



Katarzyna Witulska

Autyzm -

dziecko autystyczne w przedszkolu i rodzinie

AUTYZM

MODEL EDUKACYJNY
KATARZYNA WITULSKA

Autyzm – geneza słowa – znaczenie

Autyzm wczesnodziecięcy został opisany przez Leo Kanner w 1943.

Dostrzegł on wśród dzieci ze schizofrenią, psychozami i niedorozwojem umysłowym takie, które nie mieściły się w żadnej z tych grup diagnostycznych. Dzieci te przejawiały charakterystyczne cechy zachowania i reagowania.

Kanner wyróżnił je, określił jako zespół, nadał nazwę: „autyzm wczesnodziecięcy” i ustalił kryteria rozpoznania.

Sam ten termin zawiera bardzo ważną informację:
zaburzenia dotyczą wczesnego okresu rozwoju.

Mylące może być słowo „autyzm” (gr. *autos* – sam)
zawarte w nazwie zespołu.

Do psychiatrii wprowadził je Eugeniusz Bleuler dla
określenia jednego z centralnych objawów
schizofrenii. W koncepcji Bleulera **autyzm** oznacza
rozluźnienie dyscypliny myślenia logicznego w
połączeniu z zamknięciem się w sobie.

Autyzm Kanner'a jest rozumiany przede wszystkim
jako brak fantazji lub zdolności do kreowania
rzeczywistości

Rozwój teorii genezy autyzmu

Kanner uważał, że autyzm jest pochodzenia psychogennego, a rolę w jego powstawaniu odgrywa „zimna, deprywująca” matka, która nie jest w stanie zaspokoić potrzeb emocjonalnych dziecka.

Był skłonny sądzić, że autyzm powstaje w wyniku współdziałania czynników biologicznych, rozwojowych i rodzinnych. Po tym odrzucił koncepcję związku przyczynowego pomiędzy autyzmem i zmianami organicznymi mózgu. (lata pięćdziesiąte XX wieku)

Pod koniec swojego życia, jego stanowisko dotyczące genezy autyzmu było bardzo ogólne:

nie ma dowodów, które w sposób bezsporny rozstrzygałyby o genezie autyzmu.

Biologiczne uwarunkowania genezy autyzmu

- ◆ hipotezy o związku z autyzmem z minimalnym uszkodzeniem mózgu wiąże się z badaniami nad patologicznym wpływem obciążających czynników ciężowo okołoporodowych na rozwój wyższych czynności mózgowych.
- ◆ autyzm wczesnodziecięcy można rozumieć jako jedną z klinicznych postaci minimalnej dysfunkcji mózgowej.
- ◆ Levy (1988) analizując przebieg okresu okołoporodowego i porodu nie potwierdziła zależności pomiędzy występowaniem autyzmu a patologią okołoporodową. Jedyną różnicą jaką Levy stwierdziła, było nieprawidłowe ułożenie płodu, które częściej występowało u dzieci z autyzmem.
 - ◆ hipotezy, które zakładają, że zaburzenia mowy w autyzmie są pierwotne i podstawowe, nawiązują do koncepcji minimalnej dysfunkcji mózgowej. Ukierunkowały one badania na czynność lewej półkuli mózgu, która jest związana z funkcją mowy.

- ◆ niektóre obserwacje zainteresowanych sugerują, że raczej prawa półkula mózgu wykazuje zaburzenia funkcjonalne, które mogą być przyczyną nieprawidłowego rozwoju funkcji percepcyjnych, a te z kolei mają wpływ na dysharmonie w rozwoju mózgu.
- ◆ sugestie niektórych badaczy (Folsteina i Ruttera 1988) zmierzają do stanowiska, że nie jedna lecz kilka genetycznych alokacji może być przyczyną autyzmu wczesnodziecięcego. Niektóre dowody kliniczne sugerują, iż nie autyzm jako taki jest dziedziczony, lecz raczej genetycznie uwarunkowane nieprawidłowości w rozwoju mowy.

Etiologiczna koncepcja genezy autyzmu (Tinbergen 1972, 1983)

- ◆ metodyka etiologów sprowadza się do trzech podstawowych stadiów: obserwacja, porównanie, wyjaśnienie.
- ◆ autyzm nie jest stanem statycznym, lecz procesem, który wiedzie od normy do patologii
- ◆ zachowania autystyczne występują w przebiegu normalnego rozwoju dziecka, pojawia się wówczas gdy dziecko przeżywa silny lęk związany z poczuciem zagrożenia, stan ten manifestuje krzykiem, płaczem, ucieczką, chaotycznymi ruchami lub bezruchem.
- ◆ podatność na zranienie (*Vulnerabilities*) jako cecha osobnicza, sprawia, że odporność dziecka na patogenne czynniki zewnętrzne jest znacznie mniejsza. Czynniki autystycznogenne są związane z postępem cywilizacji, urbanizacją, zmiana w stylu funkcjonowania rodziny.

Autyzm w koncepcji psychoanalitycznej

- ◆ psychoanalityczna koncepcja autyzmu dziecięcego sięga w swoich założeniach do bardzo wczesnego okresu rozwoju psychiki dziecka i jego relacji z otoczeniem. Pierwszym, który zwrócił uwagę na aktywizującą rolę matki w tworzeniu psychiki dziecka był Freud.
- ◆ zdaniem Klein pierwsze stadium funkcjonowania psychicznego ma charakter psychotyczny. Dziecko przeżywa doświadczenia depresyjne w związku z lękiem przed utratą obiektu miłości i bezpieczeństwa (opieka, mleko matki)
 - ◆ jeżeli w początkowym okresie życia dziecka zostaną zaburzone relacje matka – dziecko, dochodzi do uruchomienia jądra psychotycznego matki.

- ◆ Autyzm wczesnodziecięcy może być więc rozumiany jako „niewychodzenie” z fazy psychotycznego rozwoju.
- ◆ Mahler zgadza się ze zdaniem Klein, że faza psychotyczna jest etapem normalnego rozwoju. Autyzm wczesnodziecięcy, w ujęciu Mahler, wynika z traumatyzujących doświadczeń dziecka, w okresie pierwszych trzech miesięcy życia .
 - ◆ F. Tustin i D. Meltzer uważają, że autyzm pierwszym miesiącem życia jest naturalny etapem. Rozdzielenie płodu z ciałem matki jest dla noworodka niezwykle traumatyczną sytuacją, co wiąże się z poczuciem utraty własnego ciała. Dziecko broniąc się przed tym, tworzy system obronny, którym jest autyzm.

Autyzm jest obroną własnej wrażliwości.

- W autyzmie występuje mniej lub bardziej wyraźne unikanie interakcji społecznych przez dziecko.
- Jest ono obojętne wobec bodźców wyzwalających chęć nawiązywania kontaktu.

- Już w najwcześniejszym okresie życia obserwuje się u niemowląt dotkniętych autyzmem, brak skłonności do nawiązywania więzi emocjonalnych.
Ta cecha leży u podstaw trudności w przyswajaniu sobie przez nie zdolności językowych.

- W sytuacjach, w których oczekuje się od nich wypowiedzi, i ma to istotne znaczenie dla nawiązania normalnych kontaktów i podtrzymania interakcji społecznych, z reguły obserwuje się u nich tendencje do wycofywania się.
- Z kolei w sytuacjach, kiedy nie występują ku temu uzasadnione przesłanki, zupełnie mimowolnie stajemy się odbiorcami rozmaitych, nawet dość złożonych i poprawnych pod względem leksykalnym i składniowym ich wypowiedzi.

- Stopień opanowania przez te dzieci zdolności językowych, zależy wyraźnie od tego, na jakim poziomie ogólnego rozwoju poznawczego się one znajdują.
- U tych, które wykazują wyższy poziom funkcjonowania, mamy do czynienia ze znacznie lepszym rozwojem zdolności komunikacyjnych.
 - Jeśli jednak obserwuje się u nich jakieś odchylenia od normy w procesie porozumiewania się, to osoby te mają większe szanse na to, że zmniejszy się stopień nasilenia tych odchyleń i częstotliwość ich występowania.

Jaka jest sfera rozumienia przekazów językowych w autyzmie?

- 1984r.- Paul i Cohen - porównanie oceniania u osób z autyzmem zdolności dotyczących percepcji mowy z wynikami uzyskiwanymi w innych grupach klinicznych.
- WNIOSEK OGÓLNY:
Osoby z autyzmem w porównaniu z osobami dotkniętymi afazją lub upośledzeniem umysłowym, o zbliżonym poziomie intelektualnym, *wykazują dość wyraźne opóźnienie.*

Wiąże się to z:

- brakami w funkcjonowaniu społecznym
- z trudnościami w dostosowaniu się do intencji rozmówcy
- ze słabiej rozwiniętą zdolnością uogólniania dotychczasowych doświadczeń.

Teoria umysłu- zdolność wczuwania się w stan emocjonalny oraz intencje innych osób

- U dzieci autystycznych występuje dość silnie ugruntowana niemożność uświadomienia sobie faktu, że inni ludzie przeżywają emocje i działają wykorzystując rozmaite funkcje poznawcze.
- W porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami dzieci te wykazują wyraźnie obniżoną zdolność odczytywania nastrojów i stanów umysłu innych osób.

- Przy wnikliwej obserwacji zachowań dzieci z autyzmem zauważa się nieprawidłowości dotyczące sfery rozumienia przekazów językowych:
 - nie zawsze jesteśmy całkowicie pewni tego, czy kierowane do dziecka słowa są przez nie rozumiane,
 - najwięcej trudności sprawiają im treści, które łączą się z relacjami pomiędzy ludźmi, a dotyczą nawet prostych czynności jak świadczenie rozmaitego rodzaju usług, opieki, wykonywania poleceń itp.

