

245 Annales Universitatis
Paedagogicae Cracoviensis

ISSN 2299-2103

Studia Paedagogica

11 • 2018

Rada Naukowa

dr Miguel Robert Ferrer – Uniwersytet Barceloński, Hiszpania
prof. dr Elwira Galkiene – Litewski Uniwersytet Edukologii, Litwa
dr hab. Anna Jakoniuk-Diallo, prof. UAM – Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Polska
dr Suvi Lakkala – Uniwersytet Lapoński, Finlandia
prof. dr Victor Lechta – Uniwersytet Trnawski, Słowacja
prof. dr Annette Leonhardt – Uniwersytet Ludwika Maksymiliana w Monachium, Niemcy
prof. zw. dr hab. Bożena Muchacka – Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, Polska
doc. Eva Souralova – Uniwersytet Palackiego w Ołomuńcu, Czechy
prof. dr Ladislav Varkoly – Dubnický Technologický Instytut, Słowacja

Kolegium Recenzentów

dr hab. Ditta Baczała, prof. UMK – Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu
dr hab. Józef Binnebesel, prof. UMK – Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu
prof. zw. dr hab. Jacek Błeszyński – Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu
prof. zw. dr hab. Zenon Gajdzica – Uniwersytet Śląski w Cieszynie
prof. zw. dr hab. Aniela Korzon – Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu
dr hab. Bernadeta Szczupał, prof. APS – Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie
dr hab. Teresa Żółkowska, prof. USz – Uniwersytet Szczeciński

Komitet Redakcyjny

Redaktorzy naczelni: dr hab. inż. Jolanta Zielińska, prof. UP, dr hab. Katarzyna Plutecka, prof. UP
Sekretarze: dr Agnieszka Buczek, dr Anna Czyż, dr Elżbieta Lubińska-Kościółek
Redaktor statystyczny: dr Sławomir Olszewski

© Copyright by Wydawnictwo Naukowe UP, Kraków 2018

ISSN 2299-2103
DOI 10.24917/22992103.11

Wydawnictwo Naukowe UP
30-084 Kraków, ul. Podchorążych 2
tel. / faks 12-662-63-83, tel. 12-662-67-56
e-mail: wydawnictwo@up.krakow.pl
<http://www.wydawnictwoup.pl>

druk i oprawa Zespół Poligraficzny WN UP

Od Redaktorów

Kolejny numer dwumiesięcznika *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Paedagogica* składa się z dwóch zasadniczych części.

Pierwsza z nich obejmuje sześć tekstów autorów z Polski, Bułgarii i Ukrainy. Ich problematyka dotycząca kwestii takich jak: koncepcja psychoterapii małego dziecka (Halyna Katolyk Viktorivna), edukacja inkluzyjna dzieci i młodzieży (Zhana Yankova), adaptacja społeczna dzieci z zespołem Downa (Diyana Georgieva), czy też ułatwianie dostępu do edukacji uczniom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi z wykorzystaniem technologii informacyjnej (Dimitrina Ivanova Branekova), uzmysławia zarówno wielość poszukiwań w obrębie współczesnych badań nad niepełnosprawnością, jak i różnorodność doświadczeń, także w perspektywie różnic związanych ze specyfiką stosowanych w poszczególnych krajach rozwiązań w zakresie edukacji i rehabilitacji osób z zaburzeniami i utrudnieniami w rozwoju.

W tej części znalazły się także artykuły polskich badaczy – Jolanty Zielińskiej, która podjęła kwestię zastosowania nowoczesnych technologii w pracy z osobami z niepełnosprawnością oraz Tamary Ciepiałowskiej prezentujący studium przypadku dziecka z SLI.

Druga część niniejszego numeru czasopisma dotyczy problematyki rehabilitacji i edukacji osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Składa się na nią osiem artykułów, wśród których znajdują się zarówno opracowania teoretyczne, jak i teksty zawierające propozycje praktycznych rozwiązań w omawianym obszarze. Pierwszą grupę reprezentują rozważania dotyczące: modelu współpracy zawodowej nauczyciela wspomagającego i nauczyciela przedmiotu (Anna Bombińska-Domżał), artystycznego i autorehabilitacyjnego wymiaru twórczości poetyckiej osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (Elżbieta Lubińska-Kościółek, Anna Motyka), neuroestetycznych aspektów terapii muzycznej (Joanna Dorozd-Kucz), istoty zaburzeń ze spektrum autyzmu (Agnieszka Radawn), problematyki interakcji komunikacyjnej w autyzmie (Katarzyna Lichtańska).

Dla praktyków szczególnie interesujące będą teksty: Urszuli Srzednickiej, która analizuje z perspektywy praktyka zagadnienie responsywności, Justyny Nizinskiej i Ewy Oleksy na temat możliwości zastosowania wizualizacji w pracy z osobami z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, Klaudii Piotrowskiej-Madej, prezentującej wykorzystanie systemu PECS w procesie komunikacji, oraz Barbary Cygan, która przedstawiła w oparciu o studium przypadku osoby z zaburzeniami ze spektrum autyzmu rozwiązania w obrębie terapii SI.

[4]

Dziękując Autorom za trud włożony w przygotowanie tekstów, wyrażamy przekonanie, że zostanie on doceniony przez Czytelników poszukujących zarówno inspiracji do badań, jak i działań w obszarze praktyki.

Halyna Katolyk Viktorivna

Psychology and Psychotherapy Department of Ukraine Catholic University

Ontogenetic approach in the context of modern appreciation of the dynamics of formation of the i-concept of childhood psychotherapy

Formulation of the problem

In contemporary world and in particular Ukrainian researches, the issue of professional training of children's practical psychologists and psychotherapists is actual highlighted. It is based on several principles, with two main themes in which two equally interconnected and interdependent issues stand: ethical and „psycho-technical”.

Ethical issues are especially significant in our time and are determined by the fact that they play a leading role in the formation of a special - deontological mentality of an entire professional group. „Etiquette” for a child psychologist-practitioner acts as a semantic center of the semantic „I” space, and spirituality is a condition and attribute of psychological and psychotherapeutic influences and personality changes. Caring for ethical aspects is nothing else than a peculiar indicator of the professional suitability of a child psychologist-practitioner and psychotherapist for practical work, and the scale of psycho-technical internalisation tools - a means of successful activity.

Analysis of recent research and publications

As noted by a number of researchers, the determinant of psychological impact is that the psychologist is not only an expert, but also personality. Namely, the person thinks and makes decisions. Different aspects of the professional and personality manifestations of the child psychologist-practitioner and the therapist is being faced at the intersection of the „I-functional” and „I-existential”, forming a multidimensional, diverse and congruent „world of life”. Otherwise, there is a split up, anxiety and, as a result, uncertainty or authoritarianism; the tendency is not to incorporate new experience, but rather to the exacerbation and tension of protective mechanisms, that ultimately there are many problems and obstacles in the way of personal growth, if that is possible at all. [11]

A expressed focus on the value of the child and his environment in the professional activity of a child psychologist-practitioner and psychotherapist assumes an adequate perception of his or her possibilities:

- as a measure of influence on another person,
- reflection of my own self-concept, based on the experience of a sense of professional duty and responsibility for their professional actions.

To better understand the peculiarities of the professional qualities of the child psychologist-practitioner and the psychotherapist, whose object and subject of activity are the same, we will analyze the conception of the I-concept and the professional I-concept. The generalization of theoretical approaches to the definition of the I-concept gives grounds to assert the multidimensionality of the study of the concept itself, in particular: the system of human representations of oneself, of their physical, intellectual, characterological, social and other properties (R. Burns, A. Maslow, R. May, K. Rogers), what a person considers to be, and that which he considers to be his (U. James), that a person means for himself (T. Shibutani) a relatively stable, not always perceived, unique system of representations of an individual about to itself, on the basis of which he builds his relationship with people (I. Kon, V. Petrovsky, and M. Yaroshevsky) [1, 2, 10, 11, 12]. Scientific researches offer many authoritarian interpretations of the structure of the I-concept. Thus, for example, on the content basis: self-confidence, emotional attitude to these beliefs, the corresponding reaction expressed in behavior (R. Burns), in the form of representations of oneself, differentiated in the field of manifestations: „social self”, „spiritual self”, „physical self”, „personal self”, „moral self”, „family I”, or on an hourly basis: „I am in the past”, „I am in the present”, „I am in the future” (W. James, K. Rogers, M. Risenberg) [1, 2, 4, 5, 11].

Presentation of the main research material

By synthesizing various scientific approaches to understanding the I-concept and its structural components, we have constructed an integrative model of the I-concept in a static aspect, constructed an author's projective technique for its research (SEDNOR +). In the process of theoretical analysis, four main components of the structure of the I-concept are distinguished: cognitive, which is reflecting the person's perception of himself and the main characteristics of his self-perception, emotional as a set of evaluation characteristics of his personality and their associated experiences, value-oriented, or spontaneously spiritual and action-creativity, that is behavioral. They are the basis of the understanding of the molding effect on the professional I-concept of a child's practical psychologist.

Global work by Academician S. D. Maksymenko, „The Genesis of Personality” has given us the opportunity to simulate the formation dynamic of the I-concept in the ontogenetic key, where all processes are started with impregnation, prenatal flow and birth of the child, and develop by stages with quantum leaps (where each preceding stage is the basis for the formation of further), including the formation of prenatal and postnatal autonomy, then I-identity and, in the end, the I-concepts as the most mature multisphere structure embracing the intern social sphere,

informational-procedural, motivational and spheres of self-awareness and settings (Fig. 1). The model of the formation dynamic of the I-concept in ontogenesis, constructed by us, is the result of a complex analysis and generalization of various scientific approaches regarding the understanding of the preconditions for the formation of the I-concept. Among such approaches is the concept of self as an archetype of a holistic personality (K. Jung), or as a person's perception of himself, which arises from past and present experiences and expectations of the future (C. Rogers). A prerequisite for the formation of the I-concept is the search for public relations, the presence of another and the interaction with it as a factor of the emergence of one's own I (J. Lacan, R. Mey) [1, 2, 6, 7, 10, 13].

In the context of the formation dynamic of a professional I-concept of a practical psychologist and psychotherapist, it is also important to establish functional group communication systems that form the neurophysiological basis of a step-by-step transition to social behavior, starting from the prenatal factors of human intersubjectivity as the primary basis of the I-concept. It should be noted that in the prenatal space and connection we are talking about the essential reflection of the already born life, in which the primary need and demand arise, and secondarily - the basis (or matrix) of interpersonal communication. Analyzing the dynamics of the preconditions for the formation of the I-concept at the early post-natal stage, we predict that an interpersonal connection based on the intrauterine presence of the mother, which passes to the next stage of postnatal relations, is formed in the relationship vector, where the formation of association causes an internalized area of relation disposition and introaction the infant's space, which in turn form its communicative life-time vector. In the subsequent stages of development, the essential symbiosis, as well as successful separation, can give a new impetus to the development of more mature structures that will set the preconditions for the formation of the I-concept. The next phase of development lies in the post-natal context of relationships and the formation of post-natal self.

Proceeding from this paradigm, we tried to simulate the dynamics of the formation of the I-concept in the ontogenetic key, where all processes are been started with impregnation, prenatal flow and birth of the child, and develop by stages with quantum leaps (where each preceding stage is the basis for further formation), including the formation of prenatal and postnatal self, further I-identity and at the end the I-concept as the most mature multi-spherical structure, which includes the internalized social sphere, the informational-proceessional spheres, motivational sphere and the sphere of consciousness and attitudes that are been formed at the intersection intrapsychological and interpersonal areas (Figure 1).

It is substantiated that the quality of early association between mother and infant, the satisfaction of basic children's needs in mirroring, idealization (confidence in the omnipotence of the mother), and its alter-him (a sense of similarity with the mother), creates the basis for the formation of the original I-character and kernel identity and in the subsequent I-concepts (and their violation causes a violation of mental integration, which manifests itself primarily in narcissistic psychopathology) [9, 14, 15, 17].

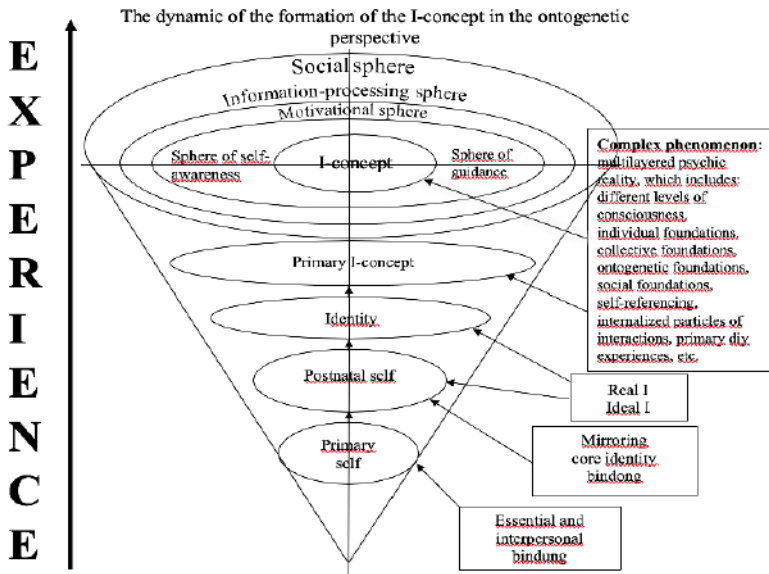


Figure 1. Dynamic model of the formation of the I-concept in an ontogenetic perspective

Subsequently, we analyzed the correlation of social and personal identity in the context of the I-concept formation, its development in the time-space dimension, and therefore it was concluded that identity can be characterized as the mental core of the I-concept, which ensures the integration of the individual. Phenomenologically, it manifests itself in a variety of ways: through the basic self-perception and perception of a person, his conscious self-identification, the manner of self-presentation, the choice of social roles and the peculiarities of their play, the design of life perspectives, values and outlook, typical patterns of problem solving. The dynamic of identification and I-conceptual structures consist in the constant identification of the person with the objects of the external world, which correspond to its deep mental life. It is associated with narcissistic functioning, and in its genesis evolves from early unconscious pre-verbal sensations to higher rational differentiated socio-cultural forms.

All the above-described theoretical compilations have become the basis for building a curriculum for child psychologists and psychotherapists in an educational postgraduate educational process that covers the dynamic properties of the organizational climate and its parameters. Deploying the components of the I-concept in the process of psychologists education in a educational project on psychodynamic child-youth psychotherapy is carried out with the help of:

- 1) **Primary:** primary psychotherapeutic interview (at the level of ideological values formation in the process of interview and psychodiagnostic research);
- 2) **secondary:** at the level of own deficit and resource experience processing with the help of age-appropriate and a problem of psycho-correction psychotherapeutic psycho-technical technologies;
- 3) **at the third stage** with the help of: innovative periods of the educational cycle (andragogical techniques, informational cognitive components); sequence of

psycho-correction and psychotherapeutic psycho-technologies of continuous developmental interaction in the system of learning-personal professional experience (regressive techniques, problem-situational technology – acquisition of the subject of knowledge, regulatory technology – normalization by personality the knowledge and skills, value-aesthetic – the distribution by individuality the acquired professional experience, spontaneous-spiritual - self-realization of the universe); mechanisms of the course of psychotherapeutic influence (situation – behavior: reaction and search for new interactions, motivation – activity: the search for new motivational components, action – action-event: work with introjectors and disclosure of new potencies, the aftereffect – reflection: processing of neoplasms); a separate actualized hierarchy of social guidance (elementary, social, universal, value, meaning of life);

4) **at the fourth stage** with the help of: theoretical and methodological approaches in the context of psychological and psychiatric education; volunteer psychological and psychotherapeutic activities in children’s institutions of medical and psychological practical purposes.

