponieważ jednak w przypadku osób z zaburzeniami rozwoju te

¹³⁷ L. Bobkiewicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy*, op. cit., s. 131.

¹³⁸ M. Suchowierska, P. Ostaszewski, P. Bąbel, *Terapia behawioralna dzieci z autyzmem*, op. cit., s. 98.

wzorce często są niepoprawne, toteż ocena behawioralna koncentruje się na identyfikacji i wyborze zachowań modyfikowanych (ang. *target behavior*) oraz na ich pomiarze¹³⁹.

Celem oceny behawioralnej jest zapewnienie informacji niezbędnych do planowania, wdrożenia oraz ewaluacji oddziaływań terapeutycznych. W odróżnieniu od tradycyjnych metod oceny psychologiczno-pedagogicznej, zadaniem których jest określenie poziomu ogólnego funkcjonowania intelektualnego oraz poszczególnych funkcji poznawczych, a także kompetencji interpersonalnych (motywacja, emocje, funkcjonowanie społeczne) dziecka, włączywszy postawienie diagnozy nozologicznej, ocena behawioralna służy głównie wyodrębnieniu zachowań problemowych (deficytów i nadmiarów), oraz bodźców środowiskowych, które tym zachowaniom towarzyszą i je podtrzymują. Najważniejszym sprawdzianem dla poprawności przeprowadzonej oceny behawioralnej jest poziom skuteczności interwencji będącej jej wynikiem. W literaturze wyróżnia pięć faz oceny behawioralnej:

- wstępna ocena (ang. *screening*);
- określenie problemów w zachowaniu klienta;
- wybór zachowania lub kilku zachowań modyfikowanych;
- dokonywanie pomiaru tych zachowań;
- pomiar po zakończeniu interwencji (ang. *follow-up*)¹⁴⁰.

Podobnie G. Martin i J. Pear podają, że oceny behawioralnej dokonuje się na trzech głównych etapach:

- badanie stanu wyjściowego (ang. *baseline*);
- wdrożenie interwencji (ang. *treatment phase*);
- pomiar po zakończeniu oddziaływań (ang. *follow-up*).

Istotne jest również to, aby zdawać sobie sprawę, że ocena behawioralna jest wielowymiarowa. Oznacza to, że podczas jej przeprowadzania korzysta się z kilku metod, czerpie informacje z wielu źródeł i obserwuje zachowanie w różnych środowiskach¹⁴¹.

¹³⁹ Ibidem, s. 98.

¹⁴⁰ Ibidem, s. 98.

¹⁴¹ Ibidem, s. 99.

2.2. Cele terapii i edukacji

Terapia behawioralna oparta jest na warunkowaniu sprawczym, opisu, którego dokonał B.S. Skinner. Jej głównymi celami są:

- zwiększanie ilości zachowań, które są deficytowe,
- redukcja zachowań niepożądanych,
- generalizowanie i utrzymywanie efektów terapii¹⁴².

2.2.1. Redukowanie niepożądanych zachowań

Wiele osób z autyzmem przejawia zachowania trudne. Zachowanie trudne zdefiniować można jako „zachowanie kulturowo anormalne, o takim nasileniu, częstotliwości lub czasie trwania, iż fizyczne bezpieczeństwo osoby angażującej się w nie lub osób postronnych może być poważnie zagrożone, lub zachowanie, które może poważnie ograniczać możliwość korzystania ze zwykłych miejsc i instytucji użyteczności publicznej lub może skutkować odmową dostępu do nich”¹⁴³.

U osób z autyzmem zachowania trudne to przede wszystkim: agresja, autoagresja, wybuchy złości, niszczenie sprzętów lub nieprawidłowe zachowania seksualne, dziwaczne manieryzmy itp. Tego rodzaju połączenie problemów natury poznawczej i behawioralnej jest poważnym problemem dla zdrowia i bezpieczeństwa osób, których dotyka to zaburzenie oraz ich opiekunów. Stanowi również olbrzymie wyzwanie rodziców, nauczycieli, terapeutów i pracowników socjalnych, którzy powinni zostać wyposażeni w wiedzę i umiejętności pozwalające temu sprostać. Od przeszło pięćdziesięciu lat przedstawiciele analizy behawioralnej stosowanej prowadzą badania, których celem jest lepsze zrozumienie mechanizmów leżących u podstaw zachowań trudnych, a w konsekwencji – tworzenie coraz skuteczniejszych metod radzenia sobie z nimi¹⁴⁴.

Poniżej w skrócie przybliżono najważniejsze założenia behawioralnego modelu diagnozy, terapii i profilaktyki tych zachowań. Podkreślić jednak warto, że

¹⁴² L. Bobkovicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy*, op. cit., s. 133.

¹⁴³ E. Emerson, *Challenging Behavior: Analysis and Intervention in People with Learning Difficulties*, Cambridge University Press, Cambridge 1995, s. 83-85.

¹⁴⁴ E. Pisula, D. Danielewicz, *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, Impuls, Kraków 2010, s. 98.

działania zmierzające do zredukowania lub wyeliminowania zachowań trudnych nigdy nie powinny być podejmowane w oderwaniu od całościowej strategii wspierania osób, które je przejawiają. Strategia ta składa się z następujących elementów:

- zapobieganie zachowaniom trudnym, m.in. poprzez kierowanie środków do grup ryzyka i zapewnianie osobom z poważnymi zaburzeniami rozwojowymi takich warunków życia, nauki i pracy, w których otrzymają wystarczającą pomoc i zachętę do rozwijania odpowiednich, społecznie aprobowanych zachowań adaptacyjnych;
- wczesne wykrywanie i natychmiastowa interwencja, czyli zapewnienie warunków, w których potencjalne problemy zostaną zidentyfikowane i poddane terapii zaraz po ich wystąpieniu. Dotyczy to zarówno pojawiania się zachowań trudnych u małych dzieci, jak i identyfikowania wczesnych oznak ewentualnych kryzysów w rodzinach lub w instytucjach edukacyjnych i opiekuńczych;
- zapewnianie osobom z trudnymi zachowaniami praktycznego, emocjonalnego i technicznego wsparcia w przezwyciężaniu ich problemów w miejscach, w których mieszkają, uczą się, pracują i spędzają czas wolny. Wymaga to także opracowania strategii radzenia sobie w kryzysowych sytuacjach;
- zapewnienie niektórym osobom takich nowych miejsc zamieszkania, nauki lub pracy, które zmaksymalizują jakość ich życia i w których będą kontynuowane starania zmierzające do zrozumienia i odpowiedniego reagowania na ich trudne zachowania. Tego rodzaju specjalistyczne placówki, działające w społecznościach lokalnych, będą przez długi czas wymagać bardzo dużego wsparcia praktycznego, emocjonalnego i technicznego¹⁴⁵.

W podejściu behawioralnym zdecydowana większość zachowań trudnych jest zaliczana do kategorii zachowań sprawczych, czyli takich, które zostały ukształtowane i są podtrzymywane przez czynniki środowiskowe.

Pierwsze próby zastosowania terapii behawioralnej do rozwiązywania problemów społecznych, w tym do kształtowania nowych umiejętności i

¹⁴⁵ Ibidem, s. 99.

eliminowania zachowań trudnych u osób z różnymi zaburzeniami rozwojowymi, podjęto pod koniec lat 40. XX wieku. W kolejnych dziesięcioleciach nastąpił dynamiczny rozwój tego podejścia, które obecnie funkcjonuje pod nazwą analiza behawioralna stosowana (ang. *applied behaviour analysis*). Zademonstrowanie skuteczności technik behawioralnych doprowadziło do rewolucji w sposobie myślenia o terapii i edukacji osób z poważnymi zaburzeniami rozwojowymi, ponieważ pozwoliło obalić dominujące wcześniej przekonanie, że tkwiące w nich możliwości przemiany są bardzo małe, czy wręcz nie ma ich wcale¹⁴⁶. Sukcesy podejścia behawioralnego spowodowały także, że profesjonaliści upatrujący wcześniej przyczyn zachowań trudnych w wewnętrznej patologii zaczęli doceniać wpływ czynników środowiskowych¹⁴⁷.

Punktem wyjścia dla terapii behawioralnej zachowań trudnych jest analiza funkcjonalna tych zachowań. Jej rezultaty powinny wskazywać:

- sytuacje, w których prawdopodobieństwo pojawiania się zachowań trudnych jest znacznie większe;
- kontekst osobisty i środowiskowy (operacje motywujące), który może aktywować lub znosić zależności podtrzymujące zachowania trudne;
- środowiskowe konsekwencje podtrzymujące zachowania trudne¹⁴⁸.

Na podstawie wyników analizy funkcjonalnej podejmowana jest decyzja o tym, które czynniki środowiskowe zostaną poddane modyfikacji. Poszczególne rodzaje interwencji mogą koncentrować się na:

- 1) manipulowaniu bodźcami dyskryminacyjnymi lub zmienianiu kontekstu w celu zapobiegania pojawianiu się zachowań trudnych. Plan aktywności jednostki może zostać zmodyfikowany w taki sposób, aby unikać sytuacji, w których pojawianie się zachowań trudnych jest najbardziej prawdopodobne. Podejście to ma wiele zalet:
 - może doprowadzić do szybkiej i znacznej redukcji zachowania trudnego;
 - może być stosunkowo łatwe w realizacji, gdyż wymaga raczej zmiany organizacyjnej niż codziennego wprowadzania go w życie przez opiekunów lub terapeutów.

¹⁴⁶ O. I. Lovaas, *Behavioral Treatment and normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children*, *Journal of Consulting and Psychology*, 55, s. 3-9.

¹⁴⁷ E. Pisula, D. Danielewicz, *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, op. cit., s. 105.

¹⁴⁸ *Ibidem*, s. 112.

Wśród wad tego podejścia należy wymienić przede wszystkim to, że sytuacje wywołujące zachowania trudne mogą być istotne dla zdrowia, bezpieczeństwa, rozwoju lub jakości życia jednostki (np. interakcje z innymi ludźmi, prośby o uczestniczenie w aktywnościach) oraz to, że unikanie na co dzień sytuacji wywołujących zachowania trudne może się okazać kłopotliwe lub wręcz niemożliwe.

- 2) Współzawodnictwie lub współzmienności zachowań – ten rodzaj interwencji bazuje na założeniu, że redukcję zachowań trudnych można osiągnąć pośrednio, poprzez zwiększenie liczby innych – akceptowanych społecznie – zachowań. Podstawę teoretyczną tej tezy stanowią badania nad dokonywaniem wyboru Davidsona i McCarthy z 1988 roku, które sugerują, że rozdysponowanie przez jednostkę czasu pomiędzy jednocześnie dostępne alternatywne zachowania (np. koncentrowanie uwagi na zadaniu, zachowania autoagresywne i wyglądanie przez okno) jest funkcją wysiłku związanego z danym zachowaniem oraz liczby, jakości i natychmiastowości następujących po nim wzmocnień. Analiza tych czynników powinna pomóc przewidzieć skuteczność procedur bazujących na powyższym założeniu.
- 3) Wycofywaniu konsekwencji wzmacniających (wygaszaniu) lub karaniu. Te rodzaje interwencji, polegają na bezpośredniej modyfikacji konsekwencji środowiskowych odpowiedzialnych za podtrzymywanie zachowań trudnych.

Wygaszanie jest procedurą redukcijną, w której zostają wycofane wszelkie konsekwencje wzmacniające, następujące wcześniej po zachowaniu trudnym:

- zachowanie podtrzymywane przez wzmocnienie pozytywne jest wygaszane wtedy, gdy pozytywny bodziec wzmacniający, przestaje się pojawiać po zachowaniu;
- zachowanie podtrzymywane przez wzmocnienie negatywne jest wygaszane wtedy, gdy negatywny bodziec wzmacniający przestaje być wycofywany po zachowaniu;
- zachowanie podtrzymywane przez wzmocnienie automatyczne jest wygaszane wtedy, gdy zostaje zablokowane sensoryczne sprzężenie zwrotne.

Karanie jest procedurą, która z definicji zmniejsza częstotliwość zachowania. Nie możemy stwierdzić, że procedura jest karząca, dopóki nie zaobserwujemy jej faktycznego wpływu na zachowanie. Wyróżnia się dwa rodzaje karania:

- karanie I typu (tzw. pozytywne), które polega na podawaniu bodźca awersyjnego natychmiast po zachowaniu,
- karanie II typu (tzw. negatywne), które polega na wycofywaniu pozytywnego bodźca wzmacniającego natychmiast po zachowaniu trudnym¹⁴⁹.

2.2.2. Nauka umiejętności deficytowych

Wspólną cechą wyróżniającą dzieci z autyzmem jest trudność w porozumiewaniu się. Najprawdopodobniej ma ona swoje podłoże w dysfunkcjach struktur mózgowych, które są odpowiedzialne za przetwarzanie bodźców zmysłowych, ich integrację i wykorzystywanie w działaniu celowym¹⁵⁰. Wielu badaczy zwraca uwagę na typowy dla autystycznych osób brak skłonności do spontanicznego komunikowania się oraz przejawiania inicjatywy w interakcjach społecznych. Autystyczne dzieci stosują znacznie mniej komunikatów, zarówno językowych, jak i pozawerbalnych, większość z nich ma charakter przeważnie instrumentalny, a nie interakcyjny. Rzadsze jest także inicjowanie kontaktów¹⁵¹.

Dlatego też głównym deficytem w autyzmie jest nieumiejętność komunikowania się ze światem. W podejściu behawioralnym rozwój umiejętności komunikacyjnych traktowany jest jako zachowanie, które może być ukształtowane oraz utrwalone. B. F. Skinner (1957) uważa, że mówienie jest wyuczonym zachowaniem kontrolowanym przez zmienne środowiskowe, takie jak motywacja, wzmocnienia oraz bodziec poprzedzający wystąpienie zachowania. W czasie prowadzenia rozmowy uzyskuje się pewien rodzaj uznania partnera, z którym prowadzi się dialog, dla tego, co się mówi. Dziecko zaś, które dopiero zaczyna gaworzyć, używa dużo prostych dźwięków, takich jak np. „ta”, „da”, „ba”, „ma” czy też „aaaaaa” lub „ooooo”, które przez większość rodziców są wzmacniane. Odbywa się to poprzez wspólne zabawy, skupienie uwagi na dziecku, a także

¹⁴⁹ Ibidem, s.113 i in.

¹⁵⁰ S. Grabias (red.), *Zaburzenia mowy*, Wyd. UMCS, Lublin 2001, s. 15-73.

¹⁵¹ B.B. Kaczmarek, A. Wojciechowska, *Autyzm i AAC*, op. cit., s. 153.

wówczas, gdy osoby w otoczeniu odpowiadają maluchowi tymi samymi dźwiękami, w ten sposób prowadząc pierwsze proste naprzemienne interakcje z dzieckiem¹⁵². W ten sposób u prawidłowo rozwijających się dzieci kształtuje się mowa i w zasadzie w taki sam sposób nabywają tę umiejętność również dzieci z opóźnieniem w rozwoju, jednakże z uwagi na to, iż rozwój ich mowy jest wolniejszy, wzmocnienia dostarczane są z mniejszą częstotliwością¹⁵³. Liczne opracowania informują o różnych podejściach do uczenia języka dzieci z autyzmem. Jedną z najbardziej efektywnych i zalecanych metod terapii opiera się na założeniach i procedurach stosowanej analizy zachowania.

Chcąc lepiej zrozumieć analizę języka zaproponowaną przez Skinnera (1957), przyjąć trzeba, że istnieją dwie klasy zachowań. Pierwszą są zachowania kształtowane i utrzymywane przez bezpośrednie konsekwencje ich oddziaływania na otoczenie (np. gdy jest nam zimno, sami zamykamy okno, a reakcja ta zostaje wzmocniona poprzez podwyższenie się temperatury i odczucie ciepła). Natomiast drugą stanowią zachowania kształtowane i utrzymywane przez wpływ na zachowanie innych osób (np. gdy jest nam zimno, zwracamy się do kogoś z prośbą o zamknięcie okna, i gdy osoba ta wykona prośbę, nasze zachowanie werbalne jest wzmocnione). Mechanizm wyjaśniania obu rodzajów zachowań jest taki sam – selekcja przez konsekwencje, sprawiająca, że wpływ danego zachowania na środowisko determinuje prawdopodobieństwo jego przyszłego wystąpienia. Reakcje, które skutkują dla organizmu większą liczbą wzmocnień, są selekcjonowane i występują częściej. Skinner twierdzi, że zachowania werbalne są kształtowane i utrzymywane przez takie same mechanizmy jak inne zachowania (np. kontrola bodźcowa, operacje motywujące, wzmocnianie, generalizacja), ale też że charakteryzują się cechami stwarzającymi potrzebę dodatkowych analiz dotyczących ich natury, funkcji i rodzajów¹⁵⁴. Skinner zdefiniował zachowania werbalne jako zachowania, które są wzmocniane poprzez pośrednictwo drugiej osoby. Inaczej mówiąc konsekwencją utrzymującą zachowania werbalne mówcy

¹⁵² Ibidem, s. 156.

¹⁵³ M. L. Barbera, *The verbal behavior approach: How to teach children with autism and related disorders*, Jessica Kingsley Publishers, London 2007, s. 104-117.

¹⁵⁴ M. Suchowierska, P. Ostaszewski, P. Bąbel, *Terapia behawioralna dzieci z autyzmem*, op. cit., s. 211.

jest wpływ, jaki wywierają one na słuchacza. Wobec tego konieczna jest do ich wykonania interakcja społeczna pomiędzy mówcą a słuchaczem¹⁵⁵.

Jednakże pierwszym krokiem w behawioralnych programach terapeutycznych kształtujących zachowania werbalne są działania oparte na zasadach stosowanej analizy zachowania. Najważniejsze jest określenie ewentualnych wzmocnień, takich jak zabawki, żywność, aktywność, a także wyznaczenie najatrakcyjniejszych z nich. Kiedy istnieje wiele rodzajów nagród, którymi dziecko się interesuje, kolejnym etapem jest skojarzenie ich z osobą terapeuty lub rodzica, jako tej, która dysponuje potencjalnymi wzmocnieniami. Następnie można przejść do nauki proszenia o pożądane przez dziecko przedmioty lub aktywności¹⁵⁶. Wystarczy zgromadzić kilka ulubionych przez dziecko zabawek lub artykułów żywnościowych, a następnie pokazać dziecku pożądany przez niego przedmiot, nie stosując żadnych wymagań. Jeśli chętnie sięga po nie, oznacza to, że jego motywacja dla uzyskania proponowanej rzeczy jest silna. Po krótkiej chwili należy przerwać zabawę i zaprezentować podopiecznemu kolejną zabawkę lub przedmiot. Tym razem należy odczekać kilka chwil, aby zobaczyć, czy dziecko coś powie lub pokaże. Jeśli wypowie słowo „daj” lub posłuży się językiem gestów, może otrzymać pożądany przez siebie przedmiot. W innej sytuacji należy użyć podpowiedzi, pokazując dziecku, w jaki sposób może poprosić o preferowaną zabawkę.

Nauka zachowań werbalnych odbywa się w drodze kształtowania, oznacza to, iż w sytuacji, kiedy dziecko po raz pierwszy uczy się wymawiać określone słowo, można zaakceptować każdy przybliżony rodzaj jego brzmienia. W momencie gdy potrafi ono prosić o dany przedmiot bez żadnej pomocy, należy stopniowo podnosić poziom wymagań dotyczących artykulacji¹⁵⁷. Następnie należy nauczyć dziecko nazywania przedmiotów. Jednym z najlepszych sposobów wprowadzania dziecka w nazywanie jest zrobienie zdjęć jego ulubionych nagród i proszenie o nazwanie ich. Jednak, aby nauczyć dziecko nazywania nowych przedmiotów, lub

¹⁵⁵ Ibidem, s. 211.

¹⁵⁶ A. Rogers-Warren, S. F. Warren, *Mands for verbalization: Facilitating the display of newly trained language in children*, "Behavior Modification", 1980, 4, s. 361-382.

¹⁵⁷ B.B. Kaczmarek, A. Wojciechowska, *Autyzm i AAC*, s. 157.

czynności niekoniecznie atrakcyjnych dla dziecka, ważne jest, aby nazywało je ono na prośbę nauczyciela lub rodzica¹⁵⁸.

Następnym krokiem jest nauka dopowiadania i w dalszej kolejności, odpowiadania na pytania, która może wydawać się skomplikowana, ale jej początkowy jest względnie łatwy. Polega on na uzupełnianiu przez dziecko luk w prostych dziecięcych piosenkach. Do rozpoczęcia ćwiczeń powinno się wybrać łatwe, znane dziecku teksty zawierające proste słowa, które będzie ono w stanie dopowiedzieć. Przykładem takiej piosenki, jest *Stary McDonald farmę miał*, ponieważ uzupełnianie „a” lub „o” po „i” czy naśladowanie dźwięków takich jak „mu” czy „be” jest bardzo proste. Kiedy już dziecko opanuje dopowiadanie pojedynczych słów w wielu piosenkach, można należy zastosować łańcuch nauki od tyłu – zostawić dwa lub trzy wyrazy na końcu każdego wersu piosenki, na przykład w piosence *Cztery słonie, zielone...*, dziecko uzupełnia słowo „słonie”, następnym krokiem będzie dopowiedzenie przez nie wyrażenia „zielone słonie”. Kiedy już dziecko potrafi śpiewać fragmenty piosenek oraz umie prawidłowo wypełniać luki w tekście, można przejść do kolejnego etapu ćwiczeń, którym jest nauka właściwości, funkcji i kategorii przedmiotów. Należy wybrać nazwy przedmiotów opanowane przez dziecko, takie jak: sok, kubek, auto, które zostaną użyte do dalszych ćwiczeń poprzez wykorzystanie opisu ich przeznaczenia, na przykład w celu dokończenia zdania „to, z czego pijesz, to...” dziecko powinno odpowiedzieć „kubek”. Większość dzieci nie będzie jednak w stanie odpowiedzieć na pytania typu: „kto?”, „który?”, „dlaczego?”, „gdzie?”, „kiedy?”, dopóki nie nauczy się uzupełniać luki w zdaniach typu „w kubku jest...”¹⁵⁹. Kiedy uczeń opanuje tę umiejętność, można przejść do nauki bardziej złożonych pytań.

Zadaniem terapeuty jest więc kształtowanie u dziecka jak największej liczby zachowań adaptacyjnych, które będą prowadziły do niezależności dziecka. Na początku terapii bardzo istotne jest identyfikowanie wzmocnień pozytywnych, które zmotywują dzieci do pracy. Nie jest to jednak zadanie łatwe głównie z powodu braku reaktywności u tych dzieci, zwłaszcza na wzmocnienia społeczne (np. uśmiech, pogłaskanie). Dlatego też dopuszczalne jest stosowanie

¹⁵⁸ Ibidem, s. 159.

¹⁵⁹ M. L. Barbera, *The verbal behavior approach: How to teach children with autism and related disorders*, Jessica Kingsley Publishers, London 2007, s. 104-117.

nieprawidłowych, niedestrukcyjnych zachowań jako wzmocnień¹⁶⁰. Na przykład za prawidłowe siedzenie na krześle i naśladowanie dziecko nagradzane jest pozwoleniem na zaangażowanie się w krótkotrwałe bujanie się lub trzepotanie rękami. Ważne jest, aby w celu uzyskania pozytywnego wzmocnienia liczba pożądaných zachowań była stopniowo zwiększana, a czas przeznaczony na anormalne wzmocnienia był sukcesywnie skracany¹⁶¹.

Do podstawowych umiejętności zalicza się również zachowania społeczne i samodzielną aktywność dziecka. Terapia behawioralna zakłada uczenie umiejętności społecznych, takich jak właśnie zadawanie pytań, podtrzymywanie konwersacji, ale także dzielenie się, współdziałanie w zabawie. W celu osiągnięcia większej niezależności przez dziecko stosuje się procedury, takie jak obrazkowe plany aktywności, które pozwalają na wycofanie obecności terapeuty czy rodzica podczas zajęć dziecka¹⁶².

2.2.3. Generalizacja nabytych umiejętności

Najważniejszym etapem w procesie nauczania jest generalizacja. Dotyczy ona uogólnienia bodźca, reakcji i uogólnienia w czasie. Uogólnianie bodźca to umiejętności przenoszenia nabytych reakcji w inne sytuacje. Aby jakieś zachowanie zostało uogólnione i przeniesione do innych środowisk, proponuje się szereg pomocnych technik, do których należą między innymi zmieniające się osoby nauczające, praca w różnych środowiskach, wspólne programy nagród w szkole i w domu¹⁶³. To jak ważna jest praca nad procesem generalizacji i jakie ma ona znaczenie ukazują między innymi badania Stokesa¹⁶⁴. Kiedy uczone dzieci autystyczne witania się, to nie generalizowały one tego zachowania na żadne inne osoby poza terapeutą. Kiedy natomiast dwóch terapeutów pracowało jako modele, to reakcje dzieci zostały uogólnione na 20 innych osób. Uogólnianie reakcji

¹⁶⁰ J. E. Flavell, *The management of aggressive behavior*, [w:] E. Schopler, G.B. Mesibov (red.), *Social behavior in autism*, Plenum Press, New York 1983, s. 165-190.

¹⁶¹ L. Bobkiewicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy*, s. 133.

¹⁶² Ibidem, s. 134.

¹⁶³ O. J. Lovaas, *Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo*, WSiP, Warszawa 1993, s. 1-299.

¹⁶⁴ T. F. Stokes, D. M. Baer, *An implicit technology of generalization*, „Journal of Applied Behavior Analysis”, 1977, 10, s. 349-367.

związane jest z zakresem, w którym można wywołać zmiany w wielu zachowaniach, pracując nad jednym¹⁶⁵. Przykładowo, ucząc dziecko siedzenia na krzeselku i kierowania wzroku na terapeutę, zmieniamy zachowanie dziecka, po to, aby było ono bardziej podporządkowane i uważne. Pośród różnorodnych technik uogólniania reakcji (które są mniej oczywiste niż techniki uogólniania bodźca) podkreśla się przede wszystkim znaczenie budowania umiejętności komunikacyjnych. I. Lovaas sugeruje, iż lepiej jest na początku terapii uczyć dziecko zwrotów werbalnych, które stanowią prośbę o rzeczy, które dziecko chce otrzymać (np. otwórz, pływać, ciastko)¹⁶⁶. Jest to znacznie bardziej efektywne niż nauka niefunkcjonalnych określeń, ponieważ mowa funkcjonalna zmniejszy lub wyeliminuje np. ataki złości, które są spowodowane brakiem umiejętności wyrażania własnych potrzeb¹⁶⁷.

Najlepsze wyniki pracy z dziećmi przy wykorzystaniu metod behawioralnych uzyskuje się wówczas, gdy dziecko jest małe (około 3,5 lat), a czas terapii wynosi ok. 40 godzin tygodniowo.

W roku 1993 w Stanach Zjednoczonych zespół kierowany przez L. Lovaasa opublikował wynik badań katamnestycznych dzieci autystycznych, które po dwóch latach intensywnej terapii behawioralnej, rozpoczętej w 3. roku życia, skierowano do normalnych klas. W grupie eksperymentalnej 8 z 9 dzieci po 6 latach nadal funkcjonuje bardzo dobrze, ich wyniki w testach inteligencji i adaptacji społecznej nie odbiegają od normy. Natomiast żadne z dzieci z grupy kontrolnej nie osiągnęło tak dobrych wyników. Program UCLA obejmuje co najmniej 2 lata intensywnej modyfikacji zachowania prowadzonej przez doskonale wyszkolonych terapeutów (w relacji 1 terapeuta na 1 dziecko), wspomaganych przez rodziców. Hipotezy wyjaśniające wyleczenie dzieci z autyzmu koncentrują się wokół koncepcji „nadprodukcji” komórek mózgowych i ich połączeń u dzieci poniżej 3. roku życia, u których po odpowiedniej stymulacji środowiskowej następuje kompensacja anomalii neurologicznych w większym stopniu niż u dzieci starszych. Dziś wyniki eksperymentu I. Lovaasa są bardzo szeroko dyskutowane, wydaje się jednak, że adekwatność schematu

¹⁶⁵ L. Bobkiewicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy*, op. cit., s.136.

¹⁶⁶ O. J. Lovaas, *Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo*, op. cit.

¹⁶⁷ L. Bobkiewicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy*, op. cit., s. 136.

eksperymentalnego (w tym szczególnie kryteria doboru do grup) powinna być ulepszona i zweryfikowana w pracach innych badaczy¹⁶⁸.

W Norwegii w ośrodku Bleiker Behandlingshjem w Asker od roku 1988 prowadzona jest intensywna rehabilitacja dzieci autystycznych, oparta na założeniach terapii behawioralnej. W szkole oraz w domu leczniczym przebywa sześcioro dzieci w wieku 8-13 lat, personel liczy natomiast 27 pracowników, w tym 18 wykwalifikowanych terapeutów. Każdym dzieckiem zajmuje się przynajmniej dwóch terapeutów: jeden w szkole i jeden w domu leczniczym. Podstawowe zasady działania tej instytucji to rehabilitacja dziecka i odciążenie rodziców (w ciągu dwóch tygodni każdy rodzic może na pięć nocy pozostawić dziecko w Bleiker)¹⁶⁹.

Te zasady opierają się na systemie wypracowanym w Princeton Child Development Institute New Jersey w USA, gdzie zwraca się uwagę przede wszystkim na współpracę z rodzicami, ponieważ optymalnym środowiskiem dla dziecka jest jego rodzina. Opierając się na wiedzy na temat trudności w uczeniu się autystycznych dzieci można przyjąć, że priorytetowe są następujące dziedziny kształcenia: trening umiejętności koncentracji uwagi oraz trening w imitowaniu zachowań innych. Dalszy etap obejmuje natomiast umiejętności komunikowania się, samoobsługi, jazdy na rowerze, zabawy, pływania i współdziałania. Praca terapeutyczna rozpoczyna się od rejestracji zachowania dziecka (diagnoza opisowa) ze szczególnym uwzględnieniem tego, co dziecko potrafi. Szczegółowe plany konstruowane są i oceniane raz w tygodniu. Cele powinny być realistyczne, dające się łatwo ocenić i zawierać określoną metodę realizacji¹⁷⁰.

Warto również nadmienić, że dzięki staraniom Gdańskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom Autystycznym, od roku 1992 Ośrodek Pomocy Terapeutycznej dla Osób Autystycznych w Gdańsku współpracuje z Ośrodkiem w Bleiker. Ostatnio podjęto w Gdańsku również działania nawiązujące do Programu Wczesnej Interwencji stosowanego w Oslo, który stanowi część międzynarodowego programu badawczego O. J. Lovaasa¹⁷¹.

¹⁶⁸ L. Bobkowicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy*, op. cit., s. 136.

¹⁶⁹ Ibidem, s. 136.

¹⁷⁰ Ibidem, s. 136.

¹⁷¹ Ibidem, s. 1-299.

Warto też dodać, że rodzice dzieci o zaburzoną przebiegu rozwoju mają dziś coraz więcej możliwości dokonywania wyboru metod terapii. Wydawać się może, że istotnym kryterium określania skuteczności oddziaływań w konkurencyjnych sposobach usprawniania funkcjonowania dziecka jest możliwość aktywnego współuczestniczenia rodziców¹⁷². Przykładem takiego oddziaływania jest między innymi opracowana w 2010 roku przez S. Rogersa i G. Dawsona metoda szybkiego startu (*Early Start Denver Model* – ESDM). Stanowi ona eklektyczne połączenie znanych metod: *Applied Behavior Analysis* (ABA), reprezentującej behawioralny model oddziaływania, oraz metody opracowanej przez A. Oamasio czyli *DIR/Floor Time Therapy* – opartej na podejściu psychoanalitycznym. Badania nad skutecznością modelu ESDM prowadzone były w latach 2003-2008. W projekcie tym uczestniczyło 48 autystycznych dzieci w wieku 18-30 miesięcy życia. Zostały one losowo przypisane do jednej z dwóch grup:

- celowej interwencji ESDM, prowadzonej przez przeszkolonych terapeutów i rodziców;
- powszechnych, codziennych interwencji typowych dla danej społeczności.

Efekty trwającego dwa lata projektu wykazały, że u dzieci z grupy stymulowanej obserwuje się znaczną poprawę w IQ, zachowaniach adaptacyjnych i złagodzenie objawów autyzmu. W pierwszym roku terapii prowadzonej metodą ESDM wyniki w skali zachowań adaptacyjnych uzyskiwane przez dzieci poddawane stymulacji poprawiły się przeciętnie do 17,6 pkt. z poziomu wyjściowego 7 pkt. Natomiast wyniki w IQ wzrosły z początkowego poziomu 4,4 do 15,4 pkt. W drugim roku realizacji projektu odnotowano pogłębienie opóźnień w rozwoju zachowań adaptacyjnych w grupie drugiej¹⁷³. ESDM kładzie nacisk na analizę zachowań dziecka. Cele realizowane w ramach tej procedury to:

- aktywizacja rozwoju przez kompensowanie deficytów w procesie uczenia się przez dziecko danych funkcji, na przykład wczesna edukacja komunikacyjna oparta na procedurach relacji między dzieckiem a jego otoczeniem,

¹⁷² B. Winczura, *Dzieci z zaburzeniami łączonymi Trudne ścieżki rozwoju*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2013, s. 24.

¹⁷³ G. Dawson, S. J. Rogers, J. Munson, M. Smith, J. Winter, J. Greenson, J. Varley, *Randomized, Controlled Trial of an Intervention for Toddlers with Autism: The Early Start Denver Model*. *Pediatrics*, 2009, pediatrics.aappublications.org/content/125/1/e17.full, [dostęp: 11.12.2021]

- wprowadzenie dziecka w relacje społeczne,
- wspieranie zaangażowania społecznego¹⁷⁴.

Pierwszym etapem jest stymulacja prekomunikacyjna z wykorzystaniem gestykulacji i mimiki. Prowadzona przez rodziców intensywna obserwacja ma zapewnić orientację w zachowaniach dziecka odnoszących się do konkretnych sytuacji życia codziennego¹⁷⁵. Terapeuta albo rodzic przygląda się dziecku uważnie, a następnie powtarza z nim zaobserwowaną formę aktywności, łącznie z powtórzeniem ruchów i mimiki. Dziecko zamiast utrwaląc w niekontrolowany sposób zachowania jako stereotypowe reakcje, koncentruje na nich swoją uwagę. Opiekun nazywa przy tym to wszystko, co dziecko robi, wzmacniając tym samym kodowane informacje¹⁷⁶. Strategia ESDM nie jest skoncentrowana na eliminowaniu słabych stron dziecka, lecz na wzmacnianiu mocnych. Głównym sposobem stymulowania umiejętności społecznych jest aktywne uczestnictwo dziecka w sytuacjach z codziennego życia. Środowisko naturalne funkcjonowania dziecka nie powinno mieć jednak nieuporządkowanego, przypadkowego, chaotycznego charakteru. Badacze sugerują, aby pokój, w którym najczęściej przebywa dziecko, był pozbawiony zbędnych bodźców, a wyposażenie ograniczone do stołu, krzesła, szaf, regałów z zakrytymi półkami, po to aby nadmiar bodźców nie rozpraszał uwagi dziecka. Główną zaletą opisywanego modelu terapii jest bazowanie na charakterze zabawowym, terapia ta ma bowiem sprawiać dziecku przyjemność, a nie ograniczać się wyłącznie do surowych instrukcji. Niemniej jednak zaleca się, aby przestrzegać hierarchii celów i realizować je zgodnie z przyjętymi założeniami. Sposób realizacji celów również nie może mieć dowolnego czy przypadkowego charakteru, lecz musi wynikać z przewidzianych modelem założeń¹⁷⁷.

ESDM ma tę zaletę, że jest metodą kompleksową, co oznacza, że obejmuje ona wszystkie obszary rozwoju dziecka, rozpoczynając od motoryki dużej i małej oraz koordynacji wzrokowo-ruchowej, przez stymulację poznawczą, społeczną po aktywizację czynności samoobsługowych. Ideą realizacji ESDM jest praca zespołowa wielu specjalistów. Program uwzględnia także usprawnianie funkcji

¹⁷⁴ B. Winczura, *Dzieci z zaburzeniami łączonymi. Trudne ścieżki rozwoju*, op. cit., s. 24.

¹⁷⁵ L. A. Vismara, S. Rogers, *The Early Start Denver Model*, „Journal of Early Intervention”, 2008, 31(1), s. 91-10.

¹⁷⁶ B. Winczura, *Dzieci z zaburzeniami łączonymi. Trudne ścieżki rozwoju*, op. cit., s.24.

¹⁷⁷ Ibidem, s. 24.

komunikacyjnych (rozumienia i ekspresji). To sprawia, że zaprezentowany model stymulowania rozwoju wydaje się skuteczny nie tylko w odniesieniu do dzieci z autyzmem – powinien on być stosowany również w terapii innych niepełnosprawności, m.in. zaburzeń semantyczno-pragmatycznych¹⁷⁸.

Prekursorką aktywnego angażowania rodziców w proces terapii dziecka w Polsce była M. Grodzka¹⁷⁹. W swoich pracach opisuje ona przypadki dzieci autystycznych oraz ogólne zasady wprowadzania dziecka autystycznego w proces terapii. Nie można pominąć tu również dorobku H. Olechnowicz, autorki m.in. terapii więzi i dialogu. Proponowana przez nią idea pracy z dzieckiem polega na wyzwaniu wewnątrzpochodnej aktywności dziecka, jego inicjatywy, także w zakresie wyrażania emocji. Jak podkreśla autorka, terapia jest sztuką, polegającą na tym, by przyciągnąć ku sobie uwagę dziecka, ale go nie przeciążać, do czego niekiedy skłonni są rodzice. Jednocześnie uczuła, że nadmierna gorliwość dydaktyczna rodziców może przeszkadzać w zauważaniu inicjatyw dzieci¹⁸⁰. Zasadą proponowanej terapii jest obserwowanie tego, do czego dziecko dąży, odczytywanie autoterapeutycznego sensu tego dążenia, a następnie współuczestniczenie ze strony rodzica, ukierunkowane na nadawanie dziecięcej aktywności struktury, przewidywalnego charakteru (scenariusza kontaktów)¹⁸¹.

¹⁷⁸ Ibidem, 24.

¹⁷⁹ M. Grodzka, *Dziecko autystyczne. Dziennik terapeutyczny*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 1-104.

¹⁸⁰ H. Olechnowicz, *Wokół autyzmu. Fakty, skojarzenia, refleksje*, WSiP, Warszawa 2004, s. 56-57.

¹⁸¹ H. Olechnowicz, *Dziecko własnym terapeutą*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa 1995, s. 1-116.

3. NIEDYREKTYWNE PODEJŚCIE W PRACY Z DZIECKIEM Z AUTYZMEM

3.1. Zabawa niedyrektywna

Zabawa niedyrektywna jest jedną z wielu technik terapeutycznych, które można wykorzystać do zachęcania do rozwoju interakcji oraz rozumienia i używania języka mówionego. Ma wiele cech wspólnych z technikami, takimi jak Intensywna Interakcja, Łagodne Nauczanie, Nauczanie Milieu, Czasy Specjalne i Muzyczna Terapia Interakcyjna, w tym, że praca, którą wykonuje terapeuta lub rodzic jest bezpośrednio kierowana przez bieżące zachowanie dziecka i skupienie jego uwagi, skutkujące odpowiednimi reakcjami społecznymi i językowymi na spontanicznie generowane działania dziecka. Zabawa niedyrektywna ma na celu pracę na poziomie „systemowym”, a nie skupianie się na indywidualnych umiejętnościach, co stanowi podstawę przyszłego rozwoju języka i komunikacji. Ma ona na celu wyposażenie dziecka w doświadczenia związane ze strategiami językowymi i komunikacyjnymi, które są mocne i skuteczne, tak aby dzieci mogły korzystać ze wszystkich możliwości uczenia się w swoim środowisku. Technika polega na zabawie z dzieckiem w środowisku, które może być zorganizowane przez rodziców, nauczycieli lub terapeutów. Dziecko angażuje się w samodzielną zabawę lub aktywność, podczas gdy dorosły bawi się razem, ściśle naśladując i/lub dostarczając komentarz językowy, który jest odpowiedni pod względem językowym i kontekstowym. Zabawa niedyrektywna opiera się na rozwojowych zasadach poznawczych, które odnoszą się bezpośrednio do uczenia się i nie należy ich mylić z poradnictwem niedyrektywnym, które jest techniką psychoterapeutyczną.

Podstawy poznawcze dla zabawy niedyrektywnej określają, iż proces nabywania umiejętności językowych i komunikacyjnych jest złożony. Dzieci uczą się używać i rozumieć język w kontekście społecznym poprzez doświadczenie. Aby to zrobić, muszą być w stanie zrozumieć zasady przyczyny i skutku oraz przewidywać lub przewidywać zdarzenia do pewnego stopnia. Muszą umieć naśladować i uczyć się metodą prób i błędów. Muszą być w stanie, poprzez dzielenie się wspólnymi odniesieniami z innymi, tworzyć silne skojarzenia między symbolem językowym a przedmiotem lub wydarzeniem, aby zareagować na jego użycie, a także zbudować wystarczająco silną reprezentację słuchową słowa, aby móc odtworzyć to w interakcji. Dzieci muszą

również rozwijać swoją świadomość zasad społecznych, aby mogły dawać i otrzymywać wskazówki społeczne oraz zmieniać się. W okolicznościach, w których nauka języków przez dzieci jest zagrożona, pomocne może być zidentyfikowanie ułatwiających aspektów interakcji, które występują naturalnie i zapewnienie ich częstszego występowania.

Zabawa niedyrektywna ma na celu uchwycenie wszystkich cech powyższych warunków wstępnych, które usprawniają naukę języków przez dzieci:

- 1) wspólna uwaga jest nawiązywana poprzez podążanie za prowadzeniem dziecka w zabawie;
- 2) łagodne wyzwania dla poziomu uczenia się dzieci są wprowadzane przez naśladowanie ich zachowań lub działań, a następnie zademonstrowanie, jak można je nieznacznie zmienić i rozszerzyć;
- 3) na zachowania komunikacyjne dzieci reaguje się konsekwentnie i adaptacyjnie;
- 4) dorosły partner ułatwia tworzenie schematów zabawy;
- 5) dostarczany jest bieżący komentarz, który jest tak zaprogramowany, aby odzwierciedlał skupienie uwagi i zainteresowania¹⁸².

Zabawa niedyrektywna może być wykorzystywana na każdym etapie oceny lub interwencji wobec dzieci z szerokim zakresem trudności komunikacyjnych, w tym specyficznymi zaburzeniami rozwojowymi mowy i języka, trudnościami w uczeniu się, zaburzeniami koncentracji uwagi i zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Jest przydatny w rozwijaniu pewności siebie u dzieci wymagających lub unikających niepowodzeń i zapewnia dzieciom z trudnościami w skupieniu uwagi i/lub zachowaniu możliwość pozytywnych interakcji.

3.2. Pedagogika Reggio – włoska koncepcja pedagogiczna

ReggioABA™ jest markowym, wspólnym podejściem do poprawy indywidualnych potrzeb każdego dziecka z autyzmem. Nauka przez zabawę to termin używany w edukacji i psychologii do opisanego, w jaki sposób dziecko może nauczyć się rozumieć otaczający je świat. Poprzez zabawę dzieci mogą rozwijać umiejętności społeczne i

¹⁸² U. Frith, *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*. GWP, Gdańsk 2008, s. 45-50.

poznawcze, dojrzewać emocjonalnie i zdobywać pewność siebie wymaganą do angażowania się w nowe doświadczenia i środowiska.