- Obserwacja niemowląt, w zachowaniu których występują oznaki wyjątkowej obojętności na obecność matki lub innych znaczących osób z najbliższego otoczenia dostarczają danych świadczących o braku skłonności do zabawowych interakcji opartych na wymianie i wzajemności zachowań.

- W przypadkach bardziej nasilonych zaburzeń autystycznych mamy do czynienia z całkowitym brakiem mowy.
- Trudno jest zorientować się, na jakim poziomie kształtuje się zdolność jej rozumienia.

Cechy ekspresji komunikacyjnej w autyzmie

- U dzieci szczególnie często występuje ECHOLALIA.
 - W przypadku bardziej złożonych i rozbudowanych wypowiedzi u osób starszych obserwuje się:
 - SPOWOLNIENIE TEMPA MOWY,
 - MONOTONNĄ BARWĘ GŁOSU,
 - NIELICZENIE SIĘ Z OPINIAMI INNYCH.

- Upodobanie do powtarzania rzadziej występujących, obco brzmiących słów;
- tworzenie zaskakujących neologizmów;
- pomijanie zaimka osobowego „ja” lub zastępowanie go zaimkiem użytym w 2. lub 3. osobie.

Mowa osób z autyzmem

Zaburzenia mowy w autyzmie wczesnodziecięcym

Zaburzenia mowy w autyzmie są podstawą konstruowania wielu hipotez związanych z jego genezą. Przeważa pogląd że zaburzenia mowy w autyzmie są pierwotne i mają podstawowe znaczenie dla rozwoju zespołu.

- ◆ rozwój mowy zależy od prawidłowego rozwoju fizycznego, psychicznego, ruchowego dziecka oraz sprawności analizatorów: słuchowego, wzrokowego i kinestetycznego.
- ◆ Opóźnienie rozwoju mowy może być związane z uszkodzeniem mózgu lub niesprawnym aparatem obwodowym mowy, a więc niezależnie od przyczyn mózgowych; zjawisko to jest mało sprecyzowane.

- ◆ Ocena rozwoju mowy dziecka dotyczy jej rozumienia, zasobu słów, którymi się posługuje, struktury gramatycznej budowanych zdań oraz rytmu i melodyki mowy.

- ◆ Wśród autorów zajmujących się zaburzeniami w autyzmie wczesnodziecięcym można wyróżnić dwa stanowiska:
 - a) zaburzenia mowy są pierwotne, a rozwijające się objawy kliniczne autyzmu ich pochodnymi (Wing 1980, Riks 1975, Folstein, Rutter 1988)

 - b) w autyzmie istnieje okres prawidłowego rozwoju mowy, a następnie jej regres (to stanowisko reprezentują Ci autorzy, którzy przypisują genezę autyzmu czynnikom psychogennym).

Charakterystyczne cechy zaburzeń mowy w autyzmie wczesnodziecięcym

- ◆ z perspektywy doświadczeń klinicznych wiadomo, że zaburzenia mowy u dzieci autystycznych nie jest jednorodne, chociaż charakterystyczne.
- ◆ u dzieci z wczesnym rozpoznaniem autyzmu (około 12 miesiąca) zaburzenia w rozwoju mowy ujawniają się już w okresie noworodkowym.
 - dziecko nie reaguje na głos matki lub jego reakcja jest bardzo słabo wyrażana
 - dziecko nie używa swego głosu w celu zwrócenia na siebie uwagi, wrażania emocji i nawiązywania kontaktu społecznego
 - dzieci z wczesnym początkiem autyzmu nie podejmują prób komunikacji niewerbalnej, te dzieci w większości pozostają mutystyczne do końca życia
- ◆ dzieci z późnym rozwojem autyzmu przechodzą przez fizjologiczne fazy rozwoju mowy. Posługują się słowami lub prostymi zdaniami, mowa służy do komunikacji społecznej, gesty, mimika, melodyka są raczej adekwatne do wypowiedzi. Początek rozwoju autyzmu wiąże się z szybko postępującym regresem mowy.
- ◆ mowa dzieci autystycznych jest monotonna, „płaska”, często pozbawiona melodyki. Czasami wyśpiewują ostatnie głoski wyrazu.

Co warto brać pod uwagę w realizacji programów stymulujących rozwój mowy?

- 1.** Poziom funkcjonowania poznawczego dziecka:
 - jak radzi sobie z wykonywaniem zadań i czynności życia codziennego.

- 2.** Rodzaj funkcji poznawczych mogących mieć szczególny wpływ na występujące ograniczenia w procesie komunikacji:
 - metody diagnozy przeznaczone do oceny przekształcania wzrokowego lub słuchowego bodźców językowych.

3. Najskuteczniejsze bodźce, mające charakter wzmacniający:

- ustalenie listy bodźców i odpowiednie ich wykorzystywanie w rehabilitacji.

4. Wrażliwość na cechy przekazu językowego, które łączą się z właściwym reagowaniem na czynnik czasu:

- wnikliwa ocena wrażliwości na przerwy czasowe pomiędzy bodźcami.

5. Świadomość dziecka występowania u innych osób stanów emocjonalnych, przekonań i myślenia.

Klasyfikacja zaburzeń w autyzmie wczesnodziecięcym wg DSM IV

Podstawowe cechy autyzmu, to:

- 1) Jakościowe uszkodzenie w zakresie społecznej interakcji, mogące się manifestować poprzez :
 - a/ widoczne uszkodzenia w zakresie posługiwania się złożonymi zachowaniami niewerbalnymi takimi jak wymiana spojrzeń, ekspresja mimiczna, pozycje ciała oraz gesty w celu regulacji społecznej interakcji;
 - b/ niepowodzenia w nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami stosownie do poziomu rozwoju;
 - c/ brak spontanicznego dążenia do dzielenia z innymi przyjemności, zainteresowań lub osiągnięć;
 - d/ brak odwzajemniania społecznego lub emocjonalnego.

2) Jakościowe uszkodzenia w zakresie komunikacji mogące przejawiać się jako:

a/ opóźnienie w rozwoju mowy lub całkowity jej brak, czemu nie towarzyszy próba kompensacji za pomocą alternatywnych sposobów komunikowania się, jak gesty czy mimika;

b/ widoczne uszkodzenie zdolności do inicjowania lub podtrzymywania rozmowy u jednostek z rozwiniętą mową adekwatną;

c/ stereotypowe i naśladownicze używanie języka lub języka idiosynkratycznego; d/ brak zróżnicowanych, spontanicznych zabaw w udawanie lub społecznych zabaw naśladowczych właściwych dla poziomu rozwojowego.

3) Ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności mogące mieć następujący charakter:

a/ pochłaniające zajmowanie się jednym lub większą ilością stereotypowych i ograniczonych wzorców zainteresowań będące nienormalnymi zarówno pod względem intensywności jak i zogniskowania uwagi;

b/ ewidentnie sztywne trzymanie się specyficznych, niefunkcjonalnych rutyn i rytuałów;

c/ stereotypowe i powtarzające się manieryzmy ruchowe /np. trzepotanie lub wykręcanie rąk lub palców, bądź złożone ruchy całego ciała/;

d/ uporczywe zajmowanie się częściami obiektów.

Istotne elementy w rehabilitacji osób z autyzmem

- Mechanizmy, które odnoszą się do wspólnego pola uwagi oraz związanego z tym kontaktu wzrokowego:
 - wykorzystywanie pozajęzykowych form wymiany informacji w zabawie organizowanej na zasadzie partnerskiej naprzemienności reakcji;
 - wszelkie inicjatywy dziecka nie mogą pozostawać bez odpowiedzi ze strony osób dorosłych.

- Możliwie wcześnie warto u dzieci z autyzmem rozwijać te zdolności zabawowe, które odwołują się do symboli, odgrywania ról oraz metafory;
- należy wprowadzać ćwiczenia percepcji i przetwarzania bodźców słuchowych- programy rytmiki;
- ważna jest aktywność psychoruchowa realizowana w zajęciach grupowych na powietrzu.

- Istotne jest to, aby łączenie różnych technik i sposobów podejścia odbywało się na zasadzie jasnego określenia celów zajęć.
- Dopomóc w tym może
znajomość rozwoju dziecka
oraz orientacja
w neuropsychologicznym
podłożu tych funkcji, na które chcemy
oddziaływać.

WSTĘP

Autyzm jest rozległym zaburzeniem rozwojowym mającym charakter kompleksowego zespołu wielu symptomów, które ujawniają się już przed trzecim rokiem życia dziecka. Zaburzenie to wpływa na przebieg różnych procesów i przyczynia się do ograniczenia możliwości samodzielnego życia, niezależnego od innych.

Istnieją szanse, że wczesne wykrycie autyzmu i objęcie kompleksową opieką osób nim dotkniętych może zasadniczo zmienić ich życie. Warunkiem jest wczesne rozpoczęcie terapii umożliwiającej wspieranie dziecka w obszarach związanych z różnymi deficytami oraz zapobieganie wtórnym problemom.

Autyzm jest zaliczany do najcięższych zaburzeń rozwojowych, którym interesuje się wielu badaczy. Mimo, iż wzbudza ciągłe zainteresowanie, nadal pozostaje stosunkowo słabo poznany. Najczęściej ujawnia się po okresie wstępnego, w zasadzie prawidłowego rozwoju niemowlęcia. Nie jest jednolitą chorobą ale posiada bardzo zróżnicowany obraz i przebieg.