Based on the analyzed scientific approaches and the author’s research of the I-concept of a practical psychologist, a model (Fig. 2) was constructed that illustrates a possible integration cut and complementary components of the I-concept in the area of self-awareness of the child psychologist-practitioner and the psychotherapist in the structure of postgraduate vocational education and corresponding areas for psychotherapeutic interventions with purpose to harmonize the personal and professional components of the I-concept of the child psychotherapist [3, 8, 16, 18].

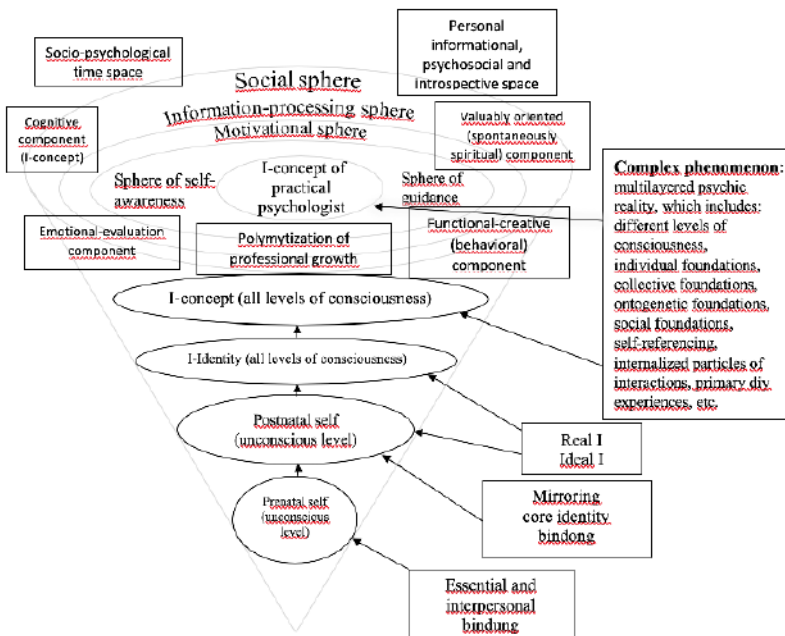


Figure 2. Psycho-correction-therapeutic space of postgraduate professional education in the direction of psychodynamic integrative child and youth psychotherapy (the area of psychotherapeutic interventions)

Conclusions

In our research, we propose a model for the formation of a professional I-concept of a child psychologist and psychotherapist, on the basis of which an educational project on psychodynamic child and youth psychotherapy was created, in which, with the help of regressive psychotechnologists, it is possible for future specialists from child and youth psycho-correction and psychotherapy to work out their own deficits at any stage of the formation of the I-concept at the level of ontogenesis and to obtain the hidden resources available to each phase, which makes it possible to harmonize the I-concept on a personal level and the development of professional experience and its internalization displayed on the formation of professional I-concept. This educational project has been implemented in the national scientific and practical educational space after graduation continuing vocational education for over 18 years. A lot of professional child psychotherapists have already received education in the territories of Ukraine and abroad. The program constantly improves and acquires new colors in the context of public and personal needs.

Literature

- Burns R. Development of the I-concept and education / R. Burns; [per. with Eng.] – M.: Progress, 1986. – 421 pp.
- Burns R. I-concept and I-images / R. Burns // Self-consciousness and protective mechanisms of personality. Readings – Samara: Publishing House „BAKHRAH-M”, 2006. – P. 133-211.
- Gumenyuk O. Ya. I-concept in the course of the social environment / O. E. Gumenyuk // Psychology and Society. – 2004. – №2. – P. 125-143.
- Gumenyuk O. Y. Psychology of I-concept: A tutorial. / O. E. Gumenyuk - Ternopil: Economic Thought, 2004. - 310 p.
- James W. Personality / W. James // Psychology of self-consciousness. Readings – Samara: Publishing House „BAKHRAH-M”, 2003. – 672 p.
- Katolyk H.V. Prenatal-Oriented Psychotherapy: Prospects for Development / H.V. Katolyk // Abstracts of the Report of the Scientific Conference of the Faculty of Philosophy. – Lviv: Publishing Center of Ivan Franko National University of Lviv, 2009. – P. 145-150.
- Katolyk H.V. Identity in the context of pre-postal relations / Katolyk H.V. // Materials of the scientific and practical conference „Globalization and Identity”, Kyiv 2010. – C.11-16.
- Katolyk H.V. Structural Integrative Three-Dimensional Model of Postgraduate Training / Katolyk H.V. // Abstracts of the Report Scientific Conference of the Faculty of Philosophy; rep. for vip prof. V. Melnyk – Lviv: Publishing Center of Ivan Franko National University of LNU, 2011. – Vip. 8. – P. 208-211.
- Katolyk H.V. Identity in the context of Early Relationships / Lviv: Abstracts of the Reporting Scientific Conference of the Faculty of Philosophy, 2011 – C.170-174.
- Katolyk H.V. Child and youth psychotherapy: theory and practice in modern scientific research. Katolyk H.V. – Lviv: Publishing House Astrolabe, 2012. – 311 pp.

- Katolyk H.V. Psychology of the formation of a professional I-concept of a practical psychologist. / Katolyk H.V.. – Lviv: Publishing House of Ivan Franko National University of LNU, 2013 – 405 p.
- Kon I. S. Opening of the „I” / I. S. Kon-M., 1978. – 367s.
- Maksimenko S. D. Genesis of the existence of personality. / S.D. Maksimenko – K.: Publishing house of LLC „KMM”, 2006. – 240 p.
- Halyna Katolyk. Analise des Zustands der Kindheit und Jugendschaft in ukraine / Material des Weltkongress für Psychotherapie, Wien 2002 – S.178–181.
- Halyna Katolyk. Die volkstümlichen Mythen als ein psychologischen Faktor der Identifikation des U.U. Jugends. / Material des Weltkongress für Psychotherapie, – Wien 2002 – S. 241–146.
- Halyna Katolyk, Olena Stepa. The Motional Strategies of a Person // International Journal for Psychotherapy, Journal Volum 14, N 2, 2010 – S. 32–38.
- Halyna Katolyk, Olga Shyshak. Early pregnancy loss due to maternal identification process // Binnebesel J., Formella Z. Experiencing a suffering vol.2. Roma-Lodz, 2012 – S.75–98.
- Halyna Katolyk. Globalization of the narod: psyhoterapevatychnyy widok własnej koncepcji współczesnej. Europejczyk tworca cywilizacji rozwoju I postępu. Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Uniwersalizmu, Warszawa, 2014 rok.

Ontogenetic approach in the context of modern appreciation of the dynamics of formation of the i-concept of childhood psychotherapy

Abstract

The article deals with various approaches to the formation of the I-concept and proposes the author's model for the formation of the I-concept of the child's therapist in the context of the ontogenetic approach and the educational professional space.

To understand the formation of certain professional qualities of a psychologist-practitioner and psychotherapist, whose object and subject of activity are the same, we will analyze the concept of the I-concept and the professional I-concept. We simulate the dynamic of the formation of the I-concept in the ontogenetic key, where all processes are started with conception, prenatal flow and birth of the child and develop by stages with quantum leaps. Also the stages of the formation of prenatal and postnatal autonomy are being included, followed by the self-identity and the completion of the I-concept as the most mature multi-spherical structure which includes the Internalized social sphere, the informational-professional sphere, the motivational sphere, and the spheres of self-awareness and settings that are being formed at the intersection of the intrapsychic and interpersonal spaces and are the areas for psychotherapeutic interventions in psychotherapeutic settings.

Keywords: I-concept, I-image, prenatal self-identity, postnatal self-identity, identity, ontogenesis

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Paedagogica 11 (2018)

ISSN 2299-2103

DOI 10.24917/22992103.11.2

Tamara Cierpiałowska

Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie

Dziecko z SLI

– diagnoza logopedyczna, charakterystyka zaburzenia i programowanie terapii w oparciu o studium przypadku

Celem niniejszego artykułu jest zwrócenie uwagi na problem specyficznego zaburzenia językowego (SLI), które w istocie dotyczy nie tylko języka, ale rzutuje na całość funkcjonowania dziecka i stanowi wielozakresowy zespół objawów, a nie wąski syndrom trudności. W artykule przedstawiono proces diagnozy logopedycznej 4-letniej dziewczynki, scharakteryzowano rozpoznane u niej zaburzenie oraz zarysowano wieloaspektowy program terapeutyczny.

Diagnoza

Ewę¹ poznałam półtora roku temu, kiedy jako czterolatka trafiła do Specjalistycznej Poradni Diagnostyki i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży z Wadami Słuchu i Mowy w Krakowie, z którym współpracuję jako neurologopeda. Rodzice zgłosili się z dzieckiem, ponieważ mocno niepokoił ich znacznie opóźniony rozwój mowy. Mimo opieki logopedycznej w przedszkolu, do którego dziewczynka uczęszcza, brak było zauważalnych postępów terapii, a deficyty były coraz bardziej widoczne dla jej rodziców, opiekunów, rówieśników, jak i dla niej samej. W konsekwencji znacznie ograniczonych sprawności językowych i komunikacyjnych zaczynała przejawiać zaburzenia emocji i zachowania, co z kolei przekładało się na jej relacji społeczne czy funkcjonowanie poznawcze.

Zgodnie z obowiązującymi procedurami postępowania logopedycznego po nawiązaniu wstępnego kontaktu z dzieckiem rozpoczęłam działania diagnostyczne², których celem było sformułowanie rozpoznania.

Zgodnie z obowiązującą procedurą poznania naukowego czynność diagnostyczna wymaga trzech następujących etapów:

- I. Określenie problemu.

1 Imię dziewczynki zostało zmienione.

2 Według definicji diagnoza stanowi „określony sposób postępowania badawczego, którego celem jest potwierdzenie bądź wykluczenie istnienia zjawisk logopedycznych oraz przewidywanie ich tendencji rozwojowych na podstawie objawów, patogenezy i patomechanizmów” (Jastrzębowska, 1999: 633).

II. Sformułowanie hipotez.

III. Weryfikacja hipotez.

W ramach I etapu (określenie problemu) przeprowadza się badanie wstępne, a w jego ramach szczegółowy wywiad z opiekunem dziecka (najczęściej matką) dotyczący przebiegu okresu ciąży, porodu oraz stanu i rozwoju dziecka począwszy od okresu noworodkowego, poddaje analizie dokumentację medyczną (jeśli dziecko ją posiada) oraz przeprowadza orientacyjne badanie mowy i obserwację ogólnych reakcji i zachowań dziecka ze szczególnym zwróceniem uwagi na zachowania werbalne. Następnie przeprowadza się szereg badań uzupełniających.

W II etapie prowadzi się tzw. badania podstawowe oraz – jeśli istnieje taka potrzeba – kieruje się dziecko na badania specjalistyczne.

III etap to weryfikacja przyjętych wcześniej hipotez, postawienie rozpoznania, wybór odpowiedniej procedury terapeutycznej i zaplanowanie programu terapii.

W postępowaniu diagnostycznym należy dążyć do uwzględnienia kilku następujących zasad:

- starać się o nawiązanie dobrego kontaktu z badanym dzieckiem i jego opiekunami; dbać o stworzenie poczucia bezpieczeństwa, akceptacji i życzliwości,
- uważać, by badanie nie było dla dziecka męczące; czas badania trzeba dostosowywać do możliwości i kondycji psychofizycznej badanego i – jeśli to konieczne - rozłożyć badanie w czasie na szereg spotkań diagnostyczno-terapeutycznych,
- korzystać ze zindywidualizowanych metod i narzędzi diagnostycznych, odpowiednich do wieku, stanu rozwoju dziecka i dostrzeganych problemów,
- dążyć przede wszystkim do określenia tego, co dziecko już potrafi, gdyż taka diagnoza pozytywna ułatwia akceptację istniejących trudności i pełni rolę wzmacniającą, zarówno w odniesieniu do samego dziecka, jak i jego najbliższych,
- starać się dokonać oceny logopedycznej na tle pozostałych aspektów funkcjonowania dziecka,
- badanie logopedyczne należy uzupełnić wynikami określonych badań specjalistycznych (por. Jastrzębowska, 1999).

W celu zgromadzenia informacji na temat przeszłości położniczej matki, przebiegu ciąży i porodu, stanu noworodka oraz przebiegu rozwoju dziecka w okresie niemowlęcym, ponimowlęcym i przedszkolnym zastosowałam technikę wywiadu. **Wywiad** przeprowadzono na podstawie kwestionariusza autorstwa B. Roślawskiego, W. Fedorowskiej, B. Wardowskiej pt. „Wczesne uwarunkowania rozwoju mowy” (1995), który uzupełniłam bezpośrednią rozmową z mamą dziewczynki w celu doprecyzowania bądź rozszerzenia niektórych kwestii.

W wywiadzie ustalono, że Ewa urodziła się w sierpniu 2013 roku. Matka dziewczynki ma wykształcenie średnie i pracuje w handlu. Ojciec także posiada wykształcenie średnie zawodowe i wykonuje zawód lakiernika samochodowego w prywatnym zakładzie. Ewa ma starszego o sześć lat brata, który w przeszłości objęty był opieką logopedyczną z powodu – jak ujęła to mama – „niewyraźnej mowy, ale to nie było tak jak u Ewy”. Rodzina mieszka na obrzeżach miasta we własnym mieszkaniu. Sytuację materialną rodziny matka określa jako dobrą. W wychowaniu i opiece nad Ewą czynnie uczestniczy również babcia dziewczynki ze strony mamy.

Opiekunowie dziecka nie posługują się gwarą ani nie stosują regionalizmów; nie mają zaburzeń mowy.

Zdaniem matki w domu panuje dobra atmosfera. Ewa jest dzieckiem kochanym i akceptowanym przez rodziców, dziadków i rodzeństwo. Zarówno matka, jak i ojciec dziewczynki przejawiają dojrzałą, prawidłową postawę wychowawczą.

Biorąc pod uwagę przeszłość położniczą należy stwierdzić, że matka dziewczynki nie doświadczała trudności z zajściem w ciążę. Nigdy też nie poroniła ani nie urodziła dziecka martwego. W ciąży była dwa razy w odstępie 6 lat. Każdą z ciąż zносиła dobrze, a dzieci urodziły się o czasie, wskutek porodów fizjologicznych, z prawidłową masą ciała.

W okresie ciąży (ani w czasie poprzedzającym zajście w ciążę) matka ani ojciec nie palili tytoniu, nie używali alkoholu oraz nie stosowali żadnych innych używek. Matka nie była narażona na trudne warunki socjalno-bytowe, prawidłowo się odżywiała, nie pracowała w warunkach szkodliwych. Nie doświadczała również przeciążeń psychicznych. Ogólnie dobrze się czuła i była zdrowa. Matka nie przypomina sobie, by zażywała w ciąży jakiegokolwiek leki.