Kluczowe sposoby uczenia się małych dzieci obejmują zabawę, przebywanie z innymi ludźmi, bycie aktywnym, odkrywanie i nowe doświadczenia, mówienie do siebie, komunikację z innymi, stawianie czoła fizycznym i umysłowym wyzwaniom, pokazywanie, jak robić nowe rzeczy, ćwiczenie i powtarzanie umiejętności oraz zabawa. Reggio Emilia, wioska w północnych Włoszech, jako pierwsza przyjęła myślenie, że dzieci rodzą się ze „stoma językami”, za pomocą których mogą wyrażać swoje pomysły. Celem tego podejścia jest nauczenie dzieci posługiwania się tymi symbolicznymi językami (np. słowami, gestami, ruchem, malowaniem, rzeźbieniem, dramatem, muzyką) oraz praktycznymi zainteresowaniami w życiu codziennym. Podejście Reggio Emilia wymaga od członków zespołu pracy z inteligentną wrażliwością i szczególną empatią wobec dzieci. Liderzy muszą mieć nawyk kwestionowania swoich pewników, dużą świadomość i dyspozycyjność, krytyczny styl badań oraz umiejętność mówienia, słuchania i uczenia się od dzieci i ich rodziców. Ich obowiązkiem jest zorganizowanie środowiska w klasie i jego bogatych i różnorodnych materiałów w sposób, który sprawi, że sale lekcyjne będą przyjazne, a także piękne i „wciągające” przestrzenie. Odwiedzający szkoły Reggio Emilia często wskazują na jakość i kreatywność fizycznej przestrzeni, ponieważ szczególną uwagę przywiązuje się tu do wyglądu otoczenia. Silne poczucie piękna, wraz z projektowaniem przestrzennym, które sprzyja eksploracji środowiska i interakcji społecznych, to podstawowe elementy kultury edukacyjnej Reggio Emilia. Założycielka tej szkoły, N. A. Haider postanowiła poświęcić centrum wykorzystujące metodologię Reggio Emilia dzieciom, które skorzystałyby z dodatkowej uwagi na ich rozwój edukacyjny, społeczny, emocjonalny i/lub behawioralny¹⁸³.

3.3. Metoda DIR Floortime

Floortime to oparta na relacjach terapia dla dzieci z autyzmem. Interwencja nazywa się Floortime, ponieważ rodzic siada na podłodze z dzieckiem, aby bawić się i wchodzić w interakcje z dzieckiem na jego poziomie. Floortime jest alternatywą dla ABA i jest

¹⁸³ A. Borkowska, B. Grotowska, *Codziennosc dziecka z zespołem Aspergera. Okiem rodzica i terapeuty*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2012, s. 28-30.

czasami stosowany w połączeniu z terapiami ABA. Celem tej metody jest, aby dorośli pomagali dzieciom poszerzyć ich „kręgi komunikacji”. Spotykają dziecko na jego poziomie rozwoju i budują na jego mocnych stronach. Terapeuci i rodzice angażują dzieci poprzez zajęcia, które każde dziecko lubi. Wchodzą w dziecięce zabawy. Idą za przykładem dziecka. Floortime ma na celu pomóc dziecku osiągnąć sześć kluczowych kamieni milowych, które przyczyniają się do rozwoju emocjonalnego i intelektualnego:

- samoregulacja i zainteresowanie światem,
- intymność, czyli zaangażowanie w relacje,
- dwukierunkowa komunikacja,
- kompleksowa komunikacja,
- pomysły emocjonalne.
- myślenie emocjonalne¹⁸⁴.

Terapeuci uczą rodziców, jak kierować swoje dzieci w coraz bardziej złożone interakcje. Ten proces, zwany „otwieraniem i zamykaniem kręgów komunikacji”, ma kluczowe znaczenie dla podejścia Floortime. Floortime nie działa w izolacji na mowę, motorykę lub zdolności poznawcze. Odnosi się do tych obszarów, koncentrując się na rozwoju emocjonalnym. Ogólnie rzecz biorąc, ta metoda zachęca dzieci z autyzmem do wykorzystania pełnego potencjału. Rozwija pojęcie „kim oni są”, a nie „co mówi ich diagnoza”. Floortime odbywa się w spokojnym otoczeniu. Może to być w domu lub w profesjonalnym otoczeniu. Sesje terapeutyczne trwają od dwóch do pięciu godzin dziennie. Obejmują szkolenia dla rodziców i opiekunów oraz interakcję z dzieckiem. Podczas sesji rodzic lub opiekun włącza się w działania dziecka i podąża za jego wskazówkami. Rodzic lub opiekun następnie angażuje dziecko w coraz bardziej złożone interakcje. Floortime zachęca do integracji z typowo rozwijającymi się rówieśnikami, gdy jest używany w przedszkolu. Sesje kładą nacisk na grę w tę i z powrotem. To buduje fundament dla wspólnej uwagi, zaangażowania i rozwiązywania problemów. Rodzice i terapeuci pomagają dziecku utrzymać koncentrację, aby wyostrzyć interakcje i abstrakcyjne, logiczne myślenie. Jeśli dziecko stuka zabawkową ciężarówką, rodzic może w ten sam sposób stukać zabawkowym samochodem. Rodzic może następnie postawić samochód przed ciężarówką dziecka lub dodać język do gry. To zachęca dziecko do reagowania i interakcji. Gdy dzieci dorastają, terapeuci i

¹⁸⁴ Ibidem, s. 87- 99.

rodzice dopasowują strategię do rozwijających się zainteresowań ich dziecka. Zachęcają do wyższych poziomów interakcji, na przykład, zamiast bawić się zabawkowymi ciężarówkami, rodzice mogą angażować się w modele samolotów, a nawet pomysły i dziedziny akademickie szczególnie interesujące ich dziecko.

Floortime zostało stworzone przez psychiatrów dziecięcych S. Greenspan, MD i S. Wieder, PhD. Opiera się na modelu opartym na rozwojowych zależnościach indywidualnych (DIR). Dr Greenspan opracował model DIR jako terapię dla dzieci z różnymi opóźnieniami rozwojowymi i problemami w latach 80. XX wieku. Różne typy profesjonalistów poszukują specjalnego szkolenia w zakresie technik Floortime, w tym:

- psychologowie dziecięcy,
- nauczyciele edukacji specjalnej,
- logopedzi,
- terapeuci zajęciowi,
- rodzice i opiekunowie mogą również uczyć się technik Floortime poprzez warsztaty, książki i strony internetowe¹⁸⁵.

W badaniu z 2003 r. dr Greenspan i dr Weider zbadali Joeya, dziecko ze spektrum autyzmu, które przez trzy lata angażowało się w Floortime ze swoim ojcem. W tym czasie Joey cieszył się sześcioma codziennymi sesjami Floortime. Jego funkcjonowanie ciągle się poprawiało, a obaj naukowcy doszli do wniosku, że Floortime pomógł Joeyowi w postępach. W 2007 roku badanie pilotażowe przeprowadzone przez niezależnych badaczy również wykazało korzyści dla dzieci z autyzmem dzięki Floortime. Dwa inne badania z 2011 r. – jedno przeprowadzone w Tajlandii, a drugie w Kanadzie – dodatkowo potwierdziły, że Floortime znacząco poprawia rozwój emocjonalny i zmniejsza podstawowe objawy autyzmu. DIR®/Floortime® składa się z kilku części, w tym oceny, interakcji w domu, interakcji w szkole, zabaw i określonych terapii. Centralnym elementem tego podejścia jest Floortime®. Jest to 2-5 godzin zabawy dziennie między dorosłym a dzieckiem, zwykle na podłodze.

Ocena służy do zrozumienia rozwoju dziecka. Terapia rozpoczyna się po ocenie. Podczas terapii wykorzystywane są trzy różne rodzaje interakcji w domu i szkole: Floortime® obejmuje interakcje między opiekunem a dzieckiem oparte na zabawie. Interakcje polegające na rozwiązywaniu problemów mają na celu nauczenie dziecka

¹⁸⁵ J. Kruk-Lasocka, *Pedagogika dzieci z autyzmem i zespołami psychozopodobnymi*, [w:] *Pedagogika specjalna*, W. Dykcik (red.), Wydawnictwo UAM, Poznań 2007, s. 34-49.

czegoś nowego poprzez postawienie przed nim wyzwania do rozwiązania. Zajęcia specjalistyczne mają na celu pomóc dziecku w rozwoju sensorycznym i zaangażowaniu w kontakt z innymi. Odbywanie 3-4 zabaw w tygodniu z typowo rozwijającymi się dziećmi daje dziecku możliwość przećwiczenia nowych umiejętności. Dziecko otrzymuje również określone terapie, np. logopedię czy terapię zajęciową. Ta terapia może trwać kilka lat¹⁸⁶. DIR®/Floortime® opiera się na teorii rozwojowej, która mówi, że wszystkie dzieci muszą osiągnąć pewne kamienie milowe, aby mogły rozwijać się emocjonalnie i intelektualnie. Twierdzi, że dzieci autystyczne i dzieci z innymi niepełnosprawnościami mają trudności z osiągnięciem tych kamieni milowych. Dlatego potrzebują intensywnego, zindywidualizowanego wsparcia.

3.4. Metoda Knillów

P. Knill (11 czerwca 1932 - 13 września 2020 „SN”) był szwajcarskim naukowcem, artystą i terapeutą. Knill był też profesorem na Lesley University w Cambridge w stanie Massachusetts, gdzie pomógł założyć ich program studiów magisterskich z zakresu terapii sztukami ekspresyjnymi. W 1994 r. Knill założył Europejską Szkołę Podyplomową w Saas-Fee w Szwajcarii¹⁸⁷. Studiował muzykologię na Uniwersytecie w Zurychu od 1953 do 1958. W tym czasie studiował także aerodynamikę i mechanikę konstrukcji w Szwajcarskim Federalnym Instytucie Technologii w Zurychu. W latach 1959-1961 studiował Doradztwo Organizacyjne i Doradztwo Zarządcze na MIT. W 1976 roku otrzymał doktorat z psychologii w Union Institute & University. W latach 1970-1975 Knill był asystentem i profesorem gościnnym w Konserwatorium Winterthur i Zurychu oraz na Uniwersytecie Tufts w Medford, Massachusetts. Od 1976 do 1995 roku był profesorem psychologii poradnictwa i terapii sztuką ekspresyjną na Uniwersytecie Lesley. Na emeryturę przeszedł w 1996 roku.

Knill był współtwórcą dziedziny Terapii Sztuk Ekspresyjnych. Dyscyplina ta została rozwinięta w Stanach Zjednoczonych w latach 70. jako terapia oparta na praktyce i sztuce. Jest ona zakorzeniona w fenomenologii, rozważaniach teorii systemów i ideach psychologii humanistycznej. Filozofia programu Expressive Arts w Lesley, którą Knill pomógł założyć, „obejmowała intermodalne lub interdyscyplinarne podejście do terapii

¹⁸⁶ Ibidem, s. 51-69.

¹⁸⁷ M. Młynarska, *Autyzm w ujęciu psycholingwistycznym. Terapia dyskursywna a teoria umysłu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2008, s. 57-69.

sztuką”, integrując „rdzenne systemy uzdrawiania” wraz ze „współczesnymi osiągnięciami filozoficznymi, takimi jak fenomenologia, hermeneutyka i [...] dekonstrukcjonizm”¹⁸⁸.

Knill wprowadził metodę „decentracji intermodalnej” w latach 90. XX wieku. Metoda ta opiera się na teorii systemów. Wyprowadza pacjenta z ograniczeń myślenia i działania związanych z jego problemem w przestrzeń o zabawnym i artystycznym kształcie/formie. Swoboda pozwala na doznania zmysłowe, które nie są ani przewidywalne, ani zamierzone. Klient może znaleźć „możliwości rozwiązania” w konkretnie obserwowalnym „tu” i „teraz” procesie artystycznego. W tym kontekście Knill opracował „teorię krystalizacji”. Według niego teoria ta opiera się zasadniczo na założeniu fenomenologicznym, że w terapii artystycznej znaczenie powstaje wyłącznie z materiału estetycznego, przez który terapeuta i klient wchodzi do siebie w relacji. W 1990 roku Knill wprowadził pojęcie „nieprzekazywalnej trzeciej” do dyskursu naukowego, aby wskazać moment, w którym coś nowego wyłania się nagle lub nie przewidziano z terapeutycznego spotkania. Knill opracował artystyczną metodologię pracy z dużymi społecznościami zgodnie z metodologią Terapii Sztuką Ekspresyjną. Nazwał tę metodologię „sztuką wspólnotową”.

To co jest charakterystyczne dla metody Knilla to kwestia tego, że rozwój człowieka zależy od umiejętności nabywania, organizowania i wykorzystywania wiedzy o sobie samym. Niektóre dzieci z autyzmem nie mają kontroli nad ruchami a dodatkowo napotykają trudności w zakresie komunikowania się, co może powodować brak poczucia bezpieczeństwa. Zastosowanie w tej metodzie muzyki, ram czasowych i stałych aktywności daje dzieciom poczucie bezpieczeństwa i przewidywalności a doświadczenie dotyku fizycznego staje się baza do rozwoju kontaktu wzrokowego.

Część pierwsza trwa 3 minuty i ma na celu przygotowanie dziecka do zajęć i poprzez relaksację stworzenie bezpiecznej atmosfery do pracy. Część druga trwa 7 minut i muzyka jest tu wyraźnie zrytmizowana. Jest to moment, w którym zostają wprowadzone pierwsze ruchy masażu. Zadaniem drugiej części jest rozwój z zakresie naśladownictwa ruchu i zabawy a także kontaktów z otoczeniem. W jego skład wchodzi 5 programów realizowanych w ustalonej kolejności: program wprowadzający, 4 programy (I, II, III i IV) i program specjalny SPH dla dzieci z poważną dysfunkcją ruchu. Program wprowadzający trwa około 8 minuty i składają się na niego następujące

¹⁸⁸ Ibidem, s. 57-69.

aktywności: kołysanie, wymachiwanie rękoma, pocieranie dłoni, klaskanie, głaskanie głowy, głaskanie brzucha, relaksacja. Program I trwa około 15 minut i w jego skład wchodzi następujące aktywności: kołysanie, wymachiwanie rękoma, zginanie i rozprostowywanie rąk, pocieranie dłoni, zaciskanie i otwieranie dłoni, poruszanie palcami, klaskanie, głaskanie głowy, policzków, łokci i brzucha, przewracanie się i relaksacja. Program II trwa około 15 minut i składa się z: kołysania, klaskania, głaskania brzucha, ud, kolan, palców u nogi, wiosłowania, pocierania stóp, poruszania palcami u nóg, poruszania nogami, leżenia na plecach, obracania się z pleców na bok, obracania się z pleców na brzuch i relaksacji. Program I koncentruje się początkowo na górnej części ciała a program II na dolnych partiach. Program III trwa około 20 minut. Oparty jest na zdolności do realizacji programu I i II. W jego skład wchodzi: leżenie na brzuchu, leżenie na plecach, obracanie się z pleców na brzuch, obracanie się brzucha na bok, poruszanie nogami, czołganie się na brzuchu, raczkowanie, klęczenie i spacerowanie na kolanach, upadanie z pozycji klęczącej, odpychanie i przyciąganie i relaksacja. Program IV wymaga odpowiedniego poziomu świadomości ciała, koncentracji uwagi i społecznej wrażliwości. Składa się z następujących aktywności: leżenie na brzuchu, leżenie na brzuchu i mruganie oczami, leżenie na plecach z rękoma wokół karku, poruszanie nogami (jazda na rowerze), odbijanie się na siedzeniu, kręcenie się wokół siedzenia, ślizganie się na siedzeniu, podnoszenie się i stanie bez ruchu, stawanie przed kimś, podbieganie do – odbieganie od, spacerowanie szybko i delikatnie, spacerowanie wolno i ciężko, spacerowanie wolno i delikatnie, dwa i dwa (znajdź partnera), dowolne ruchy (taniec). Program SPH obejmuje on odpowiednie aktywności wyselekcjonowane z programu I i II dostosowane do możliwości dzieci z dysfunkcjami ruchowymi¹⁸⁹.

3.5. Metoda W. Sherborne

Metoda Ruchu Rozwijającego (MRR) jest systemem ćwiczeń – zabaw – relacji. Metoda została stworzona przez W. Sherborne, angielską nauczycielkę tańca i ruchu w

¹⁸⁹ Więcej na temat tej metody np. Ch. Knill, *Dotyk i komunikacja*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno – Pedagogicznej, Warszawa 1997.

M. Knill, Ch. Knill, *Programy aktywności. Świadomość ciała, kontakt i komunikacja*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno – Pedagogicznej, Warszawa 1997.

J. Błeszyński, *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2005.

oparciu o wczesnodziecięce zabawy rodziców z dziećmi. Głównym założeniem metody jest rozwijanie za pomocą ruchu świadomości własnego ciała i otaczającej przestrzeni, a celami, istotnymi dla Metody SPRING® są przede wszystkim: nawiązanie bliskiego kontaktu z innymi osobami, wzmocnienie poczucia bezpieczeństwa, doznawanie przyjemności z zabawy i kontaktu z drugą osobą. W trakcie zajęć prowadzonych tą metodą dzieci poznają otoczenie, uczą się być w nim bezpieczne, a przez to mogą realizować twórcze działania i nawiązywać relacje z rówieśnikami i nauczycielami. Jak wskazuje M. Bogdanowicz, ważnym celem tych zajęć jest rozwijanie świadomości różnorodnych cech ruchu, co wydaje się istotne w pracy z dziećmi za zaburzeniami rozwoju. Zajęcia prowadzone Metodą Ruchu rozwijającego mają stałą strukturę, ale spotkania dopasowywane są do potrzeb uczestników. W Metodzie W. Sherborne można wyróżnić kilka kategorii ćwiczeń (relacji):

- ćwiczenia prowadzące do poznania siebie i własnego ciała,
- ćwiczenia pomagające budować pewność siebie i poczucie bezpieczeństwa,
- ćwiczenia ułatwiające nawiązywanie kontaktu oraz współpracę z partnerem/grupą,
- ćwiczenia twórcze.

Wymienione ćwiczenia mogą występować w różnych formach jako zajęcia indywidualne z jednym dzieckiem, w parach, gdy dorośli ćwiczą z dziećmi lub starsze dzieci partnerują młodszymi. Zakres każdego ćwiczenia może być mniej lub bardziej rozszerzony zgodnie z potrzebami, możliwościami i zaawansowaniem.

Poniżej znajduje się kilka przykładowych opisów ćwiczeń, a nagrania poszczególnych ćwiczeń znajdują się na pendrivie.

1) Ćwiczenia kształtujące świadomość osoby:

- Powitanie stopami: grupa siedzi w kręgu trzymając się za ręce, wszyscy wyciągają nogi przed siebie i witają się dotykając palcami stóp.
- Iskierka: grupa siedzi w kręgu trzymając się za ręce, prowadzący ściska dłoń siedzącego obok niego dziecka, ono podaje uścisk dłoni sąsiadowi i w ten sposób iskierka przechodzi przez cały krąg.

2) Ćwiczenia kształtujące świadomość schematu ciała:

- Koncert na plecach: dorosły klęczy obok leżącego na brzuchu dziecka. Dorośli grają palcami na plecach dzieci, najpierw delikatnie opuszkami palców a następnie kantami dłoni i całymi dłońmi. Zmieniają siłę i rytm uderzeń.

3) Ćwiczenia kształtujące świadomość przestrzeni:

- Przeciąganie: dorośli i dzieci leżą „w rozsypce” na podłodze. Przeciągają się (jak po przebudzeniu) i każdy próbuje zagarnąć jak najwięcej przestrzeni dla siebie.

4) Ćwiczenia ułatwiające nawiązanie kontaktu oraz współpracę:

Ćwiczenia „z”:

- Kołyska – w Kołysce uczestnicy siedzą na podłodze. Młodszy partner znajduje się między nogami starszego. Starszy partner obejmuje młodszego ramionami, nogami i tułowiem. Delikatnie buja się z boku na bok, kołysząc go i podpierając kolanami i ramionami. Ćwiczenie to pomaga się dziecku wyciszyć.
- Wiosłowanie – obaj partnerzy siedzą na podłodze z wyciągniętymi na bok nogami i twarzą do siebie. Partnerzy chwytają się za nadgarstki a następnie naprzemiennie pochylają się w tył, potem znów siadają i w końcu pochylają się do przodu.

Ćwiczenia „naprzeciwko”:

- Spychacz – dorosły siedzi w rozkroku na podłodze, a dziecko siedzi w rozkroku na podłodze odwrócone plecami do dorosłego. Dorosły przesuwa (przepycha) dziecko do przodu po podłodze, odpychając się nogami i rękoma od podłoża, później następuje zamiana ról. Ćwiczenia „rozwijające relację przeciwko”¹⁹⁰ służą uświadomieniu sobie własnej sprawności fizycznej i mocy.

Relacja „razem”:

- Podskoki w trójkach: dwóch dorosłych stoi po obu stronach dziecka, podtrzymując je za ręce oraz pod łokcie. Dziecko trzyma łokcie jak najbliżej

¹⁹⁰ M. Bogdanowicz, *Opis i planowanie zajęć według Metody Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2020, s. 50.

tułowia. Dorośli pomagają mu podskoczyć, wykonać skok do przodu, kilka kroków do przodu lub pokonać przeszkodę¹⁹¹.

3.6. Metoda Integracji Sensorycznej

Dzieci i dorośli z autyzmem, a także osoby z innymi zaburzeniami rozwojowymi mogą mieć dysfunkcyjny układ sensoryczny – określany jako zaburzenia integracji sensorycznej w ASD. Czasami jeden lub więcej zmysłów reaguje nadmiernie lub niedostatecznie na stymulację. Takie problemy sensoryczne mogą być podstawową przyczyną takich zachowań, jak kołysanie, kręcenie się i machanie rękami. Chociaż receptory zmysłów znajdują się w obwodowym układzie nerwowym (który obejmuje wszystko oprócz mózgu i rdzenia kręgowego), uważa się, że problem wynika z dysfunkcji neurologicznej ośrodkowego układu nerwowego – mózgu. Jak opisują osoby z autyzmem, techniki integracji sensorycznej, takie jak ucisk – dotyk, mogą ułatwić uwagę i świadomość oraz zmniejszyć ogólne pobudzenie. Integracja sensoryczna jest wrodzonym procesem neurobiologicznym i odnosi się do integracji i interpretacji stymulacji sensorycznej z otoczenia przez mózg. Natomiast dysfunkcja integracji sensorycznej jest zaburzeniem, w którym bodźce sensoryczne nie są odpowiednio zintegrowane lub zorganizowane w mózgu i mogą powodować różnego stopnia problemy w rozwoju, przetwarzaniu informacji i zachowaniu. Ogólną teorię integracji sensorycznej i leczenia opracowała dr A. J. Ayres na podstawie badań w dziedzinie neuronauki oraz badań dotyczących rozwoju fizycznego i funkcji nerwowo-mięśniowych. Oparte na dowodach metody leczenia osób doświadczających różnic sensorycznych mogą poprawić komfort i jakość życia.

Integracja sensoryczna skupia się przede wszystkim na trzech podstawowych zmysłach – dotykowym, przedsionkowym i proprioceptywnym. Ich wzajemne połączenia zaczynają się formować przed urodzeniem i rozwijają się, gdy osoba dojrzeewa i wchodzi w interakcję ze swoim środowiskiem. Wszystkie zmysły są nie tylko połączone, ale także połączone z innymi systemami w mózgu. Chociaż te trzy systemy sensoryczne (dotykowy, przedsionkowy i proprioceptywny) są mniej znane niż

¹⁹¹ Ibidem, s. 57-69.

Więcej na temat tej metody: M. Welsche, *Ukierunkowana na relacje. Pedagogika ruchu według koncepcji Weroniki Sherborne*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2019.
W. Sherborne, *Ruch rozwijający dla dzieci*, PWN, Warszawa, 2012.

wzrok i słuch, mają kluczowe znaczenie dla naszego podstawowego przetrwania. Związek między tymi trzema zmysłami jest złożony. Zasadniczo pozwalają nam doświadczać, interpretować i reagować na różne bodźce w naszym środowisku.

System dotykowy obejmuje nerwy pod powierzchnią skóry, które wysyłają informacje do mózgu. Informacje te obejmują lekki dotyk, ból, temperaturę i nacisk. Odgrywają one ważną rolę w postrzeganiu środowiska, a także w reakcjach ochronnych na przeżycie. Dysfunkcję w systemie dotykowym można zaobserwować, gdy dana osoba:

- wycofuje się z bycia dotykanym,
- odmawia spożywania niektórych „teksturowanych” pokarmów,
- odmawia noszenia niektórych rodzajów odzieży,
- narzeka na mycie włosów lub twarzy,
- zapobiega brudzeniu rąk (np. klejem, piaskiem, błotem, malowaniem palcami),
- do manipulowania przedmiotami używa raczej opuszków palców niż całych rąk¹⁹².

Dysfunkcyjny system dotykowy może prowadzić do błędnego postrzegania dotyku i/lub bólu (nadwrażliwość lub niedowrażliwość) i może prowadzić do narzuconej sobie izolacji, ogólnej drażliwości, rozpraszania uwagi i nadpobudliwości.

Obrona dotykowa to stan, w którym jednostka jest niezwykle wrażliwa na lekki dotyk. Teoretycznie, gdy system dotykowy jest niedojrzały i działa nieprawidłowo, do kory mózgowej wysyłane są nieprawidłowe sygnały nerwowe, które mogą zakłócać inne procesy mózgowe. To z kolei powoduje nadmierną stymulację mózgu i może prowadzić do nadmiernej aktywności mózgu, której nie można wyłączyć ani zorganizować. Ten rodzaj nadmiernej stymulacji w mózgu może utrudniać jednostce organizowanie własnego zachowania i koncentrację oraz może prowadzić do negatywnej reakcji emocjonalnej na wrażenia dotykowe.

Układ przedsionkowy odnosi się do struktur w obrębie ucha wewnętrznego (kanały półkoliste), które wykrywają ruch i zmiany pozycji głowy. Na przykład system przedsionkowy informuje, kiedy głowa jest wyprostowana lub pochylona (nawet z zamkniętymi oczami). Dysfunkcja w tym systemie może objawiać się na dwa różne sposoby. Niektóre dzieci mogą być nadwrażliwe na stymulację przedsionkową i

¹⁹² A. Borkowska, B. Grotowska, *Codziennosc dziecka z zespołem Aspergera. Okiem rodzica i terapeuty*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2012, s. 23-29.

wykazywać lękowe reakcje na zwykłe czynności ruchowe (np. huśtawki, zjeżdżalnie, rampy, pochyłości). Mogą również mieć problemy z nauką wchodzenia lub schodzenia po schodach lub wzgórzach i mogą obawiać się chodzenia lub pełzania po nierównych lub niestabilnych powierzchniach. Ogólnie rzecz biorąc, te dzieci wydają się niezdarne. Z drugiej strony dziecko może aktywnie poszukiwać bardzo intensywnych doznań zmysłowych, takich jak nadmierne wirowanie ciała, skakanie i/lub wirowanie. Ten typ dziecka wykazuje oznaki hiporeaktywnego układu przedsionkowego; to znaczy, że nieustannie starają się stymulować swój układ przedsionkowy¹⁹³.

Układ proprioceptywny odnosi się do komponentów mięśni, stawów i ścięgien, które zapewniają osobie podświadomą świadomość pozycji ciała. Kiedy propriocepcja działa sprawnie, pozycja ciała danej osoby jest automatycznie dostosowywana w różnych sytuacjach; na przykład system proprioceptywny odpowiada za dostarczanie organizmowi niezbędnych sygnałów, które pozwalają nam prawidłowo siedzieć na krześle i płynnie schodzić z krawężnika. Pozwala także manipulować przedmiotami za pomocą ruchów precyzyjnych, takich jak pisanie ołówkiem, używanie łyżki do picia zupy czy zapinanie koszuli. Niektóre typowe objawy dysfunkcji proprioceptywnej to:

- niezgrabność,
- skłonność do upadku,
- brak świadomości pozycji ciała w przestrzeni,
- dziwna postawa ciała,
- minimalne raczkowanie w młodości,
- trudności w manipulowaniu małymi przedmiotami (przyciski, zatrzaski),
- jedzenie w niechlujny sposób,
- odporność na nowe czynności ruchowe¹⁹⁴.

Innym wymiarem propriocepcji jest praktyka lub planowanie ruchowe. Jest to umiejętność planowania i wykonywania różnych zadań ruchowych. Aby system ten działał prawidłowo, musi polegać na pozyskiwaniu dokładnych informacji z systemów sensorycznych, a następnie sprawnym i efektywnym organizowaniu i interpretowaniu tych informacji.

Ogólnie rzecz biorąc, dysfunkcja w obrębie tych trzech systemów objawia się na wiele sposobów. Dziecko może nadmiernie lub słabo reagować na bodźce sensoryczne;

¹⁹³ P. Randall, J. Parker, *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*, GWP, Gdańsk 2001, s. 34-38.

¹⁹⁴ L. Bobkowicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy, zagadnienia diagnozy i terapii*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2000, s. 34-38.

poziom aktywności może być niezwykle wysoki lub niezwykle niski; dziecko może być w ciągłym ruchu lub łatwo się męczyć. Ponadto niektóre dzieci mogą oscylować między tymi skrajnościami. Problemy z koordynacją ruchową dużą i/lub subtelną są również powszechne, gdy te trzy systemy są dysfunkcyjne i mogą powodować opóźnienia w mowie/języku oraz słabe wyniki w nauce. Behawioralnie dziecko może stać się impulsywne, łatwo rozpraszać się i wykazywać ogólny brak planowania. Niektóre dzieci mogą również mieć trudności z przystosowaniem się do nowych sytuacji i mogą reagować frustracją, agresją lub wycofaniem. Ocenę i leczenie podstawowych procesów integracji sensorycznej wykonują terapeuci zajęciowi i/lub fizjoterapeuci. Ogólne cele terapeuty to:(1) dostarczenie dziecku informacji sensorycznych, które pomagają uporządkować ośrodkowy układ nerwowy, (2) pomoc dziecku w hamowaniu i/lub modulowaniu informacji sensorycznych oraz (3) pomoc dziecku w przetwarzaniu bardziej zorganizowana reakcja na bodźce zmysłowe¹⁹⁵. Poniżej przedstawiono wybrane ćwiczenia wspomagające integrację sensoryczną:

- stymulacja przedsionkowa, obustronna koordynacja:
 - ✓ kołyski na plecach,
 - ✓ turlanie w „topku” (plastikowy stożek),
 - ✓ chodzenie wzdłuż rozłożonej linii,
 - ✓ rzucanie piłki oburącz,
- orientacja w schemacie ciała i przesyrczeni:
 - ✓ wskazywanie i nazywanie poszczególnych części ciała,
 - ✓ śledzenie linii w labiryncie,
 - ✓ masaż, uciski,
- koordynacja wzrokowo-ruchowa:
 - ✓ odbijanie podwieszanej piłki,
 - ✓ kreślenie w powietrzu kształtów,
 - ✓ malowanie na dużym formacie,
- przekraczanie linii środkowej ciała:
 - ✓ nożyce rękoma i nogami,
 - ✓ krążenie ramion,
 - ✓ chodzenie krzyżując nogi,

¹⁹⁵ Ibidem, s. 45-56.

- normalizacja systemu słuchowego i węchowego:
 - ✓ zagadki słuchowe,
 - ✓ chodzenie za dźwiękiem z zamkniętymi oczami,
 - ✓ szukanie źródła zapachu,
 - ✓ chodzenie za zapachem z zamkniętymi oczami¹⁹⁶.

¹⁹⁶ Więcej na temat tej metody: Z. Przyrowski, *Podstawy diagnozy i terapii integracji sensorycznej* [w:] Cz. Szmigiel (red.), *Podstawy diagnostyki i rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej*, Wydawnictwo AWF, Kraków 2001

V. F. Maas, *Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do Teorii Integracji Sensorycznej*, WSiP, Warszawa 1998

4. METODA SPRING®

4.1. Założenia teoretyczne metody edukacyjno-terapeutycznej SPRING®

Na samym początku rozdziału warto zatrzymać się na istocie pojęć „edukacja włączająca” i „edukacja integracyjna”, wokół których zamierzono grupować problematykę podjętych rozważań, a których różnice w definiowaniu są kluczowe dla poniższych analiz. We współczesnej pedagogice pojawia się wiele rozważań związanych z nowym ujęciem procesu edukacji dzieci i młodzieży, zwłaszcza odnośnie do edukacji włączającej, która często zamiennie definiowana jest jako edukacja integracyjna.¹⁹⁷

M. John i P. Baylis uważają, że „włączanie jest czymś więcej niż integracją. Odrzuca ona tradycyjne podejście do osób niepełnosprawnych i proponuje uznać zjawisko niepełnosprawności za część doświadczenia ludzkości i traktować je jako centralną kwestię w planowaniu usług służących człowiekowi”¹⁹⁸. M. L. Wehmeyer dokonuje następującego rozróżnienia pomiędzy integracją a włączeniem:

- edukacja włączająca zakłada, że wszyscy uczniowie uczą się razem i na tych samych zajęciach. Uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi dostają dodatkowe wsparcie by mogli uczyć się bardziej efektywnie,
- edukacja integracyjna zakłada, że część dzieci jest włączona do wspólnej nauki w ograniczonym zakresie czasowym¹⁹⁹.

Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych ONZ w art. 24 przedstawia postulat, że należy zapewnić dzieciom i młodzieży dostęp do edukacji w ramach działania ogólnodostępnych szkół rejonowych, co jest szansą na ich pełną integrację w środowisku²⁰⁰. Ponadto dostęp do edukacji ma zapewniać wysoką jakość kształcenia. Konwencja Praw Dziecka z 1989 roku wskazuje w art. 23 „[...] dziecko psychicznie lub fizycznie niepełnosprawne powinno mieć zapewnioną pełnię normalnego życia w warunkach honorujących jego godność, umożliwiających osiągnięcie niezależności oraz

¹⁹⁷ I. Chrzanowska, *Nauczanie inkluzyjne w doświadczeniach polskich - podstawy prawne i społeczne uwarunkowania*, „Studia Edukacyjne”, 2014, s. 109-117.

¹⁹⁸ T. Zacharuk, *Edukacja włączająca szansą dla wszystkich uczniów*, [w:] Mazowiecki Kwartalnik Edukacyjny 1(20) 2011, s. 2-7.

¹⁹⁹ M. L. Wehmeyer, *Self-determination, positive psychology, and disability*, *Człowiek - Niepełnosprawność - Społeczeństwo*, 2014, s. 7-17.

²⁰⁰ Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych, <https://www.rpo.gov.pl/pl/konwencja-oprawach-osob-niepeinosprawnych>, [dostęp: 16.07.2019].

ułatwiających aktywne uczestnictwo dziecka w życiu społeczeństwa [...], aby niepełnosprawne dziecko posiadało skuteczny dostęp do oświaty, nauki, opieki zdrowotnej, opieki rehabilitacyjnej, przygotowania zawodowego oraz możliwości rekreacyjnych, realizowany w sposób prowadzący do osiągnięcia przez dziecko jak najwyższego stopnia zintegrowania ze społeczeństwem oraz osobistego rozwoju, a w tym jego rozwoju kulturalnego i duchowego”²⁰¹.

W opinii osób interesujących się kształceniem osób ze specjalnymi potrzebami często pojawia się przekonanie, że edukacja włączająca jest w obecnym stanie na dobrym poziomie. Te opinie często uwarunkowane są doświadczeniami zawodowymi bądź osobistymi. Jednak nie mają one odzwierciedlenia w aktualnym stanie rozwoju teorii i praktyki. Ferguson stwierdziła, że zmiany w kierunku edukacji włączającej mają fundamentalny i systematyczny charakter. Nie można jednak deprecjonować faktów, które osłabiają to przekonanie. Można wyróżnić co najmniej trzy zjawiska, które mogą wskazywać na zagrożenie rozwoju edukacji włączającej:

- niska dynamika rozwoju ilościowego włączania,
- brak odważnych reform prointegracyjnych,
- wypowiedzi osób znaczących przeciwko edukacji włączającej.

Badania nad edukacją włączającą można w Polsce podzielić na trzy okresy: przed wprowadzeniem prawno-formalnych podstaw kształcenia integracyjnego, okres po przyjęciu w 2010 roku rozporządzeń dotyczących opisu całościowych zmian w organizacji kształcenia integracyjnego i udzielania uczniom wsparcia psychologiczno-pedagogicznego oraz okres zwany transformacją, który wystąpił pomiędzy ww. etapami. Okres przed wprowadzeniem zasad organizacji kształcenia integracyjnego to tzw. czas edukacji segregacyjnej. To, że uczeń z niepełnosprawnością pojawił się w szkole masowej wiązało się raczej z ujawnieniem się dysfunkcji już w trakcie pobierania nauki w szkole.

Autorytetem w rozważaniach nad kształceniem uczniów niepełnosprawnych od lat 70. do połowy lat 90. był A. Hulek, który podkreślał, że „zwykła szkoła powinna

²⁰¹ por. UNICEF, Konwencja o Prawach Dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 20 listopada 1989 roku, <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19911200526/T/D19910526L.pdf>, [dostęp 17.07.2019].

sprzyjać edukacji wszystkich dzieci z ich indywidualnymi właściwościami”²⁰². Według tego autora podstawą realizacji integracji w szkole jest m.in. elastyczność treści i metod nauczania, traktowanie dziecka z niepełnosprawnością jak ucznia, uwzględnianie jego indywidualnych potrzeb oraz wspieranie inkluzji przez lokalne środowisko. Jego rozważania zostały zawarte w koncepcji „wspólnych i swoistych potrzeb osób niepełnosprawnych”²⁰³. Za sprawą pracy Lewis i Brahma (2004) została ona doprecyzowana i zorientowana na proces dydaktyczny. Badacze zwrócili również uwagę na indywidualizację strategii dydaktycznych, w skład której wchodzi: struktura zadań dydaktycznych, utrwalanie wiedzy i umiejętności, transfer wiedzy i umiejętności, informacja zwrotna oraz kontrola postępów.

Analiza badań nad edukacją włączającą prowadzonych po 2010 roku ukazuje, że wiedza nauczycieli w zakresie niepełnosprawności intelektualnej i ADHD jest zbyt słaba, aby czuli się oni kompetentni. Jak zaznacza autorka tych badań D. Al.-Khamisy o innych niepełnosprawnościach nauczyciele posiadali jeszcze mniejszą wiedzę. W badaniu tym wykazano również, że według opinii nauczycieli najlepszym miejscem kształcenia uczniów niepełnosprawnych są szkoły integracyjne i specjalne²⁰⁴.

Całościowe badania dotyczące jakości i dostępności edukacji uczniów z niepełnosprawnością zostały przeprowadzone w roku 2011 w ramach projektu „Wszystko jasne”. Przeglądu tych badań w swojej publikacji dokonała B. Cytowska²⁰⁵. Najważniejsze wnioski z przedstawionej analizy, odnoszące się do tematyki poruszanej w rozprawie, dotyczą konstruowania indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego (IPET) – 6% dyrektorów szkół ogólnodostępnych zadeklarowało, że w ich szkołach nie są one tworzone. Ponadto dyrektorzy wskazują, że nie korzystają z pomocy specjalistów zewnętrznych, mimo że brakuje w szkołach psychologów, pedagogów, logopedów. Nauczyciele w badaniach wskazali również na mało elastyczny program nauczania w szkołach ogólnodostępnych, czy bariery architektoniczne. Warto zwrócić uwagę na wyniki dotyczące ogólnej postawy przedstawicieli oświaty wobec

²⁰² A. Hulek, *Podstawy, stan obecny i przyszłość edukacji osób niepełnosprawnych*, [w:] A. Hulek (red.), *Edukacja osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Upowszechnianie Nauki-Oświata „UN-O”, Warszawa 1993, s. 18-49.

²⁰³ A. Hulek, *Integracyjny system kształcenia i wychowania*, [w:] A. Hulek (red.), *Pedagogika rewalidacyjna*, PWN, Warszawa 1980, s. 492-506.

²⁰⁴ D. Al.-Khamisy, *Edukacja włączająca edukacją dialogu. W poszukiwaniu modelu edukacyjnego ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2013, s. 1-390.

²⁰⁵ B. Cytowska, *Przegląd badań empirycznych nad inkluzją w edukacji*, [w:] *Problemy Edukacji, Rehabilitacji i Socjalizacji Osób Niepełnosprawnych*, Tom 22 (1/2016), s. 189-213.

nauczania integracyjnego: deklarują oni, że nie ma możliwości realnego wsparcia uczniów z niepełnosprawnością w placówkach ogólnodostępnych.

Z kolei nad integracją dzieci niepełnosprawnych wiele analiz dokonała, z uwzględnieniem szczególnie etapu przedszkolnego, L. Marszałek. Według Autorki „przedszkole, z racji specyficznej organizacji pracy wychowawczo-dydaktycznej stwarza niepowtarzalne warunki do podejmowania prób włączania dzieci niepełnosprawnych w życie grupy społecznej”²⁰⁶.

W literaturze dominują trzy nurty związane z integracją. Pierwszy odnosi się do zapewnienia osobom z niepełnosprawnością prawa do edukacji lub pracy wraz z osobami pełnosprawnymi. Drugi dotyczy włączania uczniów niepełnosprawnych do nauki w szkołach ogólnodostępnych, w placówkach kształcenia masowego, wraz z uczniami pełnosprawnymi. Tak pojmowana integracja ma również zapewniać uczniom niepełnosprawnym środki pomocnicze dostosowane do możliwości konkretnego ucznia niepełnosprawnego. Trzecie podejście, najszersze, dotyczy przygotowania osób niepełnosprawnych do życia w społeczeństwie ludzi pełnosprawnych, a także wykształcenia umiejętności pozwalających na współistnienie ludzi pełnosprawnych z niepełnosprawnymi²⁰⁷. Z kolei pedagogika specjalna określa integrację osób pełnosprawnych i niepełnosprawnych. Istota integracji zawiera się w dwóch wspólnotach: ideowej oraz wspólnych interesów i warunków życia jakie wynikają z podobieństwa sytuacji życiowej²⁰⁸.

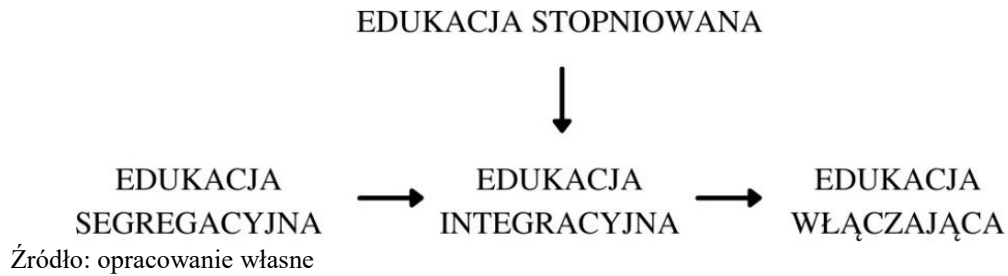
Metoda SPRING® powstała na podłożu założeń edukacji włączającej i integracyjnej ze szczególnym uwzględnieniem również edukacji indywidualnej. Jest próbą konsolidacji tych trzech podejść w obrębie jednej placówki. Ponadto, biorąc pod uwagę opisane w rozdziale drugim i trzecim metody, które stały się podstawą teoretyczną metody SPRING®, jest to również próba zintegrowania technik dyrektywnych i niedyrektywnych w edukacji i terapii dziecka z autyzmem na etapie edukacji przedszkolnej. Metoda sprzyja prowadzeniu dzieci z autyzmem i neurotypowych rówieśników we wzajemnie angażujących się doświadczeniach.

²⁰⁶ L. Marszałek, *Edukacja elementarna szansą dla wczesnej inkluzji społecznej dziecka niepełnosprawnego w perspektywie nauczycieli przedszkoli*, Stowarzyszenie Oświatowców Polskich, Warszawa 2010.