Charakterystyczną, a zarazem przykrą cechą autyzmu jest fakt, że dotknięte nim dziecko jest niezdolne do prawidłowego funkcjonowania w rodzinie i w społeczeństwie. Jest niezdolne do spontanicznych, naturalnych kontaktów z najbliższymi osobami, z rówieśnikami, nie potrafi ogarnąć otaczającego go świata i w nim się odnaleźć. Żyje w rodzinie, gdzie jest kochane i akceptowane a mimo to zawsze pozostaje wyizolowane, jakby na uboczu.

Od wielu lat prowadzone są badania nad autyzmem i toczy się dyskusja dotycząca wyłonienia tego zaburzenia w klasyfikacjach, etiologii i epidemiologii oraz możliwości wspierania rozwoju. Nadal jednak nie ma jednorodnego podejścia zarówno w koncepcji etiologii, diagnostyki, jak i wspierania osób z autyzmem.

W dalszym ciągu nie wynaleziono skutecznego leku na autyzm. Jak na razie jedyną formą pomocy dziecku jest dostosowana do każdego dziecka, zindywidualizowana terapia.

Praca z dziećmi autystycznymi wymaga od terapeutów nieustannego poszukiwania dróg wspomagania ich rozwoju oraz kanałów wzajemnego porozumienia.

Na szczęście podważono panujące do niedawna teorie, że osoby z autyzmem nie odnoszą żadnych korzyści z oddziaływań terapeutycznych i istnieje wiele różnych terapii wspomagających ich rozwój.

Niniejsza praca wprowadza w tematykę zaburzenia jakim jest autyzm oraz przybliża niektóre, spośród istniejących terapii lub też metod pracy z osobami o profilu autystycznym.

W pierwszym rozdziale niniejszej pracy przedstawiłam zagadnienia dotyczące rozległego zaburzenia rozwojowego jakim jest autyzm i przybliżyłam wybrane terapie stosowane w rewalidacji osób autystycznych. Rozdział drugi stanowi metodologiczne założenia badań własnych, w tym przedmiot i cel badań oraz zastosowane metody, techniki i narzędzia. Ostatni, trzeci rozdział stanowi prezentację rezultatów badań własnych, w których wskazałam na znaczenie niektórych metod pracy stosowanych w przedszkolu w funkcjonowaniu dziecka z autyzmem.

Podsumowanie stanowi próbę syntezy i zawiera najważniejsze wnioski i postulaty wypływające z przeprowadzonych badań.

AUTYZM JAKO ROZLEGŁE ZABURZENIE ROZWOJU W ŚWIETLE LITERATURY PRZEDMIOTU

1.1. POJĘCIE AUTYZMU I KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE

Autyzm jest rozległym zaburzeniem rozwojowym mającym charakter kompleksowego zespołu wielu symptomów. Według aktualnych kryteriów diagnostycznych pierwsze z nich ujawniają się przed ukończeniem przez dziecko trzech lat. Z uwagi na charakter tych zaburzeń, dotyczących procesów warunkujących rozwój dziecka w wielu sferach, autyzm jest całościowym zaburzeniem rozwoju, wymagającym kompleksowej terapii. Jednym z warunków skuteczności terapii jest jej wczesne rozpoczęcie, umożliwiające wspieranie dziecka w obszarach związanych z różnymi deficytami oraz zapobieganie wtórnym problemom, spowodowanym przez brak dostatecznej pomocy.¹

Pojęcie autyzmu funkcjonowało wcześniej w psychiatrii dla określenia jednego z centralnych objawów schizofrenii (gr. autos-sam), wprowadzone w 1911 roku przez Eugeniusza Bleulera. Według niego autyzm charakteryzuje się rozluźnieniem dyscypliny myślenia logicznego w połączeniu z zamknięciem się we własnym świecie.²

W literaturze natrafić można na wiele definicji autyzmu. Jest on definiowany podobnie jak wiele stanów chorobowych i diagnozowany głównie na podstawie pewnych oznak i symptomów niż na podstawie specyficznej etiologii.

Po raz pierwszy pojęcie autyzmu oraz jego symptomy diagnostyczne opisał Pediater austriackiego pochodzenia – dr Leo Kanner. W 1943 roku po

¹ E. Pisula, Wczesne wykrywanie autyzmu i efekty wczesnej terapii. W:(red.)J. J. Bleszyński, Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem. Kraków 2005, s.21.

² Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku, tom I, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 2005.

przeprowadzonej wcześniej obserwacji wyodrębnił i opisał grupę dzieci autystycznych, jako osobnej kategorii diagnostycznej. Dostrzegł wśród dzieci ze schizofrenią, psychozami i niedorozwojem umysłowym takie, które nie mieściły się w żadnej z grup diagnostycznych, zachowując się w odmienny, a zarazem fascynujący sposób. Dzieci te ujawniały charakterystyczne cechy zachowania i reagowania, które Kanner wyróżnił, ustalił kryteria rozpoznania i opatrzył nazwą „autyzmu wczesnodziecięcego”.³

Za najważniejsze symptomy opisanego przez siebie zespołu Kanner uznał:

- głęboki brak kontaktu, wycofanie z kontaktów społecznych lub niezdolność do ich tworzenia
- potrzebę zachowania niezmienności otoczenia, wynikającą z poziomu lęku
- fascynację przedmiotami i sprawność w manipulowaniu nimi
- mutyzm, lub posługiwanie się językiem nie służącym do komunikacji interpersonalnej
- inteligentne zachowania wskazujące na potencjalne możliwości dziecka⁴

Leo Kanner opisując jedenaścioro badanych dzieci za fundamentalne cechy tego syndromu uznał przede wszystkim autystyczną samotność, wyrażającą się trudnościami w kontaktach z ludźmi i preferowaniem kontaktów z przedmiotami, oraz pragnienie niezmienności spowodowane obsesyjnym lękiem.⁵

Termin „autyzm” był już znany wcześniej i stosowany w psychiatrii dla określenia jednego z osiowych objawów schizofrenii. W klasyfikacji DSM-I oraz DSM-III był włączony do grupy psychoz dziecięcych. W kolejnej edycji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-III) z 1980 roku autyzm został włączony do grupy rozległych całościowych zaburzeń rozwojowych.

W DSM-III-R z 1987 roku autyzm wyodrębniono jako oddzielną kategorię z grupy pozostałych rozległych zaburzeń rozwojowych. Obok autyzmu dziecięcego, Klasyfikacja ICD-10 Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 1993 roku wyróżnia

³ D. Wosik-Kowala, Dziecko autystyczne w rodzinie. W: „Opieka, wychowanie, terapia” 1999, nr 1, s.15.

⁴ Tamże, s.15.

⁵ L.Bobkowicz-Lewartowska, Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii. Kraków 2005, s. 12

autyzm atypowy oraz syndrom Aspergera. Kryteria diagnostyczne ICD-10 są zbieżne z kryteriami opublikowanymi rok później przez DSM-IV.⁶

Kryteria diagnostyczne według klasyfikacji amerykańskiej DSM-IV⁷

Według DSM-IV dla rozpoznania zaburzeń autystycznych muszą być spełnione następujące kryteria:

1) Jakościowe uszkodzenie w zakresie społecznej interakcji, mogące się manifestować poprzez :

a/ widoczne uszkodzenia w zakresie posługiwania się złożonymi zachowaniami niewerbalnymi takimi jak wymiana spojrzeń, ekspresja mimiczna, pozycje ciała oraz gesty w celu regulacji społecznej interakcji;

b/ niepowodzenia w nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami stosownie do poziomu rozwoju;

c/ brak spontanicznego dążenia do dzielenia z innymi przyjemności, zainteresowań lub osiągnięć;

d/ brak odwzajemniania społecznego lub emocjonalnego.

2) Jakościowe uszkodzenia w zakresie komunikacji mogące przejawiać się jako:

a/ opóźnienie w rozwoju mowy lub całkowity jej brak, czemu nie towarzyszy próba kompensacji za pomocą alternatywnych sposobów komunikowania się, jak gesty czy mimika;

b/ widoczne uszkodzenie zdolności do inicjowania lub podtrzymywania rozmowy u jednostek z rozwiniętą mową adekwatną;

c/ stereotypowe i naśladownicze używanie języka lub języka idiosynkratycznego;

d/ brak zróżnicowanych, spontanicznych zabaw w udawanie lub społecznych zabaw naśladowczych właściwych dla poziomu rozwojowego.

3) Ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności mogące mieć następujący charakter:

⁶ Tamże, s.13.

⁷ DSM-IV, czyli Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV – jest to statystyczno-diagnostyczny podręcznik zaburzeń psychicznych opracowany przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, zawierający klasyfikacje i szczegółowe kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych.

a/ pochłaniające zajmowanie się jednym lub większą ilością stereotypowych i ograniczonych wzorców zainteresowań będące nienormalnymi zarówno pod względem intensywności jak i zogniskowania uwagi;

b/ ewidentnie sztywne trzymanie się specyficznych, niefunkcjonalnych rutyn i rytuałów;

c/ stereotypowe i powtarzające się manieryzmy ruchowe /np. trzepotanie lub wykręcanie rąk lub palców, bądź złożone ruchy całego ciała/;

d/ uporczywe zajmowanie się częściami obiektów.

Łącznie wystąpić musi sześć lub więcej objawów z obszarów 1, 2 i 3, a w tym co najmniej dwa z 1i po 1 z drugiego oraz 3.