Poród nastąpił w 39 Hbd (tygodniu życia płodowego). Dziecko ułożone było prawidłowo. Wody płodowe odeszły na izbie porodowej; płyn owodniowy był bezwonny i przejrzysty. Akcja porodowa postępowała prawidłowo i dynamicznie. Nie zastosowano leków przyśpieszających ani znieczulenia zewnątrzoponowego. Poród odbył się fizjologicznie – nie zaistniała konieczność nałożenia kleszczy lub zastosowania vacuum extracum (próżnościagu) ani cesarskiego cięcia. Dziewczynka urodziła się po 7 godzinach od pojawienia się rytmicznych skurczów; II faza porodu trwała 20 minut.

Stan dziecka po urodzeniu nie budził podejrzeń. Noworodka oceniono w skali Apgar na 10 punktów (rezultat maksymalny). Dziecko ważyło 3200 g, a długość ciała wynosiła 51 cm. Bezpośrednio po porodzie noworodka przystawiono do piersi. Dziewczynka podjęła ssanie, a matka oceniła odruch ssania jako prawidłowy. Na oddziale położniczo – noworodkowym dziecko pozostawało z matką i było karmione na żądanie. Nie wymagało sztucznego dokarmiania, gdyż matka miała prawidłową laktację. Karmienie naturalne trwało jednak krótko – tylko do 3. m-ca życia. Do trzeciego roku życia dziewczynka była karmiona butelką.

Charakteryzując rozwój mowy dziecka mama przyznała, że dziewczynka w okresie niemowlęcym bardzo mało gaworzyła, a pierwsze pojedyncze onomatopeje czy słowa pojawiły się dopiero około 2. roku życia. Jedynym, ale istotnym czynnikiem obciążającym, jaki udało się ujawnić w ramach wywiadu, był fakt częstego zapadania przez dziewczynkę w okresie niemowlęcym, ponimowlęcym i przedszkolnym na przewlekłe zapalenia ucha środkowego z wysiękiem do jamy bębenkowej. Sytuacja taka skutkuje czasowym ograniczeniem odbioru pełnego spektrum dźwięków, co powoduje niedostateczną stymulację kory słuchowej. Mimo doprowadzenia do wyleczenia stanu zapalnego wrażliwość słuchowa dziecka może w takiej sytuacji ulec trwałemu ograniczeniu, które – chociaż ma charakter subtelny i nie nadaje się do korekcji aparatami słuchowymi, powoduje znaczne trudności w odpowiedniej identyfikacji, lokalizacji, a nade wszystko dyskryminacji różnic pomiędzy

dźwiękami. To z kolei może skutkować znacznymi utrudnieniami w przyswajaniu systemu językowego i rozwoju mowy.

W wywiadzie pojawiły się także informacje, że znacznie przedłużał się okres wypowiedzi jednowyrazowych. Zdaniem mamy dziewczynka wszystko rozumie, ale „mówi bardzo słabo”. Niepokojącą była informacja, że dziewczynka nie jest akceptowana w grupie rówieśniczej; często – z racji swoich ograniczeń komunikacyjnych – jest odrzucana przez rówieśników w przedszkolu, a sama coraz częściej demonstruje trudności emocjonalne (płacze, złości się, próbuje wymuszać albo wycofuje się z relacji i staje się bierna).

Na podstawie **wstępnej obserwacji** stwierdzono, że Ewa jest nieśmiałą, a razem nieco nadpobudliwą ruchowo i emocjonalnie dziewczynką. W pierwszym kontakcie wykazywała niepewność i lęk. Dość szybko jednak nabrała do mnie zaufania i chętnie brała udział w zajęciach, jednak przez długi czas (ok. półtora roku) domagała się obecności na zajęciach mamy lub taty; bardzo ważne było dla niej wzmocnienie pozytywne (pochwała za podejmowane działanie i drobna nagroda (np. naklejka) po zajęciach sprawiały dziewczynce dużą radość). Od momentu nawiązania kontaktu dziewczynka wykazywała zainteresowanie proponowanymi zadaniami, jednak, w sytuacji, gdy zadanie okazywało się trudniejsze lub nowego typu, ujawniała tendencję do wycofywania.

Orientacyjne badanie mowy pozwoliło na stwierdzenie, że Ewa raczej prawidłowo rozumie polecenia. Jednocześnie mowa czynna okazała się tak dalece zaburzona czy niedokształcona, że w oderwaniu od kontekstu (np. świadomości pytania, jakie zadałam i przewidywanej odpowiedzi lub przedmiotu konkretnego czy obrazka, na temat którego dziewczynka się wypowiadała) nie miała waloru komunikacyjnego. Problemy ujawniły się zarówno w segmentalnej (paradygmatycznej i syntagmatycznej), jak i w suprasegmentalnej (dotyczącej elementów prozodycznych) płaszczyźnie mowy i okazały się na tyle poważne, że pozwalały na sformułowanie przypuszczenia, iż w wymiarze nadawania dziecko nie korzysta z języka jako systemu.

W ciągu kilku następnych spotkań przeprowadziłam szereg badań, które Grażyna Jastrzębowska (1999) określa jako **badania uzupełniające**. Badania te dotyczą sprawdzenia anatomiczno-fizjologiczno-funkcjonalnego podłoża rozwoju języka, a zarazem procesu nadawania i odbioru mowy. Poniżej zostaną one pokrótce przedstawione.

Pierwszym elementem była ocena warunków anatomicznych aparatu artykulacyjnego, badanie funkcji pokarmowych oraz ocena funkcji układu oddechowego. Drogą obserwacji oceniono budowę warg, języka, podniebienia twardego i miękkiego, a także tor i sposób oddychania dziecka (w spoczynku i podczas mówienia) oraz stan uzębienia i zgryz. W celu oceny funkcji pokarmowych dziewczynkę poczęstowano herbatnikiem i sokiem podanym w szklance. Wykorzystano także część *VII Skali dyzartrii w wersji dla dzieci* autorstwa U. Mireckiej i K. Gustaw (2006).

Ocena stanu aparatu artykulacyjnego wykazała prawidłową budowę warg, języka i podniebienia twardego i miękkiego, łącznie z języczkiem. Oddychanie w spoczynku przebiegało według nieprawidłowego wzorca – dziewczynka oddychała przez niedomknięte usta, a oddech był słycony. W czasie mówienia faza wdychu

była mało dynamiczna, a faza wydechu skrócona. Zaobserwowano średnio nasilone gromadzenie śliny w ustach.

Oceny budowy aparatu artykulacyjnego dokonano poprzez obserwację, a stan sprawności artykulatorów (warg, języka, podniebienia miękkiego i żuchwy) oszacowano na podstawie zademonstrowanych dziewczynce i powtórzonych przez nią przed lustrem prób. Ze względu na uporządkowany zestaw prób zastosowano część *VIII i IX Skali dyzartrii w wersji dla dzieci* autorstwa Urszuli Mireckiej i Katarzyny Gustaw (2006). Część VIII służy ocenie ruchów naprzemiennych (np. ściąganie i rozciąganie warg). W części IX ocenie podlegają określone układy warg i języka demonstrowane przez logopedę i naśladowane przez dziecko.

Badanie wykazało nieznacznie obniżoną, w stosunku do wieku, sprawność warg i języka. Problemy polegają głównie na zaburzeniu precyzji ruchów i są szczególnie widoczne w próbach dotyczących naprzemienności. Trudności dziecka w tym zakresie, bardziej niż podczas badania, widoczne są w naturalnym akcie mowy. Prawidłowa realizacja ciągu fonicznego wymaga niezwykle precyzyjnych, dynamicznie zmieniających się w czasie i niejednokrotnie bardzo trudnych przejść do kolejnych układów kształtujących poszczególne głoski. Ogólnie jednak nie stwierdzono, aby warunki anatomiczno-funkcjonalne aparatu artykulacyjnego mogły znacząco powodować obserwowane u dziewczynki trudności z wymową.

Przeprowadzono także krótkie, orientacyjne badanie dotyczące sprawności motorycznej w zakresie dużej i małej motoryki.

Dziewczynka została poproszona o wykonanie kilku następujących ćwiczeń ruchowych i manualnych, takich jak: przejście po torze ułożonym z piankowych, płaskich elementów, chodzenie z woreczkiem na głowie, podskoki obunóż, na jednej nodze, naprzemiennie, łapanie, rzucanie i kopanie szmacianej piłki, wrzucanie woreczków wypełnionych ryżem do pojemnika, naśladowanie ruchów (imitacja), np. mycie zębów, czesanie się, gry na gitarze, na fujarce, na skrzypcach, na bębenku, posługiwanie się narzędziami (ołówkiem, gumką, nożyczkami, drewnianym młoteczkiem), nawlekanie koralików na sznurek, rysowanie równoległe z badającym, rysowanie wg wzoru na tacy z piaskiem, wypełnianie konturów, kopiowanie wzorów, uzupełnianie brakujących elementów, dorysowywanie brakującej połówki, wykonanie rysunku na dowolny temat, wykonanie figurki z plasteliny. Dziewczynka niezbyt chętnie wykonywała kolejne próby, gdyż ich wykonanie sprawiało jej umiarkowane trudności. W odniesieniu do dużej motoryki deficyty widoczne były zarówno w zakresie planowania, jak i precyzji ruchów. Widoczne były zaburzenia koordynacji ruchowej i poczucia równowagi. W odniesieniu do małej motoryki zaobserwowano nieprawidłowy chwyt narzędzia pisarskiego, użycie zbyt małej siły nacisku, brak precyzji w rysowaniu po śladzie, wypełnianiu konturu, uzupełnianiu i samodzielnym rysowaniu, gdzie ponadto zaburzone były proporcje. Ogólnie stwierdzić można obniżenie sprawności w zakresie dużej i małej motoryki. Obserwowane trudności można zakwalifikować jako umiarkowaną dyspraksję.

Kolejnym krokiem było badanie lateralizacji. W celu określenia dominującej ręki, oka, ucha i nogi wykonano szereg następujących prób:

– ręka: rysowanie, odkręcanie stoika, wkładanie drewnianych koralików do butelki,

- oko: „robienie zdjęć” aparatem fotograficznym – zabawką, patrzenie przez otwór w kartce, oglądanie wzorów w kalejdoskopie,
- noga: kopanie szmacianej piłki, rysowanie nogą na podłodze koła, wchodzenie na podest,
- ucho: zabawa w rozmowę przez telefon, słuchanie tykającego zegarka, szep-tanie na ucho.

Badanie wykazało skrzyżowaną formułę lateralizacji z utrzymującą się oburęcznością.

Kolejnym krokiem było przeprowadzenie badania fonacji, rezonansu i prozodii. Badanie przeprowadzono z wykorzystaniem Skali dyzartrii w wersji dla dzieci autorstwa U. Mireckiej i K. Gustaw (IV, V i VI próba). Wielu prób nie udało się przeprowadzić, ponieważ dziewczynka nie była w stanie powtórzyć nawet najprostszych zdań. Stąd proponowano dziecku zadania analogiczne, ale na prostszym materiale., np. zamiast powtarzania całego zdania pytającego czy rozkazującego dziecko pro-szone było o powtórzenie samogłosek czy prostych wyrazów z demonstrowaną intonacją. Również wnioski z obserwacji okazały się cenne dla oceny rezonansu, prozodii i fonacji.

Stwierdzono stałą obecność lekkiego rezonansu nosowego. Jego źródłem są najprawdopodobniej zaburzenia pracy mięśni podniebienno-językowych i podnie-bienno-gardłowych, co znalazło swój wyraz we wcześniejszym badaniu sprawno-ści aparatu artykulacyjnego, tj. problemy z unoszeniem się podniebienia miękkiego podczas emisji głosu [a] czy problemy z wykonywaniem naprzemiennych ruchów wysuwania i cofania języka w głąb jamy ustnej.

W zakresie fonacji stwierdzono niewielkie trudności z rozpoczęciem emisji głosu, krótki czas fonacji, co związane jest z niedostateczną sprawnością aparatu oddechowego, bardzo ograniczoną możliwością modulacji głosu w zakresie natężenia i wysokości. Zdarza się, że atak głosowy jest zbyt twardy.

Obserwacja aktywności werbalnej Ewy pozwala na stwierdzenie, że prozodia jest zaburzona w niewielkim stopniu. Dziecko – na dostępnym sobie poziomie – uwzględnia intonację; zdarza się, że w sytuacji, gdy warstwa segmentalna wypowiedzi jest niezrozumiała, słuchając melodii wypowiedzi, jest się w stanie określić (na ogół trafnie) czy dziecko o coś pyta, o czymś informuje czy czemuś zaprzecza. Tempo mówienia oceniono jako wolne. Na obecnym poziomie posługiwania się ję-zykiem trudno jednak było ocenić prozodię mowy. Zastosowana dodatkowo próba odtwarzania rytmu muzycznego (demonstrowanie prostych rytmów wygrywanych na bębenku czy wyklaskiwanych i odtwarzanie ich przez dziecko) pokazała, że nie jest to dla dziewczynki zadanie łatwe. Staje się ono znacznie łatwiejszym, gdy dodat-kowo udostępni się dziecku wzór graficzny rytmu.

Kolejnym zadaniem w procesie diagnozy była ocena słuchu fizycznego, fone-tyczno-fonemowego, gnozji oraz pamięci słuchowej.

Ponieważ problemy obserwowane u Ewy są głębokie, a w poradni, w której się z nią spotykam istnieje dostęp do diagnostyki otolaryngologicznej – audiologicznej, poprosiłam o specjalistyczną ocenę dziecka w tym zakresie. Przeprowadzone bada-nia nie wykazały nieprawidłowości recepcji dźwięków.

Problemy ujawniły się natomiast w odniesieniu do słuchu fonetyczno-fonemowego. Dziewczynka częściowo ma problemy z dokonywaniem analizy słuchowej i syntezy słuchowej oraz różnicowaniem opozycji fonologicznych (Ewa oceniała poprawność wymowy maskotki, która (ustami logopedy) mówiła dobrze lub źle). Również identyfikacja słyszanych dźwięków z obrazkami nie była zadaniem łatwym. Trudna okazała się próba polegająca na konieczności zapamiętania usłyszanych wyrazów, a następnie ułożenia ich w usłyszanej kolejności (dziewczynka miała problemy już z sekwencją 3-elementową).

Dziewczynkę poproszono następnie o wykonanie kilku prób w celu oceny analizy i syntezy wzrokowej oraz koordynacji wzrokowo-ruchowej. Było to: odszukiwanie na obrazku elementu identycznego z eksponowanym, wyszukiwania szczegółów różniących dwa pozornie identyczne obrazki, układanie obrazka z części, prowadzenie linii w labiryncie. Nie stwierdzono trudności w tym zakresie.

Kolejnym etapem było przeprowadzenie **zasadniczego badania logopedycznego**, które odnosi się do biernej i czynnej strony mowy.