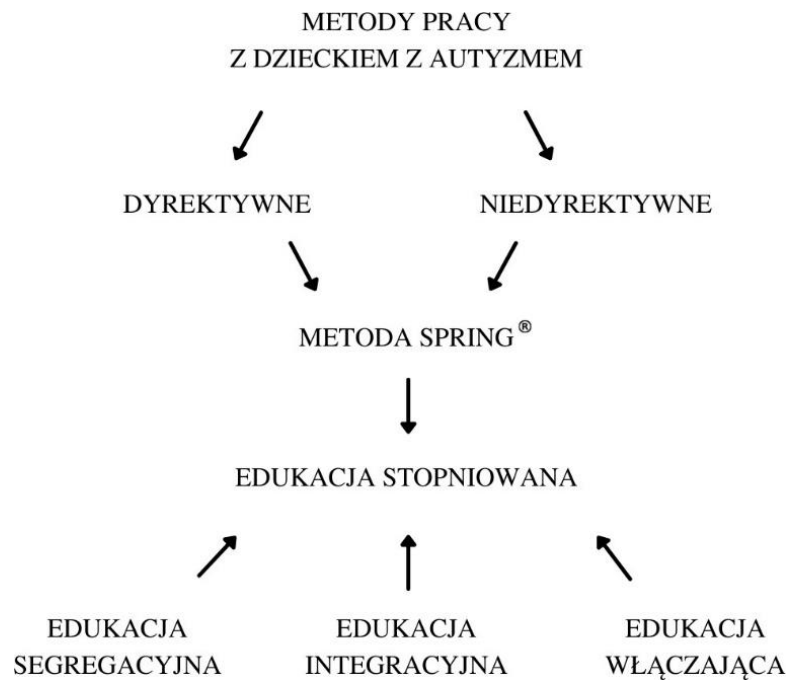
²⁰⁷ K. Barłóg, *Efekty procesu integracji dzieci pełnosprawnych oraz z mózgowym porażeniem dziecięcym w młodszym wieku szkolnym*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Rzeszów 2001, s. 98-99.

²⁰⁸ A. Maciarz., *Integracja społeczna dzieci niepełnosprawnych*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1987, s. 8.

Rycina 1. Edukacja stopniowana



Rycina 2. Metody pracy z dzieckiem z autyzmem



Źródło: opracowanie własne

4.2. Uzasadnienie metody SPRING®

Badania wskazują, że włączenie społeczne i twórcza ekspresja to podstawowe prawa człowieka. W podejściu humanistycznym realizacja potrzeb przynależności samorealizacji są kluczowe dla harmonijnego rozwoju. Wyjątkowe różnice w zakresie komunikacji społecznej i zabawy narażają dzieci z autyzmem na ryzyko wykluczenia. Izolacja społeczna dodatkowo może pozbawiać dzieci możliwości osiągnięcia pełnego potencjału rozwojowego. Terapia i nauczanie w SPRING® osadzone są w zintegrowanych, wybranych terapiach dyrektywnych i niedyrektywnych. Podczas aktywności pracuje się nad osiągnięciem wielu celów z różnych obszarów rozwoju w tempie dostosowanym do potrzeb dziecka. Metoda maksymalizuje zdolności rozwojowe dziecka i jego wewnętrzną motywację do kontaktów społecznych.

Równolegle taki rodzaj edukacji i terapii wspiera dzieci neurotypowe w akceptowaniu, reagowaniu i uwzględnianiu wyjątkowych różnic dzieci autystycznych. Najważniejsze techniki stosowane podczas zajęć są zdefiniowane poniżej.

1) Strategie terapeutyczne zaczerpnięte z podejścia behawioralnego

Podejście behawioralne zakłada, że potrzebne są trzy moduły, aby nastąpił proces uczenia się. Po pierwsze, musi zaistnieć bodziec, a uwaga dziecka musi być na ten bodziec nakierowana, aby nastąpiła reakcja. Po drugie, dziecko powinno zaprezentować zachowanie tuż po wystąpieniu bodźca. Po trzecie, dziecko powinno doświadczyć informacji zwrotnej np. w postaci konsekwencji, która wyróżni zachowanie pożądane. Podstawowymi technikami wykorzystanymi w SPRING® są: zdobywanie uwagi dziecka, wykorzystanie w procesie uczenia się sekwencji bodziec-reakcja-konsekwencje, tworzenie łańcuchów zachowań, zarządzanie wzmocnieniami oraz ocena funkcjonalna.

- Zdobywanie uwagi dziecka

Zdobywanie i utrzymywanie uwagi dziecka od momentu wydania polecenia lub pokazania czynności, do zakończenia i otrzymania przez dziecko konsekwencji.

- Sekwencja: bodziec poprzedzający – zachowanie – konsekwencja oraz zarządzanie wzmocnieniami

Bodziec poprzedzający (A) to bodziec, który pojawia się przed zachowaniem. Konsekwencją (C) jest działanie następujące bezpośrednio po wystąpieniu zachowania (B). W modelu tym, zachowanie (B) zawsze jest opisem, a nie oceną. Szczególnie wykorzystywane jest to podejście w analizie zachowań niepożądanych. Konsekwencje mogą wiązać się ze wzmocnieniem, wygaszaniem lub karaniem. Poniżej w tabeli przedstawiono najczęściej wykorzystywane typy wzmocnień i kar. Z kolei manipulowanie bodźcami poprzedzającymi (A) mają spowodować przyrost lub ubytki w zachowaniu, a to jest podstawą postępowania opartego na warunkowaniu sprawczym.

Tabela 4. Typy wzmocnień i kar.

	DODANIE BODŹCA	WYCOFANIE BODŹCA
POZYTYWNY BODZIEC	WZMOCNIENIE POZYTYWNE	KARA NEGATYWNA
NEGATYWNY BODZIEC	KARA POZYTYWNA	WZMOCNIENIE NEGATYWNE

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Analiza zachowania Vademecum 2016

- Tworzenie łańcuchów zachowań

Zachowania złożone takie jak: ubieranie się, mówienie, zabawa w gry, mycie zębów są stworzone z pojedynczych działań, które łączą się ze sobą w sekwencję zachowań. Budowa tych szeregów zachowań z pojedynczych elementów, aby uzyskać sekwencje zachowań nazywamy tworzeniem łańcuchów zachowań. Do prezentowania dziecku sekwencji wykorzystywane są techniki wycofywania i wzmocniania zachowań.

- Ocena funkcjonalna

Główną koncepcją behawioryzmu jest założenie, że każde zachowanie jest „po coś”, że ma swoją funkcję tzn. jest przydatne do osiągnięcia konkretnego celu i znajduje się w repertuarze zachowań, ponieważ prowadzą do nagrody, czyli do osiągnięcia celu. Ocena funkcjonalna to procedura, która ma służyć ustaleniu przyczyn leżących u podłoża zachowania, jakie są funkcje zachowania, czyli jakie cele dziecko osiąga, czego unika lub co zyskuje poprzez dane zachowanie.

Poniższe fotografie prezentują wykorzystanie technik z podejścia dyrektywnego w pracy Metodą SPRING®.

Fotografia 1. Łącuch zachowań – mycie rąk.



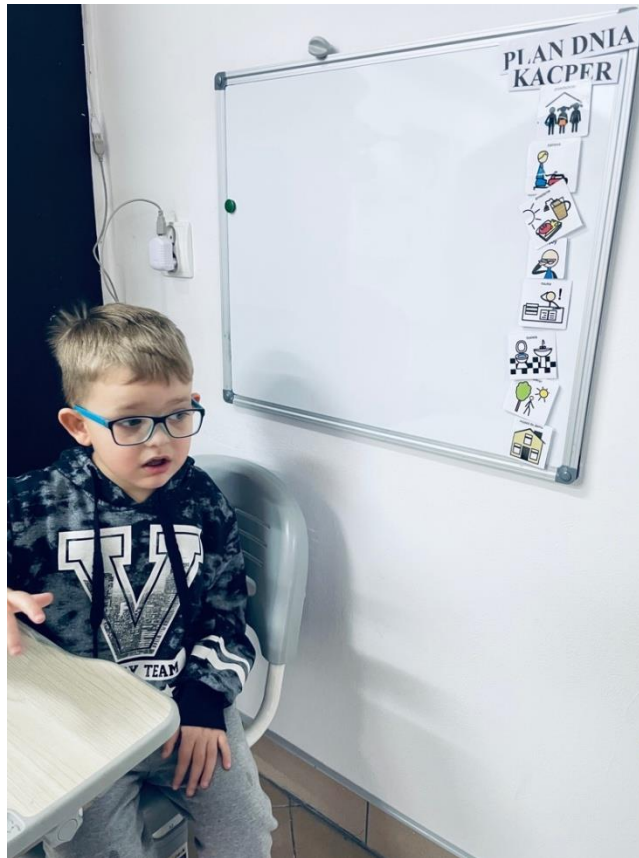
Źródło: opracowanie własne

Fotografia 2. Praca z tabliczką motywacyjną.



Źródło: archiwum własne

Fotografia 3. Plan dnia.



Źródło: archiwum własne

2) Strategie terapeutyczne zaczerpnięte z modeli niedyrektywnych

Podstawą metody jest terapia behawioralna, która według raportu NAC (National Autism Center) jest terapią o udowodnionej naukowo skuteczności w przypadku oddziaływań na dzieci z autyzmem. Model SPRING® zakłada jednak podmiotowość dziecka w procesie edukacji, dlatego ważny jest udział podejść niedyrektywnych w terapii i edukacji dziecka z ASD. Do głównych teorii wykorzystywanych w metodzie należą: Pedagogika Reggio, Metoda DIR/Floortime, Metoda W. Sherborne, Metoda Knillów. Pedagogika Reggio to włoska koncepcja wychowania i edukacji dziecka w wieku przedszkolnym. Twórcą podejścia jest L. Malaguzzi, a pierwszą iskrą dla rozwoju tego podejścia edukacyjnego było powstanie w 1947 roku pierwszego przedszkola w Villa Cella. Głównym postulatem twórcy teorii było to, aby celem przedszkoli nie było tylko zapewnienie dzieciom opieki, ale również stworzenie jak najlepszych warunków dla uczenia się. Metoda DIR/Floortime to metoda bazująca na wiedzy o wczesnym rozwoju dziecka. Autorem podejścia był psychiatra prof. S. Greenspan. Skrót DIR oznacza *The Developmental, Individual Difference, Realtionship-*

Based Model czyli Model Rozwojowy²⁰⁹. Metoda W. Sherborne to jedna z metod wspomagających terapię dzieci z zaburzeniami rozwoju. Stworzona została przez fizjoterapeutkę W. Sherborne, a podstawą metody jest ruch i kontakt z dorosłym²¹⁰. Metoda Knillów to metoda, która polega na wykonywaniu specjalnie dobranych zestawów ćwiczeń z akompaniamentem muzyki. Twórca metody to Ch. Knill, który przez wiele lat pracował z osobami z ciężkimi zaburzeniami w rozwoju ruchowym, poznawczym i społecznym. Program stworzył wraz z małżonką Marianną. Główną ideą metody jest to, że każde dziecko może być aktywne i wykazywać się własną inicjatywą.

Poniższe fotografie pokazują wybrane fragmenty aktywności przedszkolnej metodami niedyrektywnymi.

Fotografia 4. Ćwiczenia metodą W. Sherborne.



Źródło: archiwum własne

²⁰⁹ S. I. Greenspan, S. Wieder, *Dotrzeć do dziecka z autyzmem. Jak pomóc dzieciom nawiązywać relacje, komunikować się i myśleć. Metoda Floortime*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014, s. 183-186.

²¹⁰ M. Bogdanowicz, *Opis i planowanie zajęć według Metody Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2020, s. 9-19.

Fotografia 5. Integracja sensoryczna.



Źródło: archiwum własne

Fotografia 6. Zajęcia metodą integracji sensorycznej.



Źródło: archiwum własne

Fotografia 7. Zajęcia Sensus – przyzwolenie na brudzenie.



Źródło: archiwum własne

Celem metody edukacyjno-terapeutycznej SPRING® jest próba konsolidacji podejść dyrektywnych i niedyrektywnych w procesie edukacji i terapii dziecka z autyzmem. Służy usamodzielnianiu dziecka, zgodnie z jego indywidualnymi możliwościami, ponieważ w procesie uczenia dziecko nie jest przedmiotem, ale współorganizatorem, ma wpływ na przebieg tego procesu oraz jego treść.

Metoda zakłada:

- pomoc dziecku w unikaniu zachowań trudnych np. agresywnych wobec siebie i innych,
- inicjowanie kontaktów z rówieśnikami,
- kształtowanie umiejętności do organizowania sobie czasu wolnego,
- odkrywania zainteresowań, mocnych cech charakteru oraz zdolności,
- korygowanie i kompensowanie zaburzonych funkcji dziecka,
- twórczą ekspresję,
- prowadzenie dzieci z autyzmem i neurotypowych rówieśników w tworzeniu kultury integracyjnej.

4.3. Procedury edukacyjno-terapeutyczne metody

Postępy dzieci zachodzą przy założeniu różnic indywidualnych, jednak pomimo tego interwencja składa się z podanych niżej etapów, następujących w przewidywalnej kolejności, ale z możliwością przyśpieszenia poszczególnych etapów z uwagi na potrzeby i poziom funkcjonowania dziecka.

1. Relacja 1:1

Relacja 1:1 jest formą kształcenia segregacyjnego. Jak zaznacza Z. Gajdzica: „segregacyjna forma kształcenia jest niezbędnym elementem każdego systemu kształcenia. Błędem jest jednak stawianie jej w opozycji do edukacji integracyjnej. Sądzę, że należy ją traktować jako dopełnienie kształcenia integracyjnego (...)”²¹¹. Praca z dzieckiem z autyzmem rozpoczyna się od diagnozy funkcjonalnej i określenia profilu sensorycznego dziecka: reakcji na dotyk, dźwięk, ból. Wiedza ta jest kluczowa do budowania indywidualnego programu zajęć dla dziecka. Przy wdrażaniu programu praca odbywa się zawsze w relacji 1:1 w specjalnie przygotowanych warunkach (strukturalizacja przestrzeni). Podczas pracy stolikowej dziecko i terapeuta mają wyznaczoną swoją przestrzeń, która dodatkowo zapewnia komfort akustyczny. Pomaga to w utrzymaniu uwagi na przedmiocie nauki. Terapeuta kontroluje przy tym bodźce dopływające do dziecka, zapewniając mu poczucie bezpieczeństwa. Zaznaczyć jednak należy, że wiele dzieci na tym etapie pracuje w relacji 1:1 podczas zabaw dywanowych. Wybór przestrzeni należy do nauczyciela, który dokonuje go biorąc pod uwagę umiejętności i potrzeby dziecka. Na tym etapie zaczyna się proces tworzenia systemu motywacyjnego dziecka.

²¹¹ Z. Gajdzica, *Sytuacje trudne w opinii nauczycieli klas integracyjnych*, Wyd. Impuls, Kraków 2001, s. 9.

Fotografia 8. Dziecko w relacji 1:1.



Źródło: archiwum własne

Fotografia 9. Praca w „domku” – przestrzeń zapewniająca komfort akustyczny.



Źródło: archiwum własne

2. Uczenie umiejętności podstawowych i analiza zachowań trudnych

W drugim etapie programu kształtowane są podstawowe umiejętności: kontakt wzrokowy, naśladownictwo, rozumienie poleceń, przyzwyczajanie do kontaktu społecznego. Kluczowe zadanie terapeuty na tym etapie, to doprecyzowanie mocnych stron i trudności dziecka oraz ustalenie rodzaju wzmocnień i nagród lub poszerzenie jego repertuaru. Etap uczenia umiejętności podstawowych to również przestrzeń do obserwacji ewentualnych zachowań trudnych występujących u dziecka. Do analizy zachowania trudnego służy kwestionariusz stworzony na bazie koncepcji behawioralnej. Jeżeli analizy wykazują, że zachowanie trudne występuje, na tym etapie najważniejszym celem jest praca nad nim.

Następnym krokiem jest wybór zachowania, za które możemy dziecko nagrodzić. Jest to istotne, ponieważ na tej podstawie uczymy dziecko zasad ABA. Dziecko uczy się rozumienia wzmocnień, które są stosowane przez nauczyciela. Dopiero po tych czynnościach wybieramy zachowanie, nad którym będziemy pracować lub umiejętność, której będziemy uczyć. Warto zaznaczyć, że wszystkie te działania odbywają się w bliskim kontakcie z dziećmi neurotypowymi. Pomiar i ocena efektów oddziaływań odbywa się przy bezpośredniej obserwacji dziecka w placówce, informacji od rodziców i analizy nagrań wideo zarówno z placówki, jak i środowiska domowego. To pozwala określić, czy dziecko jest gotowe do przejścia na trzeci etap programu, czyli początki komunikacji a następnie czwarty jakim jest generalizacja nabytych umiejętności w kontakcie z rówieśnikami. Przy integracji dziecka autystycznego z rówieśnikami ważne jest wprowadzenie strukturalizacji czasu. Dziecko potrzebuje stałości i przewidywalności, dlatego na tym etapie jest również przestrzeń do wprowadzenia planów aktywności. Plany określają czas trwania danej czynności, liczbę zadań do wykonania, zapewniają poczucie bezpieczeństwa i zapobiegają wystąpieniu zachowań trudnych. W przedszkolu wiodąca jest terapia behawioralna, która zakłada, że dziecko uczy się przez konsekwencje swoich działań oraz naśladowanie innych – modelowanie. Oznacza to, że aktywność dziecka zostanie nagrodzona. Terapia skupia się na nagradzaniu zachowań prawidłowych, które są akceptowalne społecznie oraz wygaszaniu zachowań nieprawidłowych. Wygaszanie następuje nie przez karanie, ale przez brak nagrody. Na skuteczność terapii wpływa edukacja rodziców oraz ich współpraca ze specjalistami przedszkola.

Fotografia 10. Kontakt wzrokowy.



Źródło: archiwum własne

3. Początki komunikacji

Na tym etapie rozpoczyna się intensywna praca z logopedą. Dzieci nadal uczą się imitacji i dopasowywania, ale zaczynają pracować nad ekspresją językową. Jest to kluczowy moment diagnostyczny, ponieważ opanowanie mowy jest ważnym prognostykiem końcowego etapu terapii. Dzieci, które mają trudność z przyswojeniem werbalnej imitacji rozpoczynają naukę używania alternatywnych form komunikacji. Na tym etapie rozpoczyna się również nauka nazywania kolorów i kształtów. To czas nauki zabawy symbolicznej.

Fotografia 11. Chłopiec posługujący się komunikacją alternatywną. Nauka dopasowywania według koloru.



Źródło: archiwum własne

4. Generalizacja nabytych umiejętności w kontakcie z rówieśnikami

W trakcie całego modelu terapeutyci obok umiejętności podstawowych, językowych i przedszkolnych stwarzają warunki do nauki kompetencji społecznych – uczą uczenia się przez obserwację, dzięki czemu dzieci zdobywają umiejętności od służących im za modele rówieśników. Na tym etapie odbywa się intensywny Trening Umiejętności Społecznych. Dużą uwagę przykładają się również do tego, aby dzieci jak najwięcej zadań wykonywały przy niewielkiej kontroli bezpośredniej.

Fotografia 12. Zajęcia ogrodnicze w grupie przedszkolnej



Źródło: archiwum własne

Fotografia 13. Wspólne karmienie ptaków



Źródło: archiwum własne

Fotografia 14. Zabawa symboliczna – piknik.



Źródło: archiwum własne

Fotografia 15. Zabawa w grupie przedszkolnej



Źródło: archiwum własne

5. Rola nauczyciela specjalisty

Problemem w szkolnictwie wraz ze wzrostem popularności placówek integracyjnych i włączających stało się rozważanie nad sytuacją nauczycieli, którzy nie posiadają specjalistycznej wiedzy i umiejętności do pracy z uczniami ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Szkoła integracyjna i włączająca jest środowiskiem, które sprzyja powstawaniu sytuacji trudnych dla nauczycieli w sytuacji pracy dydaktycznej i wychowawczej wobec uczniów z niepełnosprawnościami. Podstawową aktywnością nauczyciela jest nauczanie oraz wychowywanie. W klasach integracyjnych dochodzą do tego inne działania, które nauczyciel winien wykonać w związku z obecnością uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Nauczyciel jest narażony na różne sytuacje, które generowane są w klasie, która stanowi układ elementów wzajemnie na siebie oddziałujących w czasie i określonej przestrzeni. Zarówno zróżnicowany poziom możliwości psychofizycznych, jak i potrzeby uczniów będących członkami jednej klasy dodatkowo komplikują sytuacje trudne. Każdy nauczyciel przejawia inny profil osobowościowy, co determinuje sposób reagowania na sytuacje trudne i stresujące. Natomiast subiektywna ocena zdarzenia wpływa na możliwości wewnętrzne, które warunkują zdolność do podjęcia określonych zachowań przez nauczyciela²¹².

S. Baley uważał, że najistotniejszą cechą osobowości nauczyciela jest zdatność wychowawcza, będąca zbiorem wszystkich cech umożliwiających wychowanie. Należą do nich m.in. takie cechy, jak: znajomość psychiki ucznia i jej rozumienie, respektowanie indywidualności, takt pedagogiczny, przychylność dla wychowanków, potrzeba obcowania z ludźmi, cierpliwość, powinowactwo duchowe z dziećmi, swoista zdolność artystyczna. Wychowawcę, który posiadałby wszystkie pożądane cechy w stopniu ponadprzeciętnym, S. Baley proponuje nazwać wychowawcą integralnym²¹³. Poziom zróżnicowania możliwości psychofizycznych uczniów jak ich potrzeb oraz aspiracji uczniów powoduje, że nauczyciel pracując w klasie jest narażony na sytuacje trudne. Pojawiają się one wtedy, gdy zostanie naruszona równowaga pomiędzy wymaganiami zewnętrznymi a wewnętrznymi możliwościami ucznia²¹⁴. Różnorodne potrzeby przejawiane przez uczniów, występujące w klasach integracyjnych są

²¹² T. Tomaszewski, *Człowiek i otoczenie*, [w:] *Psychologia*, T. Tomaszewski (red.), Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1975, s. 13-36.

²¹³ W. Strykowski, *Kompetencje współczesnego nauczyciela*, *Neodidagmata* 27/28, s. 16.

²¹⁴ S. Kowalik, *Psychologiczne podstawy niepełnosprawności i rehabilitacji*, [w:] *Psychologia*, t. 3 - *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, J. Strelau (red.), Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2005, s. 797-818.

problemem dla niektórych nauczycieli. Nierzadko z powodu profilu osobowościowego, kompetencji zawodowych dla nauczyciela jest to wyzwanie, które polega na zaspokojeniu potrzeb uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, w tym ze spektrum autyzmu. Metoda SPRING® jest metodą interdyscyplinarną. Zakłada ona, że w edukacji dzieci współpracują ze sobą specjaliści z zakresu wczesnej edukacji specjalnej, psychologii rozwojowej dziecka, logopedzi, neurologopedzi, terapeuci behawioralni oraz specjaliści od wybiórczości pokarmowej oraz talentów i zasobów. Do współpracy jest włączany również psychiatra ze specjalizacją dziecięcą oraz neurolog, głównie w celu określenia postępów rozwojowych dziecka. Nauczyciel pracujący Metodą SPRING® jest nauczycielem specjalistą z ukończonym kursem z zakresu terapii behawioralnej i dodatkowych szkoleń specjalizacyjnych. Nauczyciel dostosowuje podstawę programową oraz profile rozwojowe, które następnie umieszczane są w Indywidualnym Programie Edukacyjno-Terapeutycznym. Dorosły sprawia, że aktywność jest ciekawa i wzajemna dzięki stosowaniu naprzemienności, naśladowaniu czynności a także dodawaniu interesujących efektów, aby utrzymać uwagę dziecka i motywację do działania, ale przede wszystkim odpowiedzialny jest za zapewnienie dziecku poczucia bezpieczeństwa niezbędnego do realizacji kolejnych potrzeb takich jak potrzeba przynależności i uczenia się. Jest nauczycielem obecnym i uczestniczącym z dzieckiem w aktywnościach.

Fotografia 16. Zajęcia Sensus – przyzwolenie na brudzenie



Źródło: archiwum własne

6. Zaangażowanie rodziców

Na każdym etapie terapii i edukacji dziecka rola rodziców jest kluczowa. Są oni integralną częścią zespołu interwencyjnego. Przed zapisaniem do przedszkola swojego dziecka odbywają oni rozmowę z dyrekcją i zapoznawani są ze specyfiką modelu SPRING®. W tym czasie analizowane są sprawozdania rodziców w zakresie funkcjonowania dziecka w domu i jeśli to możliwe nagrania zachowań dziecka. Spotkanie oprócz celu informacyjnego ma również za zadanie zmniejszyć lęk i stres rodziców w związku z diagnozą, z jaką się zmierzają. Mała liczba dzieci w grupie umożliwia stały kontakt z rodzicem. Nauczyciele są dostępni i przekazują informacje codziennie. Ewaluacja założonych celów programowych odbywa się minimum 2 razy w roku.

Fotografia 17. Rodzice przedszkolaków



Źródło: archiwum własne

7. Otoczenie

W Niepublicznym Przedszkolu Akademii Kota Leonarda, w którym opracowano i realizuje się Metodę SPRING® znajdują się dwie duże sale, w których odbywają się zajęcia edukacyjno-terapeutyczne. W jednej sali są indywidualne „domki”, które zapewniają poczucie bezpieczeństwa i stanowią strukturalizację przestrzeni dla dzieci. W domkach prowadzona jest terapia 1:1. Niemniej dziecko przyjmowane do

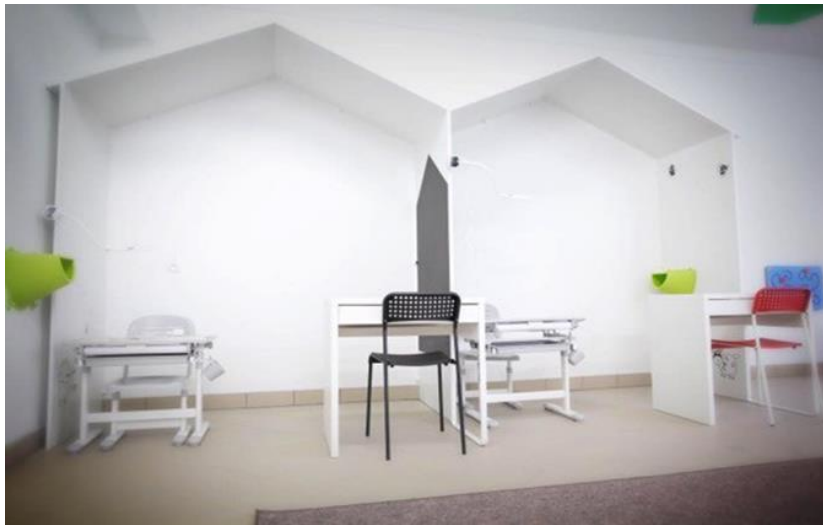
przedszkola jest jednak uczestnikiem całej grupy przedszkolnej – bierze udział w czynnościach takich jak: mycie zębów, spożywanie posiłków, wychodzenie na spacer. Funkcją „domków” jest zapewnienie dziecku poczucia bezpieczeństwa, ale przede wszystkim komfortu sensorycznego podczas nauki i terapii. W tej indywidualnej przestrzeni dziecko posiada piktogramy, zdjęcia i przedmioty charakterystyczne właśnie dla niego i jego rodziny, a także pomoce terapeutyczne dostosowane do jego poziomu rozwojowego. W modelu SPRING® również terapeuta ma wyznaczoną swoją przestrzeń (Fotografia19.). Pomaga to w utrzymaniu uwagi dziecka. Terapeuta kontroluje przy tym bodźce dopływające z zewnątrz. Celowo przestrzeń, w której przebywa dziecko i nauczyciel-terapeuta jest minimalistyczna. Ściany są białe, zabawki w kolorach stonowanych, a ich dostępność i widoczność dla dzieci ograniczona. Ma to na celu wyeliminowanie bodźców rozpraszających dziecko w trakcie nauki. Na 45 metrach sali znajdują się 4 domki (indywidualne stanowiska edukacyjne dla dzieci). W „domku” dziecko umieszcza swoje prace, ma zindywidualizowany plan dnia. Dodatkowo jest to miejsce, do którego może powrócić w momencie przeżywania emocji, co pozwala na wyciszenie się w bezpiecznym dla niego otoczeniu.

Fotografia 18. Zabawa w ogrodzie.



Źródło: archiwum własne

Fotografia 19. Sala do terapii 1:1.



Źródło: archiwum własne

Dodatkowo na terenie przedszkola jest wydzielone miejsce do odpoczynku i wyciszenia, ale również do spędzenia czasu indywidualnie według potrzeb.

Fotografia 20. Kącik wypoczynkowy/biblioteczka przedszkolaka



Źródło: archiwum własne

Ważnym elementem jest przestrzeń ogrodu, który celowo nie został zaopatrzonej w typowy plac zabaw. Zielona przestrzeń wkoło przedszkola ma

zmotywować dzieci do kreatywnych zabaw, jest otoczeniem sprzyjającym wspólnym zabawom, rodzinnym piknikom (co roku odbywa się w ogrodzie Family Day, który jest świetną okazją do integracji nie tylko dzieci, ale i rodziców).

Fotografia 21. Zajęcia plastyczne w ogrodzie



Źródło: archiwum własne

Fotografia 22. Wypoczynek w ogrodzie



Źródło: archiwum własne

Fotografia 23. Zajęcia plastyczne w ogrodzie



Źródło: archiwum własne

5. METODOLOGICZNE ZAŁOŻENIA BADAŃ WŁASNYCH

5.1. Cel i przedmiot badań

Cel i przedmiot badań są kluczowymi pojęciami stanowiącymi podstawę metodologii każdego badania. Przedmiotem badań pedagogicznych jest określona działalność społeczna ludzi, a więc procesy wychowania, nauczania, samowychowania i uczenia się poprzez cele, treści, przebieg, metody i organizację²¹⁵. J. Sztumski twierdzi, że przedmiotem badań społecznych jest to, co tworzy rzeczywistość społeczną czyli zbiorowości i zbiory społeczne, zjawiska społeczne i zachodzące w nim procesy²¹⁶.

Do najbardziej znanych i najczęściej wykorzystywanych definicji tych pojęć zalicza się terminologię zaproponowaną przez T. Pilcha. Zdaniem autora „prace badawcze zmierzają do poznania pewnej rzeczywistości, zjawiska, instytucji, bądź uzyskania wiedzy o ich stanie, przebiegu, perspektywach rozwoju, bądź dla podjęcia ku ich zmianie, poprawie, lepszemu pokierowaniu, uzyskania lepszych wyników”²¹⁷.

Innym badaczem, który podejmował kwestie podstawowych terminów metodologicznych jest M. Łobocki. Zdefiniował on przedmiot badań jako „określenie wybranego obiektu lub zjawiska, którymi chcemy sformułować twierdzenie w odpowiedzi na postawione wcześniej pytanie”²¹⁸. Według cytowanego autora każdy badacz powinien stosować się do następującego schematu organizacji badań:

1. Zaistnienie sytuacji problemowej.
2. Formułowanie problemów badawczych.
3. Projektowanie narzędzi badawczych.
4. Dobór osób i wybór tematu badawczego oraz przygotowanie odpowiednich procedur.
5. Przeprowadzenie badań.
6. Opracowanie wyników badań²¹⁹.

Doskonałego podsumowania definicji przedmiotu badań dokonał S. Nowak podkreślając, że sformułowanie przedmiotu badawczego jest punktem wyjścia każdego

²¹⁵ W. Zaczyński, *Praca badawcza nauczyciela*, PWN, Warszawa 1995, s. 115.

²¹⁶ J. Sztumski, *Wstęp do techniki i metod badań społecznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1984, s. 20.

²¹⁷ T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych*, PWN, Warszawa 1977, s. 59.

²¹⁸ M. Łobocki, *Metody badań pedagogicznych*, PWN, Warszawa 1978, s. 125.

²¹⁹ M. Łobocki, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Impuls, Kraków 2006, s. 37.

procesu badawczego, czyli stanowi jeden z najważniejszych etapów całego badania²²⁰.

Uwzględniając powyższe definicje przedmiotem podjętych badań niniejszej pracy jest opis, realizacja i efekty Metody SPRING® w pracy z dzieckiem z autyzmem na etapie edukacji przedszkolnej.

Badania pedagogiczne określane są w dużym stopniu przez cele jakim służą. Jest to kolejne, podstawowe pojęcie. Definiowaniem celu badań, podobnie jak przedmiotu, zajmowało się wielu badaczy. Według definicji T. Pilcha celem badań jest dokładne poznanie rozpatrywanego przez badacza zagadnienia lub zjawiska i dotyczy to zarówno badań ilościowych jak i jakościowych. Pilch za cel badań uznaje poznanie, które umożliwia skuteczne działanie. Cel wyznacza intencje badacza²²¹.

Zdaniem W. Dudkiewicza „celem badań jest dążenie do wzbogacenia wiedzy o osobach, rzeczach lub zjawiskach, będących przedmiotem badań”²²².

W dostępnej literaturze dostrzec można również różne klasyfikacje celu badań i tak np. według Z. Skornego wyodrębnia się dwa jego rodzaje tj. cel teoretyczno-poznawczy, który dotyczy poznania przez badacza określonej kategorii zjawisk i wykryciem pewnych zależności oraz cel praktyczno-wdrożeniowy, który opiera się na wykorzystaniu wyników badań w różnych rodzajach działalności np. wychowawczej²²³.

Po uwzględnieniu powyższych definicji głównym celem poznawczym pracy uczyniono stworzenie spójnego całościowego opisu teorii i praktyki w zakresie metody pracy z dzieckiem z autyzmem na etapie przedszkolnym, integrującego wybrane teorie dyrektywne i niedyrektywne. Z kolei celem praktycznym jest przygotowanie rekomendacji dla przedszkoli w zakresie wdrożenia metody do pracy z dzieckiem z autyzmem w oparciu o uzyskane wyniki badań.

Cele badawcze:

1. Stworzenie spójnego i całościowego opisu teorii i praktyki w zakresie metody pracy z dzieckiem z autyzmem na etapie przedszkolnym, integrującego wybrane teorie dyrektywne i niedyrektywne.
2. Przygotowanie rekomendacji dla przedszkoli w zakresie wdrożenia metody do pracy z dzieckiem z autyzmem w placówce kształcenia ogólnodostępnego.

²²⁰ S. Nowak, *Metodologia badań społecznych*, PWN, Warszawa 1970, s. 27-30.

²²¹ T. Pilch, *Metodologia pedagogicznych badań środowiskowych*, PWN, Warszawa 1971, s. 100.

²²² W. Dudkiewicz, *Praca magisterska. Przewodnik metodyczny dla studentów pedagogiki*, wyd. II, „Strzelec” Kielce 1996, s. 31.

²²³ Z. Skorny, *Prace magisterskie z psychologii i pedagogiki. Przewodnik metodyczny dla studiujących nauczycieli*, Warszawa 1984, s. 65.

5.2. Problemy badawcze

Istotne, z punktu widzenia metodologii badań, jest zdefiniowanie problemów badawczych. „Problem jest to poważne zagadnienie z jakiejś dziedziny, które trzeba rozstrzygnąć, rozwiązać”²²⁴. T. Pilch, autor najpopularniejszej definicji, uważa, że problem badawczy jest „pytaniem o naturę badanego zjawiska, o istotę związku między zdarzeniami lub istotami i cechami procesów, cechami zjawiska, uświadomieniem sobie trudności z wyjaśnieniem i zrozumieniem określonego fragmentu rzeczywistości, deklaracjami o naszej niewiedzy zawartymi w gramatycznej formie pytania”²²⁵. W. Okoń charakteryzuje problem jako „zadanie wymagające pokonania jakiejś trudności o charakterze praktycznym lub teoretycznym przy udziale aktywności badawczej podmiotu”²²⁶. H. Muszyński za problemy uznaje „logiczne ujęcie niewiedzy oraz potrzeby wiedzy”²²⁷.

Dla potrzeb prezentowanych badań sformułowano następujące problemy badawcze:

Główne:

1. W jaki sposób współdziałanie terapii dyrektywnej i niedyrektywnej w pracy z dzieckiem z autyzmem wpływa na rozwój kompetencji społecznych dziecka z autyzmem na etapie przedszkolnym?

Szczegółowe:

1. Czy początkowa segregacja dzieci z autyzmem przynosi dobre efekty dla późniejszych etapów włączania ich do coraz szerszych grup dziecięcych?
2. W jaki sposób Metoda SPRING® wspiera rozwój sfery społecznej dziecka z autyzmem?
3. W jaki sposób Metoda SPRING® wspiera rozwój samodzielności i czynności samoobsługowych?
4. Czy i w jakim stopniu Metoda SPRING® wspomaga rodziców dzieci neurotypowych i rodziców dzieci ze spektrum autyzmu we wzajemnej akceptacji w procesie edukacji ich dzieci oraz budowaniu integracji społecznej?

²²⁴ S. Palka, *Metodologia. Badania. Praktyka pedagogiczna*, GWP, Gdańsk 2006, s. 11.

²²⁵ T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań pedagogicznych, strategie ilościowe i jakościowe*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001, s. 54.

²²⁶ W. Okoń, *Nowy słownik pedagogiczny*, „Żak”, Warszawa 2001, s. 315.

²²⁷ H. Muszyński, *Wstęp do metodologii pedagogiki*, PWN, Warszawa 1970, s. 177.

W przypadku badań prowadzonych na potrzeby tej pracy zaczerpnięto dane z następujących źródeł:

- analiza dokumentacji (orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, IPET, ewaluacja IPET-u, Wielospecjalistyczna Ocena Poziomu Funkcjonowania Dziecka, przygotowane na potrzeby pracy kwestionariusze, karty obserwacji dziecka -wstępna, śródroczna, końcowa),
- wywiady z rodzicami,
- analiza wytworów dziecka,
- analiza wideo,
- analiza wpisów w dzienniku.

5.3. Metoda badań i zastosowane techniki

W pracy zastosowano metodę badań jakościowych z uwagi na wykorzystanie otwartych sposobów gromadzenia danych: indywidualnych przypadków i pogłębionych studiów teoretycznych. Idea badań jakościowych pozwala nie tylko na odkrywanie, ale również konstruowanie wiedzy a za podstawowe kategorie badawcze przyjmuje się rozumienie i interpretację, co wymaga holistycznego podejścia i uwzględniania kontekstu badanych zjawisk. Mimo, iż podejście jakościowe wykazuje wiele słabych punktów badawczych jak chociażby subiektywizm poznania, trudności z ustrukturalizowaniem wyników, to wydaje się, że ta orientacja w aspekcie osobowej wartości badanego jako podstawowego założenia projektowania działań edukacyjnych jest szczególnie cenna do pogłębionego poznania funkcjonowania dziecka z autyzmem na etapie przedszkolnym.

Źródłem badań jakościowych są m.in. refleksje filozoficzne i badania antropologów społecznych. W pierwszym przypadku najbardziej znaczącym jest nurt fenomenologiczny, który swoje podstawy ma w badaniu otaczającej rzeczywistości i w tym w jaki sposób jawi się ona badaczowi²²⁸. Badania jakościowe wychodzą od pytania o to, jak ludzie postrzegają świat, jak interpretują różne zjawiska i jakie podejmują w związku z tym działania. W tym podejściu stawia się pytania otwarte i poszukuje na nie odpowiedzi. Badania jakościowe można prowadzić na różne sposoby jednak większość z nich charakteryzuje się wspólnymi cechami m.in. przebiegają one w trakcie

²²⁸ M. B. Miles, A. M. Huberman, *Analiza danych jakościowych*, Trans Humana, Białystok 2000, s. 8.

intensywnego i/lub długotrwałego kontaktu z sytuacją życiową, a rolą badacza jest uzyskanie holistycznego oglądu poddanego badaniom kontekstu. Zaletą badań jest to, że pomagają badaczom wyjść poza początkowy punkt widzenia danego zagadnienia m.in. poprzez dostarczanie nowych kategorii opisujących dane zjawisko. W pierwszym etapie badacz dokonujący analizy jakościowej ma do czynienia ze zbiorem danych pochodzących z wywiadów, obserwacji i własnych spostrzeżeń. Następnie dokonuje on swoistej segregacji materiałów w taki sposób, aby wyeksponować związki pomiędzy zmiennymi, cechy różnicujące podgrupy czy wspólne sekwencje²²⁹. W niniejszej rozprawie wykorzystano powyższy schemat badań ze szczególnym uwzględnieniem studium przypadku.

Jedną z metod badawczych zaliczanych do badań jakościowych jest studium przypadku²³⁰. Autorzy zajmujący się zagadnieniami studium przypadku kładą w swoich rozważaniach nacisk na aspekty proceduralne. Szczególnie ważna z punktu widzenia badań dziecka wydaje się definicja według A. Kamińskiego studium przypadku to sztuka, w której szczególne znaczenie odgrywa wiedza życiowa, nauka o człowieku a także umiejętność obcowania z ludźmi²³¹. Z kolei T. Pilch określił metodę indywidualnych przypadków jako „analizę jednostkowych losów ludzkich uwikłanych w określone sytuacje wychowawcze lub na analizie konkretnych zjawisk natury wychowawczej poprzez pryzmat jednostkowych biografii ludzkich z nastawieniem na opracowanie diagnozy przypadku lub zjawiska w celu podjęcia działań terapeutycznych”²³².

Metoda warunkuje odpowiednie techniki badawcze. Zdaniem A. Kamińskiego techniki badawcze „to przede wszystkim sposoby zbierania materiału oparte na starannie opracowanych dyrektywach (dokładnych, jasnych, ścisłych), weryfikowanych w badaniach różnych nauk społecznych i dzięki temu posiadających walor użyteczności międzydyscyplinarnej. Mają charakter instrukcji – tym użyteczniejszej, im wierniej stosowanej”²³³. Z kolei technika badawcza w ujęciu M. Łobockiego to „bliżej

²²⁹ Ibidem, s. 23.

²³⁰ M. Łobocki, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2000, s. 33.

²³¹ A. Kamiński, *Funkcje pedagogiki społecznej. Praca socjalna i kulturalna*, PWN, Warszawa 1974, s. 260.

²³² T. Pilch, T. Wujek, *Metody i techniki badań w pedagogice*, [w:] M. Godlewski, S. Krawcewicz, T. Wujek (red.), *Pedagogika*, PWN, Warszawa 1974, s. 62.

²³³ A. Kamiński, *Metoda, technika, procedura badawcza w pedagogice empirycznej*, [w:] R. Wroczyński, T. Pilch (red.), *Metodologia pedagogiki społecznej*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1974, s. 54.

skonkretyzowane wskazania określające możliwie dokładnie i szczegółowo przebieg organizowanego z jej pomocą procesu badawczego”²³⁴. W badaniach o charakterze pedagogicznym do najczęściej stosowanych technik zalicza się: obserwację, wywiad, ankietę, badanie dokumentów, techniki projekcyjne, analizę treści²³⁵. Dla przeprowadzenia badań w niniejszej pracy posłużono się następującymi technikami:

- analiza dokumentacji (orzeczenia o kształceniu specjalnym, Arkusza Obserwacji Metody SPRING®, Indywidualnego Programu Edukacyjno-Terapeutycznego, wpisów w dzienniku),
- wywiad (wywiad z rodzicami dziecka z autyzmem),
- ankietę (ankieta dla rodziców badająca postawy wobec wspólnej edukacji dzieci z autyzmem z dziećmi rozwijającymi się neurotypowo),
- analiza wytworów dziecka,
- analiza nagrań wideo,
- analiza dokumentacji fotograficznej.

Narzędziami zastosowanymi w pracy są: kwestionariusz wywiadu, ankietę, arkusz obserwacyjny, kamera.