Przed ukończeniem 3 roku życia musi wystąpić opóźnienie lub nieprawidłowe funkcjonowanie w przynajmniej w jednym z następujących obszarów: interakcje społeczne, język wykorzystywany w społecznej komunikacji oraz zabawa symboliczna.

Zaburzenie nie odpowiada lepiej Zespołowi Retta lub Dziecięcemu Zaburzeniu Dezintegracyjnemu.

Kryteria diagnostyczne według europejskiej klasyfikacji ICD-10⁸, w której autyzm jest opisany jako pozycja F84.0.

F84.0. Autyzm dziecięcy.

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

- 1) rozumienie i ekspresja językowa używane w społecznym porozumiewaniu się,
- 2) rozwój wybiórczego przywiązania społecznego lub wzajemnych kontaktów społecznych,
- 3) funkcjonalna lub symboliczna zabawa

⁸ ICD-10 – International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems – Tenth Revision (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, opracowana przez WHO (World Health Organization-Światowa Organizacja Zdrowia)

- B) W sumie występuje co najmniej 6 objawów spośród wymienionych w punktach 1,2,3, przy czym co najmniej 2 z nich z punktu 1 i po co najmniej 1 z punktów 2 i 3:
- 1) Jakościowe nieprawidłowości wzajemnych interakcji społecznych w co najmniej 2 obszarach:
 - a) Niedostateczne wykorzystanie kontaktu wzrokowego, wyrazu twarzy, postawy ciała i gestów w interakcjach społecznych;
Niedostateczny rozwój związków rówieśniczych obejmujących wzajemne zainteresowania, czynności i emocje;
 - b) Brak odwzajemniania społeczno-emocjonalnego, odmienne reagowanie na emocje innych osób;
 - c) Brak spontanicznej potrzeby dzielenia z innymi osobami radości, zainteresowań lub osiągnięć
 - 2) Jakościowe nieprawidłowości w porozumiewaniu się przejawiane co najmniej w 1 z następujących obszarów:
 - a) Opóźnienie lub zupełny brak mowy bez kompensacji za pomocą gestów i mimiki;
 - b) Względny niedostatek inicjatywy i wytrwałości w podejmowaniu wymiany konwersacyjnej;
 - c) Stereotypowe i powtarzające się wykorzystanie słów i wyrażeń;
 - d) Brak spontanicznej zabawy „na niby” lub zabawy naśladowującej role społeczne;
 - 3) Ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowania, przejawiane w co najmniej w 1 z następujących obszarów:
 - a) Pochłonięcie jednym lub liczniejszymi stereotypowymi zachowaniami o nieprawidłowej treści;
 - b) Kompulsywne przywiązanie do specyficznych czynności rutynowych i zrytualizowanych;
 - c) Stereotypowe i powtarzające się manieryzmy ruchowe (stukanie lub kręcenie palcami, złożone ruchy ciała);

d) Koncentracja na cząstkowych lub niefunkcjonalnych właściwościach przedmiotów służących do zabawy (zapach, odczucie powierzchni, powodowanie hałasu lub wibracji).

C) Obrazu klinicznego nie można wyjaśnić innymi objawami całościowych zaburzeń rozwojowych, specyficznymi rozwojowymi zaburzeniami rozumienia języka (F80.2) z wtórnymi trudnościami społeczno - emocjonalnymi, reaktywnymi zaburzeniami przywiązania ani z zaburzeniem selektywności przywiązania, upośledzeniem umysłowym (F70-F72) z pewnymi cechami zaburzeń emocji i zachowania, schizofrenia (F20.-) o niezwykle wczesnym początku, ani zespołem Retta (F84.2).⁹

Zdaniem Ewy Pisuli, obecnie autyzm jest rozpoznawany na podstawie kryteriów odwołujących się do krótkiej listy problemów widocznych w zachowaniu poszczególnych osób. Zarówno w stosowanej powszechnie klasyfikacji DSM- IV, jak i klasyfikacji ICD-10 przyjęto za podstawę opracowaną przez Lornę Wing triadę nieprawidłowości występujących u osób przejawiających zaburzenia zaliczane do autystycznego spektrum zaburzeń.

Triada autystyczna obejmuje:

1. Zaburzenia w rozwoju społecznym, brak zdolności do naprzemiennych interakcji społecznych.
2. Deficyty w porozumiewaniu się, zarówno werbalnym jak i niewerbalnym.
3. Obecność sztywnych wzorców zachowania, aktywności i zainteresowań, brak elastyczności w procesach myślowych.¹⁰

Tylko wystąpienie wszystkich tych trzech zaburzeń jednocześnie daje podstawy do zdiagnozowania autyzmu u dziecka. Pojedynczo występujące zaburzenia mogą być charakterystyczne dla parcjalnych deficytów rozwojowych, chorób psychicznych, czy też głębokiego upośledzenia umysłowego.

Pojęcie „autystyczne spektrum zaburzeń” oznacza szersze ujmowanie autyzmu niż „zaburzenie autystyczne” czy „autyzm dziecięcy”, ale tym samym jest mniej

⁹ L.Bobkiewicz-Lewartowska, Autyzm dziecięcy zagadnienia diagnozy i terapii. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2005, s.126-127.

¹⁰ E. Pisula, Małe dziecko z autyzmem. Gdańsk 2005, s.15.

precyzyjne i zacierają różnice między mieszczącymi się w jego zakresie jednostkami. Termin ten pokrywa się z terminem „całościowych zaburzeń rozwoju”, a posługiwanie się nim pozwala uniknąć wątpliwości związanych z różnicowaniem omawianych zaburzeń.¹¹

Grupa dzieci autystycznych jest wyraźnie zróżnicowana i zdarzają się zarówno postaci autyzmu najłżejsze, jak Zespół Aspergera, klasyczny autyzm kannerowski, czy też autyzm sprzężony z oligofrenią. Postawienie właściwej diagnozy nie jest zatem łatwe i często początkujący pedagodzy specjaliści nie są w stanie odróżnić dziecka głębiej upośledzonego umysłowo, od tego, któremu poza przypuszczalnym upośledzeniem umysłowym towarzyszą zaburzenia autystyczne. Niepełnosprawność umysłowa jest w tym przypadku jedynie przypuszczeniem, ponieważ gdy dziecko autystyczne nie mówi i nie nawiązuje kontaktów społecznych, można jedynie hipotetycznie przyjmować występowanie u niego oligofrenii. Istnieją bowiem przykłady pokazujące, iż dziecko uznawane za upośledzone, po wyprowadzeniu z autyzmu wykazywało co najmniej przeciętny wskaźnik inteligencji.¹² Zestawienie istotnych podobieństw i różnic pomiędzy omawianymi zaburzeniami przedstawiono w poniższej tabeli.

Jednostka kliniczna	Zaburzenia rozwoju społecznego	Zaburzenia komunikacji	Sztywne wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności	Regres w funkcjonowaniu	Niepełnosprawność intelektualna
zaburzenie autystyczne	Tak	Tak	tak	tak/nie	tak/nie
zaburzenie Aspergera	Tak	Tak	tak	nie	nie
dziecięce zaburzenie dezintegracyjne	Tak	Tak	tak	tak	tak
zaburzenie Retta	Tak	Tak	tak	tak	tak

TABELA 1. Podobieństwa i różnice w obrazie zaburzeń należących do całościowych zaburzeń rozwoju.

¹¹ Tamże, s.15.

¹² J. Kruk-Lasocka, Autyzm a oligofrenia. Szkoła Specjalna nr 4/1994, Dwumiesięcznik Edukacji Narodowej, s.195.

Z powodu tego, iż dzieci z autyzmem stanowią grupę bardzo zróżnicowaną, to różnice są widoczne również w sferze interakcji społecznych. Istnieje zatem podział na trzy grupy osób autystycznych (typologia wg Wing i Gould, 1996). Typologia uwzględnia zróżnicowanie w zakresie kontaktów społecznych.

Pierwsza grupa to osoby aktywnie unikające kontaktów społecznych, nie ujawniające potrzeb społecznych, powściągliwe. Jest to najliczniejsza grupa i stanowi 61%. Druga grupa to osoby bierne (passive), biernie akceptujące kontakty społeczne, ale nie nawiązujące ich spontanicznie. Trzecia grupa to osoby aktywne, u których występują dziwaczne, specyficzne formy uczestniczenia w kontaktach społecznych, w których nie zaspokajają oczekiwań partnera (np. wielokrotnie zadają to samo pytanie lub wygłaszają długie monologi).¹³

Nie dziwi więc fakt, że autyzm jest zaburzeniem trudnym do zdiagnozowania i czasem nawet specjaliści nie są w tym względzie jednomyślni, z uwagi na zróżnicowanie objawów, typologię w zakresie kontaktów społecznych i inne. Pojawiające się trudności są związane z wieloma podobieństwami pomiędzy autyzmem a innymi jednostkami zaliczanymi do całościowych zaburzeń rozwoju. Dotyczą one dysfunkcji w rozwoju społecznym, zaburzeń komunikacji, a także sztywnych wzorców zachowań, zainteresowań i aktywności.

Autyzm występuje we wszystkich częściach świata i dotyka osób różnych narodowości, ras, czy grup społecznych. Niepokojącym wydaje się być fakt, iż liczba osób dotkniętych tym zaburzeniem wciąż wzrasta. Zaliczenie do tej grupy dzieci z całego obszaru autystycznego spektrum zaburzeń spowodowało wielokrotny wzrost wskaźnika częstości. Twierdzi się, że autystyczne spektrum zaburzeń występuje częściej niż zespół Downa, rozszczep kręgosłupa, czy cukrzyca i stanowi poważny problem społeczny, biorąc pod uwagę, iż coraz większa liczba dzieci i ich rodzin będzie potrzebować pomocy.¹⁴

Autyzm jest zaburzeniem dotykającym przede wszystkim chłopców, jednak związek jego występowania z płcią nie jest dziś znany. Przewaga liczebna chłopców w stosunku 3:1,4:1, a nawet jak podają inne źródła 5,7:1, jest szczególnie wyraźna wśród

¹³ L. Bobkiewicz-Lewartowska, Autyzm dziecięcy...s.53.