Badanie mowy biernej (rozumienia) przeprowadzono z wykorzystaniem materiału obrazkowego „Sprawdź jak mówię” E. Stecko. Rozumienie badano na kilku poziomach. Rozpoczęto od pojedynczych nazw przedmiotów, czynności, cech, cech czynności oraz określeń stosunków przestrzennych. Stwierdzono, że rozumienie mowy na tym poziomie nie stanowi dla dziecka trudności. Kolejnym poziomem było sprawdzenie rozumienia nazw pojęć i tu także nie zaobserwowano trudności poza niewielkim problemem w odniesieniu do rozróżnienia warzyw i owoców. Ewa miała problemy ze zidentyfikowaniem obrazka, który jej opisałam, stąd można stwierdzić, że rozumienie dłuższej formy narracyjnej jest utrudnione.

Kolejnym krokiem było zbadanie mowy czynnej. Mając na uwadze, zaobserwowane już na etapie orientacyjnego badania mowy, bardzo duże problemy Ewy w tym zakresie, rozpoczęłam od poziomu najłatwiejszego, tj. od powtarzania. W tym celu wykorzystywałam stosowne obrazki, które pozwalają w stosunkowo łatwy sposób ocenić aspekt fonetyczny mowy czynnej (inwentarz głosek realizowanych i strukturę słów). Na podstawie analizy dokonanego nagrania stwierdziłam szereg zjawisk typowych dla mowy dziecka w okresie sygnału jednoklasowego (1-2 r. ż), np:

- posługiwanie się pojedynczymi sylabami – najczęściej nagłosowymi,
- onomatopeje,
- reduplikacje sylab,
- redukcje sylab,
- nieuwzględnianie kategorii gramatycznych, jak np. liczby rzeczownika.

Zdarzały się wyrazy realizowane prawidłowo, ale dominowały te o uproszczonej strukturze. Warto nadmienić, że sporadycznie pojawiają się zdania, ale i one mają specyficzną formę, np. dziecko mówiło o sobie w 3. os. l. poj.

Część głosek wypowiedzianych przez Ewę w wyrazach miała postać mniej lub bardziej zdeformowaną; dodatkowo ich wyrazistość była zmniejszona z powodu obecności rezonansu nosowego oraz ograniczonych warunków głosowych (głos cichy). Odrzucając jednak te czynniki stwierdzić można, że w pozycji na początku wyrazów:

- samogłoski na ogół wymawiane są prawidłowo,

- spółgłoski dwuwargowe nie zawsze są realizowane [tyle] ('motylek'),
- spółgłoski wargowo-zębowe nie są realizowane,
- spółgłoski przedniojęzykowo – dźwiękowe dentalizowane są substytuowane przez przedniojęzykowo-zębowe lub środkowojęzykowo-podniebienne odpowiedniki, co oczywiście nie występuje głoska [r], przy wymowie [l] dziecko wykonuje nadmiarowy ruch poza obrębem jamy ustnej,
- wszystkie spółgłoski środkowojęzykowo-podniebienne są realizowane,
- spółgłoski tylnojęzykowe nie są realizowane.

W pozycji śródgłosu i wygłosu szereg głosek ulega elizji substytucji lub deformacji; dotyczyło to głównie spółgłosek, ale także samogłosek (np. zamiana a na e). Samodzielne nazywanie obrazków, czyli kolejny etap badania mowy czynnej pozwolił stwierdzić, że dziecko ma trudności ze znajomością wielu nazw (nie zna słów, zwłaszcza czasowników, a niewielu, które – zdaniem mamy – znała nie potrafiła sobie przypomnieć). Trudności artykulacyjne były jeszcze bardziej nasilone niż w przypadku powtarzania, stąd wymowa stawała się prawie niezrozumiała. Dziecko w spontanicznej mowie nie posługiwało się fleksją, ani – poza wyjątkami – nie budowało nawet prostych konstrukcji zdaniowych. Często posługiwało się gestami jako środkiem wspomagającym porozumiewanie się.

Językową sprawność sytuacyjną, społeczną i pragmatyczną oceniano jedynie na elementarnym poziomie; stwierdzono, że dziecko:

- zna zwroty grzecznościowe i stosuje je adekwatnie do sytuacji i to nie tylko rzeczywistych, ale także przedstawionych na ilustracjach,
- umie ocenić zachowanie osoby przedstawionej w historyjce obrazkowej jako pozytywne lub negatywne,
- umie zasygnalizować problem, np. poinformować, że chce jej się pić.

Z uwagi na wiek dziecka nie przeprowadzono badania umiejętności pisania ani czytania.

Stwierdzone u badanego dziecka problemy w komunikacji językowej rozpoznana jako **specyficzne zaburzenie językowe (SLI)**.

SLI – istota zaburzenia w świetle literatury naukowej

Termin SLI stosowany jest w odniesieniu do dzieci, u których obserwuje się znaczne ograniczenia w rozwoju zdolności językowych. Dzieci te powoli nabywają system językowy, ze znacznym opóźnieniem rozwijają mowę i – nawet mimo odpowiedniej terapii - nie zawsze uzyskują pełną sprawność w zakresie wszystkich podsystemów języka.

Istnieje długa lista kryteriów wyróżniających SLI. W odniesieniu do języka i mowy wśród nich wymienia się ogólnie:

- istotnie niższe wyniki w standaryzowanych testach językowych (na poziomie - 1,25 odchylenia standardowego lub niższe),
- lepsze rozumienie niż produkcja, choć poniżej wieku umysłowego,
- liczne trudności w zakresie ekspresji mowy, tj. błędy w artykulacji, błędy fleksyjne, ograniczenie zasobu leksykalnego, trudności z uczeniem się nowych słów i przypominaniem sobie znanych, trudności z budowaniem zdań,

– w zakresie percepcji mowy możliwe trudności z rozumieniem zdań, zwłaszcza złożonych, a czasem i pojedynczych słów (por. Krasowicz-Kupis, 2012: 80–81).

Warto jednak od razu zaznaczyć, że dzieci z SLI to grupa niejednolita pod względem rodzaju i nasilenia objawów zaburzeń językowych³. W tabeli 1. zaprezentowano różne typy i podtypy zaburzeń identyfikowane w ramach SLI wraz z ich krótką charakterystyką.

Tabela 1. Charakterystyka podtypów SLI wyróżnionych przez Rapin i Allen

Typ zaburzeń	Podtyp zaburzeń	Charakterystyka
Mieszane zaburzenia recepcyjno-ekspresyjne	Wербalna agnozja słuchowa	Brak rozumienia słów w mowie z powodu prawdopodobnych deficytów fonologicznych Znaczna redukcja ekspresji werbalnej Komunikacja niewerbalna bez zarzutu Wymienione cechy powiązane z CAPD
	Deficyt programowania fonologiczno-składniowego	Zaburzenia ekspresji językowej Trudności z nazywaniem na żądanie Ograniczony słownik Błędy w budowie zdań Wypowiedzi ubogie – krótkie, niegramatyczne, tzw. żargon (brak fleksji, przedimków, zaimków, spójników) Zdolność rozumienia wypowiedzi czasami nieco obniżona Deficyty semantyczne – omówienia, wtrącenia, zdania puste informacyjnie Prawidłowa artykulacja

³ Co – zdaniem autorki – przemawia za zasadnością stosowania w odniesieniu do SLI liczby mnogiej, tj. zamiast *specyficzne zaburzenie językowe* bardziej adekwatne wydaje się używanie formy *specyficzne zaburzenia językowe*.

Zaburzenia ekspresywne	Dyspraksja werbalna	Związana z nieprawidłowym programowaniem werbalnym czynności motorycznych, ale bez podłoża neurologicznego Problemy głównie motoryczne wywołujące zaburzenia płynności wypowiedzi Głębokie zaburzenia ujawniające się znaczną redukcją ekspresji werbalnej – w tym budowanie wypowiedzi znacznie zredukowane, bardzo słabe sprawności fonologiczne (m. in. błędy artykulacyjne, zniekształcenia słów), z wysiłkiem wypowiedzane pojedyncze słowa, zazwyczaj zniekształcone Rozumienie zakłócone w niewielkim stopniu
	Deficyt programowania fonologicznego	Tendencja do długich, nieprawidłowych pod względem fonologicznym wypowiedzi (żargon) Wypowiedzi mało zrozumiałe, trudności z budowaniem spójnej wypowiedzi typu wyjaśniania czy opowiadania (deficyty semantyki) Rozumienie prawidłowe Prozodia prawidłowa
Zaburzenia przetwarzania wyższego rzędu	Deficyt leksykalno-składniowy	Podobny do deficytu programowania fonologicznego, ale także osłabione sprawności gramatyczne oraz budowanie zdań Problemy ze znalezieniem słowa Osłabienie rozumienia
	Zaburzenia semantyczno-pragmatyczne	Deficyt wykorzystywania języka do celów komunikacyjnych Wypowiedzi prawidłowo sformułowane, ale nieadekwatne treściowo

Źródło: Krasowicz-Kupis, 2012: 63.

Jednocześnie, biorąc pod uwagę całokształt funkcjonowania dziecka, mimo powyższych trudności charakterystyczne są:

- prawidłowy poziom inteligencji – inteligencja mierzona testami niejęzykowymi równa 85 lub wyższa,
- prawidłowy słuch fizyczny, brak klasycznie rozumianej wady słuchu,
- prawidłowa budowa i funkcjonowanie aparatu artykulacyjnego,
- brak objawów typowych dla autyzmu (tj. brak objawów zaburzeń w dwustronnych interakcjach społecznych); dzieci z SLI chcą komunikować się z otoczeniem, używając w tym celu najczęściej gestów i komunikacji pozajęzykowej, nie unikają kontaktu wzrokowego,
- kryterium neurologiczne, wykluczające schorzenia o podłożu neurologicznym; brak uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, często jednak obserwuje się łagodne opóźnienie w dojrzewaniu układu nerwowego,

- nieznaczne opóźnienia w rozwoju motorycznym – wolniejsze reakcje motoryczne, mniej zgrabne ruchy; częściej niż w ogólnej populacji rozpoznawana jest dyspraksja,

- nierzadko zdarzają się ograniczenia w zakresie koncentracji uwagi (Bishop 1990, Baker i in. 1982, za: Leonard, 2006; Czaplewska, 2012)

SLI występuje u ok. 7 % dzieci, co oznacza, że średnio w każdej klasie czy grupie przedszkolnej jest około dwoje dzieci z tym zaburzeniem. Problem częściej dotyczy chłopców (3:1), co wskazuje na komponent genetyczny w etiologii. Szacuje się, że w Polsce jest obecnie ok. 300 000 dzieci w wieku 4-14 lat z SLI.

Doniesienia z badań pozwalają na stwierdzenie, że dzieci pochodzące ze środowisk o niskim statusie społeczno-ekonomicznym są bardziej narażone na SLI, podczas gdy w grupach bardziej uprzywilejowanych proporcja dzieci z SLI jest znacznie niższa (co prawdopodobnie związane jest z bardziej wartościową dietą matki w okresie ciąży, mniej szkodliwym środowiskiem jej pracy, czy wyższym poziomem opieki medycznej nad kobietą w ciąży). Warto zwrócić uwagę, że problemy dzieci z SLI mogą zostać spotęgowane poprzez funkcjonowanie w ubogim językowo i poznawczo środowisku lub mogą ulec zniwelowaniu dzięki funkcjonowaniu w środowisku stymulującym (bogatym językowo i poznawczo, ale przede wszystkim dopasowanym pod tym względem do aktualnych potrzeb i możliwości danego dziecka).

Diagnozę SLI stawia się dopiero, gdy dziecko ukończy 4 lata. Wcześniej – można rozpoznawać tzw. **ryzyko wystąpienia SLI**⁴. Jest oczywistym, że im wcześniej podjęta zostanie stymulacja i terapia, tym większe szanse na pomoc dziecku. Istotna jest w tym kontekście umiejętność wczesnego dostrzegania objawów, mogących świadczyć o ryzyku wystąpienia SLI, by – w ramach wczesnego wspomagania rozwoju – zniwelować lub chociaż zmniejszyć rozmiar późniejszych trudności (por. Smoczyńska, 2012).

Pierwszymi niepokojącymi objawami, mogących świadczyć o ryzyku SLI są:

- brak gaworzenia lub bardzo ubogie gaworzenie przy zachowanym kontakcie wzrokowym,

- brak pierwszych słów do 16 miesiąca życia,

- brak łączenia dwóch wyrazów do końca 20 miesiąca życia,

- brak zdań do wieku 26 miesięcy,

- stosowanie gestów i kontaktu wzrokowego jako sposobów nawiązania komunikowania się z rodzicami,

- powtarzanie ostatniej lub pierwszej sylaby wyrazu,

- trudności w powtarzaniu wyrazów i niechęć do ich wypowiedzienia (Stanton-Chapman i in., 2002).

Po ukończeniu 3 roku życia objawy ryzyka SLI to:

- wydłużony okres posługiwania się onomatopejami i neologizmami,

- używanie głównie wypowiedzi pozbawionych czasownika, równoważników zdań i zdań prostych,

- mały zasób słownictwa, trudności z zrozumieniem pytań poza kontekstem,

4 Podobnie identyfikuje się dysleksję.

- znacznie ograniczony zasób słownika czynnego,
- częste substytucje słów powiązanych semantycznie,
- „ignorowanie” odmiany wyrazów, posługiwanie się rzeczownikami głównie w formie mianownika, a czasownikami w 3 os. l. poj. lub w bezokoliczniku; posługiwanie się gramatyką i słownictwem „jak obcokrajowiec” nie znający języka, ale



Schemat 1. SLI jako zaburzenie wpływające na jakość życia.

Źródło: opracowanie własne.

Powyższy fakt przemawia za koniecznością objęcia dziecka z SLI wczesną, systematyczną, intensywną i wielozakresową terapią, koncentrującą się nie tylko na stricte rozwoju językowym, ale obejmującą – w myśl podejścia holistycznego – różne sfery jego rozwoju

Jak pracować z dzieckiem z SLI?

Skuteczna terapia w przypadku tak złożonych problemów, z jakimi mamy do czynienia u dziecka z SLI musi mieć charakter indywidualny (w sensie dopasowania do potrzeb i możliwości danego dziecka) i zarazem kompleksowy (w sensie dążenia do zasygnalizowanego powyżej podejścia holistycznego). Terapia powinna zawierać elementy terapii logopedycznej, pedagogicznej i psychologicznej, a być może również oddziaływać psychoterapeutycznych. Ważne jest, by podejmowane działania pozostawały ze sobą w związku, którego **celem nadrzędnym jest podniesienie jakości życia dziecka**. Jest to możliwe wówczas, gdy specjaliści pracujący z dzieckiem będą także współpracować ze sobą.

Pponiżej przedstawiono ramowy program terapii dziewczynki, której proces diagnozy został przybliżony w części I.

- rozwijanie rozumienia,
- odtwarzanie, kontynuowanie i uzupełnianie sekwencji wzrokowych, słuchowych i ruchowych,
- kategoryzowanie i szeregowanie elementów,

- stymulacja słuchu, w tym rozwijanie uwagi, koncentracji i pamięci słuchowej, zwłaszcza na materiale werbalnym,
- ćwiczenia pamięci wzrokowej,
- ćwiczenia małej motoryki, grafomotoryczne i usprawniające aparat artykulacyjny,
- ćwiczenia oddechowe,
- rozwijanie i wzbogacanie zasobu leksykalnego i gramatycznego zgodnie z zasadami tzw. programowania języka (Cieszyńska, 2013),
- wczesna nauka czytania metodą symultaniczno-sekwencyjną J. Cieszyńskiej,
- rozwijanie myślenia przyczynowo-skutkowego i na tej bazie rozwijanie sprawności sytuacyjnej, społecznej i pragmatycznej,
- trening poprawnego stosowania form gramatycznych,
- rozwijanie umiejętności budowania zdań i (obecnie) tworzenia dłuższych form narracyjnych
- usprawnianie artykulacji.