5.4. Opis zastosowanych technik

5.4.1. Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING®

Arkusze służy do oceny najbardziej rozwiniętych umiejętności dziecka, umiejętności, które dopiero się pojawiają oraz takich, których dziecko nie posiada w sferze komunikacji społecznej i zabawy. Arkusz składa się z opisu sfer objętych diagnozą z uwzględnieniem opisu funkcjonowania dziecka w zakresie motoryki małej i dużej, umiejętności na poziomie sfery poznawczej, percepcyjnej, emocjonalno-motywacyjnej oraz społecznej. Opis funkcjonowania dziecka uwzględnia jego mocne i słabe strony. Zebrane dane umożliwiają utworzenie profilu rozwojowego, który wyznacza strategię interwencji oraz realistyczne i specyficzne cele. Otrzymane dane uwzględniane są w dokumencie IPET (Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny), do którego

²³⁴ M. Łobocki, *Wprowadzenie do metodologii...*, op. cit., s. 231.

²³⁵ A. Góralski, *Metody badań pedagogicznych w zarysie*, WSPS, Warszawa 1989, s. 29-38.

wypełnienia obliguje placówkę prawo oświatowe. Arkusz uzupełniany jest minimum trzy razy w roku.

5.4.2. Arkusz analizy nagrań wideo

Jedną z metod obserwacyjnych stosowanych w pracy z dzieckiem z autyzmem przy wykorzystaniu Metody SPRING® jest nagrywanie bieżącego funkcjonowania dziecka zarówno w warunkach przedszkolnych, jak i domowych, a następnie wnikliwa analiza nagrań wideo. Zastosowanie tego narzędzia pozwala na zaangażowanie rodziców do obserwacji zachowań dziecka w domu, a wspólna analiza nagrań z nauczycielem pomaga zrozumieć założenia terapii i ocenić rzetelnie efektywność stosowanych metod i form pracy.

5.4.3. Ankieta dla rodziców dzieci rozwijających się typowo

Wzór arkusza wywiadu z rodzicem dziecka neurotypowego został stworzony do analizy postaw wobec wspólnej edukacji dzieci z autyzmem z dziećmi neurotypowymi. W Polsce obowiązkiem szkolnym objęte są wszystkie dzieci bez względu na to, czy posiadają orzeczenie o kształceniu specjalnym. Tak jak wspomniano w początkowych rozdziałach niniejszej rozprawy wielokrotnie więcej uczniów z zaburzeniami ze spektrum autyzmu uczęszcza do placówek ogólnodostępnych niż specjalnych²³⁶.

W celu zidentyfikowania poglądów rodziców na temat wspólnej edukacji dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu z ich neurotypowo rozwijającymi się rówieśnikami przeprowadzono ankietę wśród rodziców dzieci uczęszczających do Niepublicznego Przedszkola Akademia Kota Leonarda. Wśród pytań zamkniętych pojawiły się również pytania otwarte, które stały się uzupełnieniem reakcji rodziców. Do pytań otwartych można zaliczyć opis spostrzeżeń rodziców dotyczących edukacji dzieci z autyzmem z dziećmi neurotypowymi lub podanie trzech zalet edukacji wspólnej dzieci z autyzmem z dziećmi bez wyzwań rozwojowych.

²³⁶ I. Chrzanowska, *Problemy edukacji dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010, s. 1-176.

5.4.4. Arkusz wywiadu z rodzicem dziecka z autyzmem

Arkusz wywiadu z rodzicem dziecka z autyzmem został stworzony do zebrania danych na temat subiektywnych odczuć rodziców odnośnie do funkcjonowania ich dziecka na początku edukacji przedszkolnej i w trakcie uczęszczania do przedszkola. Arkusz zawiera pytania zamknięte i otwarte, dotyczące funkcjonowania dziecka głównie w sferze społecznej i samodzielności.

5.5. Teren, czas i organizacja badań

Planując proces badawczy nie sposób pominąć określenia i przebiegu prowadzonych badań. Badania pedagogiczne powinny mieć konkretny przebieg. Zgodnie z klasyfikacją M. Łobockiego można wyróżnić następujące etapy badań:

- obecność sytuacji problemowej,
- formułowanie problemów badawczych i hipotez,
- projektowanie narzędzi badawczych,
- wybór osób badanych,
- przeprowadzenie badań, opracowanie ich wyników oraz sformułowanie wniosków²³⁷.

Według T. Pilcha „wybór terenu badań to przede wszystkim typologia wszystkich zagadnień, cech i wskaźników, jakie muszą być zbadane, odnalezienie ich na odpowiednim terenie, u odpowiednich grup społecznych lub w układach i zjawiskach społecznych a następnie wytypowanie rejonu, grup zjawisk i instytucji jako obiektów zainteresowania”²³⁸.

Badania na potrzeby niniejszej pracy zostały przeprowadzone w Niepublicznym Przedszkolu Akademia Kota Leonarda w latach 2017-2021. Niepubliczne Przedszkole Akademia Kota Leonarda zostało utworzone w 2016 roku. Od stycznia 2017 roku rozpoczęło swoją działalność. W tym czasie do przedszkola zostało przyjęte pierwsze dziecko z diagnozą autyzmu i rozpoczęły się działania nad opracowaniem założeń teoretycznych i praktycznych Metody SPRING®. Od 2020 roku organem prowadzącym

²³⁷ M. Łobocki, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków 2007, s. 37.

²³⁸ T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Żak, Warszawa 1995, s. 176.

przedszkole jest Fundacja Kuku Kotku, której założycielami są lek. med. Tomasz Małkiewicz – ginekolog, położnik i Magdalena Markowska – psycholog i autorka niniejszej dysertacji. Doktor Małkiewicz sprawuje również opiekę epidemiologiczną nad placówką. Prywatnie jest dziadkiem dziecka z autyzmem.

W przedszkolu zatrudnionych jest 5 nauczycieli specjalistów i dwie pomoce nauczyciela.

Poniżej znajduje się prezentacja kadry Niepublicznego Przedszkola Akademia Kota Leonarda, która od 2017 roku nieustająco jest obecna przy tworzeniu Metody SPRING® i stwarza warunki do realizacji założeń metody.

Fotografia 24. Katarzyna Sokołowska.



Źródło: archiwum własne

Katarzyna Sokołowska od września 2020 roku dyrektorką Niepublicznego Przedszkola „Akademia Kota Leonarda”. Pedagog wczesnoszkolny i przedszkolny, terapeutka behawioralna, terapeutka ręki, terapeutka Treningu Umiejętności Społecznych. Specjalistka od rozwijania talentów i zdolności poznawczych.

Fotografia 25. Magdalena Słowy.



Źródło: archiwum własne

Magdalena Słowy – oligofrenopeda, socjoterapeutka, pedagog specjalny, terapeutka behawioralna, specjalistka wybiórczości pokarmowej.

Fotografia 26. Karolina Umerle.



Źródło: archiwum własne

Karolina Umerle – neurologopeda, pedagog, specjalistka terapii miofunkcjonalnej i wczesnej interwencji logopedycznej.

Fotografia 27. Kamila Sadzikowska



Źródło: archiwum własne

Kamila Sadzikowska – terapeutka Integracji Sensorycznej, oligofrenopedagog, terapeutka behawioralna, logopeda, pedagog przedszkolny i wczesnoszkolny.

Fotografia 28. Karolina Brzoska



Źródło: archiwum własne

Karolina Brzoska – pomoc nauczyciela, administracja.

Fotografia 29. Beata Sobczyk.



Źródło: archiwum własne

Beata Sobczyk – pomoc nauczyciela

Fotografia 30. Magdalena Markowska



Źródło: archiwum własne

Fotografia 32. Widok przedszkola z zewnątrz



Źródło: archiwum własne

Fotografia 33. Widok na ogród



Źródło: archiwum własne

Fotografia 34. Ogród przedszkolny



Źródło: archiwum własne

6. WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

Analizy potwierdziły, że w trakcie edukacji i terapii metodą SPRING® dzieci autystyczne wykazały możliwe do uogólnienia korzyści w rozwoju interakcji społecznych (szczególnie w zakresie naśladownictwa i inicjacji) oraz zabawy i związanej z nią aktywności symbolicznej. Poniżej zaprezentowane są poszczególne studia przypadków wybranych dzieci uczęszczających do przedszkola Akademia Kota Leonarda na przełomie lat 2017-2021i uczących się Metodą SPRING®.

Na wstępie przedstawiona została charakterystyka trzech chłopców, którzy są na różnym etapie funkcjonowania, ale wszyscy trzej posiadają diagnozę autyzmu. Następnie zostały przedstawione zbiorczo wyniki pokazujące zaobserwowane zmiany w zachowaniu i umiejętnościach chłopców. Do zaprezentowania wyników posłużyły analizy: Arkusza Obserwacyjnego Metody SPRING®, Indywidualnego Programu Edukacyjno-Terapeutycznego, wyniki Arkusza Analizy Nagrań Wideo, wyniki ankiety dla rodziców, informacje z wywiadu z rodzicami dziecka z autyzmem oraz interpretacja zapisów w dzienniku i wytworów dziecka. Kopie dokumentów oraz zdjęcia zostały umieszczone w aneksach do niniejszej dysertacji.

6.1. Studia przypadków

6.1.1. Historia Stasia

Data urodzenia: 26.12.2017

Z wywiadu przeprowadzonego z mamą chłopca wynika, że Staś został urodzony drogami natury. Poród trwał 8 godzin. Od początku w pielęgnację dziecka zaangażowany był tata. Głównie w kąpiele chłopca, ponieważ, jak sugeruje mama, kiedy ona to robiła Staś mocno płakał. Rodziców zaniepokoił brak mowy u chłopca i kiedy skończył 2 lata udali się na konsultację logopedyczną. W wieku 2 lat i 7 miesięcy chłopiec otrzymał skierowanie do psychologa w celu obserwacji pod kątem zaburzeń ze spektrum autyzmu. Staś został zdiagnozowany w wieku 3 lat. Rodzice zgłosili się do mnie w celu konsultacji psychologicznej z powodu trudności wychowawczych. Na podstawie pogłębionego wywiadu i obserwacji można było stwierdzić występowanie cech typowych dla zaburzeń ze spektrum autyzmu. Staś nie reagował na imię i nie

nawiażywał kontaktu wzrokowego. Nie reagował na polecenia i nie podjął prób diagnostycznych. Większość czasu spędzał na dywanie lub zrzucając zabawki z regału. Staś w tym okresie miał włosy sięgające ramion. Rodzice zasygnalizowali, że mają trudność z pójściem do fryzjera czy lekarza z uwagi na trudne zachowania chłopca: gryzienie, krzyk, szczypanie. Z uwagi na podejrzenie nieharmonijnego rozwoju pokierowałam rodziców do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w celu uzupełnienia diagnostyki i wydania opinii o Wczesnym Wspomaganiu Rozwoju Dziecka. Rodzice chłopca otrzymali również informację o konieczności konsultacji psychiatrycznej. Od września 2020 roku Staś jest pod opieką poradni Psychologiczno-Pedagogicznej z powodu problemów rozwojowych małego dziecka. Chłopiec uczęszczał do przedszkola ogólnodostępnego w swoim miejscu zamieszkania. Warunkiem przyjęcia chłopca do placówki było przeprowadzenie przez rodziców treningu czystości. Trening zakończył się sukcesem. W ramach WWRD chłopiec korzystał ze wsparcia logopedy, który realizował zajęcia w warunkach domowych chłopca. Po około 3 spotkaniach logopeda zrezygnowała z prowadzenia terapii przekazując informację rodzicom, że Staś „nie nadaje się do terapii, ponieważ nie słucha i ma zachowania agresywne”. Po kontrolnym badaniu psychopedagogicznym rodzice zdecydowali się zapisać Stasia do przedszkola Akademia Kota Leonarda i prowadzić syna Metodą SPRING®.

Fotografia 35. Ankieta z rodzicem S.S. przed podjęciem terapii.

Ankieta dla rodziców dzieci z autyzmem

Stos
przed
08.03.2013.

Ankieta dla rodziców

Przedszkole Akademia Kota Leonarda to przedszkole przyjazne dzieciom z autyzmem. Ideą placówki jest edukacja włączająca. W związku z tym proszę Państwa o wypełnienie ankiety mającej na celu poznanie Państwa zdania na temat edukacji włączającej.

Wyniki zostaną wykorzystane w pracy doktorskiej

„METODA EDUKACYJNO-TERAPEUTYCZNA SPRING® W PRACY Z DZIECKIEM Z AUTYZMEM NA ETAPIE PRZEDSZKOLNYM. OPIS, REALIZACJA, EFEKTY napisanej pod kierunkiem prof. dr. hab. Lidii Marszałek.

Dziękuję za poświęcony czas

Magdalena Markowska

Imię i nazwisko: S
Wiek: 3 lata 2 miesiące
Płeć: mężczyzna
Wykształcenie: średnie

K
3 1/2 lat
mężczyzna
średnie

1.	Czy Pana/Pani dziecko nawiązuje kontakty społeczne z innymi dziećmi? Jeżeli tak, to w jaki sposób?	Tak	<input checked="" type="radio"/> Nie
2.	Czy Pana/ Pani dziecko bawi się w udawanie albo w zabawy „na niby”?	Tak	<input checked="" type="radio"/> Nie
3.	Czy Pana/Pani dziecko reaguje, gdy woła je Pan/Pani po imieniu?	Tak	<input checked="" type="radio"/> Nie
4.	Czy Pana/Pani dziecko nawiązuje z Panem/Panią kontakt	<input checked="" type="radio"/> Tak	Nie

1

Źródło: archiwum własne

Fotografia 36. Ankieta z rodzicem S.S. przed podjęciem terapii

Ankieta dla rodziców dzieci z autyzmem

	wzrokowy?		
5.	Czy Pana/Pani dziecko próbuje naśladować to, co Pan/Pani robi?	Tak	<input checked="" type="radio"/> Nie
6.	Czy Pana/Pani dziecko wykonuje proste polecenia np. siadaj, daj.	Tak	<input checked="" type="radio"/> Nie
7.	Czy pana/Pani dziecko komunikuje się werbalnie?	Tak	<input checked="" type="radio"/> Nie
8.	Czy Pana/Pani dziecko używa gestu do komunikowania się z Panem/Panią?	<input checked="" type="radio"/> Tak	Nie
9.	Proszę opisać funkcjonowanie Pana/Pani dziecka:		

Funkcjonowanie było bardzo trudne, syn był "nieśmiały". ~~Chciał~~ Musiał gestami "no swoim", chodził się na rotacji. Nie rozumiał poleceń i nie chciał ich wykonywać. Bardzo uciążliwe występowanie zodiakomii truche np. histenia w sklepie, albo złości na polecenie.

2

Źródło: archiwum własne

Chłopiec na początku swojej edukacji w przedszkolu pracował w relacji 1:1 głównie w celu opisanego profilu sensorycznego i podjęcia intensywnej terapii procesów integracji sensorycznej. Staś nie rozumiał zagrożenia np. wchodził na stół, meble, parapet. Bardzo dużo biegał. Początkowe zajęcia z metody W. Sherborne odbywały się krótko i chłopiec podczas tych zajęć często płakał. Staś próbował inicjować kontakt wzrokowy, częściej w trakcie zabaw kontaktowo-dotykowych na materacu. Sporadycznie reagował na imię. Lizał dłonie, wkładał palce do buzi. Po intensywnej pracy terapeutycznej i ustabilizowaniu procesów sensorycznych chłopiec zaczął stopniowo wchodzić w proces edukacji stolikowej. Na samym początku tylko siadał do stolika i wykonywał krótkie zadania typu trzelementowe układanki płaskie. Po wnikliwej obserwacji zauważono, że chłopiec niewerbalnie wskazuje, że chce przejść do drugiej sali w której przebywają inne dzieci. Po wykonaniu kilku prób zespół wraz z rodzicami podjął decyzję, że Staś rozpocznie dzień od zabawy z rówieśnikami. Po przyjsciu do przedszkola wchodził do sali i przebywał z dziećmi zajmując się swoimi aktywnościami. Chłopiec preferował szczególnie zabawę drewnianymi samochodzikami i samolotem. Staś nie witał się, nie żegnał, nie reagował na mowę otoczenia. Nie pozwolił wykonać oceny narządów artykulacyjnych, nie wykonywał ćwiczeń np. dmuchania. Po czasie Staś układał wieżę z klocków, ale nie odwzorowywał takiej samej według podanego wzoru. Klocki układał schematycznie, jeden za drugim. Chłopiec nie zwracał uwagi na bawiące się dzieci, ale przebywając wśród nich nie wykazywał zachowań agresywnych i autoagresywnych. Czasami chodził na palcach. Nie lubił dotykania w obrębie głowy. Jednak ogromnym sukcesem okazało się, kiedy rodzice przyprowadzili Stasia do przedszkola w nowej fryzurze. Momentem przełomowym w pracy ze Stasiem była wizyta u fryzjera zakończona sukcesem. Wokalizował, piszczał, krzyczał, nie wypowiadał słów. Efektem terapii logopedycznej było wyrównywanie deficytów w mowie przez używanie wskazywania lub innych gestów w celu proszenia, współdzielenia uwagi, czy wyrażania stanów emocjonalnych. Na przełomie sierpnia-września 2021 zauważono wiele symptomów, które świadczyły o woli Stasia do komunikowania, m.in. zaczął się denerwować, gdy wskazywanie palcem to za mało. Chciał się z nami komunikować, dlatego podjęto decyzję o wdrożeniu komunikacji wspomagającej dla Stasia. Chłopiec uczestniczył w tworzeniu swojego segregatora do komunikacji. Naukę korzystania z niego zaczęto od pojedynczych piktogramów typu: daj, jeść, siku, dom, zabawa. Jednak bardzo szybko trzeba było powiększyć repertuar znaków. Ciekawym momentem była sytuacja, w której Staś

zauważył, że z grzejnika leci woda i szybko podbiegł do segregatora. Wertując kolejne strony był zniecierpliwiony, chciał opowiedzieć o tym nauczycielom jednak w zestawieniu brakowało odpowiedniego piktogramu, więc zaczął krzyczeć i wskazywał palcem na faktycznie uszkodzony grzejnik. Od tego momentu rozpoczęto wdrażanie w system komunikacyjny Stasia program Mówik.

Obecnie chłopiec realizuje podstawę programową w grupie rówieśniczej. Jest samodzielny. Inicjuje zabawy z dziećmi i pojawia się zabawa symboliczna. Rozpoczyna kontakt wzrokowy i go podtrzymuje, reaguje na imię.

Poniżej zaprezentowano wyniki z obserwacji. Pierwsza odbyła się podczas przyjęcia dziecka do placówki. Dwie kolejne w trakcie trwania edukacji Metodą SPRING®. Wyniki uwzględniają obserwowane podczas badań sfery: społeczną ze szczególnym uwzględnieniem zabawy oraz związaną z samodzielnością.

Tabela 5. Wyniki dziecka S.S. uzyskane na różnej przestrzeni czasowej w zakresie sfery społecznej i samodzielności.

Dane dziecka	Obserwacja I	Obserwacja II	Obserwacja III
S.S.	10.03.2021	05.07.2021	13.12.2021
SFERA SPOŁECZNA			
kontakt wzrokowy	brak	wybiórczy	inicjuje kontakt wzrokowy
reakcja na imię	brak	wybiórcza	reaguje na imię
naśladowanie ruchów w zakresie motoryki dużej	brak	wybiórczo	Wybiórczo
naśladowanie ruchów w zakresie mimiki	brak	brak	Wybiórczo
budowanie wieży z klocków	brak	wybiórczo	buduje wieżę z klocków
zabawa tematyczna	brak	brak	występuje prosta zabawa tematyczna
dzielenie wspólnego pola uwagi	brak	brak	Wybiórczo
uczestnictwo w zabawach ruchowych	brak	wybiórczo	uczestniczy z pomocą

			terapeuty
odpowiedz na proste polecenia	brak	wybiórczo	posługuje się książką komunikacyjną
zabawa w grupie	brak	wybiórczo	uczestniczy w zabawach w grupie
SFERA SAMODZIELNOŚCI			
używanie chusteczki do nosa	brak	z pomocą terapeuty	samodzielnie
mycie i wycieranie rąk	brak	z pomocą terapeuty	z pomocą terapeuty
korzystanie z toalety	samodzielnie	samodzielnie	samodzielnie
ubieranie i rozbieranie się	brak	z pomocą terapeuty	Wybiórczo
spożywanie posiłków	karmiony	z pomocą terapeuty	samodzielnie, przeważnie rękoma
porządkowanie miejsca zabawy	brak	z pomocą terapeuty	z pomocą terapeuty
posługiwanie się chwytem pesetowym	brak	z pomocą terapeuty	samodzielnie

Źródło: opracowanie własne

Chłopiec uczęszcza do przedszkola od marca 2021r. Stasiu dobrze funkcjonuje w środowisku przedszkolnym. Wchodzi w interakcję z dziećmi – niekiedy jeszcze na własnych zasadach. Pojawiają się próby zabawy tematycznej, Staś bawi się m.in. w strażaka, lekarza a także adekwatnie używa aut i samolotu do zabawy. Wdrożono komunikację AAC – chłopiec samodzielnie korzysta z stworzonej przez terapeutę książki, pojawiają się próby wprowadzenia „Mówika” na tablecie. Staś posługuje się 30-40 piktogramami, które pozwalają mu na zrozumiałą komunikację z otoczeniem. W mowie chłopca pojawiły się pojedyncze wyrażenia dźwiękonaśladowcze (koko, łuuu, kuku, pi, papa, brrr) a także wyrazy zarówno w j. polskim np. nie i w j. angielskim (blue, green, red, no). W zaistniałej sytuacji problemowej Stasiu prosi o pomoc poprzez zaznaczenie piktogramu „pomóż mi” lub ciągnięcie za rękę. U chłopca nie obserwuje się już zachowań autoagresywnych, natomiast zachowania agresywne pojawiają się sporadycznie a po zaistniałej sytuacji okazuje on skruchę (zaznacza w książce

komunikacyjnej piktogram „przytul”). Zaobserwowano u chłopca poprawę w podstawowych czynnościach samoobsługowych, które wykonuje samodzielnie tj. spożywanie posiłków, korzystanie z toalety, mycie rąk i zębów, ubieranie kurtki, czapki i butów. Pomocy wymaga przy zapięciu kurtki, ubieraniu skarpetek czy odwróceniu garderoby. Chłopiec bardzo chętnie uczestniczy w zajęciach terapeutycznych, zarówno stolikowych jak i na dywanie. Chętnie uczy się nowych umiejętności. Zaobserwowano

Poniżej znajduje się prezentacja wybranej dokumentacji dotyczącej dziecka na podstawie której wyciągnięto wyżej wymienione wnioski. Są to: ankieta z rodzicami dziecka przed podjęciem terapii, ankieta z rodzicami w trakcie terapii, arkusz obserwacji Metody SPRING®, dokumentacja przedszkolna: Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny, wybrane przykłady realizacji działań edukacyjno-terapeutycznych, ewaluacje, rysunki i prace dziecka, dokumentacja fotograficzna oraz arkusz analizy nagrań wideo.

Fotografia 37. Analiza nagrań wideo S.S.

ARKUSZ ANALIZY NAGRAŃ WIDEO S.S.

DATA NAGRANIA	OPIS SYTUACJI	METODA PRACY	OPIS FUNKCJONOWANIA DZIECKA	INNE
13.08.2021r.	Praca stolikowa Zajęcia WARD - dopasowywanie wz. kubków	Praca stolikowa	Chłopiec wykonuje polecenia, układa kubki wg wzoru	— Gokcińska
25.08.2021r.	Zabawa swobodna w grupie, wstawianie puzeli	Praca przy stoliku	Dziecko spokojne, wstawia puzle 36- elementowe	Prosi o pomoc głównie Świąt
05.12.2021r.	Zajęcia terapeutyczne kolory, kształty	Praca 1:1, na dywanie, książka komunikacyjna.	Chłopiec nazywa kolory w języku angielskim Rozróżnia kolory i kształty	— Sokołowska

Źródło: opracowanie własne

Interpretując arkusz analizy nagrań wideo można stwierdzić, że chłopiec uczestniczy zarówno w pracy 1:1 przy stoliku i na dywanie oraz w zabawach swobodnych w grupie. Opis funkcjonowania dziecka wskazuje na to, że Staś nie przejawia zachowań trudnych podczas zajęć, osiąga kolejne cele edukacyjne m.in. nazywa kolory również w języku angielskim, rozróżnia kształty układa kubki według wzoru. Wybrane filmy przedstawiające funkcjonowanie dziecka w przedszkolu zostały umieszczone na

dodatkowym nośniku pamięci dołączonym do pracy co umożliwia samodzielne obejrzenie i ocenę funkcjonowania.

Fotografia 38. Ankieta z rodzicem S.S. z dnia 14.12.2021r.

Ankieta dla rodziców dzieci z autyzmem

*stał po
14.12.2021r.*

Ankieta dla rodziców

Przedszkole Akademia Kota Leonarda to przedszkole przyjazne dzieciom z autyzmem. Ideą placówki jest edukacja włączająca. W związku z tym proszę Państwa o wypełnienie ankiety mającej na celu poznanie Państwa zdania na temat edukacji włączającej.

Wyniki zostaną wykorzystane w pracy doktorskiej

„METODA EDUKACYJNO-TERAPEUTYCZNA SPRING® W PRACY Z DZIECKIEM Z AUTYZMEM NA ETAPIE PRZEDSZKOLNYM. OPIS, REALIZACJA, EFEKTY napisanej pod kierunkiem prof. dr. hab. Lidii Marszałek.

Dziękuję za poświęcony czas

Magdalena Markowska

Imię i nazwisko: *S*

Wiek: *4 lata*

Płeć: *męsko*

Wykształcenie: *średnie*

S K

35 lat

średnio

średnie

1.	Czy Pana/Pani dziecko nawiązuje kontakty społeczne z innymi dziećmi? Jeżeli tak, to w jaki sposób? <i>próbuje się bawić z innymi dziećmi widać się i reaguje</i>	<input checked="" type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
2.	Czy Pana/ Pani dziecko bawi się w udawanie albo w zabawy „na niby”?	<input checked="" type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
3.	Czy Pana/Pani dziecko reaguje, gdy woła je Pan/Pani po imieniu?	<input checked="" type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
4.	Czy Pana/Pani dziecko nawiązuje z Panem/Panią kontakt	<input checked="" type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie

1

Źródło: archiwum własne

Fotografia 39. Ankieta z rodzicem S.S. z dnia 14.12.2021r.

Ankieta dla rodziców dzieci z autyzmem

	wzrokowy?		
5.	Czy Pana/Pani dziecko próbuje naśladować to, co Pan/Pani robi?	<input checked="" type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
6.	Czy Pana/Pani dziecko wykonuje proste polecenia np. siadaj, daj.	<input checked="" type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
7.	Czy pana/Pani dziecko komunikuje się werbalnie?	<input type="radio"/> Tak	<input checked="" type="radio"/> Nie
8.	Czy Pana/Pani dziecko używa gestu do komunikowania się z Panem/Panią? <i>pokojuje palcem, czasem dotyka słowa</i>	<input checked="" type="radio"/> Tak	<input type="radio"/> Nie
9.	Proszę opisać funkcjonowanie Pana/Pani dziecka:		

pójść
 słone
 tak nie
 ręce
 tu
 widać
 p
 angrejska

Syn dużo lepiej funkcjonuje w życiu codziennym.
 Często bawi się z dziećmi i widać u niego do-
 robony. Zależy bawić się w zabawę u niego,
 chętnie nosi zabawki. Jest też bardzo
 samodzielny. W komunikacji korzysta z
 kieszonki komunikacyjnej. Często ma zaważenie
 i depresyjnie się do sytuacji. Zachowanie. Trudno
 występuje nerwowo i często je myślić. Widać dużo.
 Nauczył się też myśleć i odpowiedzieć w innych dniach.

2

Źródło: archiwum własne

Fotografia 40. Wypełniony Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING® studium przypadku S.S. – część 1

Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING®

**NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLE
Akademia Kota Leonarda**
ul. Powstańców Wlkp. 10a, 87-500 Brodnica
NIP 533 321 47 70
KRS 000787332
www.akademialeonarda.pl

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: 2.2017r.

Rozpoznanie: orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na autyzm –
! z dnia 02.02.2021 r.

Data sporządzenia: 10.03.2021r.

Opis dziecka: Chłopiec z diagnozą autyzmu z dnia 02.02.2019 roku.

Sfery objęte diagnozą	Opis funkcjonowania dziecka w określonej sferze	
	Mocne strony	Słabe strony
Sfera fizyczna		
Motoryka duża	<ul style="list-style-type: none"> Planowanie motoryczne. 	<ul style="list-style-type: none"> Nie zwraca uwagi na inne dzieci. Brak orientacji w schemacie ciała. Brak umiejętności łapania i rzucania piłki.
Motoryka mała	<ul style="list-style-type: none"> Dobrze radzi sobie z układankami płaskimi (manipuluje i obraca elementy). 	<ul style="list-style-type: none"> Nie nawleka koralików. Nie wodzi narzędziem pisarskim po kartce. Brak chwytu pęsetowego.

I

Źródło: archiwum własne

Fotografia 41. Wypełniony Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING® studium przypadku S.S. – część 2

Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING®		
<p>NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLE Akademia Kota Leonarda ul. Powstańców: Wilkop. 10a, 87-300 Brodnica tel. 733 371 87-300 Brodnica Zmieszki Integracja sensoryczna KRS 0000787332 www.akademialeonarda.pl</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Uczestniczy w zajęciach muzycznych. • Wykazuje reakcję na zmianę dźwięku. • Samodzielnie spożywa posiłki rękoma. • Samodzielnie pije z kubka. 	<ul style="list-style-type: none"> • Wymaga intensywnej stymulacji w obrębie całego ciała. • Brak samodzielności w czynnościach samoobsługowych np. mycie rąk, korzystanie z toalety. • Nie sprząta zabawek, nie odkłada ich na swoje miejsce.
Sfera poznawcza		
Kontakt wzrokowy		<ul style="list-style-type: none"> • Brak kontaktu wzrokowego z terapeutą.
Reakcja na imię		<ul style="list-style-type: none"> • Brak reakcji na imię.
Porozumiewanie się (komunikacja)	<ul style="list-style-type: none"> • Próby wymawiania wyrażeń dźwiękonaśladowczych. 	<ul style="list-style-type: none"> • Chłopiec nie używa mowy spontanicznej. • Nie dąży do kontaktu z drugą osobą (brak intencji komunikacyjnej). • Nie inicjuje kontaktów niewerbalnych. • Nie pokazuje przedmiotu palcem. • Nie reaguje na proste komunikaty i polecenia (rozumienie kontekstowe).

Źródło: archiwum własne

Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING®

NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLE
Akademia Kota Leonarda
ul. Powstańców Wlkp. 10a, 87-300 Brodnica
tel. 533 321 477
NIP 874-179-50-20
KRS 0000787332
www.akademikotaleonarda.pl

Sfera percepcyjna		
Percepcja słuchowa	<ul style="list-style-type: none"> Reaguje na zmiany dźwięków w otoczeniu. 	<ul style="list-style-type: none"> Nie identyfikuje dźwięków pochodzących z otoczenia.
Koordinacja wzrokowo-ruchowa	<ul style="list-style-type: none"> Segreguje przedmioty wg jednej cechy: kolor, kształt. 	<ul style="list-style-type: none"> Nie naśladowuje ruchów motoryki dużej Chłopiec nie wskazuje palcem przedmiotu, który chce ani tego, o który pyta terapeuta.
Sfera emocjonalno-motywacyjna		
Radzenie sobie z emocjami	<ul style="list-style-type: none"> Reaguje uśmiechem na widok rodzica. 	<ul style="list-style-type: none"> Jeśli aktywność nie podoba się chłopcu to reaguje krzykiem.
Motywacja do nauki i pokonywanie trudności	<ul style="list-style-type: none"> Zniechęca się przy nowych zadaniach. 	<ul style="list-style-type: none"> Motywowany poprzez puszczanie kilku sekund piosenki „Była sobie żabka mała”.
Sfera społeczna		
Kompetencje społeczne	<ul style="list-style-type: none"> Podjęmowanie prób zabawy tematycznej. 	<ul style="list-style-type: none"> Nie prosi o pomoc. Nie sygnalizuje potrzeb. Brak mowy czynnej i biernej.
Relacje z dorosłymi	<ul style="list-style-type: none"> Cieszy się na widok rodzica i przytula się do niego. 	<ul style="list-style-type: none"> Nie nawiązuje kontaktu z terapeutami.

Fotografia 44. Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny - studium przypadku S.S. –
część 1

NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLE
Akademia Kota Leonarda
ul. Powstańców Wlkp. 10a, 87-300 Brodnica
tel. 533 321 477
NIP 874-179-50-20
KRS 0000787332
www.akademikotaleonarda.pl

IPET

INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNO-TERAPEUTYCZNY (IPET)

Dla ucznia z autyzmem

I. METRYCZKA:	
Imię i nazwisko ucznia	S
Rok urodzenia ucznia	2017 r.
Podstawa opracowania karty IPET	NR 5
Data opracowania IPET	10.03.2021r.
Okres na jaki IPET został opracowany	Etap wychowania przedszkolnego
II. CHARAKTERYSTYKA FUNKCJONOWANIA UCZNIWA	
PODSTAWOWE INFORMACJE O UCZNIU, OPRACOWANE NA PODSTAWIE ORZECZENIA ORAZ WIELOSPECJALISTYCZNEJ OCENY FUNKCJONOWANIA	
a) Diagnostyka Chłopiec z diagnozą autyzmu dziecięcego, jest dzieckiem niemówiącym, wybiórczo reaguje na imię, słabo utrzymuje kontakt wzrokowy. Wykazuje zaburzenia integracji sensorycznej. Szybko wpada w złość, wówczas rzuca przedmiotami, które znajdują się w jego zasięgu oraz kładzie się na podłogę. Chłopiec nie rozumie zagrożenia, wspina się na stół, meble, parapet, płoty.	Mocne strony dziecka <ul style="list-style-type: none"> dłuższa koncentracja uwagi przy zajęciach stolikowych (wybranych), segreguje przedmioty według jednej cechy: kolor, kształt, dobrze radzi sobie z układankami płaskimi, sygnalizuje potrzeby fizjologiczne, prosi o pomoc ciągnąc terapeutę za rękę, wypowiada kilka wyrażeń, dźwiękonaśladowczych, pojawia się zabawa tematyczna, wykonuje proste polecenia: daj, usiądź, wstań, naśladuje niektóre gesty i czynności.
b) Zalecenia Stymulować wszechstronny rozwój dziecka, funkcje poznawcze i percepcyjne. Pracować nad wydłużeniem koncentracji uwagi podczas różnych aktywności, budować interakcję oraz wspólne pole uwagi i widzenia. Działania dziecka powinny być wspomagane przez nauczycieli i specjalistów, logopedę, psychologa, terapeutę integracji sensorycznej.	Trudności dziecka <ul style="list-style-type: none"> wybiórcza reakcja na imię, krótkotrwały kontakt wzrokowy, niewykształcona mowa czynna, słabo rozwinięty słownik bierny, słabe rozumienie poleceń, nasilona złość podczas niepowodzeń, nie posługuje się sztuczkami podczas spożywania posiłków, nie naśladuje dźwięków po terapii, brak zabawy z rówieśnikami.
c) Uzasadnienie Potencjał chłopca uzasadnia potrzebę objęcia go specjalną organizacją metod, form i środków zajęciowych. Forma i metody kształcenia pozwolą dostosować wymagania edukacyjne do indywidualnych potrzeb i możliwości dziecka.	Funkcjonowanie w grupie przedszkolnej <ul style="list-style-type: none"> sporadyczne spędzanie czasu w grupie przedszkolnej nieadekwatne zachowania w stosunku do rówieśników unikanie kontaktu z rówieśnikami

Fotografia 45. Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny - studium przypadku S.S. – część 2

<p>NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLE Akademia Kota Leonarda ul. Powstańców Wlkp. 10a, 87-300 Brodnica tel. 533 321 477 NIP 874-179-50-20 KRS 0000787332 www.akademikotaleonarda.pl</p>		<p>IPET</p>
<p>III. ZAKRES I SPOSÓB DOSTOSOWANIA WYMAGAŃ EDUKACYJNYCH DO INDYWIDUALNYCH POTRZEB ROZWOJOWYCH I EDUKACYJNYCH ORAZ MOŻLIWOŚCI PSYCHOFIZYCZNYCH UCZNIĄ, W SZCZEGÓLNOŚCI PRZEZ ZASTOSOWANIE ODPOWIEDNIH METOD I FORM PRACY Z UCZNIEM</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Działania o charakterze terapeutycznym • Korelacja programu rewalidacji z planami miesięcznymi pracy • Częste stosowanie pracy 1:1 w trakcie samodzielnej pracy • Praca na materiale rzeczywistym • Tabliczka motywacyjna, wzmocnienia żetonowe 		
<p>IV. ZINTEGROWANE DZIAŁANIA NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW PROWADZĄCYCH ZAJĘCIA Z UCZNIEM- UKIERUNKOWANE NA POPRAWĘ FUNKCJONOWANIA UCZNIĄ ORAZ WZMACNIANIE JEGO UCZESTNICTWA W ŻYCIU SZKOLNYM</p>		
<p>a) Cele edukacyjne</p>	<ul style="list-style-type: none"> • rozwijanie sprawności motorycznej i manualnej • nauka prostych poleceń, tj. <i>daj, weź, siadaj, wstań, chodź</i>, • wydłużanie czasu koncentracji • kształtowanie koordynacji wzrokowo- ruchowej • rozwijanie mowy i komunikacji alternatywnej • rozwijanie umiejętności samoobsługowych 	
<p>b) Cele terapeutyczne</p>	<ul style="list-style-type: none"> • rozwijanie umiejętności naśladownictwa • kształtowanie kontaktu wzrokowego • kształtowanie reakcji na imię • budowanie motywacji do pracy • budowanie umiejętności współdziałania 	
<p>c) Cele wychowawcze</p>	<ul style="list-style-type: none"> • wdrażanie do uczestnictwa w życiu przedszkolnym • rozwijanie umiejętności zabawy 	
<p>V. FORMY I OKRES UDZIELANIA UCZNIOWI POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ ORAZ TYGODNIOWY WYMIAR GODZIN, W KTÓRYM POSZCZEGÓLNE FORMY BĘDĄ REALIZOWANE</p>		
<p>Zajęcia Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka - 60 minut</p> <p>Zajęcia integracji sensorycznej - 60 minut</p> <p>Zajęcia rewalidacyjne - 60 minut</p> <p>Zajęcia logopedyczne - 30 minut</p> <p>Trening Umiejętności Społecznych - 60 minut</p>		
<p>2</p>		

Źródło: archiwum własne

Fotografia 46. Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny - studium przypadku S.S. –
część 3

<p>NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLI Akademia Kota Leonarda ul. Powstańców Wlkp. 10a, 87-300 Brodnica tel. 533 321 477 NIP 874-179-50-20 KRS 0000787332 www.akademikotaleonarda.pl</p>	<p>IPET</p>
<p>VI. DZIAŁANIA WSPIERAJĄCE RODZICÓW UCZNIA ORAZ ZAKRES WSPÓLDZIAŁANIA Z PPP, PLACÓWKAMI DOSKONALENIA NAUCZYCIELI, ORGANIZACJAMI POZARZĄDOWYMI, INNYMI INSTYTUCJAMI, ORAZ PODMIOTAMI DZIAŁAJĄCYM NA RZECZ RODZINY, DZIECI I MŁODZIEŻY</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • konsultacje indywidualne i grupowe • warsztaty • współdziałanie ze specjalistami z poradni w zakresie przekazywania informacji o dziecku (za zgodą rodziców) 	
<p>VII. ZAJĘCIA REWALIDACYJNE Z UWZGLĘDNIENIEM INDYWIDUALNYCH POTRZEB ROZWOJOWYCH I EDUKACYJNYCH ORAZ MOZLIWOŚCI PSYCHOFIZYCZNYCH UCZNIA</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Kształtowanie systemu motywacji dziecka • Kształtowanie umiejętności utrzymywania kontaktu wzrokowego i reakcji na imię • Kształtowanie interakcji dziecka z innymi osobami • Rozwijanie umiejętności naśladownictwa • Rozwijanie wspólnego pola uwagi • Rozwijanie umiejętności zabawy • Rozwijanie samodzielności w organizowaniu swojego działania • Redukowanie zachowań niepożądanych 	
<p>VIII. ZAKRES WSPÓŁPRACY NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW Z RODZICAMI UCZNIA</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • wyjaśnianie specyfiki zaburzenia • konsultacje • spotkania omawiające realizację założonych celów 	
<p>IX. RODZAJ I SPOSÓB DOSTOSOWANIA WARUNKÓW ORGANIZACJI KSZTAŁCENIA DO RODZAJU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI UCZNIA (w zależności od potrzeb)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • wydzielone miejsce do pracy 1:1 • nauczyciel wspomagający • warunki komfortu akustycznego 	

Fotografia 47. Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny - studium przypadku S.S. – część 4

IPET

NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLE
Akademia Kota Leonarda
 ul. Powstańców Wlkp. 10a, 87-300 Brodnica
 tel. 533 321 477
 NIP 874-179-50-20
 KRS 0000787332
 www.akademiakotaleonarda.pl

X. EWALUACJA REALIZACJI IPET

Data przeprowadzenia ewaluacji		
Wnioski z ewaluacji		
Uwagi i informacje dotyczące konieczności modyfikacji programu		
Wnioski do dalszej pracy		
Podpisy członków zespołu	Imię i nazwisko członka zespołu	Podpis
Podpisy rodziców ucznia	Imię i nazwisko rodzica	Podpis
Pieczętka i podpis Dyrektora	Dyrektor	

Sposób powiadomienia rodziców/prawnych opiekunów o proponowanej formie pomocy:

.....
 Data
Podpis rodziców/prawnych opiekunów

Podpis nauczycieli sporządzających IPET

Dyrektor

 IVAWO

4

Źródło: archiwum własne

Fotografia 48. Wybrany przykład realizacji działań edukacyjno-terapeutycznych - studium przypadku S.S. – część 1

Indywidualne zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze

Miesiąc WRZEŚNIEN / PAŹDZIERNIK

Data, godzina	Kierunek usprawniania	Informacja o przebiegu zajęć	Uwagi z obserwacji, podpis
07.09.2021 13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰		Obserwacja dziecka podczas swobodnej zabawy.	Słowy
14.09.2021 13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰	komunikacja	Dostrzeżenie znajomości piktogramów w książce komunikacyjnej.	Autoprec po rozmowa z dzieckiem i wskazanie przedmiotów terapeutycznych piktogramy. Słowy
21.09.2021 13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰	klasyfikacja	Klasyfikowanie przedmiotów i obiektów wg koloru.	Autoprec prawidłowo klasyfikuje wg koloru jest wroliwy i przyjaźnie. Słowy
28.09.2021 13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰		Autoprec nieobecny	Słowy
05.10.2021 13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰	wspólne prace uragi	Rozwijanie wspólnego pda uragi.	Słowy
12.10.2021 13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰		Autoprec nieobecny.	Słowy
19.10.2021 13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰	procesy poznawcze.	Jesiennie przedmioty - dopasowywanie kolorami, składowanie cieni.	Autoprec z pomocą niechętnie szedł na zajęcia. Pracował samodzielnie i tuż po wyjściu z sali. Po wyjściu z sali nie rozmawiał i nie odpowiadał na pytania. Słowy
26.10.2021 13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰		Autoprec nieobecny	

Kontrola 24.09.2021.
Katarzyna Sokółowska

Kontrola 15.10.2021.
Katarzyna Sokółowska

Kontrola 29.10.2021.
Katarzyna Sokółowska

Źródło: archiwum własne

Fotografia 49. Wybrany przykład realizacji działań edukacyjno-terapeutycznych - studium przypadku S.S. – część 2

Indywidualne zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze

Miesiąc LISTOPAD


Data, godzina	Kierunek usprawniania	Informacja o przebiegu zajęć	Uwagi z obserwacji, podpis
02.11.2021 13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰		Ćwiczenie wiedzy	Stawy
09.11.2021 13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰	Komunikacja	Wprowadzenie w książkę komunikacyjnej piktogramów "bdi bruch" i "bdi głowa"	Chłopiec bardzo płaczący. Reakcje smutkiem na widok piktogramów. Stawy
16.11.2021 13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰	nasładowictwo	Wykonywanie ćwiczeń z terapeuta - program 1 M. i Ch. Knillów	Wspieranie chłopca w złości. Pożądanie wykonania ćwiczenia z pomocą terapeuty. Stawy
23.11.2021 13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰	szeregowanie	Wkładanie obrzeżów w 'odwróconej' kolejności od strony lewej do prawej na zasadzie odwrotności	Chłopiec złości się, bledzi w momencie wkładania obrzeża. Wskazuje na brak miejsca kolejność od strony lewej do prawej. Stawy
30.11.2021 13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰	kategoryzacja	Znajdywanie obrzeżów na zasadzie taki sam.	Chłopiec pracuje bardzo ładnie. Stawy
07.12.2021	motoryka mała	rozwijanie umiejętności robienia konstrukcyjnej: budowanie wież i piramid z kuleczkami	Chłopiec z pomocą pracuje wędrownie. Pożądanie budowy wieży i piramid. Stawy

Kontrola 18.12.2021
Katarzyna Sokółowska
S. Tarska

Kontrola 30.11.2021
Katarzyna Sokółowska
S. Tarska

Źródło: archiwum własne

Fotografia 50. Ewaluacja - studium przypadku S.S.