¹⁴ E. Pisula, Małe dziecko..., s.19.

osób z normą intelektualną, natomiast, im głębsze upośledzenie, tym bardziej liczby te się wyrównują i wynoszą 1:1.¹⁵

Przyczyn autyzmu nie da się jednoznacznie określić, a próby ich zgłębienia i wyjaśnienia podejmują liczni badacze, przedstawiciele różnych orientacji i kierunków. Mimo postępu w rozwoju teorii, „obszar uświadamianej niewiedzy” według J. Obuchowskiej wcale się nie zmniejsza.¹⁶ Mimo wieloletnich poszukiwań, do dziś nie udało się jednoznacznie rozstrzygnąć problemu dotyczącego genezy autyzmu wczesnodziecięcego. Powstało wiele teorii, mających większe, bądź mniejsze oparcie w danych naukowych, wyjaśniających podłoże zaburzeń autystycznych. Co pewien czas pojawiają się doniesienia o odkryciach przyczyn autyzmu i możliwości jego leczenia.¹⁷ W podejściu biomedycznym spośród sposobów leczenia autyzmu najczęściej wymienia się: leczenie przeciwgrzybiczne, suplementację witaminową i mineralną, dietę bezglutenową, bezmleczną, chelatowanie (odtruwanie z toksycznych metali).

Analizując literaturę dotyczącą zaburzenia autyzmu wydaje się, że przyczyny autyzmu są bardzo złożone i dokładne ich zdefiniowanie mogłoby stanowić odrębny temat, dlatego pokrótce wskazano na najważniejsze z nich:

- komplikacje w przebiegu ciąży, porodu, wcześniejszego dzieciństwa
- uszkodzenia struktur mózgu (m.in. pnia mózgu)
- czynniki genetyczne (łagodny autyzm u krewnych w postaci deficytów poznawczych, zaburzeń o charakterze społecznym)
- zanieczyszczenie środowiska
- szczepionki
- trauma okołoporodowa
- i inne.

Generalnie wymienia się poglądy o psychogennym podłożu autyzmu, jak i biologicznych przyczynach zaburzeń autystycznych, jednakże trudno znaleźć takie

¹⁵ E. Pisula, Małe dziecko...,s.20.

¹⁶ K. Leśniewska, Geneza autyzmu wczesnodziecięcego(wybrane teorie).Wychowanie na co dzień nr1,2 1998, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, s.30.

¹⁷ B. Winczura, Spór o genezę autyzmu. Kwartalnik Pedagogiczny nr3-4/1996, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, s.136.

stosowanych metod. Na rozwój dziecka i skuteczność oddziaływań bez wątpienia wpływa przede wszystkim właściwa diagnoza, wiek dziecka w momencie ich rozpoczęcia, dobór metod pracy, a także sytuacja rodzinna i zaangażowanie rodziców.²⁷

Pracę z dzieckiem autystycznym jako pierwsi podejmują właśnie rodzice. Jest ona niezwykle ciężka i wymaga nieustannej uwagi i poświęcenia. To rodzice wkładają w nią największy trud, często rezygnują z własnych potrzeb, marzeń, a często poświęcają jej swe życie zawodowe. Długa i ciężka praca czeka także dziecko, zanim będzie w stanie wspólnie z innymi dziećmi uczyć się na zajęciach. To rodzice muszą zdecydować, czy chcą chronić dziecko przed bodźcami i sytuacjami wywołującymi w nim lęk, czy też pomóc mu w miarę samodzielnie funkcjonować w świecie. Najłatwiej było by podporządkować się dziecku, jednak metoda ta nie przynosi w swoim następstwie żadnych efektów i nie nauczy dziecka życia i współdziałania z ludźmi.

Systematyczna i konsekwentna praca z dzieckiem jest ogromnie trudna, ale i konieczna. Należy stworzyć takie warunki, by dawały najlepsze rezultaty. Można wykorzystywać zainteresowanie dziecka i jego uwagę, by w tym momencie pracować z nim. Można podążać za dzieckiem i czekać na znak z jego strony, ale można się też nie doczekać na chęć współpracy z jego strony, bowiem dzieci autystyczne same z siebie nie wykazują inicjatywy do współpracy z drugim człowiekiem.

Praca z dzieckiem w domu powinna opierać się na konsekwencji, systematyczności i regularności, a program powinien być dopasowany do jego umiejętności i kompetencji. Początkowo zadania powinny być krótkie i proste, a poprawne odpowiedzi nagradzane. Również czas pracy powinien być określony i stały, ponieważ ta stałość stanowi przygotowanie dziecka do pracy z nauczycielem w szkole.²⁸

Zdaniem T. Gałkowskiego w okresie trzech pierwszych lat życia dziecka następuje rozwój podstawowych obszarów, od których zależy wiele nawyków i umiejętności przyswajanych w późniejszym okresie. Wszelkie zubożenie stymulacji

²⁷ E. Pisula, Wczesne wykrywanie autyzmu i efekty wczesnej terapii. W:(red.)J.J. Błeszyński, Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2005, s.21-28.

²⁸ A. Dubis, Autyzm czy nie autyzm. Edukacja i dialog nr 7/2005, Społeczne Towarzystwo Oświatowe,s.28-29.

odbija się ujemnie na ich rozwoju poznawczym. Dlatego coraz większe znaczenie mają programy wczesnej interwencji, zawierające oddziaływania na sferę zmysłów oraz aktywność ruchowa dziecka.²⁹

Naukę z dzieckiem autystycznym rozpoczyna się właśnie od oddziaływania na zmysły poprzez proste zadania polegające na rozpoznawaniu kolorów, kształtów, wielkości, dźwięków, tworzyw i itp.

R. Klama w swoim artykule dotyczącym pracy z dzieckiem autystycznym zwraca uwagę przyswojenie następujących umiejętności:

- nauka i poszerzanie zasobu słownictwa poprzez działania praktyczne z wykorzystaniem materiału ilustrowanego,
- nauka czytania za pomocą obrazków, układanek, książek, klocków, historyjek obrazkowych itp.,
- nauka podstawowych pojęć matematycznych z użyciem patyczków, liczydeł, domina, czy klocków Dinesa,
- ćwiczenia w zakresie sprawności fizycznej, gry na instrumentach, śpiewu i tańca,
- zajęcia plastyczne, ćwiczenia grafomotoryczne usprawniające rękę.³⁰

Dzięki wspólnie podejmowanym oddziaływaniom wspomagającym rozwój dziecka, może ono w widocznym stopniu osiągnąć równowagę, lepiej radzić sobie w życiu codziennym i w szkole. Realizowane oddziaływania pomagają ujawnić i rozwinąć drzemiące w nich zdolności, co sprawi, że będą czuły się podziwiane i szczęśliwsze. Dla uzyskania takiego efektu należy stworzyć dziecku odpowiednie warunki oraz w sposób systematyczny, urozmaicony, zaplanowany i bardzo indywidualny stymulować dziecko poprzez odpowiedzialne kierowanie procesem jego rozwoju.

²⁹ T. Gałkowski, Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym. Wydawnictwa szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1995, s.11.

³⁰ R. Klama, Praca z dzieckiem autystycznym.s.554/555.

METODOLOGICZNE ZAŁOŻENIA BADAŃ WŁASNYCH

2.1. PRZEDMIOT, CEL I ZAKRES BADAŃ

Przedmiotem badań niniejszej pracy jest autyzm jako rozległe zaburzenie rozwoju oraz sposoby jego rewalidacji. Zaprezentowano w niej elementy wybranych metod pracy z dzieckiem autystycznym oraz ich znaczenie dla jego rozwoju i funkcjonowania.

Sprecyzowanie celów badawczych pomaga uświadomić badaczowi dyrektywy przewodnie, które kierują procesem planowania i realizacji badań oraz opracowywania zebranych wyników. Tym samym dla badacza pomocna jest metodologia, która stanowi system założeń i sposobów uprawiania działalności i badań naukowych. Zajmuje się ona sposobami uzasadniania twierdzeń, zagadnieniami praw naukowych, pojęć, hipotez, budową teorii itp.⁵³

Zasadniczym celem badań przedstawionych w dalszej części pracy jest charakterystyka dziecka z autyzmem i próba określenia roli wybranych terapii na jego rozwój i funkcjonowanie w grupie.

Ogólnie rzecz ujmując, problematyka badań to tyle, co zbiór pytań dotyczących pewnych przedmiotów, zjawisk czy procesów, które znalazły się w polu naszego zainteresowania. Formułowanie problemów badawczych jest to z pozoru zabieg werbalny, polegający na precyzyjnym rozbiciu tematu na pytania, problemy. Zabieg ten musi jednak spełniać kilka warunków, jeśli chcemy aby był on prawidłowy.

- 1) Otóż, sformułowane problemy muszą wyczerpywać zakres naszej niewiedzy, zawarty w temacie badań.

⁵³ D. Maszczyk, A. Radziejewicz-Winnicki, *Metody badań w pedagogice społecznej*. Katowice 1979, s.10.