Jednocześnie – z uwagi na problemy emocjonalno-społeczne – dziewczynka została objęta opieką psychologiczną, a biorąc pod uwagę trudności o charakterze dyspraksji – terapią integracji sensorycznej.

Spotkania z Ewą są realizowane systematycznie, choć ich wymiar nie jest duży: pół godziny zajęć z logopedą co tydzień. Dziewczynka uczęszcza na zajęcia raczej systematycznie; wyraźnie widać także, iż dziecko systematycznie pracuje w domu pod opieką rodziców. Efekty terapii są po półtorarocznym okresie zajęć wyraźnie zauważalne, chociaż przed Ewą daleka jeszcze droga do opanowania takiego poziomu sprawności językowych i komunikacyjnych, by mowa była dla dziewczynki w pełni satysfakcjonującym narzędziem porozumiewania się z innymi ludźmi.

Bibliografia

- Bishop, D.V M., & Snowling, M. J. (2004). Developmental dyslexia and Specific Language Impairment: Same or different? *Psychological Bulletin*, 130, 858–886.
- Cieszyńska, J. (2013). *Metoda krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci*. Kraków: Omega Stage System.
- Czaplewska, E. (2012). *Rozumienie pragmatycznych aspektów wypowiedzi przez dzieci ze Specyficznym Zaburzeniem Językowym*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Czaplewska, E. (2013). SLI czy dziecko później mówiące? Różne formy strategii terapeutycznych. W: T. Woźniak i J. Panasiuk (red.), *Język–człowiek–społeczeństwo*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Evans J., Alibali M., Mc Neil, N. (2001). Divergence of verbal expression and embodied knowledge: Evidence from speech and gesture in children with specific language impairment. *Language & Cognitive Processes*. 16, 2/3.
- Fujiki, M., Brinton, B., i in. (1997). The ability of children with specific language impairment to access and participate in an ongoing interaction. *Journal of Speech and Hearing Research*.
- Fujiki, M., Brinton, B., Tood, C. (1996). Social skills with specific language impairment. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*.

- Kochańska, M. i Krasowicz-Kupis, G. (2014). Problemy edukacyjne uczniów z SLI i dysleksją rozwojową. W: E. Awramiuk (red.), *Z problemów kształcenia językowego*. (t. 4). Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.
- Krasowicz-Kupis, G. (2012). *Od badań mózgu do praktyki psychologicznej. SLI i inne zaburzenia językowe*. Sopot: GWP.
- Lasota, A. (2007). Specyficzne zaburzenie rozwoju językowego. *Sztuka Leczenia*. 1–2, (tom: XIV), Kraków.
- Leonard, L. B. (2006). *SLI – Specyficzne Zaburzenie Rozwoju Językowego*. Przekład: M. Hernik, Gdańsk: GWP.
- Maryniak, A. (2011). Specyficzne zaburzenia rozwoju językowego – diagnoza, różnicowa nie, rokowania. W: T. Gałkowski (red.), *Wspomaganie rozwoju małego dziecka z wadą słuchu*. Warszawa: Polski Komitet Audiofonologii.
- Pettenati P, Benassi E, Deevy P, Leonard, L., Caselli, M. (2015). Extra-linguistic influences on sentence comprehension in Italian-speaking children with and without specific language impairment. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 50(3).
- Rocławski, B., Fedorowska, W., Wardowska, B. (1995). *Wczesne uwarunkowania rozwoju mowy. Wywiad biologiczno-środowiskowy*. Gdańsk: Glottispol.
- Smoczyńska, M. (2012). Opóźniony rozwój mowy a ryzyko SLI. Co wyniki badań podłużnych mówią nam o potrzebie wczesnej interwencji logopedycznej? W: J. Porayski-Pomsta i M. Przybysz-Piwko (red.), *Interwencja logopedyczna*. (t. 8). Warszawa: Wydawnictwo Elipsa.
- Stanton-Chapman, T.L., Chapman, D., Bainbridge, N, Scott, K. (2002). Identification of early risk factors for language impairment. *Research in Developmental Disabilities*, 23, 390–405.

Dziecko z SLI – diagnoza logopedyczna, charakterystyka zaburzenia i programowanie terapii w oparciu o studium przypadku

Abstract

W części pierwszej artykułu omówiono definicję, strukturę i zasady postępowania diagnostycznego oraz przedstawiono opis i interpretację przeprowadzonych przez autorkę artykułu badań logopedycznych. Następnie zaprezentowano wnioski z badania i dokonano charakterystyki zdiagnozowanego zaburzenia, którym jest specyficzne zaburzenie językowe (SLI). W ostatniej części zarysowano program terapii dostosowanej indywidualnie do potrzeb i możliwości dziewczynki, której sytuacja jest tu prezentowana jako studium przypadku

Keywords: SLI, Specyficzne zaburzenie językowe, diagnoza logopedyczna, terapia dziecka z SLI

Tamara Cierpiałowska

dr nauk humanistycznych, pedagog specjalny, neurologopeda, adiunkt w Instytucie Pedagogiki Specjalnej UP w Krakowie, logopeda-praktyk. Zainteresowania naukowe skupia m.in. wokół problematyki wspomaganie rozwoju umiejętności językowych i komunikacyjnych dzieci z niepełnosprawnością.

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Paedagogica 11 (2018)

ISSN 2299-2103

DOI 10.24917/22992103.11.3

Diyana Paskaleva Georgieva

Trakia University, Faculty of Education, Stara Zagora, Bulgaria

Development of social adaptation in children with Down syndrome

Introduction

The Down syndrome is a unique phenomenon that has not been sufficiently studied in Bulgaria in a psychological, pedagogical and social aspect. This necessitates the expansion of scientific and theoretical research and the search for urgent practical solutions.

Revealing the complexity of human development requires bringing new facts to many levels (from the cellular mechanisms of the genes to socio-psychological and behavioral features). These facts intertwine and this explains the application of the interdisciplinary approach to the interpretation of the various developmental disorders. Such is also the approach to understanding the phenomenon of "the Down Syndrome".

In recent years, achievements have been manifested in most areas of medicine that are important to the health of people born with Down syndrome. Genetic engineering and neuroscience have made tremendous advances in clarifying its mechanisms of influencing the intellectual development. Still, little is known about the socio-adaptive mechanisms and social functioning of children with the syndrome under consideration.

The attention in this article is focused on the phenomenon of "Down Syndrome" and its reflection in pedagogical practice, as compared to other chromosomal aberrations, this syndrome has a long history and high prevalence.

Stereotypical perceptions of the limited capacity of children with the Down syndrome to quite a few practitioners working in this sphere, provoke the idea of a deeper study. To this can be added the demand for new perspectives and positions for their potential opportunities in terms of their development and their inclusion in the life of the society.

In Bulgaria there are specialized literary sources devoted to the Down's syndrome in the fields of medicine, medical psychology, cognitive science. There are no developments and researches of Bulgarian authors concerning the aspects of social adaptation of children with this syndrome. That is why the problem chosen here is

interesting and up-to-date and with important scientific, theoretical and practical significance.

In the light of the socio-pedagogical model, as a totally new approach, with new attitudes to individuals with peculiarities in their psychological and physical development, it is argued that children with Down's syndrome in a stimulating, supportive environment can achieve very good results and develop in the best possible way. The quality of health care, education and community support, in particular on the part of teachers, parents and specialists, make a real change in the functioning of people with Down syndrome.

To the obvious topicality of the theme can be added the personal interest of the author in the problems related to the social adaptation and the vision of the representatives from different micro-media for the formation of its components in the conditions of the natural educational environment.

Phenomenological characteristics of social adaptation

It is traditionally considered that the main component and mechanism of the process of socialization is the adaptation under whose influence the individual is formed as a social being and is established as a full member of the social system.

In the course of social development, the forms of social interaction with society change, and the measure of compliance with the requirements and norms of the latter is increasing. These changes are interpreted as qualitative. In the process of individual development of the child, it is difficult to determine the moment of his qualitative leap, which implies a change in his biological existence and a transition to the social one.

Researchers offer different definitions of socialization and adaptation concepts. Anderson and Messick (1974) consider adaptation as a component of socialization. They point out that socialization carries out social fitting into a type of the personality, adapts and integrates the person in the society through the absorption of social experience, values, norms, attitudes that are inherent in the society as a whole and the individual groups.

In her work "Fundamentals of Sociology" Kharcheva (2000) identifies two forms of socialization: adaptation or passive adaptation of the individual to the environment and its requirements, and integration or active interaction of the person with the surrounding environment where he exercises his right of choice and influences the environment.

From a biological point of view, the main aim of the adaptation is the survival and reproduction of individuals. At the same time, adaptive changes follow changes in environmental conditions and represent progressive improvements. All other changes that are accidental or do not contribute to better survival and reproduction are not reproduced genetically in subsequent generations (Binnie & Williams, 2002).

From the point of view of psychology, adaptation and its usefulness to the socialized subject is interpreted as generating a sense of fear or shortening the terms of social learning. Under these conditions, the human being finds arguments in

public and group empirics in order to ignore the need for experience and eventual error, and to choose the appropriate behavioral program (Nadel, 1988).

Since social adaptation takes place in the conditions of social interaction between people, the degree of adaptation of the subject to the group or to the social environment will be determined on the one hand by the characteristics of the social environment and on the other - by his or her own properties and qualities. Among the social (environmental) factors determining the success of the adaptation are the homogeneity of the group, the importance and competence of its members, their social status, the persistence and uniformity of the requirements, the size of the group, the nature of the activity of its members. Subjective factors include the level of anxiety, the competence of a person, his self-esteem, the degree of self-identification with a group or another social community and his adherence to it, as well as gender, age and certain typological characteristics (Cicchetti & Beeghly, 1990).

The processes of socialization and social adaptation are interconnected – they reflect the unified process of interaction between the individual and society. In the course of socialization the development and formation of the personality takes place. At the same time, the socialization of the individual is a necessary condition for the adaptation of the individual in society. Social adaptation is one of the main mechanisms of socialization, one way of achieving more complete socialization.

Social adaptation is defined both as a continuous process of active adaptation of the individual to the conditions of a new social environment and as a result of this process (Bandura, 1977).

The socio-psychological content of social adaptation is interpreted as a convergence of the goals and values of the group and the individual, such as assimilation of norms, traditions, group culture, penetration into the group's role structure.

Representatives of modern psychoanalytic science distinguish between two types of adaptation: alloplastic adaptation, which takes place due to man-made changes in the outside world in order to reach a state of satisfying his needs; autoplasic adaptation, which is in subordination with the changes in the personality (its structure, skills, habits, etc.) that contribute to its adaptation to the environment. These two types of adaptation are complemented by a third one: the search for an environment favorable to the individual (Liebert & Spiegler, 1990).

There are two levels of adaptation: adaptation and nonadaptation. Adaptation occurs when an optimal relationship between the individual and the environment is achieved through constructive behavior. The absence of such a link, and consequently the dominance of non-constructive reactions over constructive approaches, leads to nonadaptation.

In cognitive psychology, the process of the personality's adaptation is represented by the formula: conflict - threat - adaptive response. In the process of interaction with the objective world, the individual receives information that can cause cognitive dissonance and, as a consequence, a state of discomfort. It is supposed that this condition stimulates the person to look for opportunities to eliminate or reduce cognitive dissonance.

In the psychology school of the Western world, the definition of neo-behavioral adaptation has gained a broad popularity. Representatives of this school consider

social adaptation as a state of harmony between the subject (his needs) and the physical or social environment (its requirements).

In the theoretical frameworks of behaviorism, social adaptation is defined as a process of change (physical, socio-economic or organizational) in behavior, social relations or in the bosom of culture as a whole.

Regardless of the different perceptions of the concept of "adaptation", researchers are united around the idea that in the course of an adaptation the person is an active subject of the process.

In children with intellectual disabilities, the term "social adaptation" is interpreted as an adaptation that guides the individual and group behavior of mentally retarded children in accordance with the system of social norms and values (Chapman & Hesketh, 2000). Because of the disturbed psycho-physical development, these children are hardly interacting with the social environment and have a limited ability to respond adequately to ongoing changes. They encounter particular difficulties in achieving their goals within existing norms, which may result in inadequate responses and negative behaviors. The main task in teaching children with unique needs is to provide a relevant link between them and society, a well-realized application of the social norms.

In the process of socio-psychological adaptation not only is the adaptation of the individual to the new social conditions realized but also the meeting of his needs, interests and aspirations. The person is involved in a new social environment, becomes a full member, he finds self-assertion and develops his or her individuality. As a result of the social and psychological adaptation the social function of communication, behavior and subject activity is formed, thanks to which the person realizes his aspirations, needs, interests and can identify himself.

Characteristics of the Social Adaptation in Children with the Down Syndrome

The analysis of the literary sources leads to the conclusion that the development of children with the Down syndrome follows general laws, but significantly differs in pace and quality from the development of their peers. Due to the limited intellectual potential, the low curiosity and the delayed learning process of the child are outlined as unfavorable factors; in other words, there is a reduced receptivity of the new material. The primary disadvantage affects the development of the child from the first days of his life. In many children, the static and movement development is delayed. There is a lack of interest in the environment and a lack of response to external stimuli, common pathological inertia (which does not exclude verbal aggression, anxiety, etc.). It is difficult to initiate emotional contact with adults, as a rule, the so-called "complex of animation" is absent. Consequently, they are not interested in toys, in performing actions with them. There is no timely transition to communication through the joint actions of the adult and the child, no specific forms of communication - gesture communication. In the first year of their life, children do not distinguish their relatives from other adults. There is no purposeful activity, there is no grip of the hands, which affects the overall psychomotor and linguistic development. Catching objects allows the child to identify the direction, the distance

from his body to the subject, the properties of the objects (size, mass, shape). With the absence of the gripping reflex is also explained the non-conformation of the visual-motor coordination (Fidler, Hepburn, Rogers, 2006).

Thus, the development of perception in the first year of life of children with mental retardation is strongly impeded. The inhibition arises as a derivative violation that generates a negative effect on the further development of all psychic processes. At the beginning of the pre-school period there is a certain shift in the management of non-specific manipulations, but the implementation of practical actions is limited. The object activity as a whole is not spontaneous and, to an appropriate extent, the interest in the world of objects remains too small and short-lived. Without special training and therapy, children aged 3-4 do not master specific types of activity and social forms of behavior. In the absence of specialized support, a child with Down syndrome misses another important stage in their mental functioning - the development of socio-communicative skills. Such children have limited contact with adults and peers. They do not participate in role-playing games, as well as in any kind of collaboration with other people. All this reflects on the accumulation of social experience and the development of the cognitive, emotional and voluntary sphere, language and speech (Valchev, 2014). By the end of their pre-school age their active vocabulary is scarce. The phrases are simple. Children cannot convey elementary connected content. The passive vocabulary is also considerably small in volume. They do not understand constructs that denote denial, as well as imperatives consisting of two or three words. It is difficult for them to keep a conversation because they do not always understand a good deal of the interlocutor's questions.