EWALUACJA

Ewaluacja z II semestru 2020/2021

Imię i nazwisko dziecka: Str

WNIOSKI:

- Poprawa koncentracji uwagi.
- Rozumie i reaguje na proste polecenia, tj. daj, usiądź, pokaż, weź, wstań, chodź.
- Wprowadzona komunikacja alternatywna.
- Samodzielność podczas toalety, myciu zębów, ubieraniu butów.
- Poszerzenie słownictwa biernego o nowe słowa (zabawki, proste czynności, części ciała).
- Sporadycznie naśladuje czynności, ruchy, gesty po terapeutę.
- Dłuższy czas utrzymywania kontaktu wzrokowego z terapeutą.
- Reakcja na imię.
- Praca z tabliczką motywacyjną i systemem nagród.
- Układa 6-elementowe puzzle.
- Kategoryzuje według kształtu i koloru.
- Dopasowuje do cienia.
- Wypowiada niektóre samogłoski za terapeutę.
- Pojawiają się wyrażenia dźwiękonaśladowcze.

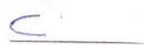
ZALECENIA:

- Usprawnianie motoryki małej – terapia ręki.
- Integracja Sensoryczna – ćwiczenia równoważne i dostarczanie bodźców dotykowych i czucia głębokiego.
- Kontynuowanie intensywnej terapii logopedycznej.
- Poszerzanie słownika czynnego i biernego.
- Kształtowanie kontaktu wzrokowego.
- Doskonalenie samoobsługi-posługiwanie się sztućcami w trakcie jedzenia.

Zalecenia dla rodziców:

- Zajęcia manualne w celu rozwijania motoryki małej.
- Praca nad emocjami i stwarzanie sprzyjających warunków do rozwoju i nauki.
- Korzystanie z książki komunikacyjnej.
- Nie wyręczanie dziecka w czynnościach samoobsługowych.
- Kierowanie do dziecka prostych, krótkich poleceń.

Odebrałam/odebrałem



Podpis rodzica

Niepubliczne Przedszkole Akademia Kota Leonarda
ul. Powstańców Wielkopolskich 10a
87-300 Brodnica

Źródło: archiwum własne

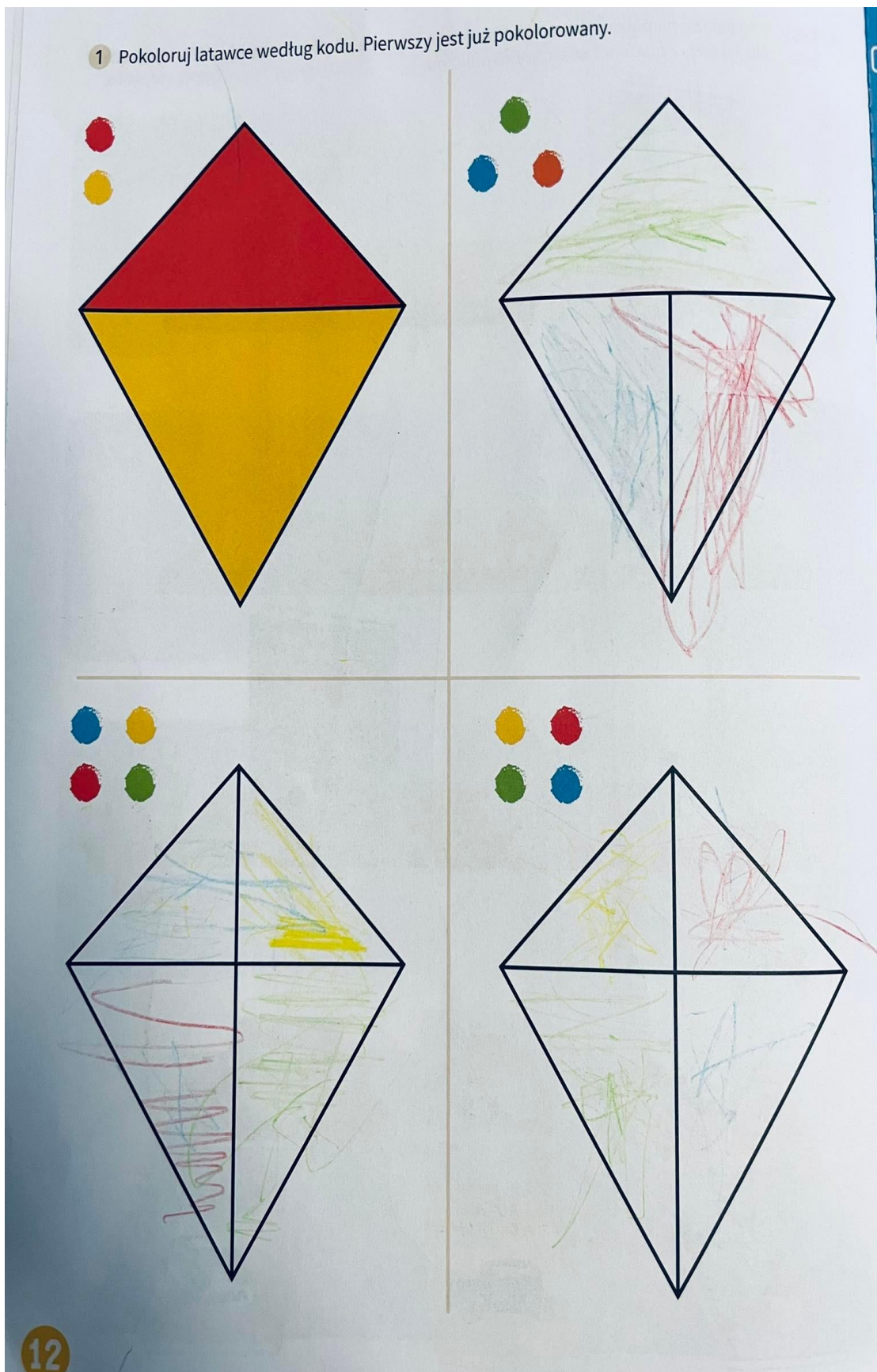
Poniżej znajdują się wybrane prace plastyczne Stasia. Analiza rysunków (prac plastycznych) dziecka wskazuje na lekki nacisk na kartkę i wybiórczo prawidłowy chwyt. Znacznej poprawie uległo skupienie uwagi na wykonywanym zadaniu. Stasiu podejmuje próby na poziomie bazgroły dziecięcej. Nie potrafi kolorować elementów według wyznaczonych linii, ale rozumie polecenia dobrania odpowiednich kolorów. Nadal ma trudności z przerysowywaniem figur.

Fotografia 51. Rysunki dziecka poddane analizie- studium przypadku S.S. – część 1



Źródło: archiwum własne

Fotografia 52. Rysunki dziecka poddane analizie- studium przypadku S.S. – część 2



Fotografia 53. Dokumentacja fotograficzna wybranych aktywności dziecka - studium przypadku S.S.



Źródło: archiwum własne

Fotografia 54. Stasiu przed i w trakcie wizyty u fryzjera



Źródło: archiwum własne

Podsumowując zebrane dane chłopiec uzyskał poprawę w funkcjonowaniu w zakresie kompetencji komunikacyjnych, samoobsługowych oraz społecznych. Wypracowano przewidywane w IPET osiągnięcia Stasia m.in. chłopiec używa książki komunikacyjnej AAC, pojawiają się wyrażenia dźwiękonaśladowcze. Stasiu inicjuje i utrzymuje kontakt wzorkowy, reaguje na imię a w zakresie samoobsługi potrafi zakładać i zdejmować buty i kurtkę, prawidłowo korzysta z toalety.

Efektom oddziaływań jest całkowite włączenie chłopca w pracę grupy. Stasiu wykonuje prace stolikowe w grupie, uczestniczy w zabawach ruchowych, sam organizuje sobie czas wolny. Bardzo często w książce komunikacyjnej zaznacza piktogram „nauka” co wskazuje na inicjowanie przez Stasia zajęć edukacyjnych. Warto zaznaczyć, że umiejętności generalizowane są na środowisko domowe. Chłopiec komunikuje się z rodzicami za pomocą książki AAC. Zaobserwowano wyciszenie zachowań trudnych, chłopiec wskazuje poprzez piktogramy swoje potrzeby.

6.1.2. Historia Borysa

Data urodzenia: 16.08.2016

Z wywiadu przeprowadzonego z mamą chłopca wynika, że poród Borysa trwał długo. Po 16 godzinach odbyło się cięcie cesarskie. Chłopiec uzyskał 6 punktów w skali Apgar. Urodził się z objawami niedotlenienia – (3 godziny w kanale rodnym). Chłopiec od 4 miesiąca życia jest rehabilitowany ruchowo z uwagi na zaburzenia napięcia mięśniowego. Z opóźnieniem przebiegała mowa chłopca. Borys objęty był specjalistyczną opieką lekarską: neurolog dziecięcy i psychiatra. Z wywiadu z rodzicami wiadomo, że był badany w Poradni Genetycznej w Gdańsku, ale nie wykazały one żadnych nieprawidłowości. Pierwsze sugestie, że dziecko rozwija się nieharmonijnie rodzice uzyskali od lekarza rodzinnego na bilansie dwulatka, który skierował rodziców do neurologa i psychologa. Od lipca 2019 do października 2019 roku dziecko było dwukrotnie badane u psychiatry, trzech neurologów, wykonano badanie słuchu, EEG i tomografię. Rozpoznanie autyzmu dokonała poradnia w Gdańsku. Rozpoznany autyzm wczesnodziecięcy. Orzeczenie o kształceniu specjalnym z uwagi na autyzm wraz z opinią o WWRD zostały wydane 10.09.2019.

Fotografia 55. Ankieta z rodzicem B.M. przed podjęciem terapii

Ankieta dla rodziców dzieci z autyzmem

*Barys przed
07.10.2018 v.*

Ankieta dla rodziców

Przedszkole Akademia Kota Leonarda to przedszkole przyjazne dzieciom z autyzmem. Ideą placówki jest edukacja włączająca. W związku z tym proszę Państwa o wypełnienie ankiety mającej na celu poznanie Państwa zdania na temat edukacji włączającej.

Wyniki zostaną wykorzystane w pracy doktorskiej

„METODA EDUKACYJNO-TERAPEUTYCZNA SPRING® W PRACY Z DZIECKIEM Z AUTYZMEM NA ETAPIE PRZEDSZKOLNYM. OPIS, REALIZACJA, EFEKTY napisanej pod kierunkiem prof. dr. hab. Lidii Marszałek.

Dziękuję za poświęcony czas

Magdalena Markowska

Imię i nazwisko: *B*

Wiek: *29*

Płeć: *K*

Wykształcenie: *Średnie*

1.	Czy Pana/Pani dziecko nawiązuje kontakty społeczne z innymi dziećmi? Jeżeli tak, to w jaki sposób?	Tak	Nie <i>X</i>
2.	Czy Pana/ Pani dziecko bawi się w udawanie albo w zabawy „na niby”?	Tak	Nie <i>X</i>
3.	Czy Pana/Pani dziecko reaguje, gdy woła je Pan/Pani po imieniu?	Tak	Nie <i>X</i>
4.	Czy Pana/Pani dziecko nawiązuje z Panem/Panią kontakt	Tak	Nie <i>X</i>

1

Źródło: archiwum własne

Fotografia 56. Ankieta z rodzicem B.M. przed podjęciem terapii

Ankieta dla rodziców dzieci z autyzmem

	wzrokowy?		
5.	Czy Pana/Pani dziecko próbuje naśladować to, co Pan/Pani robi?	Tak	Nie X
6.	Czy Pana/Pani dziecko wykonuje proste polecenia np. siadaj, daj.	Tak	Nie X
7.	Czy pana/Pani dziecko komunikuje się werbalnie?	Tak	Nie X
8.	Czy Pana/Pani dziecko używa gestu do komunikowania się z Panem/Panią?	Tak	Nie X
9.	Proszę opisać funkcjonowanie Pana/Pani dziecka: bardzo trudne, przez brak kontaktu. Pampersowany.		

2

Źródło: archiwum własne

Borys od października 2019 roku rozpoczął edukację i terapię Metodą SPRING®. Po wykonaniu obserwacji wykazano, że Borys nie łapie i nie rzuca piłki, nie jeździ na rowerze trójkołowym, nie umie pedałowac. Nie nawiązywał relacji z dziećmi. Był biernym obserwatorem. Wkładał przedmioty do ust. Chłopiec nie nawiązywał kontaktu wzrokowego. Nie mówił i nie wokalizował. Kontakt wzrokowy zmienny – przez większość czasu nie nawiązywał kontaktu albo zdarzał się intensywny kontakt wzrokowy – wpatrywanie się. Nie podejmował zabawy pacynką, brał ją i stymulował się w obrębie twarzy. Przykładał przedmioty do buzi. Nie reagował na próby włączenia go do zabawy z piłką. Nie reagował na dźwięk kołatki. Badał za to klocki sensorycznie. Stwierdzono brak koordynacji obu rąk, wykonywał zadania jedną ręką, często bez kontroli wzroku. Borys od początku terapii miał trudności z naśladowaniem. W zakresie motoryki małej nie nawlekał kulki z otworami na sznurowadło. Nie umieszczał elementów w otworach według wielkości. Chłopiec dobrze radził sobie z układaniem wieży z 5 klocków (brak koordynacji obu rąk). Układał 4-elementowej układankę z pomocą terapeuty. Nie przerysowywał linii pionowej i koła. Ogólnie niechętnie wykonywał zadania związane z kolorowaniem. Chłopiec nie wskazywał własnych części ciała oraz części ciała pacynki. Z uwagi na zaburzenia w sferze społecznej i komunikacyjnej chłopiec wymagał kształcenia specjalnego w okresie wychowania przedszkolnego.

Poniżej przedstawiono wyniki z obserwacji B. M. przed podjęciem edukacji i w trakcie Metodą SPRING®.

Tabela 6. Wyniki dziecka B. M. uzyskane na różnej przestrzeni czasowej w zakresie sfery społecznej i samodzielności.

Dane dziecka	Obserwacja I	Obserwacja II	Obserwacja III
B.M.	10.10.2019	05.03.2020	13.09.2020
	SFERA SPOŁECZNA		
kontakt wzrokowy	brak	wybiórczy	Występuje
reakcja na imię	brak	wybiórcza	reaguje na imię
naśladowanie ruchów w zakresie motoryki dużej	brak	wybiórczo	Wybiórczo
naśladowanie ruchów w	brak	wybiórczo	naśladuje

zakresie mimiki			
budowanie wieży z klocków	brak	z pomocą terapeuty	z pomocą terapeuty
zabawa tematyczna	brak	z pomocą terapeuty	Występuje
dzielenie wspólnego pola uwagi	brak	wybiórczo	Wybiórczo
uczestnictwo w zabawach ruchowych	brak	z pomocą terapeuty	uczestniczy
odpowiedź na proste polecenia	brak	komunikacja niewerbalna	komunikacja niewerbalna z elementami komunikacji werbalnej
zabawa w grupie	brak	wybiórczo	uczestniczy w zabawach w grupie
SFERA SAMODZIELNOŚCI			
używanie chusteczki do nosa	Brak	z pomocą terapeuty	samodzielnie
mycie i wycieranie rąk	Brak	z pomocą terapeuty	z pomocą terapeuty
korzystanie z toalety	Brak	z pomocą terapeuty	samodzielnie
ubieranie i rozbieranie się	Brak	z pomocą terapeuty	Wybiórczo
spożywanie posiłków	Karmiony	z pomocą terapeuty	samodzielnie, posługuje się łyżką i widelcem
porządkowanie miejsca zabawy	Brak	z pomocą terapeuty	samodzielnie
posługiwanie się chwytem pesetowym	Brak	z pomocą terapeuty	posługuje się

Źródło: opracowanie własne

Od roku obserwuje się znaczną poprawę w zachowaniu i funkcjonowaniu chłopca. Borys zaczyna posługiwać się pojedynczymi zdaniami a zasób słownictwa czynnego i biernego znacznie się poszerzył. Borys potrafi powiedzieć jak ma na imię, ile ma lat, zna wszystkie imiona kolegów i koleżanek z przedszkola, a także osób z najbliższego otoczenia. Prosi o pomoc. Gdy nie jest w stanie czegoś powiedzieć wspomaga się komunikacją niewerbalną. Chłopiec większość czasu spędza w grupie rówieśniczej-

bawi się z dziećmi, wykonuje z nimi zadania z podstawy programowej. Występuje zabawa tematyczna. Chętnie współpracuje z terapeutą przy zadaniach stolikowych. Znacznej poprawie uległa motoryka mała i motoryka duża. Czynności samoobsługowe wykonuje z pomocą nauczyciela: ubieranie się, spożywanie posiłków. Borysowi mimo intensywnej terapii nadal trudność sprawiają: nauka kolorów, ćwiczenia grafomotoryczne, czekanie na swoją kolej.

Poniżej znajduje się prezentacja wybranej dokumentacji dotyczącej dziecka na podstawie której wyciągnięto wyżej wymienione wnioski. Są to: ankieta z rodzicami dziecka przed podjęciem terapii, ankieta z rodzicami w trakcie terapii, arkusz obserwacji Metody SPRING®, dokumentacja przedszkolna: Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny, wybrane przykłady realizacji działań edukacyjno-terapeutycznych, ewaluacje, rysunki i prace dziecka, dokumentacja fotograficzna oraz arkusz analizy nagrań wideo.

Fotografia 57. Analiza nagrań wideo B.M

ARKUSZ ANALIZY NAGRAŃ WIDEO B.M

DATA NAGRANIA	OPIS SYTUACJI	METODA PRACY	OPIS FUNKCJONOWANIA DZIECKA	INNE
12.05.2020.	Dziecko w grupie, czekanie na posiłek.	Przebywanie w grupie.	Dziecko kładzie siła uśmiech.	Zachowanie trwało ok. 10 min. po odwróceniu uwagi n-ka uspokaja się. <i>cyfrowa</i>
26.11.2020.	Zajęcia logopedyczne	zajęcia 1:1 z zajęć z stolikowe.	Dziecko porówna za terapeuta: auto, lisa, pisa. Wzrusz przedmiot nie dobitnie. <i>Kolejny kładzie uśmiech.</i>	<i>flsk</i>

Źródło: opracowanie własne

Analiza nagrań wideo dotyczy poziomu funkcjonowania dziecka z 2020 roku. Dokonano dwóch analiz w maju i listopadzie. Podczas przebywania w grupie i zajęć logopedycznych. Interpretując zapisy można stwierdzić, że Borys prezentował zachowania uwagowe podczas czekania na posiłek, zachowanie trwało około 10 minut. Podczas zajęć logopedycznych odbywających się w relacji 1:1 przy stoliku można było zaobserwować, że chłopiec osiąga kolejne cele edukacyjne m.in. Borys powtarza za

terapeutą proste wyrazy np. „lala”, „piłka”, nazywa przedmioty na obrazku oraz nawiązuje kontakt wzrokowy. Wybrane filmy przedstawiające funkcjonowanie dziecka w przedszkolu zostały umieszczone na dodatkowym nośniku pamięci dołączonym do pracy co umożliwia samodzielne obejrzenie i ocenę funkcjonowania.

Fotografia 58. Ankieta z rodzicem B.M. z dnia 14.12.2021r.

Ankieta dla rodziców dzieci z autyzmem

Bonyś po
14.12.2021r.

Ankieta dla rodziców

Przedszkole Akademia Kota Leonarda to przedszkole przyjazne dzieciom z autyzmem. Ideą placówki jest edukacja włączająca. W związku z tym proszę Państwa o wypełnienie ankiety mającej na celu poznanie Państwa zdania na temat edukacji włączającej.

Wyniki zostaną wykorzystane w pracy doktorskiej

„METODA EDUKACYJNO-TERAPEUTYCZNA SPRING® W PRACY Z DZIECKIEM Z AUTYZMEM NA ETAPIE PRZEDSZKOLNYM. OPIS, REALIZACJA, EFEKTY napisanej pod kierunkiem prof. dr. hab. Lidii Marszałek.

Dziękuję za poświęcony czas

Magdalena Markowska

Imię i nazwisko: B

Wiek: 29

Płeć: k

Wykształcenie: średnie

1.	Czy Pana/Pani dziecko nawiązuje kontakty społeczne z innymi dziećmi? Jeżeli tak, to w jaki sposób? <i>próbuję się bawić</i>	Tak <input checked="" type="checkbox"/>	Nie
2.	Czy Pana/ Pani dziecko bawi się w udawanie albo w zabawy „na niby”?	Tak <input checked="" type="checkbox"/>	Nie
3.	Czy Pana/Pani dziecko reaguje, gdy woła je Pan/Pani po imieniu?	Tak <input checked="" type="checkbox"/>	Nie
4.	Czy Pana/Pani dziecko nawiązuje z Panem/Panią kontakt	Tak <input checked="" type="checkbox"/>	Nie

1

Źródło: archiwum własne

Fotografia 59. Ankieta z rodzicem B.M. z dnia 14.12.2021r.

Ankieta dla rodziców dzieci z autyzmem

	wzrokowy?		
5.	Czy Pana/Pani dziecko próbuje naśladować to, co Pan/Pani robi?	Tak X	Nie
6.	Czy Pana/Pani dziecko wykonuje proste polecenia np. siadaj, daj.	Tak X	Nie
7.	Czy pana/Pani dziecko komunikuje się werbalnie?	Tak X	Nie
8.	Czy Pana/Pani dziecko używa gestu do komunikowania się z Panem/Panią?	Tak X	Nie
9.	Proszę opisać funkcjonowanie Pana/Pani dziecka: Poprawa pod każdym względem, Potrafi się komunikować. Odpowiedziany.		

2

Źródło: archiwum własne

Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING®

**NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLE
 Akademia Kota Leonarda**
 ul. Powstańców Wlkp. 10a, 87-300 Brodnica
 tel. 533 321 477
 NIP: 874-179-50-20
 KRS: 000787332
 www.akademikotaleonarda.pl

Imię i nazwisko: Borys

Data urodzenia: 04.08.2016r.

Rozpoznanie: orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na autyzm – nr 8/23/19/20 z dnia 10.09.2019 r.

Data sporządzenia: 10.10.2019r.

Opis dziecka: Chłopiec z diagnozą autyzmu z dnia 10.09.2019roku. Borys jest dzieckiem niemówiącym, pampersowanym. Chłopiec po wejściu do przedszkola krzyczy. Posiada zachowania trudne – uspokaja się tylko po włączeniu piosenki „Zabka mała”. Koncentracja uwagi i koordynacja wzrokowo-ruchowa są bardzo zaburzone.


Sfery objęte diagnozą	Opis funkcjonowania dziecka w określonej sferze	
	Mocne strony	Slabe strony
Sfera fizyczna		
Motoryka duża	<ul style="list-style-type: none"> Planowanie motoryczne. 	<ul style="list-style-type: none"> Zaburzenia napięcia mięśniowego. Brak orientacji w schemacie ciała. Zaburzenia chodu -podskakuje. Nie łapie i nie rzuca piłki.
Motoryka mała	<ul style="list-style-type: none"> Dobrze radzi sobie z układankami płaskimi (manipuluje i obraca elementy). 	<ul style="list-style-type: none"> Nie nawleka koralików. Nie wodzi narzędziem pisarskim po kartce.

Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING®

<p>NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLE Akademia Kota Leonarda ul. Powstańców: Wilkop. 10a, 87-300 Brodnica tel. 533 321 477 NIP 874-179-50-20 KRS 0000767332 www.akademiamakotaleonarda.pl</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nie podejmuje zabaw pacynką. • Nie odkręca samodzielnie słoika. • Brak chwytu pęsetowego. • Wymaga intensywnej stymulacji w obrębie całego ciała. • Nie reaguje na dźwięk kołatki. • Wkłada przedmioty do ust. • Brak samodzielności w czynnościach samoobsługowych i jak i edukacyjno-terapeutycznych. • Nie sprząta zabawek, nie odkłada ich na swoje miejsce. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bada klocki sensorycznie. • Wykazuje reakcję na zmianę dźwięku. • Samodzielnie spożywa posiłki. • Samodzielnie pije z kubka. 	<ul style="list-style-type: none"> • Wybiórczy kontaktu wzrokowy z terapeutą. • Brak reakcji na imię. • Brak wokalizacji. • Nie dąży do kontaktu z drugą osobą (brak intencji komunikacyjnej). • Nie pokazuje przedmiotu palcem w celu prośbienia.
<p>Zmysły i integracja sensoryczna</p>	<p>Czynności samoobsługowe</p>	<p>Sfera poznawcza</p>	
<p>Kontakt wzrokowy</p>	<p>Reakcja na imię</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zdarza się intensywny kontakt wzrokowy z terapeutą. • Próba kontaktów niewerbalnych. 	<p>Porozumiewanie się (komunikacja)</p>

Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING®

NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLE Akademia Kota Leonarda ul. Powstańców Wlkp. 10a, 87-300 Brodnica tel. 533 321 477 NIP 874-179-50-20 KRS 0000787332 www.akademikotaleonarda.pl		<ul style="list-style-type: none"> • Nie reaguje na proste komunikaty i polecenia (rozumienie kontekstowe).
Sfera percepcyjna		
Percepcja słuchowa	<ul style="list-style-type: none"> • Sporadycznie reaguje na zmiany dźwięków w otoczeniu. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nie identyfikuje dźwięków pochodzących z otoczenia.
Koordynacja wzrokowo-ruchowa	<ul style="list-style-type: none"> • Segreguje przedmioty wg. jednej cechy: kolor, kształt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ruchy obu rąk są nieskoordynowane. • Nie przerysowuje linii pionowej i koła. • Nie naśladuje wkładania patyczka w masę.
Sfera emocjonalno-motywacyjna		
Radzenie sobie z emocjami	<ul style="list-style-type: none"> • Reaguje uśmiechem na widok rodzica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Często próby wymuszenia krzykiem i płaczem.
Motywacja do nauki i pokonywanie trudności	<ul style="list-style-type: none"> • Zniechęca się przy nowych zadaniach. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dziecko podejmuje aktywność po włączeniu telefonu lub tabletu.
Sfera społeczna		
Kompetencje społeczne	<ul style="list-style-type: none"> • Podejmowanie prób zabawy tematycznej. • Brak prób nawiązania relacji z dziećmi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nie prosi o pomoc. • Nie sygnalizuje potrzeb. • Rozwój mowy przebiega z opóźnieniem.
Relacje z dorosłymi	<ul style="list-style-type: none"> • Reaguje na widok rodzica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nie nawiązuje kontaktu z terapeutami.

Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING®		
Relacje z rówieśnikami	<ul style="list-style-type: none">• Sporadyczne spędzanie czasu w grupie przedszkolnej.	<ul style="list-style-type: none">• Chłopiec nie nawiązuje kontaktu z dziećmi, unikanie kontaktu z rówieśnikami.
Czynniki wspierające/ułatwiające funkcjonowanie dziecka: <ul style="list-style-type: none">• uczęszczanie do grupy integracyjnej,• zajęcia terapeutyczne i specjalistyczne 1:1,• uczestniczenie w zajęciach wspomagających rozwój (zajęcia rewalidacyjne, zajęcia integracji sensorycznej, zajęcia korekcyjno-kompensacyjne, terapia logopedyczna),• zaangażowanie rodziców w proces edukacyjno-rozwojowy dziecka,• dostosowanie form i metod nauczania do aktualnych trudności,• stosowanie odpowiednich pomocy dydaktycznych,• odpowiednia organizacja pracy na zajęciach.		
Zapoznałam/em się z wielospecjalistyczną oceną poziomu funkcjonowania mojego dziecka. Kopię dokumentu otrzymałam/em:  podpis rodzica		

NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLE
Akademia Kota Leonarda
ul. Powstańców, V/klp. 10a, 87-300 Brodnica
tel. 533 321 477
NIP 874-179-50-20
KRS 000787332
www.akademialeonarda.pl

NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLE
Akademia Kota Leonarda
ul. Powstańców Wlkp. 10a, 87-300 Brodnica
tel. 533 321 477
NIP 674-179-50-20
KRS 0000787332
www.akademikotaleonarda.pl

INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNO-TERAPEUTYCZNY (IPET)

Dla ucznia z autyzmem

I. METRYCZKA:	
Imię i nazwisko ucznia	E
Rok urodzenia ucznia	2016 r.
Podstawa opracowania karty IPET	NR
Data opracowania IPET	10.10.2019 r.
Okres na jaki IPET został opracowany	Etap wychowania przedszkolnego
II. CHARAKTERYSTYKA FUNKCJONOWANIA UCZNI	
PODSTAWOWE INFORMACJE O UCZNIU, OPRACOWANE NA PODSTAWIE ORZECZENIA ORAZ WIELOSPECJALISTYCZNEJ OCENY FUNKCJONOWANIA	
a) Diagnostyka Chłopiec z diagnozą autyzmu dziecięcego, jest dzieckiem niemówiącym, nie reaguje na imię, słabo utrzymuje kontakt wzrokowy. Pojawiają się próby nawiązywania kontaktu z dziećmi.	Mocne strony dziecka <ul style="list-style-type: none"> dłuższa koncentracja uwagi przy zajęciach stolikowych segreguje przedmioty według jednej cechy: kolor, kształt dobrze radzi sobie z układankami płaskimi próby zabawy tematycznej samodzielnie spożywa posiłki próby wymawiania wyrażeń dźwiękonaśladowczych
b) Zalecenia Stymulować wszechstronny rozwój dziecka, funkcje poznawcze i percepcyjne. Pracować nad wydłużeniem koncentracji uwagi podczas różnych aktywności, budować interakcję oraz wspólne pole uwagi i widzenia. Działania dziecka powinny być wspomagane przez nauczycieli i specjalistów, logopedę, psychologa, terapeutę integracji sensorycznej.	Trudności dziecka <ul style="list-style-type: none"> słaba sprawność manualna brak reakcji na imię brak kontaktu wzrokowego brak mowy czynnej słabe rozumienie poleceń brak naśladownictwa słaba koordynacja ruchowa brak komunikacji werbalnej
c) Uzasadnienie Potencjał chłopca uzasadnia potrzebę objęcia go specjalną organizacją metod, form i środków zajęciowych. Forma i metody kształcenia pozwolą dostosować wymagania edukacyjne do indywidualnych potrzeb i możliwości dziecka.	Funkcjonowanie w grupie przedszkolnej <ul style="list-style-type: none"> sporadyczne spędzanie czasu w grupie przedszkolnej nieadekwatne zachowania w stosunku do rówieśników unikanie kontaktu z rówieśnikami

NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLE
Akademia Kota Leonarda
ul. Powstańców Wlkp. 10a, 87-300 Brodnica
tel. 533 321 477
NIP 874-179-50-20
KRS 0000787332
www.akademialeonarda.pl

<p align="center">III. ZAKRES I SPOSÓB DOSTOSOWANIA WYMAGAŃ EDUKACYJNYCH DO INDYWIDUALNYCH POTRZEB ROZWOJOWYCH I EDUKACYJNYCH ORAZ MOŻLIWOŚCI PSYCHOFIZYCZNYCH UCZNIĄ, W SZCZEGÓLNOŚCI PRZEZ ZASTOSOWANIE ODPOWIEDNIH METOD I FORM PRACY Z UCZNIEM</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Działania o charakterze terapeutycznym • Korelacja programu rewalidacji z planami miesięcznymi pracy • Częste stosowanie pracy 1:1 w trakcie samodzielnej pracy • Praca na materiale rzeczywistym • Tabliczka motywacyjna, wzmocnienia żetonowe 	
<p align="center">IV. ZINTEGROWANE DZIAŁANIA NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW PROWADZĄCYCH ZAJĘCIA Z UCZNIEM- UKIERUNKOWANE NA POPRAWĘ FUNKCJONOWANIA UCZNIĄ ORAZ WZMACNIANIE JEGO UCZESTNICTWA W ŻYCIU SZKOLNYM</p>	
<p>a) Cele edukacyjne</p>	<ul style="list-style-type: none"> • nauka prostych poleceń, tj. <i>daj, weź, siada, wstań, chodź</i> • kształtowanie kontaktu wzrokowego • kształtowanie reakcji na imię • kształtowanie koordynacji wzrokowo- ruchowej • kształtowanie komunikacji werbalnej
<p>b) Cele terapeutyczne</p>	<ul style="list-style-type: none"> • usprawnianie manualne • wydłużanie czasu koncentracji • wykonywanie ćwiczeń lewopółkulowych
<p>c) Cele wychowawcze</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wdrażanie do uczestnictwa w życiu przedszkolnym
<p align="center">V. FORMY I OKRES UDZIELANIA UCZNIOWI POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ ORAZ WYMIAR GODZIN, W KTÓRYM POSZCZEGÓLNE FORMY BĘDĄ REALIZOWANE</p>	
<p>Zajęcia Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka</p> <p>2 x 60 minut</p> <p>Zajęcia rewalidacyjne</p> <p>60 minut</p>	

Fotografia 66. Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny - studium przypadku B.M. –
część 3

<p>NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLE Akademia Kota Leonarda ul. Powstańców Wlkp. 10a, 87-300 Brodnica tel. 533 321 477 NIP: 874-179-50-20 KRS 0000787332 www.akademiakotaleonarda.pl</p>	<p>IPET</p>
<p>Zajęcia integracji sensorycznej 60 minut Zajęcia korekcyjno- kompensacyjne 60 minut Zajęcia logopedyczne 30 minut</p>	
<p style="text-align: center;">VI. DZIAŁANIA WSPIERAJĄCE RODZICÓW UCZNIĄ ORAZ ZAKRES WSPÓŁDZIAŁANIA Z PPP, PLACÓWKAMI DOSKONALENIA NAUCZYCIELI, ORGANIZACJAMI POZARZĄDOWYMI, INNYMI INSTYTUCJAMI, ORAZ PODMIOTAMI DZIAŁAJĄCYM NA RZECZ RODZINY, DZIECI I MŁODZIEŻY</p>	
<p>Konsultacje indywidualne i grupowe, warsztaty, współdziałanie ze specjalistami z poradni w zakresie przekazywania informacji o dziecku (za zgodą rodziców).</p>	
<p style="text-align: center;">VII. ZAJĘCIA REWALIDACYJNE Z UWZGLĘDNIENIEM INDYWIDUALNYCH POTRZEBROZWOJOWYCH I EDUKACYJNYCH ORAZ MOŻLIWOŚCI PSYCHOFIZYCZNYCH UCZNIĄ</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Kształtowanie systemu motywacji dziecka • Kształtowanie umiejętności utrzymywania kontaktu wzrokowego • Kształtowanie interakcji dziecka z innymi osobami • Rozwijanie umiejętności naśladownictwa 	
<p style="text-align: center;">VIII. ZAKRES WSPÓŁPRACY NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW Z RODZICAMI UCZNIĄ</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Wyjaśnianie specyfiki zaburzenia, konsultacje, spotkania omawiające realizację założonych celów 	
<p style="text-align: center;">IX. RODZAJ I SPOSÓB DOSTOSOWANIA WARUNKÓW ORGANIZACJI KSZTAŁCENIA DO RODZAJU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI UCZNIĄ (w zależności od potrzeb)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • wydzielone miejsce do pracy 1:1 • nauczyciel wspomagający • warunki komfortu akustycznego 	

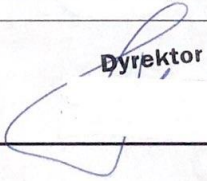
Źródło: archiwum własne

Fotografia 67. Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny - studium przypadku B.M. – część 4

IPET

NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLI
Akademia Kota Leonarda
 ul. Powstańców Wlkp. 10a, 87-200 Brodnica
 tel. 533 321 477
 NIP 874-179-50-20
 KRS 0000787332
 www.akademiskotaleonarda.pl

X. EWALUACJA REALIZACJI IPET

Data przeprowadzenia ewaluacji	/	
Wnioski z ewaluacji	/	
Uwagi i informacje dotyczące konieczności modyfikacji programu	/	
Wnioski do dalszej pracy	/	
Podpisy członków zespołu	Imię i nazwisko członka zespołu	Podpis
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
Podpisy rodziców ucznia	Imię i nazwisko rodzica	Podpis
	_____	_____
Pieczętka i podpis Dyrektora	 Dyrektor	

Fotografia 68. Wybrany przykład realizacji działań edukacyjno-terapeutycznych - studium przypadku B.M. – część 1

Indywidualne zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze

Miesiąc WRZESIEŃ I PAŹDZIERNIK

Data, godzina	Kierunek usprawniania	Informacja o przebiegu zajęć	Uwagi z obserwacji, podpis
06.09.2021 13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰		Chłopiec nieobecny	Stawy
13.09.2021 13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰	analiza i syntexa	rozwijanie zdolności analitycznej i syntetycznej oraz zależności przyczynowo-skutkowych	Chłopiec pracuje dobrze. Dostał do wiadomości zadanie. Powtórzone nowe słownictwo po terapii. Stawy
20.09.2021 13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰	nauka słów	Dostawienie znajomości słów przy użyciu programu edukacyjnego	Chłopiec myli słowa: ciemność, zielony, wesoły. Po ćwiczeniu poprawnie i w sposób poprawny. Stawy
27.09.2021 13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰		Chłopiec nieobecny	Stawy
04.10.2021 13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰	społeczność i logiczne myślenie	Sortowanie brzydkich elementów brzydkich do doniczki z senną. Tuzio „Co tu pasuje?”	Chłopiec powoli, ale poprawnie dopasowuje elementy. Z pomocą terapeuty nazywa elementy. Stawy
11.10.2021 13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰	motoryka wata	Wypleganie przy użyciu plastikowej jesiennych liści	
18.10.2021 13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰		Chłopiec nieobecny	Stawy
25.10.2021 13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰		Zajęcia nie odbyły się z powodu zawiązań lekarskich	

Kontrola *W. Sokolowska* Kontrola *W. Sokolowska* Kontrola *W. Sokolowska*

Źródło: archiwum własne

Fotografia 69. Wybrany przykład realizacji działań edukacyjno-terapeutycznych - studium przypadku B.M. – część 2

NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLE
Akademia Kota Leonarda
 ul. Powstańców Wlkp. 10a, 87-300 Brodnica
 tel. 533 321 477
 NIP 874-179-50-20
 KRS 0000787332
 www.akademiakotaleonarda.pl

ANEKS

DO INDYWIDUALNEGO PROGRAMU EDUKACYJNO – TERAPEUTYCZNEGO

NA ROK SZKOLNY 2021/2022

DLA UCZNIĄ Borys

Orzeczenie nr 8/23/19/20 z dnia 10.09.2019r.

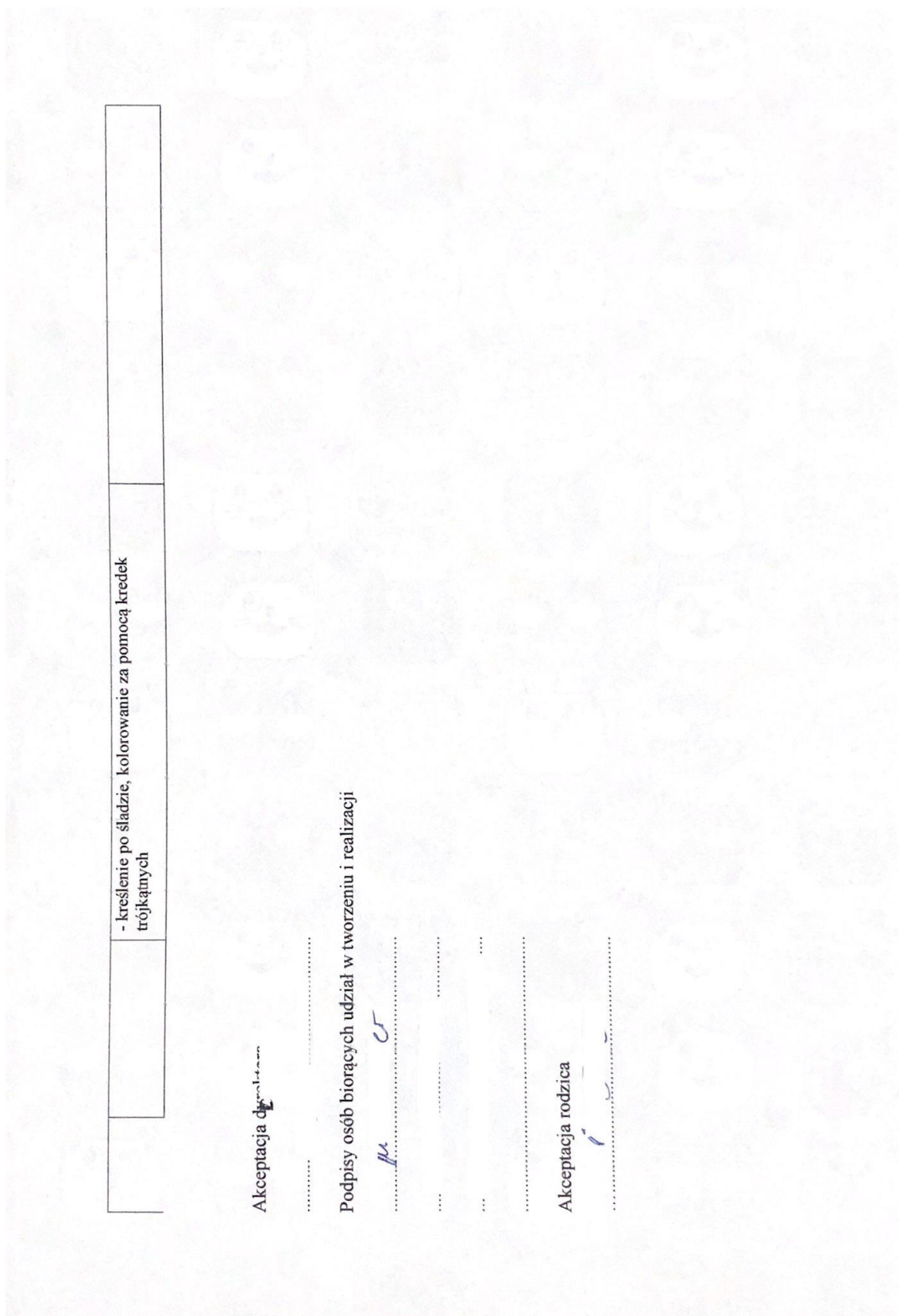
Po przeprowadzeniu Wielospecjalistycznej Oceny Poziomu Funkcjonowania Ucznia

06.09.2021
 data

wybrano następujące priorytety do pracy:

Sfera	Cel ogólny (podstawa programowa)	Cele szczegółowe	Przewidywane osiągnięcia ucznia (kierunki w jakich prawdopodobnie uczeń będzie się rozwijał)
	Rozwijanie motoryki dużej	- wzmacnianie mięśni brzucha i nóg, - stymulowanie układu przedsionkowego	- poprawienie ogólnej sprawności ruchowej - poprawa postawy ciała - poprawa równowagi podczas ćwiczeń ruchowych i gimnastycznych
	Rozwijanie kompetencji komunikacyjnych	- poprawa funkcjonowanie narządów artykulacyjnych - poszerzenie słownika biernego i czynnego - inicjowanie kontaktu słownego	- komunikacja za pomocą pojedynczych słów i prostych zdań - reagowanie na komunikaty słowne - inicjuje słowny kontakt z rówieśnikami oraz z terapeutami.
	Rozwój motoryki małej	- wzmacnianie obręczy barkowej, łokciowej (terapia ręki) - kreślenie szlaczków, łączenie kropek, kolorowanie za pomocą kredek i ołówków	- prawidłowy nacisk na kartkę - prawidłowy chwyt pisarski

Fotografia 70. Wybrany przykład realizacji działań edukacyjno-terapeutycznych - studium przypadku B.M. – część 3



Źródło: archiwum własne



Ewaluacja z I semestru 2019/2020

Imię i nazwisko dziecka: Borys

WNIOSKI:

- Przebywa w grupie rówieśniczej, sporadycznie podejmuje kontakty z rówieśnikami
- Efektywnie przeprowadzony trening żywienia
- Przeprowadzony trening czystości
- Wybiórczy kontakt wzrokowy
- Pojawiła się reakcja na imię
- Wydłużony czas koncentracji uwagi
- Większe motywacje do zadań stolikowych (1:1)
- Nie zrealizowano celu skupionego na naśladownictwie
- Rozumienie i stosowanie się do prostych poleceń

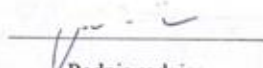
ZALECENIA:

- Rozwijanie motoryki małej
- Intensywne zajęcia z SI
- Poszerzanie słownika czynnego o wyrażania dźwiękonaśladowcze i samogłoski
- Poszerzanie słownika biernego
- Kształtowanie kontaktu wzrokowego

Zalecenia dla rodziców:

- Kształtowanie kontaktu wzrokowego
- Rozwijanie motoryki małej (kolorowanie, nawlekanie, lepienie z plasteliny, pisanie/rysowanie po śladzie)
- Ograniczenie bajek i używania urządzeń elektronicznych

Odebrałam/odebrałem


Podpis rodzica

Niepubliczne Przedszkole Akademia Kota Leonarda
ul. Powstańców Wielkopolskich 10a
87-300 Brodnica



Ewaluacja z II semestru 2019/2020

Imię i nazwisko dziecka: Borys

WNIOSKI:

- Naśladuje gesty po terapii.
- Rozumie polecenia proste i złożone.
- Poprawny kontakt wzrokowy.
- Reaguje na imię.
- Powtarza wyrażenie dźwiękonaśladowcze, sylaby, proste wyrazy za terapeutą.
- Nazywa zwierzęta, przedmioty na rysunkach.
- Poszerzenie słownika biernego o nowe wyrazy.
- Chętnie współpracuje z terapeutą na zajęciach 1:1.
- Poprawa motoryki małej.