2) Drugim warunkiem poprawności sformułowanych przez nas problemów jest konieczność zawarcia w nich wszystkich generalnych zależności między zmiennymi.

3) Trzecim warunkiem poprawności problemu badawczego jest jego rozstrzygalność empiryczna oraz wartość praktyczna.

Józef Pieter traktuje problem badawczy jako „swoiste pytanie określające jakość i rozmiar pewnej niewiedzy (braku w dotychczasowej wiedzy) oraz cel i granice pracy naukowej”.⁵⁴

Problemy badawcze wyznaczają dalszy proces myślowy w fazie koncepcji. Stanowią podstawę tworzenia hipotez, jeśli pragniemy je sformułować. W niektórych podręcznikach metod badawczych spotkać się można z tezą, iż niezbędnym warunkiem metodologicznej poprawności i teoretycznej bądź też praktycznej przydatności badań jest uprzednie sformułowanie hipotezy kierującej badaniami. Pogląd taki nie wydaje się słuszny. Nie zawsze jesteśmy w stanie oczekiwanom wobec wyników naszych badań nadać kształt na tyle określony i nie zawsze musimy dążyć do tego.”⁵⁵

Według Mieczysława Łobockiego problemami badawczymi należy nazwać te pytania, które pozostają bez odpowiedzi w dotychczasowym powszechnie znanym i dostępnym dorobku wiedzy pedagogicznej lub te pytania, które dotąd nie zostały dostatecznie zbadane.⁵⁶

Formułowanie problemów badawczych jest więc bardzo ważnym zabiegiem, wymagającym poważnego namysłu i pewnego zasobu wiedzy, którą dostarcza literatura przedmiotu.

Przeprowadzone badania były więc próbą odpowiedzi i ustosunkowania się do kilku pytań – problemów szczegółowych, które w pracy przyjęły następującą postać:

1) Jak funkcjonuje dziecko autystyczne podczas poszczególnych zajęć w przedszkolu?

⁵⁴ J. Pieter, *Ogólna metodologia pracy naukowej*. Warszawa 1967, s.67.

⁵⁵ S. Nowak, *Metodologia badań społecznych*. Warszawa 1985, s. 14.

⁵⁶ M. Łobocki, *Metody badań pedagogicznych*. Warszawa 1984, s.69.

- 2) Jakie metody i formy stosuje się w pracy z dzieckiem o profilu autystycznym w przedszkolu?
- 3) Czy stosowane elementy metod przynoszą korzyści w rozwoju dziecka z autyzmem?
- 4) Jaki jest stopień zaangażowania dziecka w proponowane elementy wybranych terapii?

2.2. METODY, TECHNIKI I NARZĘDZIA BADAWCZE

Warunkiem podjęcia badań jest wybór określonej metody czy zespołu metod, przy pomocy których zamierzamy szukać odpowiedzi na problem nas interesujący. Bowiem we wszystkich naukach, postęp, w sensie zdobywania coraz to nowej wiedzy, uzależniony jest od przeprowadzenia odpowiednich badań, a to ze swej strony wymaga zastosowania właściwych metod. Tym samym uchroni to badacza przed uzyskaniem nieprawdziwych i subiektywnych obrazów rzeczywistości.

Celem określającym kryteria doboru metod badania naukowego jest optymalne uzasadnienie twierdzeń stanowiących odpowiedzi na interesujące nas pytania. Optimum to zależy od szeregu czynników, wśród których względy na maksymalną empiryczną zasadność, maksymalną dokładność odgrywają rolę pierwszoplanową, ale nie jedyną. Wybór metod powinien być podporządkowany przede wszystkim problematyce badania.⁵⁷

Pojęcie metoda jest różnie rozumiana i definiowana. Tadeusz Pilch uważa, iż metoda jest zespołem czynności i zabiegów zmierzających do poznania określonego przedmiotu.⁵⁸ Józef Pieter wyróżnia dwa znaczenia metody naukowej. Mianowicie:

1. jako całokształt sposobów badawczego docierania do prawdy i pojęciowego przedstawiania prawdy poznanej;
2. jako sposoby uzyskiwania tak zwanego materiału naukowego, czyli w znaczeniu roboczej metody badań.⁵⁹

⁵⁷ S. Nowak, Metodologia badań społecznych. Warszawa 1985, s.47.

⁵⁸ T. Pilch, Metodologia pedagogicznych badań środowiskowych. Wrocław-Warszawa 1971, s.79.

⁵⁹ J. Pieter, Zarys metodologii pracy naukowej. Warszawa 1975, s.25.

będziemy czynności praktyczne, regulowane starannie wypracowanymi dyrektywami pozwalającymi na uzyskanie optymalnie sprawdzalnych informacji, opinii, faktów.⁶⁵

Według Jana Szczepańskiego, mówiąc o technikach badawczych, będziemy mieli na myśli zespół czynności związanych z różnymi sposobami przygotowania i przeprowadzania badań społecznych.⁶⁶

Za najbardziej przydatną metodę do badań nad podjętym problemem uznałam metodę indywidualnych przypadków, zwaną także studium indywidualnych przypadków. W pedagogice sprowadza się ona do biografii ludzkich. Ograniczenie tej metody do analizy konkretnych, jednostkowych przypadków ma uzasadnienie w historycznym rodowodzie tej metody oraz użyteczny sens dla praktyki wychowawczej, której ta metoda służy.⁶⁷

„Metoda indywidualnych przypadków jest sposobem badań polegającym na analizie 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”⁶⁸

Przyjęcie określonej metody badawczej pociąga za sobą dostosowanie do niej odpowiednich technik i narzędzi badawczych. Należy zatem posłużyć się w badaniach takimi technikami zbierania danych, które odpowiadają wcześniej wybranej metodzie. Badania metodą indywidualnych przypadków posługują się dosyć nielicznym zestawem technik badawczych. Najbardziej zaś użyteczną techniką w przypadku omawianej metody jest wywiad oraz znakomicie uzupełnia go obserwacja i analiza dokumentów osobistych.⁶⁹

W badaniach własnych wykorzystałam następujące techniki badawcze:

- analizę treści mającą przede wszystkim na celu scharakteryzowanie dziecka z autyzmem, analizę orzeczenia Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej,
- technikę obserwacji,

⁶⁵ A. Kamiński, *Metoda, technika, procedura badawcza w pedagogice empirycznej...*, s.31.

⁶⁶ J. Szczepański, *Techniki badań społecznych*. Łódź 1951, s.51.

⁶⁷ T. Pilch, T. Bauman. *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*. s. 77-78.

⁶⁸ Tamże, s. 78.

⁶⁹ Tamże, s. 79.

- wywiad nieskategoryzowany.

Zdaniem Tadeusza Pilcha badanie dokumentów i materiałów jest techniką badawczą a służącą do gromadzenia wstępnych, opisowych, także ilościowych informacji o badanej instytucji czy zjawisku.⁷⁰ Nie można dokonać pełnego i poprawnego opisu badań bez uwzględnienia analizy dokumentów. Badania empiryczne są bowiem badaniami udokumentowanymi, opierającymi się przede wszystkim na materiałach utrwalających przemijające fakty.

Podstawową techniką zbierania materiału, którą zastosowałam w badaniach była obserwacja. Według T. Pilcha jest ona „czynnością badawczą polegającą na gromadzeniu danych drogą postrzeżeń.”⁷¹ Jest ona najbardziej wszechstronna technika gromadzenia materiałów. Z uwagi na jej złożoność istnieją tendencje do nazywania jej metoda badawczą, co nie jest słuszne, biorąc pod uwagę fakt, iż obserwacja swe naczelne miejsce wśród sposobów poznawania zawdzięcza konieczności łączenia w niej wielu praktyk pomocniczych. Dostarcza ona badaczowi najbardziej naturalnej i prawdziwej wiedzy o obserwowanej grupie. Najpopularniejszą postacią obserwacji jest tzw. obserwacja otwarta albo swobodna. Wyżej natomiast zorganizowaną formą obserwacji jest obserwacja systematyczna bezpośrednia lub pośrednia, polegająca na planowanym gromadzeniu spostrzeżeń przez określony czas w celu poznania istniejących zależności. Obserwacja systematyczna wymaga zastosowania technik pomocniczych. Doskonalszą techniką gromadzenia materiałów jest stosowanie technik standaryzowanych - arkusz obserwacyjny lub dziennik obserwacji. Obserwacja systematyczna może być prowadzona bezpośrednio, gdy prowadzący wszystkie czynności wykonuje osobiście oraz pośrednio, gdy materiały gromadzi większa liczba pracowników. Istotnym warunkiem jest konieczność poprawnego zorganizowania obserwacji jako techniki zbierania materiałów. Według T. Pilcha i T. Bauman warunkami tej poprawności są: wstępna znajomość przedmiotu obserwacji, jasne sformułowanie zagadnień i celów, bliższe poznanie przedmiotu obserwacji poprzez zastosowanie obserwacji otwartej lub innych procedur poznawczych, szczegółowe opracowanie koncepcji badań, kategoryzacja zagadnień, opracowanie formularzy i

⁷⁰ Tamże, s.143.

⁷¹ Tamże, s. 86.

arkuszy obserwacyjnych. Sama obserwacja natomiast, powinna być planowa, systematyczna i dokładna.⁷²

Kolejną techniką, którą wykorzystałam do celów badawczych był wywiad. Zdaniem T. Pilcha wywiadem nazywamy rozmowę badającego z respondentem lub respondentami według opracowanych wcześniej dyspozycji lub w oparciu o specjalny kwestionariusz.