The education and therapy of a child with a certain disotongeia can lead to significant positive changes that could affect his or her future functioning. The main purpose of therapeutic activity in children with Down syndrome is their social adaptation, adaptation to the life of the society and possible integration into society. This determines the use of their cognitive capacity and the particularities in the development of cognitive processes - the formation of vital skills and habits which can lead to improvement of the quality of their life. The goal set by the study is achieved by solving tasks, more important of which are:

1. Development of the mental functions of children in the work process and improvement of the characteristics of mental processes.

2. Forming socially acceptable behavior. The fulfillment of this task involves building communicative habits and developing a culture of behavior in communicating with people. The end result is the ability to express wishes, to protect oneself, to prevent danger.

3. Development of self-service skills, preparation for simple types of economic and domestic activities.

The assessment of the development level is the first necessary step for the relevant selection of strategies for working with the child and structuring of the teaching content which is taught. The areas of diagnosis are: fine motoring, speech perception, self-service, social skills. The assessment allows highlighting the strengths and weaknesses of the child. It provides a flexible approach to formulating tasks related to strengthening the child's positive sides and progress in the weakest performing areas. In summary, the "near-development area" is defined (Mishina, 2001). Three main factors are taken into account when selecting the tasks: setting goals prior

to starting the training; the results of the child's assessment, reflecting its current status of skills; time and training options and therapies available to the specialist in specific circumstances.

A prerequisite for a successful development of the socio-adaptive capacity in children with Down syndrome is the creation of an atmosphere of positive and benevolent communication, the conduct of joint activities with parents corresponding to the level of development and the individual peculiarities of their children. The therapeutic activity of young children raised in the family is carried out with the active participation of the parents. Studies have shown that significant success can be achieved under the guidance of a specialist in the development of a young child. In the special microstructures, a relaxed timetable is also applied, including the creation of a positive and relaxing atmosphere, the prevention of conflicting situations, the taking into account of the characteristics of the particular child. The practical realization of the training is associated with the so-called family-social approach that is seen as the most progressive, modern-day model that rationally combines family education with the widespread involvement of such public organizations and services as parent universities, parents' schools, young mother's courses, medical and pedagogical advisory services and others.

Another important condition for effective training is its timely start. Early intervention in children with Down syndrome occurs in the context of speech development, dealing with objects, games, self-care habits, purposeful actions, behavioral regulation, interaction. Early intervention is an effective and reliable tool for diagnostic procedures, as in the process of long-term observation in the active pedagogical interaction all the possibilities and specifics of the particular child are fully demonstrated, as a result of which, at the beginning of school education can be unambiguously defined the most appropriate type of school.

The implementation of adequate programs and training methods for mentally retarded children that are appropriate to their capacity and the aims of their training is the most important and largely crucial condition for the development of their cognitive potential. This kind of developmental training is needed to ensure a simple transfer of knowledge and application into new situations and to dealing with new similar problems.

Alternative means of forming social adaptation in children with Down syndrome. The calendar system as a means of alternative communication

The application of alternative means for the formation of social adaptation assists in the development of its main components: self-service, social and domestic orientation, communication. In recent years, a particular role in teaching children with Down syndrome is given to working with the calendar. The calendar is a symbolic communication system in which the used picture or object symbols represent the main activities throughout the day. The calendar system allows the child to be included in the daily sequence of events and types of activity, which provides an opportunity for the development of social habits and communication skills.

The calendar system as an alternative strategy has been developed in the Netherlands (Van Dijk, 1986). In Bulgaria, the calendar system has been introduced since 2000 for training children with multiple disorders (Down syndrome).

Different types of calendars have been modeled individually for each child. They can be based on objects; embossed, contour, relief images of objects (for the blind); pictorial; photo calendars, calendars containing written tables for global reading; calendars-schedules using the written form of speech; calendars, diaries and more. Choosing a calendar type depends on the child's physical, sensory, motor, mental, and intellectual abilities. The main idea is to create a sustainable connection between visual signals (subject, symbol, drawing, gesture) and specific reactions or behavior that is an important condition for training in socio-adaptive ability.

Table 1. illustrates the dynamics of the application of the progressively complicated content of the different types of calendars in the process of formation of social adaptation in children with Down syndrome.

Table 1. Dynamics in the use of progressively complicated calendar systems in the course of learning

Preliminary stage	Stage of certain achievements	Final stage
Simple calendar	Word calendar	Enhanced caendar
Objects, pictures, pictures +words	Written tables: words, phrases	Self-produced phrases, sentences

In the calendar system designed to work with children with Down syndrome, object and picture symbols are used. They provide unlimited opportunities to reflect all events that can be commented on in the past, present and future times. The object or picture alerts the child to the upcoming activity. The following types of calendars are used in the first stage of the training: a calendar (as natural, miniature schematic objects and their images - relief, embossed, contour); a picture calendar (with an image of an object, type of activity or location); a calendar on which the image is accompanied by a written designation.

The object calendar consists of tactile symbols with certain properties. Children easily find and identify them using available motor reactions - pointing, touching, moving, holding in hand. This type of calendars are particularly suited to children with Down Syndrome who experience visual disturbances. After mastering the skills of working with a calendar, it goes to the use of pictorial symbols. Picture calendars are applied to children with the syndrome under consideration who have a hearing disorder. Gradual complication is done by adding a word to the image. Lexical unit tables are attached to the images. This type of calendars is more complex for children. It should be offered at a later stage of training to those children who have mastered certain habits of perception, comparison, identification, differentiation, etc.

One of the most important tasks in operating the calendar is planning the activity for a specific timeframe. In addition, the calendar can be used to develop memory, enrich and enhance vocabulary. Gradually, the child becomes accustomed to responding to objects and pictures as instructed by the specialist. It is not uncommon for individuals to use it for communication purposes. Training takes place in the course of naturally occurring and modeled situations.

At first, children assimilate alternative means of communication in the context of elementary self-service situations. Their activities throughout the day consist of

a series of such situations: "Getting up", "Dressing", "Physical Exercises", "Activities", "Feeding", "Walking", "Sun". Each situation in turn is made up of a chain of actions. The use of the corresponding symbol object is accompanied by oral or gestural speeches (first by the specialist and then by the child). Taking into account the positive dynamics in the development of the skills to use this communication tool, the strategy can be complicated and diversified. The subject calendar is replaced by a pictorial one, and later the pictorial symbols are supported with written ones. The latter are applied in well-formed global reading habits.

It is necessary to emphasize the fact that the use of calendars of different types gives very positive results. Communication between children and adults is successful; greater focus is gained on overall activity; time concepts (for future and completed activity, for upcoming and past events) are formed; stimulating the development of their own speech (situational and contextual); strategies for object research are formed, as well as habits for object actions; positively influenced are also the development of touch and fine manual motoring.

Training in using the calendar as an alternative means is particularly promising in terms of speech development and improvement. There is an opportunity for a gradual transition from specific to verbal means of communicating and mastering the lexical and grammatical aspect of the language. This can be observed during the second and third stages of developing communication skills by using a calendar when changing its type. The second stage is related to mastering the written form of speech. The third stage is the development of children's ability to independently construct their own speech expressions. At this stage, the calendar system becomes only an auxiliary tool for planning the subject and speech activity. The theoretical analysis of the literary facts on the problem of the formation of social adaptation in children with Down syndrome leads to these important conclusions:

1. The term "social adaptation" in children with Down syndrome means adapting, bringing the individual and group behavior of these children into line with the system of social norms and values.

2. Children with the presented syndrome have difficulty interacting with the social environment, reduced ability to respond adequately to the resulting changes. They have particular difficulty in reaching their own goals within existing norms, which can cause their negative reactions and socially unacceptable patterns of behavior.

3. Social adaptation opens opportunities for children with Down syndrome to actively participate in public life.

4. The most suitable means for shaping the socio-adaptive capacity are those for alternative communication, in particular the presented calendar system.

Conclusion

Social adaptation means the ability to adapt, to bring the individual and group behavior of children with special educational needs in accordance with the system of social norms and values. Because of deviations in development, it is difficult for them to interact with the social environment, the ability to respond adequately to

the resulting changes is reduced. They have particular difficulty in reaching their goals within the existing norms, which can induce their inadequate response and produce undesirable behavior. That is why securing adequate interaction with society, the realization of social norms and rules is part of the content of the tasks of the training and development for children with Down syndrome. Social adaptation opens up a real perspective for active participation in public life.

References

- Anderson, S. & Messick, S. (1974). Social competency in young children. *Developmental Psychology*, 10 (2), 282–293.
- Bandura A. (1977). *Social learning theory*. Upper Saddle River, N. J.: Prentice-Hall.
- Binnie L.M. & Williams J.M. (2002). Intuitive psychological, physical and biological knowledge in typically developing preschoolers, children with autism and children with Down's syndrome. *British Journal of Developmental Psychology*, 20, 343–359.
- Chapman R.S. & Hesketh L.J. (2000). Behavioral phenotype of individuals with Down syndrome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 6, 84–95.
- Cicchetti D. & Beeghly M. (eds) (1990). *Children with Down Syndrome: A Developmental Perspective*. New York: Cambridge University Press.
- Fidler D.J., Hepburn S., Rogers S. (2006). Early learning and adaptive behaviour in toddlers with Down syndrome: evidence for an emerging behavioural phenotype? *Downs Syndr Res Pract.*, 9, 37–44.
- Kharcheva V.G. (2000). *Fundamentals of Sociology. Textbook for students of secondary special educational institutions*. Russia, Moscow: Logos.
- Liebert R.M. & Spiegler M.D. (1990). *Personality strategies and issues* (6th ed.). California: Brooks/Cole Publishing.
- Mishina G.A. (2001). Forms of the organization of correctional and pedagogical work of a defectologist specialist with families raising a child of an early age with disabilities of psychophysical development. *Defectology*, 1. S., 60–64.
- Nadel L. (1988). *The psychobiology of Down syndrome*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Valchev G. (2014). Logopaedic aspects of the socialization of children and pupils with special educational needs. *Trakia Journal of Sciences*, 12 (Supplement 1), 472–474.
- Van Dijk J. (1986). An Educational Cumculum for Deaf-blind Multi-handicapped Persons. In Ellis, D. (ed.) *Sensory Impairments in Mentally Handicapped People*. London and Sydney: Croom Helm Publishers, pp. 374–382.

Dimitrina Ivanova Branekova

Trakia University

Training students to create a supportive environment through computer technology used to facilitate access to education

Introduction

Children and students with special educational needs are part of all participants in the educational process. Their integration in school is realized through quality inclusive education and through a suitable supportive environment. According to the European Convention on Human Rights and the UN Convention on the Rights of the Child in Schools, all children must be taught “regardless of their physical, intellectual, social, emotional and linguistic peculiarities. They have to learn together whenever possible, regardless of the difficulties or the differences.” The training of students with special educational needs has never before been the subject of a major shift from the special school to integrated and inclusive education supported by the fundamentally changing special educational institutions and in this respect the integration principle should be one of the main principles in the modern educational system (Radulov, 2007). Inclusive education is seen as a key strategy for achieving the objectives of “Education for All” (Chavdarova-Kostova, 2018, p. 9).

The Inclusive Education Ordinance states that “Pre-school and school education institutions provide conditions for equal access to education for children and students by providing accessible architectural and physical environments, accessibility of information and communication, access to curricula and educational content, reasonable facilities, technical equipment, specialized equipment and specialized support environment, didactic materials, methodologies and specialists” (Article 102).

Inclusive education for children with special educational needs is a process that is supported and implemented through the establishment and functioning of a supporting environment. “Organizing a supportive environment is a continuous process that evolves and responds to changes in the environment or policies related to the inclusion of pupils with special educational needs in mainstream schools and kindergartens” (Damyantov, 2013, p. 6). In a broad sense, the supportive environment includes appropriate architecture, special living conditions, aids – low and high-tech, appropriate didactic materials and aids, in other words, an environment in which all children live, study and develop their potential. If we look at the

environment in a narrower sense of the word, from the point of view of pedagogy, then, depending on which key concept is the focus of the study, we can speak of “educational environment”, “a medium for studying”, “pedagogical environment”, “learning environments”, “interactive environment”, “virtual environment”, etc. Due to the increasing role of information technologies in all spheres of society, it is more appropriate to speak of an informational and educational environment that facilitates the emerging and development of learning and information interaction among all participants in the educational process (Branekova, 2010). Information technologies make it easier for children and students with special educational needs to have access to a kindergarten and a school, to perceive knowledge, to create confidence in them and enable them with less effort to develop their intellectual qualities. In this way, information technologies can help make the school environment a supportive environment. The qualification of the special educators in the field of information technologies is among the main factors which can make this opportunity a reality. On the other hand, the contemporary reality of globalization and dynamic changes requires current and future students to acquire knowledge and form the skills needed for economic and social success in the 21st century. At the same time, the high-tech environment of many areas of our lives requires specific competences among which the digital competence is of highest importance. If digital skills are specific to economics and business, in the educational sphere these skills are considered to be universal ones with a high degree of transferability.

The article presents the main constructs of the discipline “Highly technological auxiliary tools in the education of students with special educational needs”, interpreted in a theoretical and methodological aspect. Key concepts tied to specific ideas for interactive activities in academic conditions are discussed. The course is taught by the students of special pedagogy at the Faculty of Education at Trakia University, Stara Zagora, as well as in the forms for postgraduate qualification in special pedagogy.

Learning objectives and expected results

The survey performed with teachers who are being trained in forms of post-graduate qualification in special pedagogy showed that at this stage of inclusive education only in the resource centers and very rarely at school are high-tech aids used for facilitating the learning process in the widest sense of the word. Only six percent of the respondents say they have attended or participated in demonstrations of various computer-based educational assisting technologies for students and people with disabilities. (The survey performed between 2015 and 2017, with 78 teachers taking on postgraduate qualification classes).

Based on the actual implementation of ICT in the education of children and pupils with special educational needs, the following problematic fields can be identified:

- The educators working with children and pupils with special educational needs are not familiar with the technologies;

- There is a great need for teacher training / training of teachers for using aids and technologies for children and pupils with special educational needs facilitating the learning process
- There is a great need for resource centers in the schools equipped with high-tech aids.

When studying the students' attitudes towards the content constructs of the course, among the most preferred modules was stated to be the module for self-production of electronic resources or adaptation of ready resources to the individual needs of each pupil with special educational needs, which may be explained with the students' desire for developing their digital competence and the practical orientation of the course content.

The main objective of the course "High-tech auxiliary tools for training of students with special educational needs" is the implementation of the theoretical and practical training of the students and of the specialists for structuring and building a supportive environment adapted to the individual needs of the students with SEN. The practical training is oriented towards mastering methods and techniques for the use of high technology aids as components of the supporting environment.