ZALECENIA:

- Kontynuowanie rozwijanie motoryki małej – terapia ręki
- Intensywne zajęcia z SI
- Stwarzanie sytuacji komunikacyjnych
- Poszerzanie słownika czynnego i biernego o nowe wyrazy
- Doskonalenie czynności samoobsługowych

Zalecenia dla rodziców:

- Rozwijanie motoryki małej (kolorowanie, nawlekanie, lepienie z plasteliny)
- Stwarzanie sytuacji komunikacyjnych
- Doskonalenie czynności samoobsługowych (ubieranie, mycie rąk, trzymanie sztuczków)

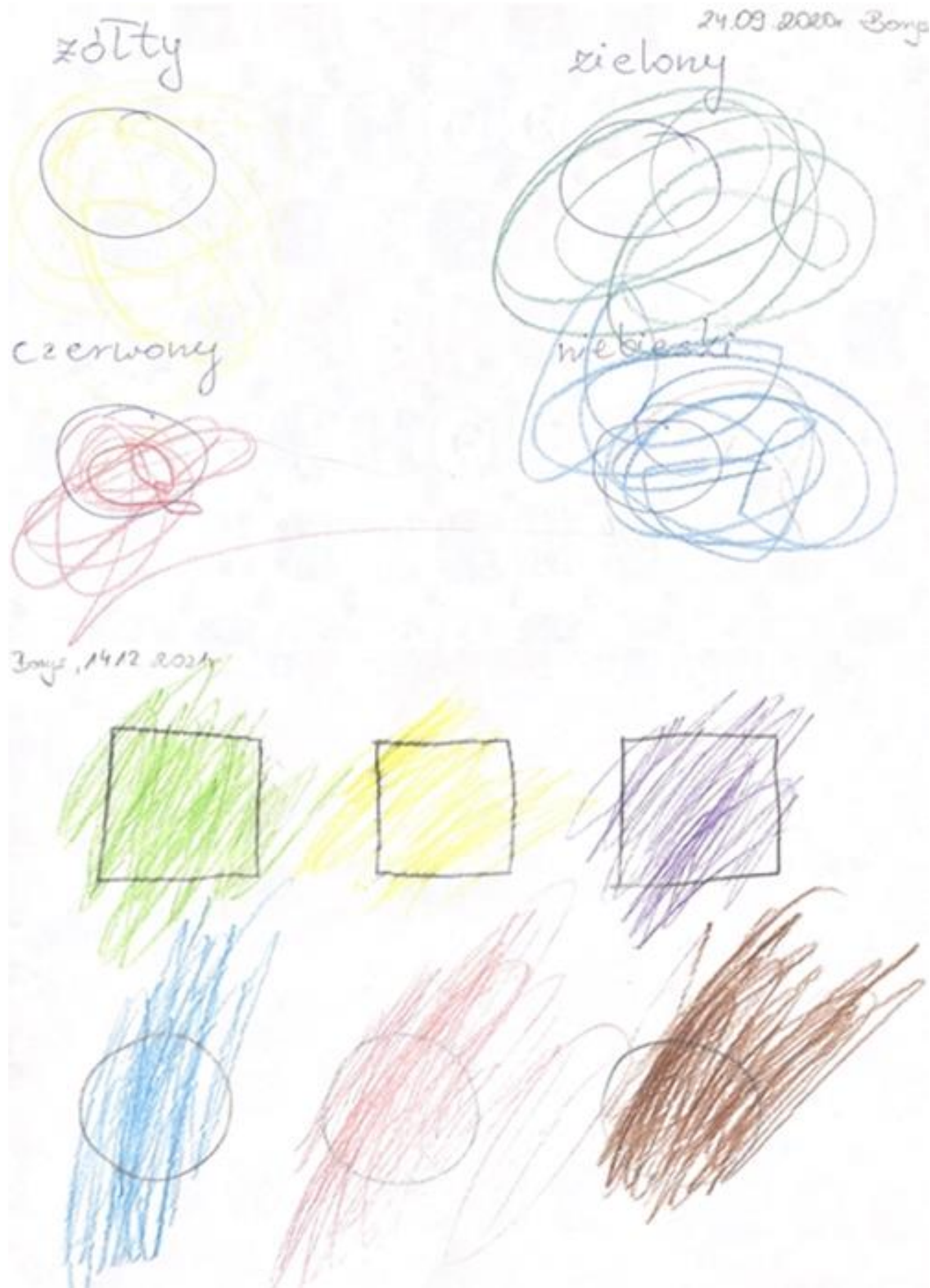
Odebrałam/odebrałem

Podpis rodzica

Niepubliczne Przedszkole Akademia Kota Leonarda
ul. Powstańców Wielkopolskich 10a
87-300 Brodnica

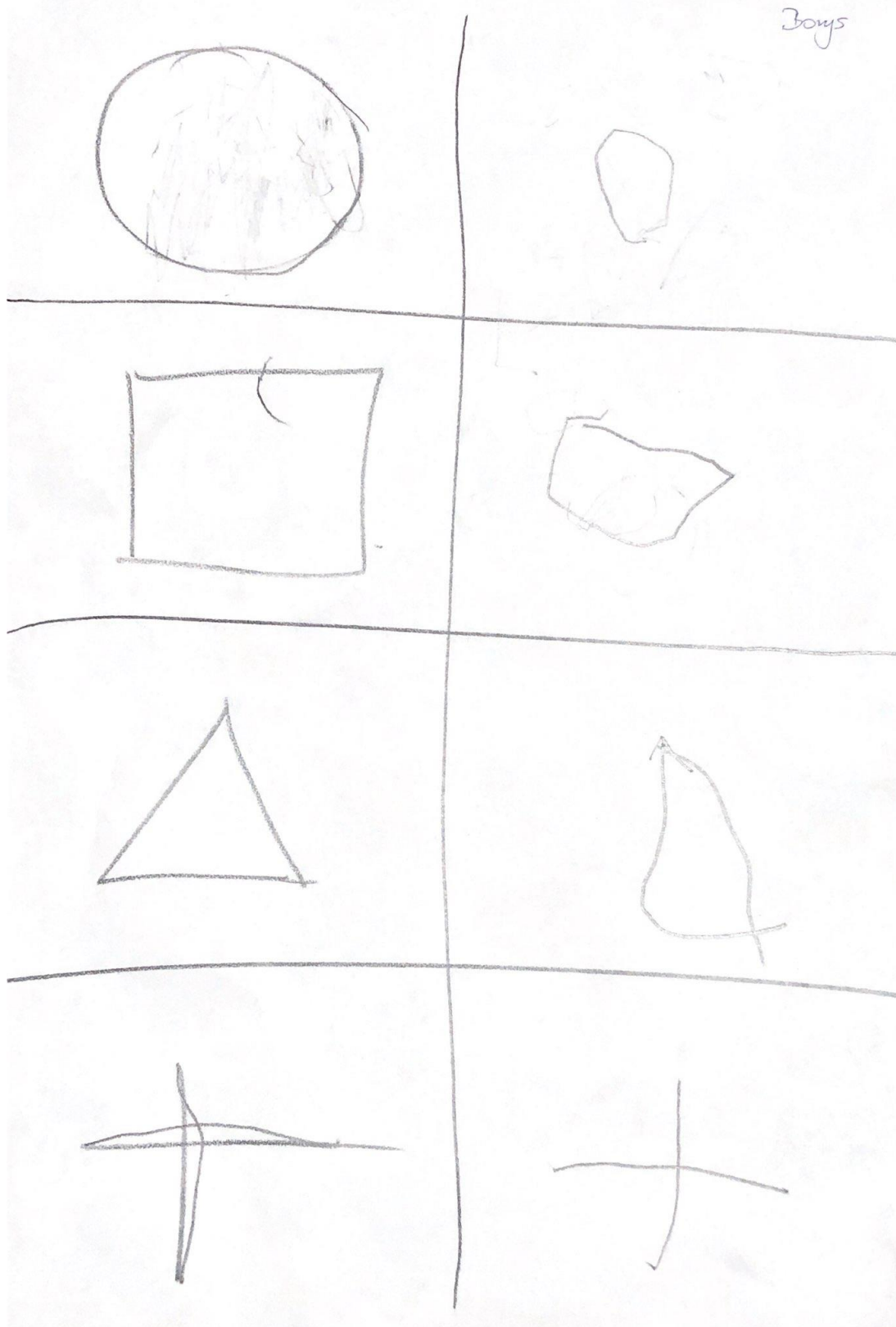
Analiza prac plastycznych Borysa wskazuje, że poprawił się nacisk na kartkę, a prowadzenie narzędzia pisarskiego jest świadome. Borys wie, w którym miejscu zaznaczyć odpowiedzi w karcie pracy np. jakie elementy ze sobą połączyć, gdzie postawić kropkę. Chłopiec wykazuje jednak niską motywację do wykonywania zadań, dlatego wymaga pomocy terapeuty, który zachęci go do rozpoczęcia aktywności. Borys nie wykonuje rysunków tematycznych.

Fotografia 73. Rysunki dziecka poddane analizie- studium przypadku B.M. – część 1



Źródło: archiwum własne

Fotografia 74. Rysunki dziecka poddane analizie- studium przypadku B.M. – część 2



Źródło: archiwum własne

Fotografia 75. Prace dziecka poddane analizie- studium przypadku B.M. – część 1

1 Dorysuj elementy w ramkach tak, żeby ich liczba zgadzała się z podpisem.

2

1

3

3

4

5

● Pokoloruj jednakowo tła w ramkach z taką samą liczbą elementów.

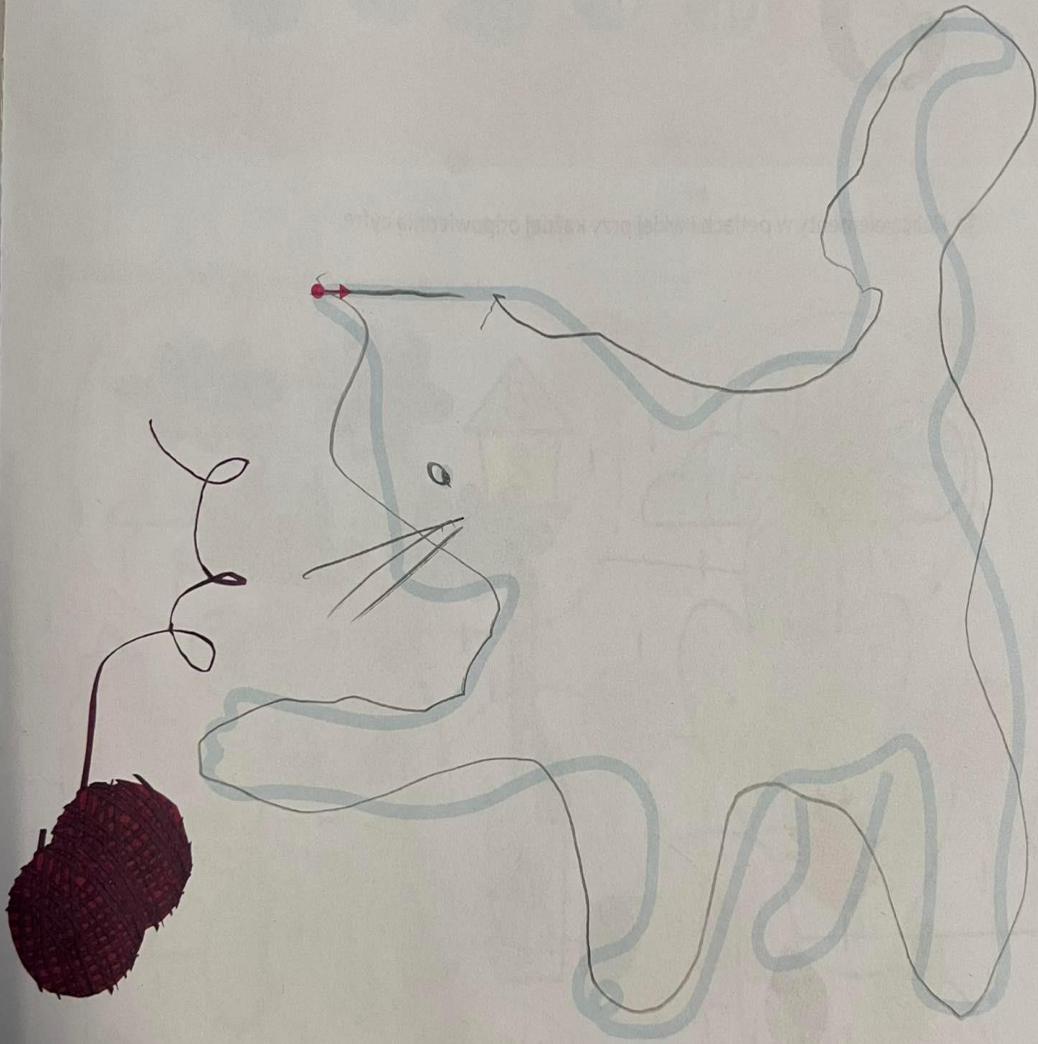
13

Źródło: archiwum własne

Fotografia 76. Prace dziecka poddane analizie- studium przypadku B.M. – część 2

3 Narysuj kota po śladzie. Dorysuj mu wąsy i tyle motków, aby razem miał dwa.

● Jak myślisz, co lubią koty? Dorysuj swoją propozycję.



kotek

☆ ● Otocz niebieskimi pętlami litery **k** w podpisie.

pP sS bB nN wW zZ cC jJ gG fF łŁ hH 5

Źródło: archiwum własne

Fotografia 77. Dokumentacja fotograficzna wybranych aktywności dziecka – studium przypadku B.M. – część 1



Źródło: archiwum własne

Fotografia 78. Dokumentacja fotograficzna wybranych aktywności dziecka – studium przypadku B.M. – część 2



Źródło: archiwum własne

Podsumowując zebrane dane chłopiec uzyskał poprawę w funkcjonowaniu w zakresie kompetencji komunikacyjnych, samoobsługowych oraz społecznych. Wypracowano przewidywane w IPET osiągnięcia Borysa m.in. wydłużony czas pracy stolikowej, posługiwanie się zdaniami pojedynczymi oraz poszerzenie słownika czynnego i biernego. Chłopiec czynności samoobsługowe wykonuje bez pomocy osoby dorosłej. Zmniejszyła się częstotliwość występowania zachowań trudnych. Efektem oddziaływań jest całkowite włączenie chłopca w grupę przedszkolną. Borys podejmuje kontakty z rówieśnikami, jednak często wybiera zabawę indywidualną.

6.1.3. Historia Kacpra

Data urodzenia: 26.07.2017

Chłopiec urodził się po 9 godzinach przez cięcie cesarskie. Uzyskał 9 punktów w skali Apgar. Około 16 miesiąca życia mama zorientowała się, że Kacper nie nawiązuje kontaktu wzrokowego, mocno interesuje się wszystkim, co gra i świeci. Przeszawał płakać tylko przy włączonym telefonie. Ojciec dziecka i rodzina nie podzielali obserwacji mamy. W wieku 2 lat i 3 miesięcy chłopiec uzyskał skierowanie na konsultację psychiatryczną. Mam zgłosiła się z chłopcem na konsultację psychologiczną i logopedyczną w sierpniu 2020 roku do prowadzonego przeze mnie Ogólnopolskiego Centrum Diagnozy i Terapii Dzieci i Młodzieży Koliber. W wyniku konsultacji chłopiec został skierowany do psychiatry w celu diagnozy pod kątem zaburzeń ze spektrum autyzmu, a także do poradni psychologiczno-pedagogicznej w celu otrzymania opinii o WWRD, gdyż Kacper wykazywał wiele deficytów w porównaniu do normy rozwojowej. Obciążony wywiad rodzinny: autyzm, niepełnosprawność intelektualna. Zalecono intensywną terapię 1:1 metodą behawioralną. Chłopiec otrzymał we wrześniu 2020 roku opinię o WWRD na okres wychowania przedszkolnego z uwagą na „wykrytą niepełnosprawność” – brak wskazania przez poradnię rodzaju niepełnosprawności. Kacper podjął terapię w ramach WWRD w wymiarze jednej godziny tygodniowo. Zajęcia realizowane były w Niepublicznym Przedszkolu Akademia Kota Leonarda. Dodatkowo mama zapewniła chłopcu dodatkową, odpłatną godzinę zajęć. Mimo diagnozy psychiatrycznej chłopiec nie otrzymał orzeczenia o kształceniu specjalnym. Kacper mimo wdrożonej terapii behawioralnej nie osiągał założonych celów. Nie nawiązywał kontaktu wzrokowego, nie reagował na imię. Od

momentu rozpoczęcia zajęć Kacper krzyczał, zatykał uszy, bił się po głowie i wkładał palce do buzi i nosa. Po rozmowie z mamą udało się ustalić, że chłopiec uspokaja się tylko przy włączonej muzyce z telefonu i musi widzieć logo kanału „Eska”. Inny rodzaj muzyki – muzyka relaksacyjna lub dla dzieci nie działały. Kacper mimo zachowań autoagresywnych podejmował próby dopasowania układanek płaskich. Przy pomocy terapeuty układał wieżę z klocków, nakładał obręcz na trzonek oraz nawlekał koraliki na sznurek. Prosił o pomoc poprzez ciągnięcie ręki terapeuty i nakierowanie jej na element, którego nie mógł dopasować. Nie wskazywał palcem. Denerwował się podczas zmiany aktywności. Reagował tupaniem i krzykiem, gdy nie otrzymywał oczekiwanego przedmiotu. Nie komunikował swoich potrzeb fizjologicznych. W zachowaniu pojawiły się ruchy stereotypowe. Po przedłożeniu w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej następującej dokumentacji: dwóch zaświadczeń lekarskich od neurologa, wyniku badań laboratoryjnych, trzech zaświadczeń od psychiatry, opinii o WWRD oraz wyniku badania słuchu dziecka w lutym 2021 roku Kacper uzyskał orzeczenie o kształceniu specjalnym z uwagi na autyzm.

Fotografia 79. Ankieta z rodzicem K.T. przed podjęciem terapii

Ankieta dla rodziców dzieci z autyzmem

Kasper przed

Ankieta dla rodziców

Przedszkole Akademia Kota Leonarda to przedszkole przyjazne dzieciom z autyzmem. Ideą placówki jest edukacja włączająca. W związku z tym proszę Państwa o wypełnienie ankiety mającej na celu poznanie Państwa zdania na temat edukacji włączającej.

Wyniki zostaną wykorzystane w pracy doktorskiej

„METODA EDUKACYJNO-TERAPEUTYCZNA SPRING® W PRACY Z DZIECKIEM Z AUTYZMEM NA ETAPIE PRZEDSZKOLNYM. OPIS, REALIZACJA, EFEKTY napisanej pod kierunkiem prof. dr. hab. Lidii Marszałek.

Dziękuję za poświęcony czas

Magdalena Markowska

Imię i nazwisko: *K*

Wiek: *27*

Płeć: *kobieta*

Wykształcenie: *—*

10.03.2021r.

1.	Czy Pana/Pani dziecko nawiązuje kontakty społeczne z innymi dziećmi? Jeżeli tak, to w jaki sposób?	Tak	Nie <input checked="" type="checkbox"/>
2.	Czy Pana/ Pani dziecko bawi się w udawanie albo w zabawy „na niby”?	Tak	Nie <input checked="" type="checkbox"/>
3.	Czy Pana/Pani dziecko reaguje, gdy woła je Pan/Pani po imieniu?	Tak	Nie <input checked="" type="checkbox"/>
4.	Czy Pana/Pani dziecko nawiązuje z Panem/Panią kontakt	Tak	Nie <input checked="" type="checkbox"/>

1

Źródło: archiwum własne

Fotografia 80. Ankieta z rodzicem K.T. przed podjęciem terapii

Ankieta dla rodziców dzieci z autyzmem

	wzrokowy?		
5.	Czy Pana/Pani dziecko próbuje naśladować to, co Pan/Pani robi?	Tak	Nie /
6.	Czy Pana/Pani dziecko wykonuje proste polecenia np. siadaj, daj.	Tak	Nie /
7.	Czy pana/Pani dziecko komunikuje się werbalnie?	Tak	Nie /
8.	Czy Pana/Pani dziecko używa gestu do komunikowania się z Panem/Panią?	Tak /	Nie
9.	Proszę opisać funkcjonowanie Pana/Pani dziecka: Kasper krzyczy, jest agresywny w stosunku do brata jak i mnie i męża. Mnie można z nim wyjść do sklepu bo ludzie zwracają uwagę, że jest rozpieszczony i niewychowany. Nie komunikuje się z nikim. Lubi wyć krzyż; nie mówi i nie patrzy na kogoś kto go wita. W domu najczęściej bawi się klockami. Karmienie go odbywa się podczas zabawy lub gdy Kasper jest w ruchu. Je tylko to co chce najczęściej tylko to co jest smażone.		

2

Źródło: archiwum własne

Analogicznie jak w poprzednich studium przypadków poniżej przedstawiono wyniki obserwacji przed i w trakcie edukacji Metodą SPRING®.

Tabela 7. Wyniki dziecka K.T. uzyskane na różnej przestrzeni czasowej w zakresie sfery społecznej i samodzielności

Dane dziecka K.T.	Obserwacja I 10.03.2021	Obserwacja II 05.07.2021	Obserwacja III 13.12.2021
	SFERA SPOŁECZNA		
kontakt wzrokowy	brak	wybiórczy	wybiórczy
reakcja na imię	brak	wybiórcza	wybiórczo
naśladowanie ruchów w zakresie motoryki dużej	brak	brak	wybiórczo
naśladowanie ruchów w zakresie mimiki	brak	brak	wybiórczo
budowanie wieży z klocków	z pomocą terapeuty	z pomocą terapeuty	z pomocą terapeuty
zabawa tematyczna	brak	brak	brak
dzielenie wspólnego pola uwagi	brak	brak	brak
uczestnictwo w zabawach ruchowych	brak	brak	z pomocą terapeuty
odpowiedź na proste polecenia	brak	wybiórczo	wybiórczo
zabawa w grupie	brak	brak	z pomocą terapeuty
SFERA SAMODZIELNOŚCI			
używanie chusteczki do nosa	z pomocą terapeuty	z pomocą terapeuty	samodzielnie
mycie i wycieranie rąk	z pomocą terapeuty	z pomocą terapeuty	z pomocą terapeuty
korzystanie z toalety	pampersowany	pampersowany	pampersowany
ubieranie i rozbieranie się	brak	z pomocą terapeuty	z pomocą terapeuty
spożywanie posiłków	karmiony	z pomocą terapeuty	z pomocą terapeuty

porządkowanie miejsca zabawy	brak	brak	z pomocą terapeuty
posługiwanie się chwytem pęsetowym	brak	brak	z pomocą terapeuty

Źródło: opracowanie własne

Powyższe wyniki wskazują, że chłopiec wybiórczo reaguje na imię i wybiórczo utrzymuje kontakt wzrokowy, jednak sukcesem jest, że udało się wypracować te umiejętności po 5 miesięcznej intensywnej terapii. U Kacpra zaobserwowano rozumienie prostych poleceń typu „daj”, „siadaj”, „wstań”, „chodź”, „odnieś”, „ubierz”. Chłopiec zaczął również wykonywać gesty „papa” i „przybij piątkę”, gdzie w marcu i lipcu 2021 te umiejętności nie występowały. Chłopiec poprawnie wykonuje ćwiczenia z sortera. W zakresie samodzielności udało się uzyskać postęp przy spożywaniu posiłków. Kacper posługuje się łyżką i widelcem z pomocą terapeuty. Nie udało się przeprowadzić treningu czystości – chłopiec nadal jest pampersowany. Uczestnictwo w zabawach ruchowych a w szczególności związanych z naśladownictwem w zakresie motoryki dużej wymaga nadal wsparcia terapeuty. Chłopiec nadal nie współdzieli pola uwagi i nie podejmuje zabaw tematycznych. Prawdopodobne przyczyny niepowodzeń mogą być następujące:

- Nauka nowych umiejętności to dla Kacpra długi i żmudny proces, ponieważ chłopiec nie chce podejmować nowych zadań. Próby nauki nowych czynności kończą się zachowaniami trudnymi: bicie się po twarzy, drapanie. Zachowania takie pojawiają się po dłuższych nieobecnościach chłopca w przedszkolu oraz po weekendzie.
- Z rozmów z mamą wynika, że Kacper przejawia zachowania trudne również w domu w stosunku do rodziców jak i do młodszego brata. Chłopiec często opuszcza poranne zajęcia w przedszkolu- z wywiadu z mamą wynika, że przywiezienie syna do przedszkola od momentu obudzenia trwa ponad godzinę. Chłopiec ubrany przez mamę rozbiera się, rzuca po podłodze.
- Z rozmowy z mamą wynika, że terapia Kacpra nie jest kontynuowana w domu, ponieważ sama mama wymaga wsparcia. Przyznała się do zaburzeń nastroju i bezsilności. Na co dzień jest z dziećmi sama. Mąż pracuje w delegacji a z rodzicami nie ma dobrego kontaktu z uwagi na to, że obwiniają ją diagnozą wnuka.

Z uwagi na trudne zachowania Kacpra, które często pojawiają się przy zadaniach stolikowych oraz zauważony przez terapeutów zez zalecono badanie okulistyczne i ponowną konsultację psychiatryczną. Kacper nosi okulary i przyjmuje leki wyciszające.

Poniżej znajduje się prezentacja wybranej dokumentacji dotyczącej dziecka na podstawie której wyciągnięto wyżej wymienione wnioski. Są to: ankieta z rodzicami dziecka przed podjęciem terapii, ankieta z rodzicami w trakcie terapii, arkusz obserwacji Metody SPRING®, dokumentacja przedszkolna: Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny, wybrane przykłady realizacji działań edukacyjno-terapeutycznych, ewaluacje, rysunki i prace dziecka, dokumentacja fotograficzna oraz arkusz analizy nagrań wideo.

Zebrane dane potwierdzają, że włączenie społeczne, zabawa, twórcza ekspresja są niezbędne dla rozwoju dzieci i ich uczestnictwa w życiu społecznym. Metoda SPRING® maksymalizuje zdolności rozwojowe i wewnętrzną motywację do zabawy, samodzielności i nawiązywania kontaktów z rówieśnikami.

Fotografia 81. Analiza nagrań wideo K.T.

ARKUSZ ANALIZY NAGRAŃ WIDEO K.T.

DATA NAGRANIA	OPIS SYTUACJI	METODA PRACY	OPIS FUNKCJONOWANIA DZIECKA	INNE
17.03.2021r.	Reakcja na zmianę aktywności	Praca przy stoliku	Chłopiec krzyczy, bije się po głowie, wzdryga uszy. Wskłada palce do nosa	Zachowanie trwało ok. 20 min. <i>Ekotiaszka</i>
21.07.2021r.	Zajęcia logopedyczne	Praca 1:1 na dywanie	Praca z przepiętymi łydźkami. Kłopoty z wydmuchaniem powietrza z ust.	— <i>Ekotiaszka</i>
15.12.2021r.	Zajęcia terapeutyczne	Praca 1:1 na dywanie	Quecko reaguje na wspomnianą "Eska": układa klocki na tapieci.	— <i>Ekotiaszka</i>

Źródło: opracowanie własne

Analiza nagrań wideo przedstawia trzy obserwacje w marcu, lipcu oraz grudniu 2021 roku. Obserwacji poddano funkcjonowanie dziecka w następujących sytuacjach: reakcji na zmianę aktywności, zajęć logopedycznych (masaż logopedyczny) i zajęć terapeutycznych. Wszystkie obserwacje dotyczyły pracy w relacji 1:1 przy stoliku i na dywanie. Interpretując zapisy można stwierdzić, że w odpowiedzi na zmianę aktywności Kacper prezentował zachowania trudne m.in. krzyczenie, zatykanie uszu,

wkładanie palców do nosa. Podczas zajęć logopedycznych odbywających się na dywanie można stwierdzić, że chłopiec spokojnie i z uśmiechem na twarzy reaguje na masaż logopedyczny. Podczas zajęć terapeutycznych Kacper korzysta z tabliczki motywacyjnej. Jednym ze wzmocnień jest kilku sekundowe odsłuchanie piosenki z logo „Eska”. Wybrane filmy przedstawiające funkcjonowanie dziecka w przedszkolu zostały umieszczone na dodatkowym nośniku pamięci dołączonym do pracy co umożliwia samodzielne obejrzenie i ocenę funkcjonowania.

Fotografia 82. Ankieta z rodzicem K.T. z dnia 14.12.2021r.

Ankieta dla rodziców dzieci z autyzmem

Kasper po

Ankieta dla rodziców

Przedszkole Akademia Kota Leonarda to przedszkole przyjazne dzieciom z autyzmem. Ideą placówki jest edukacja włączająca. W związku z tym proszę Państwa o wypełnienie ankiety mającej na celu poznanie Państwa zdania na temat edukacji włączającej.

Wyniki zostaną wykorzystane w pracy doktorskiej

„METODA EDUKACYJNO-TERAPEUTYCZNA SPRING® W PRACY Z DZIECKIEM Z AUTYZMEM NA ETAPIE PRZEDSZKOLNYM. OPIS, REALIZACJA, EFEKTY napisanej pod kierunkiem prof. dr. hab. Lidii Marszałek.

Dziękuję za poświęcony czas

Magdalena Markowska

Imię i nazwisko: *K*

Wiek: *28*

Płeć: *kobieta*

Wykształcenie:

14.12.2021r.

1.	Czy Pana/Pani dziecko nawiązuje kontakty społeczne z innymi dziećmi? Jeżeli tak, to w jaki sposób?	Tak <input checked="" type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
2.	Czy Pana/ Pani dziecko bawi się w udawanie albo w zabawy „na niby”?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input checked="" type="checkbox"/>
3.	Czy Pana/Pani dziecko reaguje, gdy woła je Pan/Pani po imieniu?	Tak <input checked="" type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
4.	Czy Pana/Pani dziecko nawiązuje z Panem/Panią kontakt	Tak <input checked="" type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

1

Źródło: archiwum własne

Fotografia 83. Ankieta z rodzicem K.T. z dnia 14.12.2021r.

Ankieta dla rodziców dzieci z autyzmem

	wzrokowy?		
5.	Czy Pana/Pani dziecko próbuje naśladować to, co Pan/Pani robi?	Tak	Nie <input checked="" type="checkbox"/>
6.	Czy Pana/Pani dziecko wykonuje proste polecenia np. siadaj, daj.	Tak <input checked="" type="checkbox"/>	Nie
7.	Czy pana/Pani dziecko komunikuje się werbalnie?	Tak	Nie <input checked="" type="checkbox"/>
8.	Czy Pana/Pani dziecko używa gestu do komunikowania się z Panem/Panią?	Tak <input checked="" type="checkbox"/>	Nie
9.	Proszę opisać funkcjonowanie Pana/Pani dziecka: Kacper nadal nie mówi. Komunikuje się z nami poprzez gesty - wskazuje rękę gdy coś chce. Kiedy go wołam odwraca się i czasami spojny na mnie. Poprawiło się również jego zachowanie, rozumie kiedy proszę go żeby usiadł lub coś podał. Na poścignanie robi "papa" Chętniej bawi się z bratem i nie stosuje już wobec niego nieuczynionej pomocy. Czasami go popchnie jak mu coś zabierze.		

2

Źródło: archiwum własne

Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING®

**NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLE
Akademia Kota Leonarda**
ul. Powstańców Wlkp. 10a, 97-000 Brzeźnica
Tel. 53 33 33 77
NIP 634-179-50-20
KRS 0000787332
www.akademikotaleonarda.pl

Imię i nazwisko: K. T

Data urodzenia: 2017r.

Rozpoznanie: orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na autyzm – nr 56/ dnia 09.02.2021r.

Data sporządzenia: 09.03.2021r.

Opis dziecka: Chłopiec z diagnozą autyzmu z dnia 09.02.2021r., jest dzieckiem pampersowanym. Nie posługuje się mową czynną. Chłopiec po wejściu do przedszkola krzyczy, zatyka uszy, wkłada palce do nosa i uszu – obserwuje się zachowania autoagresywne. Posiada zachowania trudne – uspokaja się tylko po włączeniu telefonu z muzyką „Eskaa” (chłopca obserwuje się wybiórczość pokarmową – spożywa tylko pokarmy smażone).

Sfery objęte diagnozą	Opis funkcjonowania dziecka w określonej sferze	
	Mocne strony	Slabe strony
Motoryka duża	Sfera fizyczna	
	<ul style="list-style-type: none"> • Z pomocą przechodzi przez tunel. • Wrzuca piłki do pojemnika. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zaburzenie czucia głębokiego. • Brak orientacji w schemacie ciała. • Zaburzenie równowagi. • Stereotypie ruchowe (kłaskanie, machanie).

I

Źródło: archiwum własne

Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING®

<p>NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLE Akademia Kota Leonarda ul. Powstańców Wilko, 10a, 53-300 Bralin Tel. 53 729 56 29 KRS 0000787332 www.akademiamakotalecna.pl</p> <p style="text-align: center;">Motoryka mała</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Posługuje się prawą ręką (ustalona lateralizacja). • Nakłada klocki na drewniany kołek. • Dobrze radzi sobie z układankami płaskimi (manipuluje i obraca elementy). • Wykazuje reakcję na zmianę dźwięku. • Lubi czynności związane z bujaniem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nie nawleka koralików. • Nie wodzi narzędziem pisarskim po kartce (nieprawidłowy chwyt i nacisk). • Brak chwytu pesetowego.
<p>Zmysły i integracja sensoryczna</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Samodzielnie spożywa posiłki. (wybrane – wybiórczość pokarmowa) • Samodzielnie pije z kubka. 	<ul style="list-style-type: none"> • Wada wzroku (zez). • Wybiórczość pokarmowa. • Wokalizacja. • Zatyka uszy przy głośniejszych dźwiękach. • Wymaga intensywnej stymulacji w obrębie całego ciała.
<p>Czynności samoobsługowe</p>	<p style="text-align: center;">Sfera poznawcza</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nie ubiera i nie rozbiera się samodzielnie. • Nie korzysta z toalety (pampersowany). • Nie sprząta zabawek, nie odkłada ich na swoje miejsce.
<p>Kontakt wzrokowy</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Brak kontaktu wzrokowego z terapeutą.

Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING®

<p>NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLE Akademia Kota Leonarda ul. Powstańców Wilkop. 10a, 97-200 Biłdowa tel. 533 794 500-20 NIP: 142-000-78/332 REGON: 142007833 www.akademiakota.pl</p>		
<p>Porozumiewanie się (komunikacja)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prosząc o pomoc ciągnie za rękę i nakierowuje ją na rzecz, którą chce. • Pojawiają się próby kontaktu z drugą osobą (intencja komunikacyjna). 	<ul style="list-style-type: none"> • Brak reakcji na imię. • Brak mowy czynnej. • Brak mowy biernej (nie rozumie poleceń i nie reaguje na nie). • Nie wskazuje palcem.
Sfera percepcyjna		
<p>Percepcja słuchowa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reaguje na zmiany dźwięków w otoczeniu. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zatyka uszy. • Nie identyfikuje dźwięków pochodzących z otoczenia.
<p>Koordinacja wzrokowo-ruchowa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Układa układanki 2-3 elementowe • Segreguje przedmioty wg jednej cechy: kolor, kształt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nie naśladuje ruchów. • Nie układa puzzli. • Brak wspólnego pola uwagi.
Sfera emocjonalno-motywacyjna		
<p>Radzenie sobie z emocjami</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reaguje uśmiechem na widok rodzica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Jeśli aktywność nie podoba się chłopcu to reaguje krzykiem.
<p>Motywacja do nauki i pokonywanie trudności</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zniechęca się przy nowych zadaniach. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tabliczka motywacyjna - motywowany poprzez piosenki „Eśka”.
Sfera społeczna		
<p>Kompetencje społeczne</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prosi o pomoc poprzez ciągnięcie za rękę. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nie sygnalizuje potrzeb. • Brak mowy czynnej i biernej.

Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING®

NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLE
Akademia Kota Leonarda
 ul. Powstańców 109, 87-300 Brodnia
 tel. 533 321 477
 NIP 874-179-5330
 REGON 142082332
 www.akademialeonarda.pl

Relacje z dorosłymi	• Cieszy się na widok rodzica.	• Nie podejmuje prób zabawy tematycznej.
Relacje z rówieśnikami	• Sporadyczne spędzanie czasu w grupie przedszkolnej.	• Nie nawiązuje kontaktu z terapeutami. • Chłopiec nie nawiązuje kontaktu z dziećmi, unikanie kontaktu z rówieśnikami.

Czynniki wspierające/ulatające funkcjonowanie dziecka:

- uczęszczanie do grupy integracyjnej,
- zajęcia terapeutyczne i specjalistyczne 1:1,
- uczestniczenie w zajęciach wspomagających rozwój (zajęcia rewalidacyjne, zajęcia integracji sensorycznej, zajęcia korekcyjno-kompensacyjne, terapia logopedyczna),
- zaangażowanie rodziców w proces edukacyjno-rozwojowy dziecka,
- dostosowanie form i metod nauczania do aktualnych trudności,
- stosowanie odpowiednich pomocy dydaktycznych,
- odpowiednia organizacja pracy na zajęciach.