Wywiad daje bardzo cenny materiał poznawczy i stosowany jest wszędzie tam, gdzie chcemy poznać postawy, motywacje i zależności oraz wszędzie tam, gdzie nie możemy uzyskać pełnej wiedzy o badanym przedmiocie na innej drodze. Ponadto, wywiadem posłużymy się w przypadku, gdy chcemy głębiej poznać środowisko wychowawcze, możliwości jego zmiany lub modelowania dla potrzeb określonych celów wychowawczych.⁷³

W niniejszej pracy do przeprowadzenia badań posłużyłam się wywiadem nieskategoryzowanym, posiadającym formę prowadzonych swobodnych rozmów, które można ukierunkowywać. Wywiad taki jest prowadzony w oparciu o pytania otwarte. Daje możliwość swobody w formułowaniu pytań, zamieniania ich kolejności jak również, pogłębiania zagadnień przez stawianie pytań dodatkowych.

2.3. ORGANIZACJA I PRZEBIEG BADAŃ

Wszystkie badania naukowe prowadzone są według określonej procedury, czyli danego postępowania, logicznego układu czynności eksploracyjnych. Podawane w literaturze metodologicznej etapy badań naukowych są niekiedy bardzo rozdrobnione. Tendencja taka nie wydaje się słuszną, ponieważ nie wszystkie wymienione tam etapy muszą wystąpić bezwzględnie w każdym badaniu. Na ogół wszelkie badania naukowe obejmują następujące etapy:

1. sytuacja problemowa,
2. formułowanie problemów,
3. wybór terenu badań i osób badanych,

⁷² Tamże, 87-91.

⁷³ Tamże, s.91-96.

Przedszkole jest usytuowane w pobliżu lasu, na spokojnym osiedlu z dala od ruchliwych ulic miasta. Budynek przedszkola stanowią dwa skrzydła, w których mieści się 7 sal dziennego pobytu dzieci, ponadto znajduje się w nim jadalnia, sala gimnastyczna, „suchy basen” z plastikowymi kulkami, pokój do zajęć indywidualnych i inne. W budynku naprzeciwko mieści się pracownia plastyczna prowadzona przez wykwalifikowanych artystów. Przedszkole dysponuje również przestronnym placem zabaw, otoczonym roślinnością, na którym znajdują się: piaskownica, zjeżdżalnia, boisko, drewniany pociąg i domek dla dzieci, oczko wodne, ławeczki, ogródek uprawiany przez dzieci.

Za najbardziej trafną metodę badań uznałam w tym wypadku metodę indywidualnych przypadków, która pozwoliła w prosty i przystępny sposób ukazać i opisać pięcioletniego chłopca z autyzmem wczesnodziecięcym, uczęszczającego do tworzącej się grupy integracyjnej, w której skład wchodzi 25 dzieci, z czego pięcioro stanowią dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych.

Badania prowadziłam za pomocą obserwacji dorywczej. W pierwszym etapie obserwacja miała charakter bierny i była prowadzona podczas programowych zajęć dla grupy czterolatek oraz w czasie zabaw dziecka. W drugim etapie była to obserwacja kierowana i miała charakter uczestniczący, prowadzona była podczas organizowanych zajęć z wykorzystaniem elementów wybranych form terapii.

Drugą ważną techniką jaką się posłużyłam był wywiad nieskategoryzowany dysponujący pytaniami otwartymi, prowadzony w formie swobodnych rozmów z rodzicami opisywanego dziecka. Podczas prowadzonych zajęć obserwowałam różne obszary funkcjonowania dziecka, z których wybrane opisałam w dalszej części tej pracy.

Przykładowe scenariusze zajęć, w czasie których prowadziłam swoje obserwacje zostały zamieszczone w aneksie.

manualną i grafomotoryczną, kontynuować terapię logopedyczną i mobilizować do wykorzystywania mowy w kontaktach z innymi osobami.

Z obserwacji zachowania chłopca oraz z opinii wychowawcy wynika, iż w zasadzie nie interesował się zabawkami typowymi dla swojego wieku rozwojowego. Nie bawił się autkami ani maskotkami, a jeśli nawet jeśli jakaś zwróciła jego zainteresowanie, to próba zabawy nią była zupełnie nieadekwatna do jej przeznaczenia. Ogromnym natomiast zainteresowaniem cieszyły się u niego w późniejszym etapie cyfry i wszelkie przedmioty i urządzenia, na których one widniały. Chłopiec nie potrafił nawet paru minut uwagi skupić na wykonywaniu różnych zadań, jak np. oglądanie ilustracji lub bajki w telewizji, a tym bardziej słuchaniu opowiadania lub wiersza. Potrafił natomiast kilka godzin (z przerwami) przyglądać się cyfrom, układać je w kolejności i nazywać. Wyszukiwał ich w zegarach i innych urządzeniach elektronicznych, jak np. odtwarzacz DVD, video, telefon komórkowy i inne. Zdarzało się, że niektóre znaki literowe odwracał w taki sposób, by symbolizowały cyfry. W wieku 4 lat potrafił liczyć do tysiąca i ze słuchu układać trzycyfrowe liczby, co stanowiło dla niego wspaniałą zabawę. Gdy posiadał już na tyle rozwiniętą mowę, w jego monologach często pojawiały się nie mające związku z sytuacją powiedzenia typu: „*osiemdziesiąt dziewięć buteleczków*” itp. Bywało, że w ciągu dnia większość jego wypowiedzi skupiała się wokół cyfr lub ilości przeliczanych przedmiotów, czasem w ogóle nie istniejących lub nie znajdujących się w pomieszczeniu. Cyfry widział niemal we wszystkim, w elektronicznych urządzeniach, w ponumerowanych stronach oglądanych książek, w literach i znakach literopodobnych, w zegarach, w ponumerowanych kartach do gry w Piotrusia i innych.

Początkowo Krzysiu w ogóle nie interesował się innymi dziećmi. Wydawał się nie zwracać na nie uwagi, jednakże po kilku miesiącach wdrażania go do grypy zauważono, że zapamiętuje coraz więcej imion dzieci i powoli zaczyna się nimi posługiwać. Miał też swoich ulubionych kolegów i koleżanki, których zaczynał jakby powoli dostrzegać i rozpoznawać spośród innych. Z nimi też znacznie dłużej był w stanie utrzymać kontakt wzrokowy. Nie potrafił jednak nadal włączać się do wspólnych dowolnych zabaw z dziećmi. Jedynie obejmował lub przewracał te, które

zdawał się bardziej dostrzegać i akceptować. Z relacji mamy wynika, iż często po powrocie z przedszkola wspominał imiona wybranych dzieci.

Po kilku miesiącach obserwacji, w zachowaniu chłopca dało się zauważyć powolne zmiany w funkcjonowaniu społecznym. Zmiany te postępowały bardzo powoli i w zasadzie nie możliwe jest określenie momentu zwrotnego. Kolejne dni, tygodnie i miesiące stopniowo ujawniały niewielkie, aczkolwiek istotne postępy.

W drugim półroczu pracy z chłopcem dało się zauważyć widoczny krok do przodu, biorąc pod uwagę jego funkcjonowanie na tle grupy. Krzysiu znał imiona wszystkich dzieci ze swojej grupy, nazywał je po imieniu, dotąd nie umie jednak nawiązać rozmowy z rówieśnikami. Potrafi natomiast upomnieć się o swoje, w przypadku, gdy bardzo mu na czymś zależy. Próbuje wówczas dobierać różne formy wypowiedzi i stara się by były one poprawne. Zdarza się, że odwraca przy tym zaimki, mówiąc o sobie: ty, on, bądź sam używa swojego imienia. Czasem dopomina się czegoś w formie zadawanego przez siebie pytania. Jako przykład, przytoczę wypowiedzi Krzysia dopominającego się o kolejną porcję na śniadanie, np.: *chcesz paróweczkę?*, *Krzysiu chce paróweczkę*, *pani Kingo, daj paróweczkę!* Przykład ten pokazuje, ile wysiłku chłopiec musiał włożyć w to, by uzyskać zamierzony cel, ponieważ kolejne jego wypowiedzi nie następowały po sobie natychmiast, a raczej po kilkunastu sekundach, w czasie których musiał się skupić, w celu prawidłowego sformułowania swojej wypowiedzi.

Charakterystyczną cechą mowy Krzysia, stanowiącą typowy objaw autyzmu jest echolalia. Jest to echolalia odroczone w czasie i najczęściej dotyczy zasłyszanych wcześniej treści reklam. W pierwszych miesiącach prowadzonej obserwacji wypowiedzi echolaliczne pojawiały się kilkanaście razy w ciągu pobytu Krzysia w przedszkolu i miały niewiele wspólnego z chęcią komunikacji. Wystarczył bodziec w postaci pojawienia się znanego przedmiotu lub słowa występującego w danej reklamie telewizyjnej, by ze szczególną dokładnością Krzysiu wiernie odtworzył jej treść. Przykładem może być sytuacja, w której Krzysiu na widok pustego opakowania po serku zawołał: *„danio za jedyne złotych dwadzieścia dziewięć i to nie jest promocja!”*.