The skills which are formed are both to be able to work with the built-in tools of the Windows operating system, supporting access to computer systems, as well as the skills to produce electronic learning materials which can facilitate learning using sound, graphics, multimedia and other information objects used to realize different didactic tasks and situations in educational and extra-curricular activities. The expected results of the training are:

- Creating a positive attitude to the adapting of the supportive environment, in particular with the help of high technologies, to the individual needs of each child and student with SEN
- Orientation in the variety of hardware components used to facilitate the access to computer systems
- Mastering the built-in Windows operating system tools to support access to computer systems and understanding their real application in different didactical situations
- Identifying the positive aspects of the virtual learning space for the purposes of inclusive education and building a supportive environment for children and pupils with SEN
- Formation of digital competence for the application and adaptation of appropriate educational software and for the self-preparation of electronic resources facilitating the learning of children and pupils with SEN

Basic content aspects of the education

An accessible educational environment with ICT support for people with disabilities

The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities, adopted on 13 December, 2006, and entered into force on 3 May, 2008, is a legally binding instrument according to which countries which have ratified it (it was ratified in Bulgaria in 2012) are obliged to implement its regulations by bringing their

national legislation and the mechanisms for its implementation in line with them. The purpose of integrating people with disabilities is to change the environment in such a way that they have the opportunity to participate fully in the life of the society. In the UN Convention, the notion of disability is defined as “a phenomenon where as a result of a physical, sensory or mental problem, a man faces barriers in an environment that they cannot overcome by themselves.”

Assistive devices are “... commercially available products, devices and facilities, modified or custom-made, used to maintain, enhance or improve the functional capacities of the disabled persons.” [United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities]

Children with special educational needs are, for the most part, children who have difficulty in meeting the state educational requirements for the particular group or class and the reason for this is one of the following: sensory impairment - visual or auditory, physical disability, multiple disabilities, intellectual disability, language-speaking disorders. [ibid.]

For inclusive education a specialized supporting environment is realized by “... providing, when needed, of specialized equipment for visually impaired students - braille machines, braille displays, computers with synthetic synthesizer speech and others; including, where necessary, eye tracking devices and specialized software for their use, switches, computer software for voice control, alternative keyboards and mice for students with complex physical disabilities”(Article 104 of the Inclusive Education Ordinance).

Students with SEN experience difficulties of a different nature in the learning and reproduction of a given teaching material. Some of them cannot even get acquainted with it because of their own disabilities or different barriers of a social nature. ICT improves access to education and assists people with disabilities in their lifelong learning. By means of specialized software and peripherals, alternative to traditional ones, a computer configuration can be obtained that is adapted to the individual needs of SEN pupils. These add-ons to the standard PC belong to the so-called high-tech electronic assistive technologies. What combines the high-tech assistive technologies is the accessibility, i.e. the quality of a hardware or software system that makes it fit for use by individuals with one or more physical disabilities, such as limited mobility, impaired vision and hearing, etc.

Didactic Aspects of High Tech Assistive Tools in the Teaching of Children with Special Educational Needs.

In inclusive education, the acquisition of computer knowledge and skills, including for safe behavior in the virtual space, increases the abilities of the children with SEN to study, to live and to find realization in life when they become adults.

Hi-tech aids can briefly be divided into the following groups: (Dell, Newton, Petroff, 2008)

1. Hardware components facilitating the training of students (also adults) with special educational needs (Wendt, Quist, Lloyd, 2011)
2. Standard accessibility settings for the Microsoft product environment
3. Accessibility utilities - screen readers, speech recognition programs, and others

4. Fragments of computer lessons and good practices for the use of information technologies created with the participation of special pedagogues.

Hardware components facilitating the access to the computer systems

There is a wide variety of computer peripherals that make it easy to use computer systems for training, work, leisure, etc. Tables 1, 2, 3 and 4 show in a systematic way the main groups of hardware components that facilitate both the access to computer systems and the access to education and socialization of people with disabilities.

Table 1. Scanning systems

Kind of technology	Usage
Optical Character Recognition Scanners	Peripherals with software that are suitable for visually impaired students, as well as students with cognitive impairments.
Handheld Scanner	The Handheld scanner is a combination of a computer-connected scanning pen that allows students with cognitive impairments to record and transfer printed information for later processing or use
Reading camera	The reading camera scans flat text and plays it in voice

Table 2. Alternative keyboards

Kind of technology	Usage
Ergonomic keyboard	These help both students with physical disabilities who need a larger work surface and students with visual impairments.
Keyboard with big buttons	
Mini keyboard	
Advanced touch keyboard	
Keyboard Assistant	
Customizable keyboard	

Table 3. Alternative mice and cursor management devices

Kind of technology	Usage
Mouse with trackball Mouse with joystick Mouse with cursor controlled with legs	Trackball and joystick control is suitable for students with physical disabilities, as they affect the fine motoring of the hands.
Touchscreen	Touchscreen technology can be integrated into the monitor or an additional device can be placed on the screen.
Eye-catching systems	Computer systems and specialized software for control for people with severe disabilities.

Table 4. Output devices

Kind of technology	Usage
Braille display	Visually impaired students can control what is happening on the screen, and the information is played on a tactile display based on the Braille alphabet. A braille printer is a device that prints the braille.
Braille printer	

Table 5. Windows built-in settings making access to computer systems easy

Centre for easy access	Programme	Usage
Starting: Control Panel / Ease of Access Centre Key combination Windows+U	Magnifying glass	Helps visually impaired students. Offers three modes of use.
	Screen keyboard	Assists students with fine motor disturbances when entering a text.
	Reader	Reads the messages and elements of the graphical user interface.
	High contrast	Helps visually impaired students.

SpeechLab 2.0 is a high quality Bulgarian Text-to-Speech engine developed by the Bulgarian Association for Computational Linguistics. The SpeechLab 2.0 program is a screen reader, synthesizer of Bulgarian speech, achieving a remarkably natural and smooth sound, in full compliance with the Bulgarian language norms. Its high intelligibility has been successfully tested by people with visual impairments. For this purpose, along with an intonationally modulated voice, advanced methods for text phoneting, a full accent dictionary, grammars for determining parts of speech, and prosody annotation rules were used. The SpeechText program can use SpeechLab without screensaver. The program allows you to select voice, read speed, voice height, and write text to an audio file.

Creating and adapting electronic resources in the practical training of students

Students' training is practically oriented on the one hand to the formation of competences for the application of high technology aids facilitating learning and access to education (the methodics of a particular discipline), and on the other hand to the formation of competences for creation of electronic resources (the technologic of a particular discipline). On Table 6 is shown a model that illustrates the technologic of the discipline "Highly technological auxiliary tools in the education of students with special educational needs". Providing education to both students and schools with adapted computer peripherals and specialized educational software to a large extent requires financial resources. On the other hand, there are a number of sites and portals for children and students in the Bulgarian virtual space, but teachers of children with special educational needs should have the knowledge and skills to adapt the resources of this space to the individual needs of their students. It is the

teacher who best knows the children he is teaching and he is best able to outline the individual program for their training. Through e-resources adapted and created by the teachers themselves, they can be helped in their training in a large number of the signs of children with specific learning abilities:

- Lack of confidence
- Difficulties in acquiring new skills to the degree of automation, such as reading, writing, etc.
- Poor fine motor movements - for example, difficulty in controlling the pen and writing with ugly handwriting and many scratches
- Difficulty in word selection and misspelling caused by difficulties in distinguishing sounds or motor problems
- Errors in reading and writing, like for example skipping or confusing sounds
- Difficulties in the visual memorization of words, signs, symbols and formulas
- Difficulties in reading a text caused by visual disturbance
- Difficulties to properly align the letters in the spelling of words, as well as the numbers and signs in mathematics.

Table 6. Forming competencies for creating and using electronic resources

Information cores	Main activities	Realized products
Educational sites, portals and practices in Bulgaria and abroad	Understanding the content and capabilities of educational sites, portals and existing software; Sharing ideas and generalizing the experience of using ready-made resources in different situations in the training of children with SEN.	Bibliography of URLs of sites and portals, Methodological development of learning situations through work in educational sites
Electronic resources and computer fragments for lessons on different subjects, etc.	Collecting, storing, and editing various inf. objects - graphical images (from collections, graphical files, Internet, scanned images, etc.); Creating one's own graphical images - through graphical editors and programs; Collecting, storing and creating video and audio materials; Creating interactive presentations for children's own work on various didactic tasks by integrating various objects, effects, switches, visual and sound hints, buttons, etc.	Collected and thematically systematized resources - graphics, clips, drawings, audio and music files, and others to be used in various projects; Computer lessons and fragments for different subjects and situations.
Embedded standard accessibility settings for the Microsoft product environment	Getting acquainted with the Easy Access Center launching the programmes Magnifying glass, Narrator, On-Screen Keyboard, High Contrast Settings for the appropriate programs where accessibility features are available, revealing the fragility of the screen, visualizing some system sounds, relieving keyboard problems, etc.	Methodological solutions for training students with SEN to use the accessibility possibilities of the program environment, depending on the individual difficulties and needs

Conclusion

The design of the education of bachelor and postgraduate students for the didactic capabilities of high-tech assistive devices and its approbation in practice is a parallel process that is preceded by:

- Studying the needs of the target group - students, resource teachers, special pedagogues, basic teachers, leading the students' practice, which resulted in highlighting the content accents of the course
- Taking into account the level of basic computer skills of students and specialists acquired at school, from IT training, etc. Very often, however, this level is insufficient, which needs to be compensated by individual work and additional exercises.
- Selection of appropriate training methods and tools - mostly active learning methods based on the ideas of constructivism – learning through projects, problem solving, formation of new knowledge and skills on the basis of past experience, cooperative learning, etc.

The model in Table 6 is open and updated according to the needs of the learners and by continuously changing programming tools and technologies for working with different information objects. The training in the model described above is based on the profiled preparation of the students throughout their training in the field of special pedagogy and especially on their desire to adapt the acquired methods, techniques and attitudes to the individual needs of each child they will train in their your future work. The resources which they have created on their own through the help of information technologies help the teacher in introducing the learning material in a more accessible form, with adapted volume and content, as well as in offering individual educational tasks. The creation and adaptation of electronic resources requires labor and effort, but once created, they are easily updated and adapted to various didactic tasks. The efforts are worthwhile so that every child can have equal access to education, can be confident in his/her own strength and be proud of their self-fulfilling work.

References

- Branekova D. (2010). *Training in Information Technologies in the in-service Teacher Qualification*. Alfamarket, St. Zagora.
- Chavdarova-Kostova, S. (2018). Trends in the Development of of Inclusive Education. *Strategies of Educational and Scientific Policy. Book 1*, 9–19.
- Damyanov K. (2013). *Summary of Dissertation "Creating and Organizing a Supporting Environment in the Integration of Children and Students with Special Educational Needs"*. Stara Zagora.
- Dell A., Newton D., Petroff J. (2008). *Assistive Technology in the Classroom*. Pearson Merrill Prentice Hall.
- Radulov V. (2007). *Children with Special Educational Needs at School and in Society*. Burgas
- Wendt O., Quist R., Lloyd L. (2011). *Assistive Technology. Principles and Applications for Communication Disorders and special Education*. Howard House, UK.

Documents

European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms
http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_BUL.pdf

United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities
<http://www.mlsp.government.bg/index.php?section=CONTENT&I=283>

Ordinance on Inclusive Education, SG. Issue 86, 2017

National Strategy for People with Disabilities. 2016-2020 Council Decision No. 549 of of the Ministry of Education from 07.07.2016.

For contacts:

Dimitrina Ivanova Branekova, Assoc. Prof., PhD
Trakia University, Faculty of Education,
Stara Zagora, 9 "Armeiska" Str.
Mob. Phone: (+359) 887144353

E-mail: dbranekova@uni-sz.bg

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Paedagogica 11 (2018)

ISSN 2299-2103

DOI 10.24917/22992103.11.5

Zhana Atanasova Yankova

University of Plovdiv "Paisii Hilendarski"

Inclusive education of children and students at kindergarten and school level

The 21st century has had a marked influence on the leading pedagogical idea, namely the Concept for Inclusive Education, which has instantly gained popularity on a world, European and national scale. The Concept for Inclusive Education is a reason for change in the education policies of the relevant countries.

In this respect, we can show that inclusive education in the past two years in Bulgaria has drawn a new vision within our educational policy with passed regulations such as the Law on pre-school and school education and the Regulation on inclusive education. The normative system has regulated the right to education and the opportunity for all children and students to be trained and to develop together in the kindergarten and school. We have reason to believe that the Ministry of Education and Science has aligned in legal terms our education to the European models and standards of inclusive education.

Inclusive education in the Law on pre-school and school education is defined as a process of recognition, admission and support of the personality of each child or student and the variety of their needs through activation and inclusion of resources, focusing on removal of obstacles hindering their learning and acquisition of knowledge and towards the creation of possibilities for development and participation of children and students in all aspects of community life. (Law on pre-school and school education, 2015).

Inclusive education requires the provision of such conditions which will give the opportunity to all children and students to study together in a common classroom and to participate together in extra-curricular activities, regardless of their abilities, disabilities, diseases, ethnicity, native language, etc. Essentially, this is the message of the Concept for Inclusive Education (Mladenov, T. 2009).

The actuality of the studied problem is sought in the realization of inclusive education in kindergartens and schools with the support for personal development, which is provided to children and students as a new component in inclusion. It can be said that support binds and unites the resources of the educational environment at all levels on the vertical and horizontal axis of the system. The same is valid in the

cooperation between pedagogical specialists and parents from the perspective of the leading factor – the subject – the child or the student (Yankova, Zh. 2013).

The aim of the present study is to highlight the main aspects of inclusive education in kindergartens and schools.

To realize this goal the following methods have been used: theoretical analysis, observation, interviews and surveys.

On the basis of literature, observations, interviews and surveys, the current stage of inclusive education in kindergartens and schools was analyzed.

In the construct of inclusive education an important tenet is the support for personal development of children and students in kindergartens and schools. In the system of pre-school and school education general and additional support for personal development is provided, which ensures the right physical, psychological and social environment for developing the abilities and skills of children and students, for their inclusion and participation in the community of kindergartens and schools. This support is provided in relation to the individual educational needs of each child and student and regards quality education and potential development for personal, professional and civil realization in society.

Kindergartens and schools, as well as support centers for personal development at home or stationary rooms in hospitals ascertain general and additional support.

To provide general and additional support of children and students in the educational process, the following stakeholders are involved: a psychologist (pedagogical counselor), speech therapist, teachers, resource teachers, and other specialists according to the needs of children and students in kindergarten, school or the support centre for personal development.

At the beginning of the school year the director of the kindergarten and/or school organizes and appoints officially a coordinator who supervises the process of providing general and additional support, the work of the support teams for personal development of children and students and the activities with the pedagogical specialists and parents in respect to the support of personal development of children and students in inclusive education (Ordinance for inclusive education, 2017).

A key aspect in the organization of inclusive education is the provision of general and additional support for personal development in kindergartens and schools focusing on individual needs of children and students, because this support is directed towards developing the potential of every child or student.

In kindergartens the general support for personal development is directed towards all children in the group and guarantees their participation and performance in the educational process and in the activities of the children's institution, and includes:

- Team work between teachers and other pedagogical specialists
- Interest-based activities
- Healthcare
- Early assessment of needs and prevention of learning disabilities

General support in kindergartens is directed towards prevention of learning difficulties and includes:

- Learning through additional modules for children who do not speak Bulgarian must be realized in pedagogical situations with respect to the state educational standard for acquisition of Bulgarian language or in pedagogical situations above the minimal weekly number, determined to teach the competences in the relevant age group meeting the state educational standard for pre-school education.
- Activities for applying programs for psychomotor, cognitive and language development
- Individual and group work when language and/or emotional-behavioral and/or sensory disabilities have been found.