Zapoznałam/em się z wielospecjalistyczną oceną poziomu funkcjonowania mojego dziecka. Kopię dokumentu otrzymałam/em:

.....
 podpis rodzica

4

Źródło: archiwum własne

Fotografia 88. Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny – studium przypadku K.T. –
część 1

NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLE
Akademia Kota Leonarda
ul. Powstańców Wilk. 10a, 10-110
tel. 533 321 477
NIP 874-179-50-20
KRS 0000787332
www.akademikotaleonarda.pl

IPET

INDYWIDUALNY PROGRAM EDUKACYJNO-TERAPEUTYCZNY (IPET)
Dla ucznia z autyzmem

I. METRYCZKA:	
Imię i nazwisko ucznia	K T?
Rok urodzenia ucznia	2017 r.
Podstawa opracowania karty IPET	NR 56
Data opracowania IPET	10.03.2021 r.
Okres na jaki IPET został opracowany	Etap wychowania przedszkolnego
II. CHARAKTERYSTYKA FUNKCJONOWANIA UCZNI	
PODSTAWOWE INFORMACJE O UCZNIU, OPRACOWANE NA PODSTAWIE ORZECZENIA ORAZ WIELOSPECJALISTYCZNEJ OCENY FUNKCJONOWANIA	
a) Diagnostyka Chłopiec z diagnozą autyzmu dziecięcego, jest dzieckiem niemówiącym, nie reaguje na imię, słabo utrzymuje kontakt wzrokowy. Występują zachowania autoagresywne, a każda zmiana aktywności wiąże się z krzykiem. Chłopiec jest pampersowany.	Mocne strony dziecka <ul style="list-style-type: none"> • dłuższa koncentracja uwagi przy zajęciach stolikowych (wybranych) • segreguje przedmioty według jednej cechy: kolor, kształt • dobrze radzi sobie z układankami płaskimi • poszukiwanie uspokojenia u terapeuty w sytuacjach trudnych • prosi o pomoc ciągnąc terapeutę za rękę
b) Zalecenia Stymulować wszechstronny rozwój dziecka, funkcje poznawcze i percepcyjne. Pracować nad wydłużeniem koncentracji uwagi podczas różnych aktywności, budować interakcję oraz wspólne pole uwagi i widzenia. Działania dziecka powinny być wspomagane przez nauczycieli i specjalistów, logopedę, psychologa, terapeutę integracji sensorycznej.	Trudności dziecka <ul style="list-style-type: none"> • słaba sprawność manualna • brak reakcji na imię • brak kontaktu wzrokowego • brak mowy czynnej • słabe rozumienie poleceń • brak naśladownictwa • słaba koordynacja ruchowa • brak komunikacji werbalnej • nie spożywa samodzielnie posiłków • nie sygnalizuje potrzeb
c) Uzasadnienie Potencjał chłopca uzasadnia potrzebę objęcia go specjalną organizacją metod, form i środków zajęciowych. Forma i metody kształcenia pozwolą dostosować wymagania edukacyjne do indywidualnych potrzeb i możliwości dziecka.	Funkcjonowanie w grupie przedszkolnej <ul style="list-style-type: none"> • sporadyczne spędzanie czasu w grupie przedszkolnej • nieadekwatne zachowania w stosunku do rówieśników • unikanie kontaktu z rówieśnikami

Źródło: archiwum własne

Fotografia 89. Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny – studium przypadku K.T. –
część 2

NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLE
Akademia Kota Leonarda
ul. Powstańców Wlkp. 10a, 87-300 Brodnica
tel. 533 321 497
NIP 874-179-50-20
KRS 0000787332
www.akademikotaleonarda.pl

IPET

III. ZAKRES I SPOSÓB DOSTOSOWANIA WYMAGAŃ EDUKACYJNYCH DO INDYWIDUALNYCH POTRZEB ROZWOJOWYCH I EDUKACYJNYCH ORAZ MOŻLIWOŚCI PSYCHOFIZYCZNYCH UCZNIĄ, W SZCZEGÓLNOŚCI PRZEZ ZASTOSOWANIE ODPOWIEDNIH METOD I FORM PRACY Z UCZNIEM	
<ul style="list-style-type: none"> • Działania o charakterze terapeutycznym • Korelacja programu rewalidacji z planami miesięcznymi pracy • Częste stosowanie pracy 1:1 w trakcie samodzielnej pracy • Praca na materiale rzeczywistym • Tabliczka motywacyjna, wzmocnienia żetonowe 	
IV. ZINTEGROWANE DZIAŁANIA NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW PROWADZĄCYCH ZAJĘCIA Z UCZNIEM- UKIERUNKOWANE NA POPRAWĘ FUNKCJONOWANIA UCZNIĄ ORAZ WZMACNIANIE JEGO UCZESTNICTWA W ŻYCIU SZKOLNYM	
a) Cele edukacyjne	<ul style="list-style-type: none"> • rozwijanie sprawności motorycznej i manualnej • nauka prostych poleceń, tj. <i>daj, weź, siadaj, wstań, chodź,</i> • wydłużanie czasu koncentracji • kształtowanie koordynacji wzrokowo- ruchowej • rozwijanie mowy i komunikacji alternatywnej • rozwijanie umiejętności samoobsługowych
b) Cele terapeutyczne	<ul style="list-style-type: none"> • rozwijanie umiejętności naśladownictwa • kształtowanie kontaktu wzrokowego • kształtowanie reakcji na imię • budowanie motywacji do pracy • budowanie umiejętności współdziałania
c) Cele wychowawcze	<ul style="list-style-type: none"> • wdrażanie do uczestnictwa w życiu przedszkolnym • rozwijanie umiejętności zabawy
V. FORMY I OKRES UDZIELANIA UCZNIOWI POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ ORAZ TYGODNIOWY WYMIAR GODZIN, W KTÓRYM POSZCZEGÓLNE FORMY BĘDĄ REALIZOWANE	
Zajęcia Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka - 60 minut	
Zajęcia integracji sensorycznej - 60 minut	
Zajęcia rewalidacyjne - 60 minut	
Zajęcia logopedyczne - 30 minut	

Źródło: archiwum własne

Fotografia 90. Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny – studium przypadku K.T. – część 3

<p>NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLE Akademia Kota Leonarda ul. Powstańców Wlkp. 10a, 87-300 Brodnica tel. 533 321 477 KRS 000787224 www.akademikotaleonarda.pl</p>	<p>IPET</p>
<p>Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne - 60 minut Trening Umiejętności Społecznych - 60 minut</p>	
<p>VI. DZIAŁANIA WSPIERAJĄCE RODZICÓW UCZNIĄ ORAZ ZAKRES WSPÓLDZIAŁANIA Z PPP, PLACÓWKAMI DOSKONALENIA NAUCZYCIELI, ORGANIZACJAMI POZARZĄDOWYMI, INNYMI INSTYTUCJAMI, ORAZ PODMIOTAMI DZIAŁAJĄCYM NA RZECZ RODZINY, DZIECI I MŁODZIEŻY</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • konsultacje indywidualne i grupowe • warsztaty • współdziałanie ze specjalistami z poradni w zakresie przekazywania informacji o dziecku (za zgodą rodziców) 	
<p>VII. ZAJĘCIA REWALIDACYJNE Z UWZGLĘDNIENIEM INDYWIDUALNYCH POTRZEB ROZWOJOWYCH I EDUKACYJNYCH ORAZ MOZLIWOŚCI PSYCHOFIZYCZNYCH UCZNIĄ</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Kształtowanie systemu motywacji dziecka • Kształtowanie umiejętności utrzymywania kontaktu wzrokowego i reakcji na imię • Kształtowanie interakcji dziecka z innymi osobami • Rozwijanie umiejętności naśladownictwa • Rozwijanie wspólnego pola uwagi • Rozwijanie umiejętności zabawy • Rozwijanie samodzielności w organizowaniu swojego działania • Redukowanie zachowań niepożądanych 	
<p>VIII. ZAKRES WSPÓŁPRACY NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW Z RODZICAMI UCZNIĄ</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • wyjaśnianie specyfiki zaburzenia • konsultacje • spotkania omawiające realizację założonych celów 	
<p>IX. RODZAJ I SPOSÓB DOSTOSOWANIA WARUNKÓW ORGANIZACJI KSZTAŁCENIA DO RODZAJU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI UCZNIĄ (w zależności od potrzeb)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • wydzielone miejsce do pracy 1:1 • nauczyciel wspomagający • warunki komfortu akustycznego 	

Źródło: archiwum własne

Fotografia 93. Wybrany przykład realizacji działań edukacyjno-terapeutycznych - studium przypadku K.T. – część 2

Indywidualne zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze

Miesiąc GRUDZIEŃ / STYCZEŃ

Data, godzina	Kierunek usprawniania	Informacja o przebiegu zajęć	Uwagi z obserwacji, podpis
16.12.2021. 13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰	kontakt wzrostowy	Doskonalenie umiejętności nawigowania i podtrzymywania kontaktu wzrokowego.	Chłopiec senny, wycofany, zadano wolno z pomocą terapeuty. Stawy
23.12.2021. 13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰		Chłopiec wielebny.	Stawy
30.12.2021. 13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰	komunikacja rozumienie poleceń	Doskonalenie wykomercowania prostych poleceń - „daj”, „weź”, „popatrz”, „dopasuj”, „wstań”, „siądź”.	Chłopiec na zajęciach krzyczy i płacze. Polecenia wyraża z krzykiem. Stawy
06.01.2022. 13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰		Święta Trzech Króli	Stawy
13.01.2022. 13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰	motoryka duża wielodominowa	Wykonywanie ćwiczeń z terapeutą - program 1 M. i Ch. Kullbær.	Chłopiec powtórza za terapeutą - wyraża i zamyka otowi oraz podtrzymuje rękawiczkę. Chłopiec odpoczywa oraz z uspokojeniem wykonuje zadanie. Stawy

Źródło: archiwum własne

Fotografia 94. Ewaluacja – studium przypadku K.T.



EWALUACJA

Ewaluacja z II semestru 2020/2021

Imię i nazwisko dziecka: **K** **T**

WNIOSKI:

- Poprawa koncentracji uwagi,
- Rozumie i reaguje na proste polecenia, tj. daj, usiądź, pokaż, weź, wstań, chodź,
- Samodzielność podczas zdejmowania butów,
- Poszerzenie słownictwa biernego o nowe słowa (zabawki),
- Dłuższy czas utrzymywania kontaktu wzrokowego z terapeutą,
- Reakcja na imię,
- Praca z tabliczką motywacyjną i systemem nagród,
- Układa 6-elementowe puzzle,
- Kategoryzuje według kształtu i koloru,
- Dopasowuje do cienia.

ZALECENIA:

- Usprawnianie motoryki małej – terapia ręki,
- Integracja Sensoryczna – dostymulowanie w obrębie twarzy, głowy, dłoni, stóp oraz terapia wyciszająca,
- Kontynuowanie intensywnej terapii logopedycznej,
- Poszerzanie słownika czynnego i biernego,
- Rozwijanie umiejętności naśladownictwa,
- Kształtowanie kontaktu wzrokowego,
- Doskonalenie samoobsługi-posługiwanie się sztućcami w trakcie jedzenia.

Zalecenia dla rodziców:

- Zajęcia manualne w celu rozwijania motoryki małej,
- Praca nad emocjami i stwarzanie sprzyjających warunków do rozwoju i nauki,
- Nie wyręczanie dziecka w czynnościach samoobsługowych,
- Kierowanie do dziecka prostych, krótkich poleceń.

Odebrałam/odebrałem

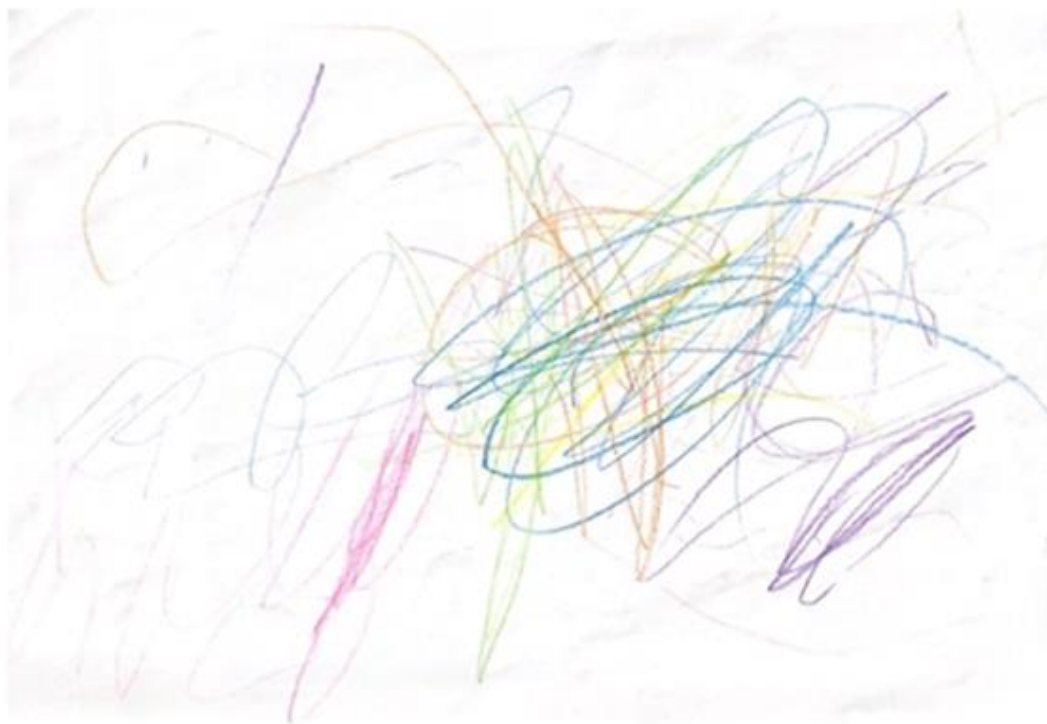
Podpis rodzica

Niepubliczne Przedszkole Akademia Kota Leonarda
ul. Powstańców Wielkopolskich 10a
87-300 Brodnica

Źródło: archiwum własne

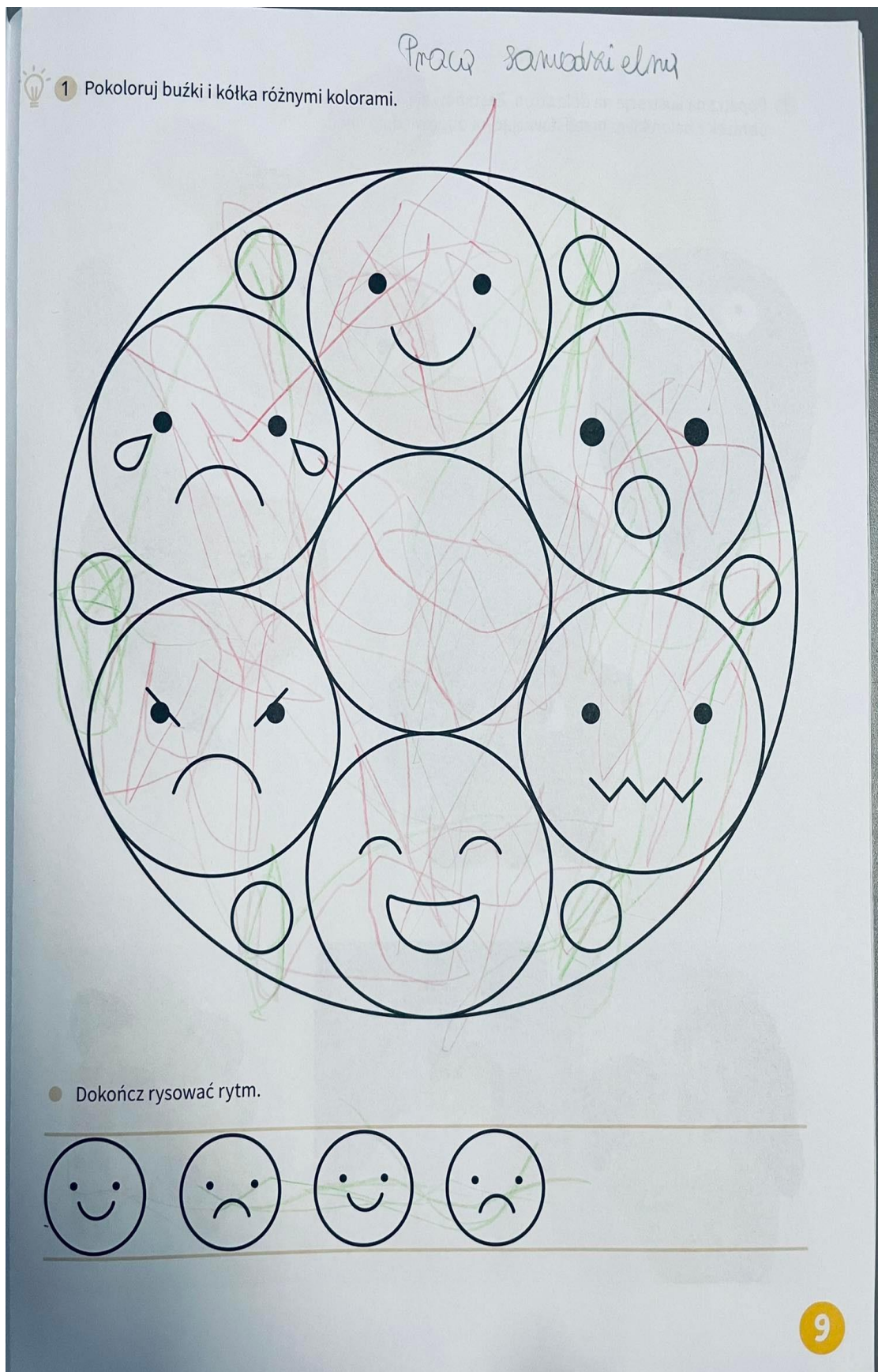
Poniżej znajdują się wybrane prace plastyczne Kacpra. Analiza rysunków (prac plastycznych) dziecka wskazuje na etap bazgrot bezładnych. Prace są tworzone bez udziału kontroli wzorku, dlatego czynności związane z rysowaniem, kolorowaniem, zakreślaniem wykonywane są przy wsparciu terapeuty. Można zauważyć słaby nacisk na kartkę oraz brak rozumienia poleceń. Znacznej poprawie uległa motywacja dziecka do zajęć plastycznych.

Fotografia 95. Wybrane rysunki dziecka poddane analizie- studium przypadku K.T.



Źródło: archiwum własne

Fotografia 96. Prace dziecka poddane analizie- studium przypadku K.T. – część 1





Fotografia 98. Dokumentacja fotograficzna wybranych aktywności dziecka – studium przypadku K.T. – część 1



Źródło: archiwum własne

Fotografia 99. Dokumentacja fotograficzna wybranych aktywności dziecka – studium przypadku K.T. – część 2



Źródło: archiwum własne

Podsumowując zebrane dane można stwierdzić, że nie udało się zrealizować wszystkich celów zawartych w IPET. Obserwuje się wydłużony czas koncentracji uwagi i pracy stolikowej. Poprawiła się koordynacja wzrokowo-ruchowa. Nie uzyskano poprawnego chwytu pisarskiego oraz prawidłowego nacisku na kartkę. Do tej pory nie udało się odpampersować chłopca. Zaobserwowano postępy w sferze samoobsługowej, lecz chłopiec nadal wymaga wsparcia terapeuty. Kacper rozumie proste komunikaty tj. „wstań”, „siadaj”, „chodź”, „daj”, „przynieś”, „odnieś” a także złożone np. „wstań i odnieś talerz” Wykonuje gest „pa pa”. Posługuje się książką komunikacyjną AAC przy pomocy terapeuty. Chłopiec reaguje na imię (Kapi) oraz utrzymuje wybiórczy kontakt wzrokowy, pracuje na tabliczce motywacyjnej – sam decyduje o nagrodzie, na którą pracuje. Motywuje go możliwość posłuchania „ESKI” oraz możliwość przebywania w grupie przedszkolnej. Chłopiec wybiórczo uczestniczy w zajęciach w grupie przedszkolnej, spowodowane jest to utrzymującymi się zachowaniami trudnymi – chłopiec pod opieką psychiatry, włączona farmakoterapia. Od roku nie udało się wyeliminować zachowań trudnych przy wejściu do przedszkola – chłopiec przyprowadzany jest tylko przez mamę, krzyczy w szatni, występują zachowania autoagresywne. Po około 20 minutach uspokaja się i wykonuje zadania. Po wyciszeniu się, każde zwrócenie się do Kacpra, np. po imieniu lub podejście do niego i spojrzenie w jego kierunku powoduje krzyk. Mimo tego krzyku wykonuje zlecone zadania i reaguje na wzmocnienia.

Z informacji przekazanych przez mamę wynika, że Kacper nie wykonuje zadań w domu. Czas spędza na układaniu klocków, co może być wyjaśnieniem powyższych trudności. Z powodu braku współpracy ze strony rodziców nabyte umiejętności nie zostały zgeneralizowane na środowisko domowe.

6.2. Ankieta z rodzicami dzieci z autyzmem

Z wywiadów przeprowadzonych z rodzicami dzieci z autyzmem biorących udział w badaniu (wywiady przed podjęciem terapii i na dzień 14.12.2021) wynika, że rodzice zauważają zmiany występujące w zachowaniach dzieci. Najczęściej dostrzegają zniwelowanie zachowań trudnych takich jak: krzyczenie, zachowania autoagresywne. Jeden rodzic wskazuje, że poprawą jest odpampersowanie dziecka i nabycie umiejętności komunikowania się werbalnego. Jedna z matek podkreśla w wywiadzie, że

dziecko zaczęło bawić się w zabawy na niby, jest bardzo samodzielny i korzysta z książki komunikacyjnej.

Efekty takie zostały osiągnięte dzięki połączeniu metody dyrektywnej, która bazuje na wzmocnieniach zachowań pożądanых i eliminowaniu zachowań trudnych z metodami niedyrektywnymi, podążającymi za potrzebami dziecka, zapewniającymi poczucie bezpieczeństwa i przynależności do grupy oraz oddziaływującymi na profil sensoryczny dziecka z autyzmem. Najważniejszym elementem terapii jest wypracowanie gotowości dziecka do bycia w relacji. Poniższe fotografie prezentują odpowiedzi rodziców.

6.3. Ankieta z rodzicami

Kolejnym pytaniem badawczym postawionym w niniejszej pracy jest: czy i w jakim stopniu Metoda SPRING® wspomaga rodziców dzieci neurotypowych i rodziców dzieci ze spektrum autyzmu we wzajemnej akceptacji w procesie edukacji ich dzieci oraz budowaniu integracji społecznej? Dane z walidacji społecznej wskazują, że rodzice zarówno dzieci rozwijających się typowo oraz dzieci z autyzmem postrzegają Metodę SPRING® jako korzystną i ważną dla dzieci. Pozytywne zmiany w postawach, postrzeganiu i wiedzy na temat autyzmu i wspólnej edukacji zostały zinterpretowane jako skutek uczestniczenia w życiu przedszkola. Badaniem ankietowym objęto rodziców dziewiętności dzieci neurotypowych uczęszczających do Przedszkola Akademia Kota Leonarda. Poniżej zostały zestawione wyniki ankiety z rodzicami oraz zaprezentowane odpowiedzi na pytania otwarte postawione w ankiecie.

Tabela 8. Zestawienie odpowiedzi ankietowych rodziców dzieci neurotypowych na temat edukacji włączającej. Pytania zamknięte.

Pytanie	Odpowiedzi	
	TAK	NIE
1. Czy słyssał/a Pan/Pani kiedykolwiek o autyzmie?	9	0
2. Czy Pana/Pani zdaniem powinno się organizować proces edukacyjny dzieci z autyzmem w przedszkolach/szkolach	9	0

wyłącznie specjalnych?		
3. Czy kiedykolwiek Pana/Pani dziecko wspominało o zachowaniach dziecka z autyzmem z grupy przedszkolnej?	1	8
4. Czy widzi Pan/Pani zalety integracji dzieci z autyzmem i dzieci rozwijających się w sposób typowy?	8	1
5. Jakie emocje towarzyszą Panu/Pani podczas kontaktu Pana/Pani dziecka z dzieckiem z autyzmem?	raczej pozytywne	raczej negatywne
	9	0
6. Czy ma Pan/Pani obawy związane z kontaktami Pana/Pani dziecka z dzieckiem autystycznym?	0	9

Zródło: opracowanie własne

W przypadku odpowiedzi na pytania otwarte, które były doprecyzowaniem pytań zamkniętych do najczęściej pojawiających się odpowiedzi można zaliczyć:

- Pytanie 3. Czy kiedykolwiek Pana/Pani dziecko wspominało o zachowaniach dziecka z autyzmem z grupy przedszkolnej? Co mówiło? Na jakie zachowania zwracało uwagę?

Jeden respondent udzielił odpowiedzi twierdzącej podając następujący przykład „dziecko, które bardzo długo i głośno płakało/krzyczało. Córka boi się głośnych hałasów, to było na początku przygody z przedszkolem, dziś myślę, że traktuje to jako coś normalnego jeśli nadal ma miejsce”.

- Pytanie 4. Czy widzi Pan/Pani zalety integracji dzieci z autyzmem i dzieci rozwijających się w sposób typowy?

Jeden z rodziców nie widzi korzyści z integracji dzieci a pozostali ankietowani wymienili jedną lub dwie zalety. Poniżej znajdują się przykłady odpowiedzi rodziców:

- „Traktowanie wszystkich dzieci równo”,
- „Budowanie tolerancji”,

- „Dzieci rozwijające się w sposób typowy zawsze mogą być wsparciem, pomocą dla dzieci z autyzmem”,
- „Zabawy w grupie”,
- „Rozwój mowy”,
- „Poznanie różnych rodzajów zachowania innych niż standardowe”.
- Pytanie 7. było pytaniem otwartym i polegało na opisanu spostrzeżeń dotyczących edukacji dzieci z autyzmem z dziećmi neurotypowymi. Tylko jedna ankietowana odpowiedziała na to pytanie „nie wiem”.

Poniżej znajduje się zestawienie odpowiedzi, które udzieli rodzice:

- „Uważam, że warto integrować się i spędzać czas z dziećmi z autyzmem. Najlepiej, żeby dzieci neurotypowe nie czuły obawy przed dziećmi z autyzmem i były dla nich wsparciem i pomocą. Dziecko uczy się niekategoryzowania dzieci w zależności od ich rozwoju czy choroby. Nie można uczyć segregacji społecznej.
- Niestety trudno jest mi coś napisać w tym temacie, ponieważ nie mam porównania. Jedyne co przychodzi mi do głowy to uważam, że ma to wpływ na moje dziecko, ponieważ wie, że bywają dzieci z różnymi dysfunkcjami.

Założeniem Metody SPRING® jest wspomaga rodziców dzieci neurotypowych i rodziców dzieci ze spektrum autyzmu we wzajemnej akceptacji w procesie edukacji ich dzieci oraz budowaniu integracji społecznej. Powyższe analizy wykazały, że rodzice znają pojęcie autyzmu i mają pozytywne nastawienie do edukacji dzieci z ASD z dziećmi rozwijającymi się neurotypowo.

6.4. Odpowiedzi na pytania badawcze

W odpowiedzi na główne pytanie badawcze: „W jaki sposób współudział terapii dyrektywnej i niedyrektywnej w pracy z dzieckiem z autyzmem wpływa na rozwój kompetencji społecznych dziecka z autyzmem na etapie przedszkolnym?” można stwierdzić, że połączenie tych dwóch terapii wpływa pozytywnie na rozwój kompetencji społecznych i samodzielność dziecka.

Odnosząc się do pierwszego pytania szczegółowego: „Czy początkowa segregacja dzieci z autyzmem przynosi dobre efekty dla późniejszych etapów włączania ich do coraz szerszych grup dziecięcych?”. Biorąc pod uwagę wyniki przeprowadzonych badań i obserwacji można wnioskować o efektywności początkowej pracy indywidualnej z dzieckiem (edukacji segregacyjnej) dla włączenia w grupę rówieśników rozwijających się neurotypowo. Edukacja i terapia 1:1 z terapeutami zapewnia komfort akustyczny, wpływa na kształtowanie poczucia bezpieczeństwa u dziecka, pozwala na wypracowanie kontaktu wzrokowego i umiejętności naśladownictwa. Czynniki te pozwalają na osiągnięcie dobrych efektów podczas wprowadzania dziecka w grupę

Drugie pytanie szczegółowe brzmiało: „W jaki sposób Metoda SPRING® wspiera rozwój sfery społecznej dziecka z autyzmem?”. Metoda koncentruje się na kontakcie dzieci z autyzmem z dziećmi rozwijającymi się neurotypowo. Poprzez uczestniczenie w życiu grupy dzieci autystyczne uczą się zachowań społecznych poprzez obserwację i naśladownictwo. Dzieci rozwijające się neurotypowo motywują dzieci z autyzmem do inicjowania kontaktów rówieśniczych, udziału w zabawie symbolicznej oraz modelują zachowania społeczne.

Odnosząc się do trzeciego szczegółowego pytania badawczego „W jaki sposób Metoda SPRING® wspiera rozwój samodzielności i czynności samoobsługowych?” można stwierdzić na podstawie analizy zebranych danych, że poprzez początkowe wsparcie terapeuty dziecko uczy się umiejętności samoobsługowych tj. mycie rąk, mycie zębów, ubieranie się. Metoda zakłada uczenie się czynności samoobsługowych przy pomocy piktogramów umieszczonych w odpowiednich miejscach w placówce. Dodatkowym wsparciem w kształtowaniu samodzielności są indywidualne plany aktywności każdego dziecka. W dalszym etapie pracy z dzieckiem następuje generalizowanie umiejętności i wycofywanie terapeuty co wspiera proces usamodzielniania dziecka.

Ostatnim szczegółowym pytaniem badawczym w niniejszej dysertacji jest „Czy i w jakim stopniu Metoda SPRING® wspomaga rodziców dzieci neurotypowych i rodziców dzieci ze spektrum autyzmu we wzajemnej akceptacji w procesie edukacji ich dzieci oraz budowaniu integracji społecznej?”. Podsumowując zebrane dane z ankiet z rodzicami dzieci z autyzmem i rodzicami dzieci rozwijających się neurotypowo można z całą pewnością stwierdzić, że metoda w dużym stopniu wspomaga rodziców we

wzajemnej akceptacji w procesie edukacji ich dzieci oraz budowaniu integracji społecznej. Mała grupa przedszkolna stwarza warunki do indywidualnego i regularnego kontaktu rodzicami z terapeutami, ale również rodziców między sobą: rodzice rozmawiają i wymieniają się doświadczeniami na terenie przedszkola oraz grupie w mediach społecznościowych stworzonej wraz z terapeutami. Partnerstwo i stały kontakt pozwalają na budowanie akceptacji i rozumienia dla zachowań dzieci z autyzmem oraz zachowań empatycznych w stosunku do rodziców dzieci autystycznych.

Podsumowując powyższe można stwierdzić, że Metoda SPRING® predysponuje do efektywnej metody wspierającej terapię i edukację dziecka z autyzmem na etapie przedszkolnym.

7. METODA SPRING® - REKOMENDACJE PEDAGOGICZNE DLA PRZEDSZKOLI

Przedszkole, z racji specyficznej organizacji pracy wychowawczo-dydaktycznej stwarza sprzyjające warunki do podejmowania prób włączania dzieci z autyzmem w życie grupy społecznej. Metoda SPRING® będąca podstawą teoretyczną dla proponowanego modelu edukacji stopniowanej umożliwia rozwijanie praw dzieci neuroróżnorodnych do czerpania radości i korzyści z włączenia społecznego oraz twórczej ekspresji w zabawie. Procedury zaprojektowane specjalnie do użytku Metody SPRING® wyznaczają strategie interwencji, realistyczne i specyficzne cele oraz dokumentację postępów dzieci. Bez interwencji w kształcenie dzieci z autyzmem już na wczesnym etapie edukacji przedszkolnej nie ma szans na zmianę ich sytuacji społecznego wykluczenia. Wiek przedszkolny to okres niezwyklej ciekawości świata, ogromnej plastyczności, czas poszukiwania informacji na temat tego co nowe i niezrozumiałe, dlatego przedszkole jest najlepszą przestrzenią do prowadzenia dzieci z autyzmem i neurotypowych rówieśników w tworzeniu kultury integracyjnej. Jak podkreśla L. Marszałek „dziecko charakteryzuje się specyficzną energią, która pobudza je do nieustannej i zmieniającej się aktywności, potrzebą nawiązywania relacji, łączności ze wszystkimi i wszystkim, co je otacza, jak też potrzebą samookreślenia się, objawiającego się zarówno w dążeniu do bliskości jak i niezależności”²³⁹. Najważniejszą misją przedszkola prowadzonego Metodą SPRING® jest włączenie społeczne, zabawa i twórcza ekspresja. W procesie uczenia się dziecko nie jest przedmiotem, ale współorganizatorem, ma wpływ na przebieg tego procesu oraz na jego treść.

„Dziecko ma 100 języków” to zdanie L. Malaguzzi streszcza w sobie założenia Metody SPRING®. Dziecko poznaje świat intensywnie i na wiele sposobów, angażując wszystkie zmysły. Proces edukacyjny powinien brać pod uwagę specyfikę rozwoju dziecka, jego możliwości i otwartość na nowe doświadczenia i przeżycia. Zamiast narzucać dziecku określone zachowania nauczyciele współdziałają z dzieckiem w procesie uczenia się i umożliwiają mu odkrywanie świata. Nauczyciele wnikliwie obserwują, wsłuchują się, dokumentują i analizują zachowania dzieci, aby zdefiniować ich potrzeby edukacyjne na danym etapie rozwoju. Następnie ufni w możliwości

²³⁹ L. Marszałek, *Poznanie i rozumienie natury dziecka warunkiem skutecznego oddziaływania edukacyjnego*, SEMINARE, t. 42, 2021, nr 2, s.69.

poznawcze i inwencję dzieci komunikują się z nimi i stwarzają niezbędne warunki dla ich aktywności. Zachęcają dzieci i inspirują, podsuwając im odpowiednie w danej sytuacji materiały. Projekty wykonywane przez dzieci dotyczą najróżniejszych dziedzin życia, sztuki, muzyki, aktywności fizycznej itd. Dzieci znajdują wsparcie w zespole nauczycieli oraz u rodziców. Nie są odbiorcami, ale równoprawnymi uczestnikami procesu uczenia, a to uczenie ma być dla dziecka zachętą do poznawania i do odkrywania przy użyciu wszystkich zmysłów. „Przedszkolny etap edukacji jest okresem niezwykle istotnym w perspektywie całościowego rozwoju człowieka – stanowiąc pierwszy szczebel instytucjonalnego wychowania, w którym nauczyciel jako profesjonalista może ujawniać i wydobywać z dziecka jego specyficzne potencjalności lub też nie dopuścić do ich rozwinięcia, a przez to bezpowrotnie odebrać człowiekowi szansę na doświadczenie i przeżycie w pełni szczególnej wartości dzieciństwa. Edukacja przedszkolna musi więc z jednej strony opierać się na wiedzy o dziecku i funkcjonowaniu jego osobowej natury, z drugiej – poszukiwać takich sposobów i metod pedagogicznego oddziaływania, które zapewnią wspieranie jego integralnego rozwoju we wszystkich jej aspektach”²⁴⁰.

Podstawową funkcją „dobrych praktyk” powinno więc być wypracowanie inspiracji. Integralny rozwój dziecka zależy przede wszystkim od jego możliwości doświadczenia świata. Świadomość tego faktu implikować musi taki charakter oddziaływań edukacyjnych, który przyjmuje za podstawę aktywność, spontaniczne działanie w świecie materialnym i społecznym, jak i swobodę jego przeżywania oraz odkrywanie wewnętrznych predyspozycji dziecka²⁴¹. Oznacza to, że dobra rekomendacja powinna prowadzić do osiągnięcia jak najlepszych efektów, co jest nierzadko procesem skompilowanym. Dążąc do stworzenia rekomendacji dla potencjalnych kontynuatorów idei Metody SPRING® wzięto pod uwagę zarówno możliwości jak i ograniczenia w związku z wdrożeniem tej metodyki do placówek ogólnodostępnych na etapie przedszkolnym.

W planowaniu edukacji i terapii Metodą SPRING® należy uwzględnić przygotowanie otoczenia dziecka w sensie fizycznym i społecznym. W pierwszej kategorii należy zorganizować miejsce, w którym dziecko będzie mogło uczestniczyć w terapii i edukacji 1:1. Pamiętać należy o zapewnieniu komfortu akustycznego,

²⁴⁰ L. Marszałek, *Duchowość dziecka. Znaczenia, perspektywy, konteksty w pedagogice przedszkolnej*, Wyd. WSBJ, Warszawa 2003, s. 424.

²⁴¹ *Ibidem*, s. 421.

wydzieleniu miejsca dziecka i miejsca do pracy nauczyciela, tak aby obie te przestrzenie na siebie nie nachodziły. Ważnym elementem środowiska fizycznego jest organizacja sali przedszkolnej w taki sposób, aby dostarczała jak najmniej bodźców: białe lub w stonowanym kolorze ściany, bez rozpraszających gazetek, przeładowanych zabawkami regałów. Warto, aby zarówno sale przedszkolne jak i otoczenie zewnętrzne sprzyjały temu, aby dziecko miało możliwość samemu tę przestrzeń organizować. W Metodzie SPPRING® istotne jest podążanie za potrzebami dziecka. Zaleca się wyodrębnienie miejsca na wypoczynek dziecka, może to być np. biblioteczka przedszkolaka, miejsce z dużą pufą, lekko zaciemnione, aby ułatwiło to dziecku wyciszenie się. W drugiej kategorii mieści się organizacja kadry pedagogicznej i pomocy nauczyciela. Najważniejszą osobą w całym procesie jest nauczyciel – jego wiedza, umiejętności, doświadczenie w pracy z dzieckiem z autyzmem są gwarancją wspierającej i pozytywnej postawy wobec edukacji dziecka z autyzmem. Nauczyciele pracujący Metodą SPRING® są specjalistami. Oprócz podstawowego wykształcenia w zakresie edukacji przedszkolnej posiadają wykształcenie w kierunku; neurologopedii, psychologii, integracji sensorycznej, pedagogiki specjalnej, oligofrenopedagogiki. Obowiązkowo każdy nauczyciel przechodzi kurs terapii behawioralnej. Dodatkowo szkolą się w zakresie odpowiadającym potrzebom dzieci: Trening Umiejętności Społecznych, praca z dzieckiem zdolnym, terapia wybiórczości pokarmowej. W zakresie kształtowania otoczenia społecznego istotną kwestią jest liczebność grupy przedszkolnej, która rekomenduje się, aby nie przekraczała 20 osób. Na potrzeby takiej grupy, oprócz nauczycieli specjalistów, zaleca się zatrudnienie dwóch pomocy nauczyciela.

Z drugiej strony, wyniki, z przeprowadzonych przez E. Paradowską, badań wskazują, że: „nauczyciele przedszkoli ogólnodostępnych jedynie w niewielkim stopniu popierają (ogólnie) ideę edukacji włączającej uczniów z niepełnosprawnością”²⁴². Analizy Autorki wskazują:

- na poważne braki specjalistów,
- zbyt liczebne grupy dzieci w przedszkolu,
- bariery architektoniczne.

²⁴² E. Paradowska, <https://orcid.org/0000-0002-6729-8169>, [dostęp: 11.12.2021].

Biorąc pod uwagę powyższe, Metoda SPRING® jest odpowiedzią na pojawiające się problemy i propozycją ich rozwiązania, jednak całościowe i natychmiastowe wdrożenie metody w rzeczywistość przedszkolną może być trudne. Upowszechnienie tej metody wiązałoby się przede wszystkim z nakładami finansowymi – przystosowaniem placówek przedszkolnych w sensie architektonicznym, wyposażeniem w odpowiednie pomoce dydaktyczne, doksztalceniem nauczycieli w zakresie pracy z dzieckiem autystycznym, zatrudnieniem dodatkowych specjalistów. Wszystkie te działania opierają się na konieczności dofinansowania placówek przedszkolnych, które chciałyby tę metodę stosować, a to jest możliwe tylko przy powszechnych zmianach systemowych edukacji przedszkolnej, zależnych od odgórnych władz na poziomie ministerialnym, na co w obecnej sytuacji polskiej edukacji trudno jest liczyć.

Stąd praktyczne implikacje proponuje się podzielić na etapy. Pierwszy etap wdrożenia Metody SPRING® do placówki ogólnodostępnej to przedstawienie organowi prowadzącemu placówkę i nauczycielom korzyści płynące z wdrożenia edukacji stopniowanej (segregacyjnej, integracyjnej i włączającej) w obrębie jednej placówki. Korzyści prezentuje poniższa tabela:

Tabela 9. Korzyści z wdrożenia Metody SPRING®

Korzyści z wdrożenia METODY SPRING®
<ul style="list-style-type: none"> • Edukacja równa dla wszystkich. • Nauczyciel stający się specjalistą. • Zwiększenie zaangażowania rodziców w proces edukacji i terapii dzieci z autyzmem. • Zniwelowanie barier technicznych, mentalnych i edukacyjnych. • Integracja rodzin dzieci z ASD z rodzinami dzieci rozwijających się typowo. • Racjonalne wydatkowanie funduszy. • Uczenie się oparte na współpracy i indywidualizacji. • Skuteczne niwelowanie pojawiających się zachowań trudnych. • Wczesne rozpoznanie i wczesna interwencja. • Przygotowanie dziecka z autyzmem do roli ucznia w placówce ogólnodostępnej.

Źródło: opracowanie własne

Następnym etapem jest wdrożenie kursu przygotowującego do pracy Metodą SPRING® ze szczególnym uwzględnieniem specyfiki pracy z dzieckiem z autyzmem, metod dyrektywnych i niedyrektywnych w terapii dziecka z ASD. Trzecim etapem jest

adaptacja metody do warunków placówki w tym warunków fizycznych i organizacyjnych. Całemu procesowi towarzyszyć ma opiekun merytoryczny wyznaczony dla placówki, który ma czuwać nad realizacją wdrożenia Metody SPRING® i motywować nauczycieli oraz rodziców w pracy z dzieckiem z autyzmem.

Na zakończenie warto dodać, że Metoda SPRING® jako model teoretyczny dla proponowanej edukacji stopniowanej wpisuje się w ideę demokratycznej praktyki, o której pisze M. Nowak-Dziemianowicz: „demokratyczne praktyki w szkole i edukacji oznaczają także dostosowanie edukacji na każdym poziomie życia dziecka do specyfiki jego rozwoju oraz jego indywidualnych potrzeb, poszanowanie różnic oraz potrzeb, które wynikają z odmierności kulturowej, światopoglądowej, obyczajowej, religijnej, seksualnej. Oznaczają indywidualizację rozumiana jako włączenie do szkolnej praktyki różnic wynikających z odmiennych doświadczeń i możliwości uczniów (...)”²⁴³. Wszystkie strony zainteresowane ideą Metody SPRING® muszą mieć wizję oczekiwanych efektów w długoterminowej perspektywie tj. wizję ucznia ze spektrum autyzmu na takim poziomie funkcjonowania, który nie wymaga wsparcia na dalszych etapach edukacji lub wymaga go w stopniu minimalnym.

²⁴³ M. Nowak-Dziemianowicz, *Szkola jako przestrzeń uznania*, PWN, Warszawa 2020, s. 73.

ZAKOŃCZENIE

Działaniom podejmowanym w obszarze oświaty przyświeca idea edukacji inkluzyjnej. Dziecko do prawidłowego rozwoju potrzebuje grupy rówieśniczej. Cytując klasyka psychologii Aronsona: „człowiek jest istotą społeczną”. Jednak edukacja dziecka z autyzmem w grupie rówieśniczej bez wyposażenia go w odpowiednie kompetencje społeczne sprzyać może występowaniu i lub nasileniu niepożądanych zachowań. Włączenie dziecka z autyzmem do grupy powinno być przemyślanym procesem uwzględniającym posiadane przez dziecko kompetencje. Odbywać się powinno w warunkach zapewniających poczucie bezpieczeństwa a co za tym idzie sprzyjających uczeniu się. Metoda SPRING® może stanowić „okno” do społecznego włączenia dzieci z autyzmem. Dzięki intensywnej terapii i edukacji w sprzyjających warunkach na etapie przedszkolnym, dzieciom z autyzmem łatwiej będzie wejść w proces edukacji ogólnodostępnej.

Edukacja stopniowana stawia więc wielkie wyzwania zarówno przed całym systemem oświatowym, jak i funkcjonowaniem poszczególnych placówek, wymaga ulepszania i uelastyczniania programów nauczania, rozszerzania wachlarza metod i środków dydaktycznych i wychowawczych, co pozwoli na pełniejsze odpowiadanie na potrzeby dzieci z danej społeczności. Niesie też ze sobą szczególne zadania dla nauczycieli – wymaga bowiem poszerzenia zakresu kompetencji, zarówno w kontekście zawodowym, aksjologicznym, jak i osobowym; kompetencji sprzyjających rozwijaniu właściwej perspektywy dostrzegania miejsca dziecka z dysfunkcjami i trudnościami w systemie edukacji, budowaniu klimatu, w którym to dziecko nie byłoby problemem, lecz bodźcem stymulującym doskonalenie własnych metod nauczania.

Opis, realizacja i efektywność metody to początek pracy nad Metodą SPRING®. Kontynuacją będzie stworzenie programu „Obudź się na autyzm” dedykowanego placówkom edukacji przedszkolnej, który ma pomóc we wdrożeniu metody i być przewodnikiem dla nauczycieli w realizacji idei społecznego włączenia dzieci z autyzmem.

Niniejsza rozprawa w dalszych pracach będzie również rozbudowana o szczegółowe wytyczne postępowania w przypadku konkretnych umiejętności z zakresu komunikacji, uczenia się i rozwoju społecznego.

Można założyć, że efektywność metody dostrzegalna będzie również w jakości pracy nauczycieli edukacji elementarnej, jak i edukacji typowo przedmiotowej. Tym zakresem planuję zająć się w dalszych badaniach nad efektywnością Metody SPRING®.