BIBLIOGRAFIA

1. **Błęszyński J. J. (red.):** Terapie Wspomagające rozwój osób z autyzmem, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2005.
2. **Błęszyński J., Bobkiewicz L.:** Echolalia jako jedna ze specyficznych cech mowy dziecka autystycznego. Psychologia Wychowawcza nr 3 , Dwumiesięcznik Ministerstwa Edukacji Narodowej i Związku Nauczycielstwa Polskiego, 1997.
3. **Bobkiewicz – Lewartowska L.:**Autyzm dziecięcy, Zagadnienia diagnozy i terapii, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2007.
4. **Dubizm A.:** Autyzm czy nie autyzm? Edukacja i Dialog nr 7, Społeczne Towarzystwo Oświatowe 2005.
5. **Franczyk A., Krajewska K.:** Skarbiec nauczyciela – terapeutę. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006.
6. **Gałkowski T.:** Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1995.
7. **Gałkowski T.:** Usprawnianie dziecka autystycznego w rodzinie. T. W. K., Warszawa 1980.
8. **Iwańczak H., Miękina J., Tybel-Ostrowska M.:** Integracja małych dzieci z autyzmem z ich zdrowymi rówieśnikami. Częstochowski Biuletyn Oświatowy nr 3/2007.
9. **Kamiński A.:** Metoda, technika, procedura badawcza w pedagogice empirycznej, „Studia Pedagogiczne” t. XIX.
10. **Kruk – Lasocka J.:** Autyzm a oligofrenia. Szkoła Specjalna nr 4, Dwumiesięcznik Edukacji Narodowej 1994.
11. **Leśniewska K.:** Geneza autyzmu wczesnodziecięcego (wybrane teorie). Wychowanie na co dzień nr 1-2, Wydawnictwo Edukacja Akapit, 1998.
12. **Lovaas I.O.:** Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo. Wydawnictwa Szkolne i pedagogiczne, Warszawa 1993.
13. **Łobocki M.:** Metody badań pedagogicznych. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1984.
14. **Marczak J.H.:** Dzieci autystyczne, Problemy opiekuńczo-wychowawcze nr 9, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1994.
15. **Maszczyk D., Radziewicz-Winnicki A.:** Metody badań w pedagogice społecznej, Katowice 1979.
16. **Moor J.:** Śmiech, zabawa i nauka z dziećmi o profilu autystycznym, Wydawnictwo Cyklady i Wydawnictwo Mała Litera, Łódź-Warszawa 2006.
17. **Nowak S. (red.):** Metody badań socjologicznych. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1965.
18. **Nowak S.:** Metodologia badań społecznych. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1985.

19. **Piekut – Brodzka D., Kuczyńska – Kwapisz J.:** Pedagogika specjalna dla pracowników socjalnych. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa 2004.
20. **Pieróg M.:** Zabawy dziecka autystycznego. Edukacja i Dialog nr 7, Społeczne Towarzystwo Oświatowe 2005.
21. **Pieter J.:** Ogólna metodologia pracy naukowej. Wydawnictwo „Ossolineum”, Warszawa 1967.
22. **Pilch T., Bauman T.:** Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe. Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
23. **Pisula E., Danielewicz D. (red.):** Wybrane Formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.
24. **Pisula E.:** Małe dziecko z autyzmem. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
25. **Polkowska J.:** Praca rewalidacyjna z dziećmi upośledzonymi umysłowo szkole życia. Warszawa.
26. **Schopler E., Lansing M., Waters L.:** Zindywidualizowana ocena i terapia dzieci autystycznych i z zaburzeniami rozwoju. Ćwiczenia edukacyjne dla dzieci autystycznych. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1994.
27. **Tomaszewski T.:** Wstęp do psychologii. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1963.
28. **Winczura B.:** Spór o genezę autyzmu. Kwartalnik Pedagogiczny nr 3-4, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, 1996.
29. **Wolska D.:** Terapia i edukacja dziecka autystycznego. W: J. Pilecki (red.): Usprawnianie, wychowanie i nauczanie osób z głębszym upośledzeniem umysłowym. Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1998.
30. **Wosik- Kowala D.:** Dziecko autystyczne w rodzinie. Opieka, wychowanie, terapia nr 1, Krajowy Komitet Wychowawczo - Resocjalizacyjny, W - wa 1999.

Dokonując analizy badań indywidualnego przypadku można wnioskować, iż prowadzone w przedszkolu zajęcia z wykorzystaniem wybranych terapii przynoszą wiele pozytywnych efektów w procesie rozwoju dziecka autystycznego.

Przed wszystkim takie rezultaty odnoszą się do metod z wykorzystaniem ruchu i dotyku, co poza doskonałą zabawą dostarcza dziecku możliwości interakcji społecznych i często angażuje do bardzo bliskich kontaktów z drugą osobą. Udział dziecka w zajęciach prowadzonych metodą Ruchu Rozwijającego czy Metodą Knillów przynosi widoczne zmiany, szczególnie łatwe do zaobserwowania w sferze społecznej i emocjonalnej. Na pierwszy plan wysuwa się tu polepszenie kontaktów interpersonalnych oraz postępy w utrzymywaniu kontaktu wzrokowego, czyli ogólnie rzecz biorąc, poprawa funkcjonowania najbardziej zaburzonych sfer.

Podobne znaczenie wydają się mieć metody z wykorzystaniem muzyki, które sama często wykorzystuję w pracy z dziećmi, ze szczególnym zwróceniem uwagi na dzieci z autyzmem. W okresie prowadzonych badań zaobserwowałam wyraźny postęp w funkcjonowaniu społecznym, emocjonalnym ale i w sferze poznawczej badanego dziecka.

Po wielu miesiącach oddziaływania muzyką i tańcem można wysnuć stwierdzenie, iż metody te odniosły zamierzony skutek terapeutyczny w postaci większego zaangażowania dziecka we wspólne zabawy z rówieśnikami, które wymagały od niego przełamania wielu barier jak np. utrzymywanie kontaktu wzrokowego, tolerowanie dotyku innej osoby, koncentracja uwagi czy choćby rezygnacja na pewien czas z czynności autostymulacyjnych na rzecz np. wspólnej zabawy z dziećmi.

Nie należy pominąć także roli innych sposobów pracy z dzieckiem dotkniętym autyzmem. Przykładów można by tu wymieniać wiele, jak: poprawa motorki i koordynacji wzrokowo-ruchowej podczas malowania np. metodą Finger Painting, poprawa integracji wielozmysłowej dzięki terapii sensorycznej i wiele innych.

Ogromne znaczenie w rozwoju dziecka autystycznego odgrywa terapia zabawą, podczas której dziecko uczęszczające do przedszkola ma możliwość obserwacji i

uczestniczenia w zabawach innych dzieci, w których poprzez naśladownictwo może czerpać właściwe i pożądane wzorce zachowań.

Przez lata sądzono, że osoby autystyczne jedynie w niewielkim stopniu podlegają oddziaływaniom edukacyjnym i terapeutycznym. Pogląd ten na szczęście uległ diametralnej zmianie i dziś już zauważa się postępy, jakie dokonują się w ich rozwoju oraz docenia metody wspomagające go. Ważnym czynnikiem warunkującym postęp jest odpowiedni czas - wczesna interwencja, gdyż dzięki wcześnie podjętym działaniom, dzieci z autyzmem mają szansę na osiągnięcie w przyszłości takiej jakości życia, która jeszcze niedawno wydawała się im niedostępna.

Istotną rolę odgrywa także właściwy dobór odpowiedniego typu terapii, przy uwzględnieniu szczegółowych zaburzeń funkcji społecznych, komunikacyjnych i funkcji zachowania oraz indywidualistyczne podejście do dziecka. W tym miejscu nie mogę pominąć pewnej kontrowersyjnej tezy, z którą spotkałam się przy okazji specjalistycznego szkolenia, dotyczącego znanej metody pracy, gdzie podważono różnorodność metod i form stosowanych przez nauczycieli przedszkola, na rzecz jednej konkretnej metody. Stwierdzenie to od początku wywołało mój sprzeciw, a wiele miesięcy pracy z dziećmi autystycznymi utwierdziło mnie w przekonaniu, że właśnie różnorodność metod i ich umiejętne dostosowanie do potrzeb konkretnego dziecka, daje szansę jego rozwoju.

Mając na uwadze dobro dzieci z autyzmem i ich prawo do funkcjonowania w społeczeństwie na równi z innymi, należy postulować o stworzenie im dogodnych warunków do rozwoju. Podstawą jest właściwa diagnoza i wczesna interwencja oraz zapewnienie dziecku właściwej opieki. Niezbędne jest również wsparcie rodziców dziecka autystycznego w udźwignięciu ciężaru, jaki ich dotyka, aby nie utracili sił i nadziei, gdyż wpływ sytuacji rodzinnej na rozwój dziecka jest nieoceniony.

Kolejną kontrowersyjną kwestią, jaką zaobserwowałam podczas zajmowania się przedmiotem autyzmu jest miejsce dziecka autystycznego w szkole. Wiele razy spotykałam się z problemem rodziców dotyczącym znalezienia dla dziecka najlepszej placówki, która zapewni odpowiednie warunki dla jego rozwoju i funkcjonowania.

Osobiście mam wątpliwości, czy tworzone z rozmachem klasy dla dzieci autystycznych są najlepszym rozwiązaniem, biorąc pod uwagę, jak duże znaczenie ma nauka poprzez naśladownictwo.

Stwórzmy zatem dzieciom autystycznym warunki do rozwoju wśród innych „zdrowych” dzieci i udziału we wspólnych z nimi zajęciach, umożliwiających doświadczanie różnorodnych wrażeń, które z biegiem czasu pomogą im w przezwyciężaniu lęku i odsuną chęć ucieczki w samotność. Wspólne przebywanie i uczestnictwo w różnorodnych formach terapii jest najlepszą okazją do naśladowania i przyswajania prawidłowych wzorców zachowań a także umożliwia właściwe kontakty interpersonalne, których nie należy lekceważyć, nawet, jeśli na początku wydają się znikome.