BIBLIOGRAFIA

Publikacje zwarte

1. Amaral D., Dawson G., Geschwind D., *Autism Spectrum Disorders*, Oxford University Press, Oxford 2011
2. Barbera M. L., *The verbal behavior approach: How to teach children with autism and related disorders*, Jessica Kingsley Publishers, London 2007
3. Barłóg K., *Efekty procesu integracji dzieci pełnosprawnych oraz z mózgowym porażeniem dziecięcym w młodszym wieku szkolnym*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Rzeszów 2001
4. Bee H., *Psychologia rozwoju człowieka*, Zysk i S - ka, Poznań 2004
5. Berkell E. D. (red.), *Autism - Identification, Education, and Treatment*, Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey 1992
6. Błęszyński J., *Autyzm a niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie w rozwoju. Skala Oceny Zachowań Autystycznych*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2011
7. Błęszyński J., *Czy echolalia w autyzmie jest problemem komunikacyjnym?*, [w:] B. Winczura (red.), *Autyzm. Na granicy zrozumienia*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2009
8. Błęszyński J., *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2005.
9. Bobkowicz-Lewartowska L., *Autyzm dziecięcy*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2007
10. Bobkowicz-Lewartowska L., *Autyzm dziecięcy*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2014
11. Bobkowicz-Lewartowska L., *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*, Impuls, Kraków 2005
12. Bogdanowicz M., *Opis i planowanie zajęć według Metody Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2020
13. Borkowska A., Grotowska B. , *Codziennosc dziecka z zespołem Aspergera. Okiem rodzica i terapeuty*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2012
14. Bowlby J., *Attachment and loss. Vol:2 Separation: anxiety and anger*, Hogarth, London 1973

15. Bryńska A., Komender J., Jagielska G., *Autyzm i zespół Aspergera*, PZWL, Warszawa 2009
16. Buława-Halasz J., *Rehabilitacja społeczna i zawodowa dorosłych osób autystycznych*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2017
17. Burack J. A., Hodapp R. M., Zigler E. F., *Handbook of Mental Retardation and Development*, Cambridge University Press, Cambridge 1998
18. Cytowska B., Stawarski A., Winczura B., *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2014
19. Czownicka E. (red.), *Psychologiczne problemy wczesnego autyzmu dziecięcego*, WSPS, Warszawa 1983
20. Delacato C. H., *Dziwne, niepojęte. Autystyczne dziecko*, Fundacja „Synapsis”, Warszawa 1995
21. Denzin N. K., Lincoln Y. S., *Wprowadzenie. Dziedzina i praktyka badań jakościowych*, [w:] N. K. Denzin, Y. S. Lincoln (red.), *Metody badań jakościowych*, t. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009
22. Dhossche D. M., *GABA in Autism and Related Disorders*, Elsevier Academic Press, San Diego 2005
23. Dodd S., *Understanding autism*, Elsevier, New York 2005
24. Dudkiewicz W., *Praca magisterska. Przewodnik metodyczny dla studentów pedagogiki*, wyd. II, „Strzelec”, Kielce 1996
25. Dykcik W. (red.), *Autyzm, kontrowersje i wyzwania*, UAM, Poznań 1994
26. Dykcik W. (red.), *Pedagogika specjalna*, UAM, Poznań 1998
27. Emerson E., *Challenging Behavior: Analysis and Intervention in People with Learning Difficulties*, Cambridge University Press, Cambridge 1995
28. Favell J. E., *Themenagment of agressive behavior*, [w:] E. Schopler, G. B. Mesibov (red.), Plenum Press, New York 1983
29. Frith U., *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*, GWP, Gdańsk 2008
30. Frith U., *Autism: possible clues to the underlying pathology*, [w:] L. Wing (red.), *Aspects of autism: biological research*, Alden Press, Oxford 1988
31. Gajdzica Z., *Sytuacje trudne w opinii nauczycieli klas integracyjnych*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2001
32. Gałkowski T., *Psychologiczne aspekty rozwoju i zaburzeń mowy u dzieci*, [w:] J. Szumska (red.), *Zaburzenia mowy u dzieci*, PZWL, Warszawa 1982

33. Gałkowski T., *Autyzm*, [w:] T. Gałkowski, T. Tarkowski, Z. Zaleski (red.), *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, Wyd. UMCS, Lublin 1993
34. Gałkowski T., Kiperski J. (red.), *Encyklopedyczny słownik rehabilitacji*, PZWL, Warszawa 1986
35. Gałkowski T., Tarkowski T., Zaleski Z. (red.), *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, Wyd. UMCS, Lublin 1993
36. Gładyszewska-Cylulko J., *Specjalne potrzeby edukacyjne uczniów z niepełnosprawnościami*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2017
37. Goldstein S., Naglieri J. A., Ozonoff S., *Assessment of Autism Spectrum Disorders*, The Guilford Press, New York/London 2009
38. Góralski A., *Metody badań pedagogicznych w zarysie*, WSPS, Warszawa 1989
39. Grabias S. (red.), *Zaburzenia mowy*, Wyd. UMCS, Lublin 2001
40. Greenspan S. I., Wieder S., *Dotrzeć do dziecka z autyzmem. Jak pomóc dzieciom nawiązywać relacje, komunikować się i myśleć. Metoda Floortime*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014
41. Grodzka M., *Dziecko autystyczne. Dziennik terapeuty*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012
42. Hanbury M., *Positive Behaviour Strategies to Support Children & Young People with Autism*, SAGE, London 2007
43. Hillman J., Snyder S., Neubrandner J., *Childhood Autism: A Clinician's Guide to Early Diagnosis and Integrated Treatment*, Routledge, London/New York 2007
44. Jaklewicz H., *Autyzm wczesnodziecięcy*, GWP, Gdańsk 1993
45. Kaczmarek B., Wojciechowska A., *Autyzm i AAC*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2015
46. Kaczorowska-Bray K., Błeszyński J. J. (red.), *Diagnoza i terapia logopedyczna osób z niepełnosprawnością intelektualną*, Harmonia Universalis, Gdańsk 2012
47. Kamiński A., *Metoda, technika, procedura badawcza w pedagogice empirycznej*, [w:] R. Wroczyński, T. Pilch (red.), *Metodologia pedagogiki społecznej*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1974
48. Klimasiński K., *Współczesna psychopatologia*, Księgarnia Akademicka, Kraków 2002
49. Knill Ch., *Dotyk i komunikacja*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno – Pedagogicznej, Warszawa, 1997

50. Knill M., Knill Ch., *Programy aktywności. Świadomość ciała, kontakt i komunikacja*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno – Pedagogicznej, Warszawa, 1997
51. Konstantareas M. M., Blackstock E. B., *Autyzm*, KTA, Warszawa 1992
52. Kruk-Lasocka J. (red.), *Z problematyki autyzmu*, „Prace Pedagogiczne”, CIV, UWŹ, Wrocław 1994
53. Kruk-Lasocka J., *Pedagogika dzieci z autyzmem i zespołami psychozopodobnymi* [w:] W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna*, UAM, Poznań 1998
54. Kruk-Lasocka J., *Autyzm czy nie autyzm. Problemy diagnozy i terapii małych dzieci*, Dolnośląska Wyższa Szkoła Edukacji, Wrocław 2003
55. Lovaas O. J., *Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo*, WSiP, Warszawa 1993
56. Łobocki M., *Metody badań pedagogicznych*, PWN, Warszawa 1978
57. Łobocki M., *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Impuls, Kraków 2006
58. Maas V. F., *Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do Teorii Integracji Sensorycznej*, WSiP, Warszawa 1998
59. Maciarz A., Biadasiewicz M., *Dziecko autystyczne z zespołem Aspergera*, Impuls, Kraków 2000
60. Maciarz A., *Integracja społeczna dzieci niepełnosprawnych*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1987
61. Markiewicz K., *Komunikacja niejęzykowa dzieci autystycznych (wprowadzenie do badań)*, [w:] W. Dykcik (red.), *Autyzm, kontrowersje i wyzwania*, UAM, Poznań 1994
62. Marszałek L., *Duchowość dziecka. Znaczenia, perspektywy, konteksty w pedagogice przedszkolnej*, Wydawnictwo WSBJ, Warszawa 2003
63. Mash E. J., Barkley R. A., *Child Psychopathology, Second Edition*, Guilford Press, New York 2003
64. Mesibov G., Howley M., Naftel S., *Accessing the Curriculum for Learners with Autism Spectrum Disorders: Using the TEACCH programme to help inclusion*, Routledge, New York 2016
65. Mesibow G., Schopler E. (red.), *Social behavior in autism*, Plenum Press, New York and London 1986

66. Młynarska M., *Autyzm w ujęciu psycholingwistycznym. Terapia dyskursywna a teoria umysłu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2008
67. Minczakiewicz E., *Z badań nad rozwojem mowy dzieci autystycznych*, [w:] W. Dykcik (red.), *Autyzm, kontrowersje i wyzwania*, UAM, Poznań 1994
68. Minczakiewicz E. M., Błeszyński J. J., *Niepelnosprawność intelektualna jako zaburzenie współwystępujące*, [w:] J. J. Błeszyński, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Diagnoza i terapia logopedyczna osób z niepełnosprawnością intelektualną*, Harmonia Universalis, Gdańsk 2012
69. Muszyński H., *Wstęp do metodologii pedagogiki*, PWN, Warszawa 1970
70. National Center for Clinical Infant Programs, *Diagnostic Classification: 0-3. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*, NCCIP, Washington 1994
71. National Research Council, Policy and Global Affairs, Committee for Capitalizing on Science, Technology, and Innovation: An Assessment of the Small Business Innovation Research Program, *An Assessment of the SBIR Program at the National Institutes of Health*, National Academies Press, Washington 2009
72. Nordli D. R., Pellock J. M., Sankar R., Wheless J. W., *Pellock's Pediatric Epilepsy: Diagnosis and Therapy*, Springer Publishing Company, New York 2017
73. Nowak S., *Metodologia badań społecznych*, PWN, Warszawa 1970
74. Nowak-Dziemianowicz M., *Szkoła jako przestrzeń uznania*, PWN, Warszawa 2020
75. Okoń W., *Nowy słownik pedagogiczny, „Żak”*, Warszawa 2001
76. Olechnowicz H., *Wczesny autyzm dziecięcy - symptomologia, diagnostyka, etiologia i terapia*, [w:] E. Czownicka (red.), *Psychologiczne problemy wczesnego autyzmu dziecięcego*, WSPS, Warszawa 1983
77. Olechnowicz H., *Dziecko własnym terapeutą*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995
78. Olechnowicz H., *Wokół autyzmu. Fakty, skojarzenia, refleksje*, WSiP, Warszawa 2004
79. Oley J. G., *Autism: Historical Overview, Definitions, and Characteristics*, [w:] E. D. Berkell (red.), *Autism - Identification, Education, and Treatment*, Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey 1992
80. Palka S., *Metodologia. Badania. Praktyka pedagogiczna*, GWP, Gdańsk 2006

81. Parker J., Randall P., *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*, GWP, Gdańsk 2002
82. Piaget J., *Mowa i myślenie u dziecka*, PWN, Warszawa 1992
83. Pilch T., *Metodologia pedagogicznych badań środowiskowych*, PWN, Warszawa 1971
84. Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych*, PWN, Warszawa 1977
85. Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych, strategie ilościowe i jakościowe*, Wyd. III, Wydawnictwo „Żak”, Warszawa 2001
86. Pisula E., *Autyzm - fakty, wątpliwości, opinie*, WSPS, Warszawa 1993
87. Pisula E., *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, PWN, Warszawa 2000
88. Pisula E., *Małe dziecko z autyzmem*, GWP, Gdańsk 2005
89. Pisula E., *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*, Harmonia, Gdańsk 2010
90. Pisula E., *Autyzm. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej*, GWP, Sopot 2012
91. Pisula E., Danielewicz D., *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, Impuls, Kraków 2010
92. Piszczek M., *Autyści. Jak odbierają i rozumieją świat. Kilka uwag o wychowaniu i terapii*, Kompendium, Warszawa 2013
93. Przyrowski Z., *Podstawy diagnozy i terapii integracji sensorycznej*, [w:] Cz. Szmigiel (red.), *Podstawy diagnostyki i rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej*, Wydawnictwo AWF, Kraków 2001
94. Randall P., Parker J., *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*, GWP, Sopot 2010
95. Rooney T., *Valuing and supporting carers Volume 2: oral and written evidence*, Stationery Office, 2008
96. Schopler E., Mesibow G. B. (red.), *Social behavior in autism*, Plenum Press, New York and London 1986
97. Seach D., Lloyd M., Preston M. (2006), *Pomóż dziecku z autyzmem*, K. E. Liber, Warszawa 2006
98. Shah A., Wing L., *Cognitive impairment affecting social behavior in autism*, [w:] E. Schopler, G. Mesibow (red.), *Social behavior in autism*, Plenum Press, New York and London 1986
99. Sherborne W., *Ruch rozwijający dla dzieci*, PWN, Warszawa, 2012.
100. Siegel W. (red.), *Cognitive development in atypical children: Progress in Cognitive Development Research*, Springer, New York 1996

101. Sillamy W. N., *Słownik psychologiczny*, Książnica, Katowice 1994
102. Skorny Z., *Prace magisterskie z psychologii i pedagogiki. Przewodnik metodyczny dla studiujących nauczycieli*, WSiP, Warszawa 1984
103. Skórczyńska M., *Autyzm a opóźnienie rozwoju*, [w:] B. Winczura (red.), *Dzieci z zaburzeniami łączonymi. Trudne ścieżki rozwoju*, Impuls, Kraków 2012
104. Sobol E. (red.), *Słownik wyrazów obcych*, PWN, Warszawa 2002
105. *Strategia postępowania z dziećmi autystycznymi. Poradnik praktyczny dla rodziców*, przekład E. Wiekiery z „Engagement”, Krajowe Towarzystwo Autyzmu - Oddział w Krakowie, Kraków 1995
106. Suchowierska M., Ostaszewski P., Bąbel P., *Terapia behawioralna dzieci z autyzmem*, GWP, Sopot 2012
107. Sztumski J., *Wstęp do techniki i metod badań społecznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1984
108. Szumska J. (red.), *Zaburzenia mowy u dzieci*, PZWL, Warszawa 1982
109. Wall K., *Autism and early years practice: a guide for early years professionals, teachers and parents*, SAGE Publications, London 2004
110. Welsche M., *Ukierunkowana na relacje. Pedagogika ruchu według koncepcji Weroniki Sherborne*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2019
111. Winczura B. (red.), *Autyzm. Na granicy zrozumienia*, Impuls, Kraków 2009
112. Winczura B. (red.), *Dzieci z zaburzeniami łączonymi. Trudne ścieżki rozwoju*, Impuls, Kraków 2012
113. Winczura B., *Dzieci o specjalnych potrzebach komunikacyjnych. Diagnoza - edukacja – terapia*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2014
114. Wing L. (red.), *Aspects of autism: biological research*, Alden Press, Oxford 1988
115. Zaczyński W., *Praca badawcza nauczyciela*, PWN, Warszawa 1995
116. Zager D., Cihak D. F., Stone-MacDonald A., *Autism Spectrum Disorders: Identification, Education, and Treatment*, Routledge, New York 2017
117. Zawiślak B., *Dziecko autystyczne. Prawdziwa opowieść o Maciusiu*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2012

Czasopisma

1. Adamczyk L., *Mentalizacja*, cz. 1: *Wprowadzenie do zagadnienia, wymiary mentalizacji*, „Psychoterapia” 2013, nr 3(166)

2. Baer D. M., Stokes T. F., *An implicit technology of generalization*, „Journal of Applied Behavior Analysis”, 1977, 10
3. Centers for Disease Control and Prevention: Morbidity and Mortality Weekly Report, March 30, 2012
4. Christie P., *Jak radzić sobie z zaburzonymi zachowaniami osób autystycznych?*, tłum. E. Gliwicka, „Impuls. Kwartalnik Informacyjny Krakowskiego Oddziału Krajowego Towarzystwa Autyzmu” 1997
5. Eaves L., Ho H., Eaves D., *Subtypes of autism by cluster analysis*. „Journal of Autism and Developmental Disorders”, 1994, 24
6. Ferster C. B., Myer De, *The development of performances in autistic children in an automatically controlled environment*, „Journal of Chronic Disease”, 1961, 13
7. Lovaas O. I., *Behavioral Treatment and normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children*, Journal of Consulting and Psychology”, 1987, 55
8. Lovaas O. J., Smith T., *A comprehensive behavioral theory of autistic children: Paradigm for research and treatment*, „Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry”, 1989, 20
9. Naigels R. L., „Imput an language development in children with autism”, *Seminars in Speech and Language* 34 (4) 2013
10. Pankiewicz A., *Charakterystyka mowy 9-letniej dziewczynki autystycznej*, „Dziecko Autystyczne”, nr 1-4, Krajowe Towarzystwo Autyzmu, Warszawa 1988
11. Pawłowska H., *Zagadnienia mowy w autyzmie wczesnodziecięcym*, Szkoła Specjalna 1997
12. Peeters T., *Opleidingscentrum Autisme-vzw-Answers*, tłum. A. Roman, „Autyzm”, Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Autystycznym w Gdańsku, broszura, 1996
13. Pisula E., *Zaburzenia komunikacji u dzieci z autyzmem* [w:] Ogólnopolska Fundacja na rzecz Dzieci Niepełnosprawnych „Promyk Słońca”, *Kiedy mózg pracuje inaczej... - postrzeganie, ruch, emocje, komunikacja. X Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa (Wrocław, 5 grudnia 2008 r.): materiały konferencyjne*, Oddział Fundacji „Promyk Słońca”, Wrocław 2008

14. Rapin I., *Autism*, „New England Journal of Medicine” 1997
15. Rogers S., Vismara L. A., *The Early Start Denver Model*, „Journal of Early Intervention”, 2008, 31(1)
16. Rogers-Warren A., Warren S. F., *Mands for verbalization: Facilitating the display of newly trained language in children*, “Behavior Modification”, 1980, 4
17. Stokes T. F., Baer D. M., *An implicit technology of generalization*, „Journal of Applied Behavior Analysis”, 1977, 10.
18. Tantan D., *Czyjś niezależny umysł*, cz. I, „Dziecko Autystyczne” 1996, IV, 1, Krajowe Towarzystwo Autyzmu, Warszawa 1996
19. Tervo R., *Identifying Patterns of Developmental Delays Can Help Diagnose Neurodevelopmental Disorders*, „A Pediatric Perspective”, 12
20. Victor G., *Zagadka autyzmu*, tłum. R. Saciuk [w:] J. Kruk-Lasocka (red.), *Z problematyki autyzmu*, „Prace Pedagogiczne”, CIV, UWr, Wrocław 1994
21. Vismara L. A., Rogers S., *The Early Start Denver Model*, „Journal of Early Intervention”, 2008, 31(1)
22. Warren S. F., Rogers-Warren A., *Mands for verbalization: Facilitating the display of newly trained language in children*, “Behavior Modification”, 1980, 4
23. Wiekiery E., *Strategia postępowania z dziećmi autystycznymi. Poradnik praktyczny dla rodziców*, „Engagement”, Krajowe Towarzystwo Autyzmu - Oddział w Krakowie, Kraków 1995

Netografia

1. Dawson G., Rogers S. J., Munson J., Smith M., Winter J., Greenson J., Varley J., *Randomized, Controlled Trial of an Intervention for Toddlers with Autism: The Early Start Denver Model*. *Pediatrics*, 2009, pediatrics.aappublications.org/content/125/1/e17.full, [dostęp: 11.12.2021]
2. Grzadzinski R., Huerta M., Lord C., *DSM-5 and autism spectrum disorders (ASDs): An opportunity for identifying ASD subtypes*, “Molecular Autism”, 2013, 4(12), doi: 10.1186/2040-2392-4-12, <http://www.molecularautism.com/content/4/1/12>, [dostęp: 26.04.2019]
3. Huerta M., Grzadzinski R., Lord C., *DSM-5 and autism spectrum disorders (ASDs): An opportunity for identifying ASD subtypes*, “Molecular Autism”,

- 2013, 4(12), doi: 10.1186/2040-2392-4-12, <http://www.molecularautism.com/content/4/1/12>, [dostęp 26.04.2019]
4. *Is autism on the rise?*, [w:] http://www.asaonline.org/about_autism/ontherise, [dostęp: 26.04.2019]
 5. Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych, <https://www.rpo.gov.pl/pl/konwencja-oprawach-osob-niepelnosprawnych> [dostęp: 16.07.2019]
 6. National Institute of Neurological Disorders and Stroke, *Autism Fact Sheet*, [w:] http://www.ninds.nih.gov/disorders/autism/detail_autism.htm, [dostęp: 26.04.2019]
 7. Paradowska E., <https://orcid.org/0000-0002-6729-8169>, [dostęp: 11.12.2021]
 8. Rogers S. J., Dawson G., Munson J., Smith M., Winter J., Greenson J., Varley J., *Randomized, Controlled Trial of an Intervention for Toddlers with Autism: The Early Start Denver Model. Pediatrics*, 2009, pediatrics.aappublications.org/content/125/1/e17.full, [dostęp: 16.07.2019]
 9. Smith M., Winter J., Rogers S. J., Dawson G., Munson J., Greenson J., Varley J., *Randomized, Controlled Trial of an Intervention for Toddlers with Autism: The Early Start Denver Model. Pediatrics*, 2009, pediatrics.aappublications.org/content/125/1/e17.full, [dostęp: 16.07.2019]
 10. Stolarska W., *Coraz więcej przypadków autyzmu, „Trzeba uświadamiać i dyskutować”* <https://zdrowie.trojmiasto.pl/Coraz-wiecej-przypadkow-autyzmu-Trzeba-uswiadamiac-i-dyskutowac-n122613.html#tri>, [dostęp: 26.04.2019]
 11. *Teoria umysłu u osób z ASD*, <https://polskiautyzm.pl/teoria-umyslu-u-osob-z-asd/>, [dostęp: 30.04.2019]
 12. UNICEF, Konwencja o Prawach Dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 20 listopada 1989 roku, <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19911200526/T/D19910526L.pdf>, [dostęp: 17.07.2019]

SPIS TABEL

Tabela 1. Kryteria diagnostyczne do rozpoznania zaburzeń autystycznych w świetle DSM – IV	21
Tabela 2. Miejsce autyzmu wśród innych rozpoznań Rozległych Zaburzeń rozwojowych	24
Tabela 3. Symptomy autyzmu w zakresie umiejętności społecznych, języka i zachowania	26
Tabela 4. Typy wzmocnień i kar	80
Tabela 5. Wyniki dziecka S.S. uzyskane na różnej przestrzeni czasowej w zakresie sfery społecznej i samodzielności.....	120
Tabela 6. Wyniki dziecka B.M. uzyskane na różnej przestrzeni czasowej w zakresie sfery społecznej i samodzielności.....	145
Tabela 7. Wyniki dziecka K.T. uzyskane na różnej przestrzeni czasowej w zakresie sfery społecznej i samodzielności	175
Tabela 8. Zestawienie odpowiedzi ankietowych rodziców dzieci neurotypowych na temat edukacji włączającej. Pytania zamknięte	199
Tabela 9. Korzyści z wdrożenia Metody SPRING®	207

SPIS RYCIN

Rycina 1. Edukacja stopniowana	78
Rycina 2. Metody pracy z dzieckiem z autyzmem	78

SPIS FOTOGRAFII

Fotografia 1. Łącuch zachowań – mycie rąk	81
Fotografia 2. Praca z tabliczką motywacyjną	81
Fotografia 3. Plan dnia	82
Fotografia 4. Ćwiczenia metodą W. Sherborne	83
Fotografia 5. Integracja sensoryczna	84
Fotografia 6. Zajęcia metodą integracji sensorycznej	84
Fotografia 7. Zajęcia Sensus – przyzwolenie na brudzenie	85
Fotografia 8. Dziecko w relacji 1:1	87
Fotografia 9. Praca w „domku” – przestrzeń zapewniająca komfort akustyczny	87
Fotografia 10. Kontakt wzrokowy	89

Fotografia 11. Chłopiec posługujący się komunikacją alternatywną. Nauka dopasowywania według koloru	90
Fotografia 12. Zajęcia ogrodnicze w grupie przedszkolnej	91
Fotografia 13. Wspólne karmienie ptaków	91
Fotografia 14. Zabawa symboliczna – piknik	92
Fotografia 15. Zabawa w grupie przedszkolnej	92
Fotografia 16. Zajęcia Sensus – przyzwolenie na brudzenie	94
Fotografia 17. Rodzice przedszkolaków	95
Fotografia 18. Zabawa w ogrodzie	96
Fotografia 19. Sala do terapii 1:1	97
Fotografia 20. Kącik wypoczynkowy/biblioteczka przedszkolaka	97
Fotografia 21. Zajęcia plastyczne w ogrodzie	98
Fotografia 22. Wypoczynek w ogrodzie	98
Fotografia 23. Zajęcia plastyczne w ogrodzie	99
Fotografia 24. Katarzyna Sokołowska	108
Fotografia 25. Magdalena Słowy	109
Fotografia 26. Karolina Umerle	109
Fotografia 27. Kamila Sadzikowska	110
Fotografia 28. Karolina Brzoska	110
Fotografia 29. Beata Sobczyk	111
Fotografia 30. Magdalena Markowska	111
Fotografia 31. Mapa z Google	112
Fotografia 32. Widok podszkołą z zewnątrz	113
Fotografia 33. Widok na ogród	113
Fotografia 34. Ogród przedszkolny	114
Fotografia 35. Ankieta z rodzicem S.S. przed podjęciem terapii	117
Fotografia 36. Ankieta z rodzicem S.S. przed podjęciem terapii	118
Fotografia 37. Analiza nagrań wideo S.S.	122
Fotografia 38. Ankieta z rodzicem S.S. z dnia 14.12.2021r.	124
Fotografia 39. Ankieta z rodzicem S.S. z dnia 14.12.2021r.	125
Fotografia 40. Wypełniony Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING® studium przypadku S.S. – część 1	126
Fotografia 41. Wypełniony Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING® studium przypadku S.S. – część 2	127

Fotografia 42. Wypełniony Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING® studium przypadku S.S. – część 3	128
Fotografia 43. Wypełniony Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING® studium przypadku S.S. – część 4	129
Fotografia 44. Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny - studium przypadku S.S. – część 1	130
Fotografia 45. Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny - studium przypadku S.S. – część 2	131
Fotografia 46. Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny - studium przypadku S.S. – część 3	132
Fotografia 47. Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny - studium przypadku S.S. – część 4	133
Fotografia 48. Wybrany przykład realizacji działań edukacyjno-terapeutycznych - studium przypadku S.S. – część 1	134
Fotografia 49. Wybrany przykład realizacji działań edukacyjno-terapeutycznych - studium przypadku S.S. – część 2	135
Fotografia 50. Ewaluacja - studium przypadku S.S.	136
Fotografia 51. Rysunki dziecka poddane analizie- studium przypadku S.S. – część 1	138
Fotografia 52. Rysunki dziecka poddane analizie- studium przypadku S.S. – część 2	139
Fotografia 53. Dokumentacja fotograficzna wybranych aktywności dziecka - studium przypadku S.S.	140
Fotografia 54. Stasiu przed i w trakcie wizyty u fryzjera	141
Fotografia 55. Ankieta z rodzicem B.M. przed podjęciem terapii	143
Fotografia 56. Ankieta z rodzicem B.M. przed podjęciem terapii	144
Fotografia 57. Analiza nagrań wideo B.M	147
Fotografia 58. Ankieta z rodzicem B.M. z dnia 14.12.2021r.	149
Fotografia 59. Ankieta z rodzicem B.M. z dnia 14.12.2021r.	150
Fotografia 60. Wypełniony Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING® studium przypadku B.M. – część 1	151
Fotografia 61. Wypełniony Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING® studium przypadku B.M. – część 2	152

Fotografia 62. Wypełniony Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING® studium przypadku B.M. – część 3	153
Fotografia 63. Wypełniony Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING® studium przypadku B.M. – część 4	154
Fotografia 64. Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny - studium przypadku B.M. – część 1	155
Fotografia 65. Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny - studium przypadku B.M. – część 2	156
Fotografia 66. Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny - studium przypadku B.M. – część 3	157
Fotografia 67. Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny - studium przypadku B.M. – część 4	158
Fotografia 68. Wybrany przykład realizacji działań edukacyjno-terapeutycznych - studium przypadku B.M. – część 1	159
Fotografia 69. Wybrany przykład realizacji działań edukacyjno-terapeutycznych - studium przypadku B.M. – część 2	160
Fotografia 70. Wybrany przykład realizacji działań edukacyjno-terapeutycznych - studium przypadku B.M. – część 3	161
Fotografia 71. Ewaluacja – studium przypadku B.M. – semestr I	162
Fotografia 72. Ewaluacja – studium przypadku B.M. – semestr II	163
Fotografia 73. Rysunki dziecka poddane analizie- studium przypadku B.M. – część 1	165
Fotografia 74. Rysunki dziecka poddane analizie- studium przypadku B.M. – część 2	166
Fotografia 75. Prace dziecka poddane analizie- studium przypadku B.M. – część 1	167
Fotografia 76. Prace dziecka poddane analizie- studium przypadku B.M. – część 2	168
Fotografia 77. Dokumentacja fotograficzna wybranych aktywności dziecka – studium przypadku B.M. – część 1	169
Fotografia 78. Dokumentacja fotograficzna wybranych aktywności dziecka – studium przypadku B.M. – część 2	170
Fotografia 79. Ankieta z rodzicem K.T. przed podjęciem terapii	173
Fotografia 80. Ankieta z rodzicem K.T. przed podjęciem terapii	174

Fotografia 81. Analiza nagrań wideo K.T.	177
Fotografia 82. Ankieta z rodzicem K.T. z dnia 14.12.2021r.	179
Fotografia 83. Ankieta z rodzicem K.T. z dnia 14.12.2021r.	180
Fotografia 84. Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING® - studium przypadku K.T. – część 1	181
Fotografia 85. Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING® - studium przypadku K.T. – część 2	182
Fotografia 86. Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING® - studium przypadku K.T. – część 3	183
Fotografia 87. Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING® - studium przypadku K.T. – część 4	184
Fotografia 88. Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny – studium przypadku K.T. – część 1	185
Fotografia 89. Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny – studium przypadku K.T. – część 2	186
Fotografia 90. Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny – studium przypadku K.T. – część 3	187
Fotografia 91. Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny – studium przypadku K.T. – część 4	188
Fotografia 92. Wybrany przykład realizacji działań edukacyjno-terapeutycznych - studium przypadku K.T. – część 1	189
Fotografia 93. Wybrany przykład realizacji działań edukacyjno-terapeutycznych - studium przypadku K.T. – część 2	190
Fotografia 94. Ewaluacja – studium przypadku K.T.	191
Fotografia 95. Wybrane rysunki dziecka poddane analizie- studium przypadku K.T. – część 1	193
Fotografia 96. Prace dziecka poddane analizie- studium przypadku K.T. – część 1	194
Fotografia 97. Prace dziecka poddane analizie- studium przypadku K.T. – część 2	195
Fotografia 98. Dokumentacja fotograficzna wybranych aktywności dziecka – studium przypadku K.T. – część 1	196
Fotografia 99. Dokumentacja fotograficzna wybranych aktywności dziecka – studium przypadku K.T. – część 2	197

ANEKSY

Aneks 1. Arkusz Obserwacyjny Metody SPRING® wzór

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia:

Rozpoznanie:

Data sporządzenia:

Sfery objęte diagnozą	Opis funkcjonowania dziecka w określonej sferze	
	Mocne strony	Słabe strony
Sfera fizyczna		
Motoryka duża		
Motoryka mała		
Zmysły i integracja sensoryczna		
Czynności samoobsługowe		
Sfera poznawcza		
Kontakt wzrokowy		
Reakcja na imię		
Porozumiewanie się (komunikacja)		
Sfera percepcyjna		
Percepcja słuchowa		
Koordinacja wzrokowo-ruchowa		
Sfera emocjonalno-motywacyjna		
Radzenie sobie z emocjami		

Motywacja do nauki i pokonywanie trudności		
Sfera społeczna		
Kompetencje społeczne		
Relacje z dorosłymi		
Relacje z rówieśnikami		

Aneks 2. Arkusz analizy nagrań wideo - wzór

Data nagrania	Opis sytuacji	Metoda pracy	Opis funkcjonowania dziecka	Inne

Aneks 3. Ankieta dla rodziców dzieci rozwijających się neurotypowo - wzór

Wiek:

Płeć:

Wykształcenie:

1.	Czy słyszał/a Pan/Pani kiedykolwiek o autyzmie?	Tak	Nie
2.	Czy Pana/Pani zdaniem powinno się organizować proces edukacyjny dzieci z autyzmem w przedszkolach/szkołach wyłącznie specjalnych?	Tak	Nie
3.	Czy kiedykolwiek Pana/Pani dziecko wspominało o zachowaniach dziecka z autyzmem z grupy przedszkolnej? Co mówiło? Na jakie zachowania zwracało uwagę?	Tak	Nie
4.	Czy widzi Pan/Pani zalety integracji dzieci z autyzmem i dzieci rozwijających się w sposób typowy? Jeśli tak proszę o wymienienie 3 zalet: 1. 2. 3.	Tak	Nie
5.	Jakie emocje towarzyszą Panu/Pani podczas kontaktu Pana/Pani dziecka z dzieckiem z autyzmem?	Raczej pozytywne	Raczej negatywne
6.	Czy ma Pan/Pani obawy związane z kontaktami Pana/Pani dziecka z dzieckiem autystycznym?	Tak	Nie
7.	Proszę opisać swoje spostrzeżenia dotyczące edukacji dzieci z autyzmem z dziećmi neurotypowymi:		

Aneks 4. Arkusz wywiadu rodzica dziecka z autyzmem - wzór

Imię i nazwisko:

Wiek:

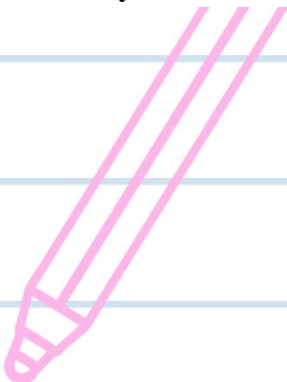
Płeć:

Wykształcenie:

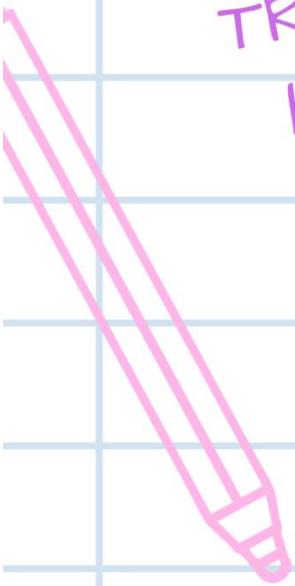
Data wypełnienia :

1.	Czy Pana/Pani dziecko nawiązuje kontakty społeczne z innymi dziećmi? Jeżeli tak, to w jaki sposób?	Tak	Nie
2.	Czy Pana/ Pani dziecko bawi się w udawanie albo w zabawy „na niby”?	Tak	Nie
3.	Czy Pana/Pani dziecko reaguje, gdy woła je Pan/Pani po imieniu?	Tak	Nie
4.	Czy Pana/Pani dziecko nawiązuje z Panem/Panią kontakt wzrokowy?	Tak	Nie
5.	Czy Pana/Pani dziecko próbuje naśladować to, co Pan/Pani robi?	Tak	Nie
6.	Czy Pana/Pani dziecko wykonuje proste polecenia np. siadaj, daj.	Tak	Nie
7.	Czy pana/Pani dziecko komunikuje się werbalnie?	Tak	Nie
8.	Czy Pana/Pani dziecko używa gestu do komunikowania się z Panem/Panią?	Tak	Nie
9.	Proszę opisać funkcjonowanie Pana/Pani dziecka:		

Aneks 5. Kwestionariusz do oceny funkcjonalnej zachowań trudnych



OCENA ZACHOWAŃ
TRUDNYCH WEDŁUG
KWESTIONARIUSZA
SPRING



Opracowane przez
Magdalenę Markowską

Model zachowań trudnych

A B C



A - to, co dzieje się przed wystąpieniem zachowania

B - opis zachowania

C - konsekwencja



Ćw. 1

Wypisz wszystkie zachowania trudne u
twojego dziecka/ ucznia:

1.

2.

3.

4.

5.



Przykład:

Dziecko w wieku przedszkolnym krzyczy i kopie stół podczas zajęć z realizacji programowej np. uzupełniając ćwiczenia/ rysowanie. Pomimo wielu uwag dziecko nie przestaje i zostaje wyprowadzone z sali.

A → Wypisz hipotezy tego, dlaczego dziecko się tak zachowało?

Zastanów się czy dane zachowanie na ogół zdarza się:

- o tej samej porze dnia
- w określonym czasie
- gdy przydzielone jest określone zadanie
- gdy dziecko znajduje się w towarzystwie określonych rówieśników
- w odpowiedzi na prowokację
- w odpowiedzi na twoje polecenie
- gdy dziecko jest podekscytowane
- gdy dziecko się nudzi



JAK MYŚLISZ?

Nad jakim zachowaniem powinniśmy zacząć pracować w pierwszej kolejności?

Najczęściej pojawiającą się odpowiedzią jest to, że od zachowania, które jest agresywne zagraża dziecku i otoczeniu.

Odpowiedź brzmi jednak tak:

Zaczynamy od zachowania, które jest "najświeższe" - wystąpiło najpóźniej. Dlatego, że najłatwiej je wyeliminować.

Opisz wybrane zachowanie.

STARAJ SIĘ NIE OCENIAĆ!

JAK ONO WYGLĄDA?

JAK CZĘSTO SIĘ POJAWIA?

Okoliczności, które mogą mieć wpływ na zachowania trudne:

- przyjmowanie lekarstw
- problemy ze snem
- dolegliwości zdrowotne

JAK DŁUGO TRWA, GDY SIĘ POJAWIA?

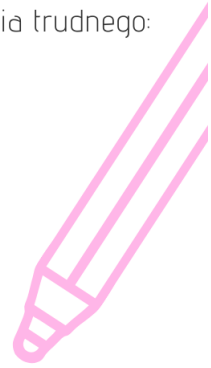
Zastanów się nad funkcją tego zachowania.

Przykład:

Na jednym ze szkoleń nauczycielka podała przykład zachowania trudnego:
dziewczynka klepie wszystkich po plecach.

Po analizie okazało się, że:

- klepie po plecach tylko rano i po południu
- robi to wyłącznie w szatni

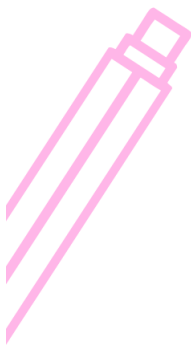


Wniosek!

Funkcja tego zachowania to funkcja komunikacyjna.

Co zrobić?

Jeśli chcesz, aby dziecko przerwało daną czynność
daj mu coś w zamian.



Naucz dziecko witać się i żegnać w
sposób społecznie akceptowany.

Zastanów się:

CO DZIECKO/ UCZEŃ ZYSKUJE POPRZEZ SWOJE ZACHOWANIE?



CO DAJE SIĘ UNIKNAĆ DZIECKU/ UCZNIOWI?



Liczba zachowań trudnych rośnie wraz ze spadkiem ilorazu inteligencji.



Dziecko prezentuje dane zachowanie niepożądane, aby uzyskać czyjąś uwagę:

- fizyczna: dotykание, głaskanie, przytulanie
- wokalna: wypowiedzi, głośne / ciche dźwięki
- wizualna: postawa, mimika

Co jest nagrodą?

- uwaga ze strony rówieśników lub osoby dorosłej
- uwaga "pozytywna" lub "negatywna"



Sposoby postępowania.

UCZENIE ZACHOWAŃ
ALTERNATYWNYCH-
PROSZENIA O
PRZYTULANIE ITP.

ZABAWY "FIZYCZNE"
JAKO NAGRODY NP.
ZACHOWANIEM TRUDNYM
JEST KONTAKT FIZYCZNY,
TO PRZYTULENIE BĘDZIE
NA LIŚCIE NAGRÓD.

POLECENIA SĄ
KIEROWANE DO DZIECKA
W FORMIE POZYTYWNEJ I
ZAWIERAJĄ INFORMACJĘ
CO POWINNO ZROBIĆ NP.
"STÓJ SPOKOJNIE"



Streszczenie

Głównym celem badawczym dla niniejszej rozprawy jest stworzenie spójnego i całościowego opisu teorii i praktyki w zakresie metody pracy z dzieckiem z autyzmem na etapie przedszkolnym, integrującego wybrane teorie dyrektywne i niedyrektywne.

Niniejsza dysertacja składa się z sześciu rozdziałów. Rozdział pierwszy poświęcony jest tematyce autyzmu. Jego klasyfikacji i obrazowi klinicznemu. Praca pisana jest na przełomie 2021/2022 roku w oczekiwaniu na nową klasyfikację ICD11 w której zajdą znaczące zmiany w definiowaniu tego zaburzenia. Szczególnie ważnym podrozdziałem w tej części pracy, z punktu widzenia edukacji, jest sformułowanie potrzeb dziecka z autyzmem. W rozdziale drugim scharakteryzowane zostały podstawowe pojęcia i zasady terapii behawioralnej w pracy z dzieckiem z autyzmem ze szczególnym uwzględnieniem redukowania zachowań niepożądanych, nauki umiejętności deficytowych i generalizowania nabytych umiejętności. Teoria behawioralna jest podstawą teoretyczną prezentowanej Metody SPRING®. Jako, że w rozprawie prezentowany jest opis próby integracji podejść dyrektywnych i niedyrektywnych w terapii i edukacji dziecka z autyzmem rozdział trzeci to prezentacja niedyrektywnych metod pracy z dzieckiem z autyzmem z uwzględnieniem Pedagogiki Reggio, Metody DIR FLOOR, Metody Knillów, Metody W.Sherborne i Integracji Sensorycznej. W rozdziale czwartym przedstawione zostały założenia teoretyczne metody edukacyjno-terapeutycznej SPRING® z prezentacją procedur terapeutycznych, form pracy, roli nauczycieli i rodziców w procesie edukacji oraz znaczenia otoczenia w jakim przebywa dziecko. Rozdział piąty i szósty to metodologiczne założenia badań oraz prezentacja wyników w kontekście rozwoju kompetencji społecznych dzieci z autyzmem oraz ich usamodzielniania. Praca ma przede wszystkim charakter praktyczny stąd ostatnim rozdziałem rozprawy są rekomendacje pedagogiczne dla przedszkoli. Procedury zaprojektowane specjalnie do użytku Metody SPRING® wyznaczają strategie interwencji, realistyczne i specyficzne cele oraz dokumentację postępów dzieci. Bez interwencji w kształcenie dzieci z autyzmem już na wczesnym etapie edukacji przedszkolnej nie ma szans na zmianę ich sytuacji społecznego wykluczenia. Wiek przedszkolny to okres niezwyklej ciekawości świata, ogromnej plastyczności, czas poszukiwania informacji na temat tego co nowe i niezrozumiałe, dlatego przedszkole

jest najlepszą przestrzenią do prowadzenia dzieci z autyzmem i neurotypowych rówieśników w tworzeniu kultury integracyjnej.

Metoda SPRING® predysponuje do stania się podłożem teoretycznym dla proponowanej przez autorkę edukacji stopniowanej integrującej edukację indywidualną (segregacyjną), integracyjną i włączającą w kontekście edukacji dziecka z autyzmem na etapie przedszkolnym.

Abstract

The main research goal of this dissertation is to create a coherent and comprehensive description of theory and practice in the field of working with an autistic child at the preschool stage, integrating selected directive and non-directive theories.

The following dissertation consists of six chapters. The first chapter is devoted to the subject of autism, its classification and clinical picture. This thesis was written at the turn of 2021/2022, in anticipation of the implementation of the new ICD-11 classification in Poland, in which significant changes in the definition of this disorder have been introduced. From the educational point of view, a particularly important subsection in this part of the thesis is the formulation of the needs of an autistic child. The second chapter includes a description of the basic concepts and principles of behavioural therapy in working with children with autism, especially reducing unwanted behaviours, learning deficit skills and generalizing acquired skills. The behavioural theory is the theoretical basis of the presented SPRING® Method. As the dissertation presents a description of an attempt to integrate directive and non-directive approaches in the therapy and education of an autistic child, the third chapter is a presentation of non-directive methods of working with a child with autism, including Reggio Pedagogy, DIR FLOOR Method, Knills' Method, W. Sherborne's Method and Sensory Processing. Chapter four presents the theoretical assumptions of the educational and therapeutic method SPRING®, including therapeutic procedures, forms of work, the role of teachers and parents in the educational process, and the importance of the child's environment. Chapters five and six contain the methodological assumptions of the research and present the results with the reference to the development of social competences of autistic children and their empowerment.

The work is primarily of a practical nature; hence the last chapter of the dissertation includes pedagogical recommendations for kindergartens. Procedures designed specifically for the use of SPRING® method determine intervention strategies, realistic and specific goals and children's progress documentation. Without intervention in the education of children with autism at an early stage of preschooling, there is little chance of changing their social exclusion situation. The preschool age is a period of extraordinary curiosity about the world, great plasticity, time of searching for information about what is new and incomprehensible; that is why kindergarten is the best space for mixed education of children with autism and neurotypical peers in creating an inclusive culture.

The SPRING® method predisposes to become a theoretical foundation for proposed by the author gradual education, which integrates individual (segregated), integrative and inclusive education in the context of preschool education of a child with autism.