The teachers in the group and the pedagogical specialists (speech therapist, psychologist, etc.) monitor the progress of the child and prepare a report to the director of the kindergarten, store the materials in the child's portfolio and in the personal educational file of the child.

In schools, the general support for personal development is directed towards all students in the class, by guaranteeing their participation and performance in the educational process and in the activity of the educational institution, and includes:

- Team work of teachers and other pedagogical specialists. It includes a discussion on the activities for general support of students with information exchange among the teachers training the student, parents and other pedagogical specialists. The aim of the team work is to ensure that all teachers receive support in the educational process of the students in class.
- Additional training in school subjects. It concerns students who have systematic lapses of knowledge in a school subject or have advanced in a specific subject and for whom such training is recommended in the support plan.
- Additional consultations on school subjects are available for all students and are performed outside regular class periods by subject teachers weekly in the school year according to a schedule approved by the principal. The parents are informed of the possibilities for extra consultations on school subjects
- Career guidance of students is directed to mutually complementing activities for information, diagnosis, consultation, mediation and monitoring to assist their independent and informed choice of education or profession and the realization of a contact between the school and the labor market. The forms for career guidance are individual or group information delivery and consultation.
- Interest-based activities are performed in organizational pedagogical forms, such as: club, group, ensemble, section, team, etc. The interest-based activities are directed towards stimulating the development of personal qualities, social and creative skills and expression of skills in the area of science and technology, arts, sport, global, civil, health, and intercultural education, sustainable development, as well as acquisition of skills in leadership and activities related to educational, creative, formative, sportive, and sportive-hiking events, programs, and others at a municipal, regional, national and international level, training in school subjects and modules.
- Library and information services

- Healthcare of children and students is related to providing conditions for access to medical services in kindergartens and schools and organization of programs related to health education, healthy eating, first aid, etc. Healthcare is also a priority for parents, who must provide information for the health state of their child and for any medical tests and consultations, to interact with the medical specialist in the medical centre in the kindergarten and the school.
- Moral and material rewards for children and students who have high achievements in education, in interest-based activities and their contribution to the development of the institutional community.
- Activities for prevention of violence and managing problematic behavior and learning difficulties must take place after-school, including holidays, according to the needs of children and students
- Speech therapy is realized by therapists in kindergartens, schools and support centers for personal development (Ordinance for inclusive education, 2017).

A new component in inclusive education is the provision of additional support for personal development to children and students during the educational process. It is provided by kindergartens, schools, support centers for personal development and specialized service units based on a performed assessment of the individual needs of the child or the student.

The assessment is performed by the support team for personal development in the kindergarten on a specific child or student, approved by the director of the educational institution with an ordinance. The assessment is designed to diagnose and measure the current individual needs and abilities of the child and student after collection and analysis of specific information by the team for the child's functioning, i.e. their strong abilities, difficulties, the potential for optimal development in the educational process and opportunities for realization of the child or student. On the basis of the collected information, the team for personal development discusses and decides which children and students can have their needs assessed, or be provided with additional support for personal development. The team informs the parents of the children who are going to be analyzed and obliges them to provide the necessary documents to the kindergarten or the school.

During assessment if the team finds any indications that the child or the student has special educational needs, then the child shall be assessed for their cognitive development, communicative and social skills, physical development, adaptive behavior, mental reactions, family functioning. During assessment, if the team decides that the child is at risk, then hazardous and protective factors and environment of the child shall be assessed. If the team finds that the child or student is gifted, then their special abilities and areas of talent will be determined. In children and students with chronic diseases the team determines their health and how it affects their education (Yankova, Zh. 2017).

The assessment which is performed by the team for personal development is functional, because the disability and functioning are viewed as a consequence of the interaction between the health state and the environmental factors and includes:

- General health status of the child or student, physical development;

- Emotional and social development – skills for play, relationships with peers, adults; socially acceptable behavior; behavior consistent with age; self-care skills and independence; risk of injury; hyperactivity
- Cognitive development – memory, attention, thinking, intellect
- Language and speech development and communication skills
- Training – educational achievements; training according to a curriculum of general education subjects; training according to a curriculum of school subjects or modules for professional education and training; participation in therapeutic programs
- Family relations – contact with parents or other family members, frequency of contacts, quality of contacts, general care and protection, emotional relationship and stability of relations in the family, parental style of upbringing
- Social environment.

The assessment of the team is performed according to an Individual Needs Assessment Card of the child or student

During the educational process children or students are presented with short-term and long-term support.

On the basis of the performed assessment, the team determines whether additional support will be received, which includes:

- Work with the child/student on a specific case. The work on a specific case is realized by the team on the basis of an assessment of the individual needs of the child or student at risk, and in some cases of children and students with special educational needs when their actions are coordinated and conformed with the leading expert on the case
- Psycho-social rehabilitation, hearing and speech rehabilitation, visual rehabilitation, communication disorders rehabilitation and physical disabilities rehabilitation. Based on the assessment of the individual needs of each child or student, a psycho-social rehabilitation is provided
- Provision of accessible architecture, general and specialized supportive environment, assistive aids and technologies, specialized equipment, didactic materials and specialists
- Provision of education on special school subjects for students with sensory disabilities
- Resource assistance is provided for each child or student with special educational needs who needs general and additional support for their personal development, based on an assessment of their needs for personal development in view of meeting the aims underlying the plans for support and the individual curriculum. Resource assistance is individual or group depending on the plan for support of the child or the student and is performed together by the teachers of the group in the kindergarten and the teachers of the student and the resource teacher, as well as between them and the teaching assistant, if this has been arranged in the support plan. (Ordinance for inclusive education, 2017).

On the basis of the theoretical and normative study of the issue we performed a survey with 120 pedagogical specialists (teachers, resource teachers, psychologists and speech therapists) from kindergartens and schools from the regions of Veliko

Tarnovo, Kardjali and Smolyan to understand how inclusive education in pre-school and school is implemented.

The results of the survey showed that 56.6% of the respondents agreed that inclusive education is for all children and students entering the educational environment of the kindergarten and school, while the rest indicated that inclusive education is intended for children and students with special educational needs.

68.3% of the pedagogical specialists stated that kindergartens and schools must provide general and complementary support for personal development of children and students according to their individual educational needs.

From the analysis of the responses to the question "Is there a difference between integrated and inclusive education?" we found that 19.6% of the respondents answered with "Firmly yes" for the existing difference. "More likely yes" was chosen by 37.6%, while 42.8% answered "maybe yes, maybe no".

The analyzed data to the question "Do you participate in the design of the support plan for children and students?" showed that 73.3% of the respondents have confirmed with "firmly yes" their participation in the plan design for support of children and students, 20.8% marked "firmly no", and 6% were hesitant.

The analysis of the question "Do you need additional qualification for inclusive education in kindergartens and schools?" showed that 81.6% of the respondents firmly agree that they need further qualification on the studied problem.

As we summarize the data from the survey, we must note that about 60% of the pedagogical specialists make a distinction between inclusive education and integrated education, and that inclusive education refers to all children and students included in the educational environment of the kindergarten and school. There are still educators who indicate that inclusive education is for children and students with special educational needs only, which shows a need for additional qualification.

We can therefore conclude that inclusion is a flexible and continuous process and the right to choose is the basis on which inclusive education has been built.

With the new normative system in education quality requirements for Bulgarian education have been introduced, which view personal development as a meeting point between intersector policies and the care for children at all governmental levels.

In order to introduce inclusive education effectively in kindergartens and schools and to realize the general and additional support, it is necessary to maintain cooperation between different spheres – social, healthcare, and educational, because inclusion is a leading value in contemporary society.

References

- Mladenov, T. (2009). *Principles of inclusion. What can we learn about inclusion from the British experience?* (proceedings) [In Bulgarian: Младенов, Т. (2009) Принципи на приобщаването. В: Сб. Какво можем да научим за приобщаването от Британския опит. С.]
- Yankova, Zh. (2013). *From integrated education to inclusive education of children with special educational needs.* In: *Inclusive Education* (collection) University Publishing

House "Paisii Hilendarski", Plovdiv, pp. 5–12. [In Bulgarian: Янкова, Ж. (2013) От интегрирано обучение към приобщаващо образование на деца и ученици със специални образователни потребности. – В: Сб. Приобщаващо образование, Пловдив: Университетско издателство „П. Хилендарски“, стр.5-12]

Yankova, Zh. (2017), *Additional Support – Prerequisite for Personal Development of Children and Students in Pre-school and School Education*. In: *Social and Pedagogical Aspects of Child Development* (collection), University Publishing House "Paisii Hilendarski", p. 105, [In Bulgarian: Янкова, Ж. (2017) Допълнителна подкрепа – условие за личностно развитие на деца и ученици в предучилищното и училищното образование, В Сб. „Социално-педагогически аспекти на детското развитие“ ISBN978-619-202-279-2, Университетско издателство "Паисий Хилендарски", стр. 105]

Law for pre-school and school education (2015), p. 32, 137. [In Bulgarian: Закон за предучилищното и училищното образование (2015) ср.32, 137 <http://www.mon.bg/?go=page&pageId=7&subpageId=57>]

Ordinance for inclusive education (2017) pp. 2-28. [In Bulgarian: Наредба за приобщаващото образование (2017) стр. 2-28 <http://www.mon.bg/?go=page&pageId=7&subpageId=59>]

Abstract

In the recent years, inclusive education in our country has drawn a new vision for pre-school and school level with the relevant regulations. The focus of inclusive education is directed towards the child as a main value and is placed at the centre of the educational process. A new component of inclusive education is to provide general and additional support for personal development by kindergartens and schools to children and students included in the educational environment for equal access to quality education and for developing the potential of every child and student.

Keywords: inclusive education, general, additional support for personal development, children, students

Jolanta Zielińska

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

Wykorzystanie nowoczesnych technologii w rehabilitacji osób ze specjalnymi potrzebami – wybrane przykłady**Wprowadzenie**

Zastosowanie nowoczesnych technologii w diagnozie i terapii osób niepełnosprawnych posiada kompleksowy charakter i umożliwia między innymi usuwanie zaburzeń rozwojowych, rozwijanie umiejętności intelektualnych, wspomaganie rozwoju osobowościowego. Jej wykorzystanie we wspieraniu i terapii osób niepełnosprawnych, stanowi nową, dynamicznie rozwijającą się dziedzinę, obejmującą zarówno oprogramowanie komputerów, jak i specjalistyczny sprzęt. Działania te w znaczący sposób wpływają na integrację osób niepełnosprawnych z resztą pełnosprawnego społeczeństwa, która wraz z rozwojem technologii informacyjnej, podobnie jak sam omawiany proces, musi przybierać nowe rozmiary. Do tego przyszłościowo należy przygotować zarówno osoby niepełnosprawne, jak ich otoczenie. Można przypuszczać, że rozwój myśli naukowej i technicznej spowoduje pewne zmiany w podejściu do konstrukcji metod terapeutycznych. Będą one bardziej niż do tej pory profilowane, zawężone do konkretnych zagadnień, mniej ogólne, choć mocno osadzone w teoriach badawczych tematyki jakiej dotyczą i będą miały charakter podejścia interdyscyplinarnego (Zielińska 2015: 3).

Komputer oraz Internet może i powinien spełniać funkcje rewalidacyjne. Jako narzędzie użytecznie-diagnostyczno-rehabilitacyjne pozwala on przykładowo na powszechne badania przesiewowe, wczesną diagnozę, uwrażliwianie, usprawnianie i terapię, zarówno z użyciem szeroko dostępnych programów i systemów komputerowych, jak i profesjonalnych, specjalistycznych rozwiązań (Zielińska 2005:19). Pozostaje niezaprzeczalnym faktem, że technika komputerowa zarówno w sensie programowym, jak i systemowo-sprzętowym może znacząco wesprzeć działania terapeutów. Muszą oni posiadać rzetelną wiedzę merytoryczną w tym zakresie po to, by nowoczesna technologia informacyjna wzbogacając ich warsztat metodyczny jednocześnie kształtowała kompetentnego terapeuty, dobrze przygotowanego do pracy z niepełnosprawną osobą.

Odpowiednio użyty w procesie edukacyjnym komputer może i powinien spełniać funkcje poznawcze. Jako narzędzie poznawcze staje się on istotnym elementem

przestrzeni edukacyjnej osoby niepełnosprawnej. Jego rola to doskonalenie sfery poznawczej poprzez tworzenie i rozwój schematów przebiegu procesów poznawczych oraz zwiększony udział w nich procesu kontroli, w tym zarówno wykonawczej jak i sprawdzającej. Posługiwanie się przez osoby obciążone wadą przemyślanymi strategiami w rozwiązywaniu problemów jest trudne i ubogie. Stąd pomoc polegająca na narzuceniu im toku postępowania poprzez podanie pewnego algorytmu w formie sekwencji kroków, czyli możliwego do powtórzenia schematu. Postawione zadanie musi mieć jasną strukturę i być przejrzyste zdefiniowane. W wyniku wielokrotnego powtarzania procedury jego rozwiązania następuje proces automatyzacji, zdarzenia równoległe wiążą się ze sobą, a śledzenie spójności i niespójności daje podstawy własnej kategoryzacji. W tym kontekście bardzo ważna staje się ilość, dostępność i organizacja informacji.

Technologia komputerowa w diagnostyce i terapii zaburzeń mowy dźwiękowej

Wykorzystanie technologii informacyjnych w ocenie mowy dźwiękowej stanowi dynamicznie rozwijającą się dziedzinę, zwłaszcza w obszarze prawidłowej i pełnej diagnozy, która jest koniecznym warunkiem podjęcia skutecznego procesu terapeutycznego. Podczas niej zbiera się, przetwarza i archiwizuje trzy typy danych: informacje alfanumeryczne, obrazy i sygnały. Proces ten jest wspierany przez rozwijającą się technikę, w tym technikę komputerową. Informacje alfanumeryczne obejmują dane osobowe, wywiad, wyniki badań medycznych i są za pomocą klawiatury wprowadzane do pamięci komputera, a następnie z wykorzystaniem bazy danych gromadzone w celu dalszego przetwarzania. Informacja obrazowa jest uzyskiwana za pomocą technik radiologicznych, skanerów, kamer TV i przechowywana na tradycyjnych kliszach, zdjęciach, taśmach wideo lub w postaci cyfrowej w komputerowych pamięciach masowych w postaci plików lub rekordów w multimedialnych bazach danych. Za pomocą specjalnych pakietów oprogramowania obrazy mogą być poddawane różnorodnej analizie. Najtrudniejszy nie tylko w pozyskaniu, ale i w analizie jest trzeci typ informacji, tzn. sygnały fizjologiczne, takie jak sygnał mowy. Pełna diagnoza musi wówczas obejmować dwa aspekty. Jeden to wnikięcie w naturę systemu generującego sygnał, zrozumienie mechanizmu fizycznego i biologicznego jego wytwarzania oraz odtworzenie struktury zarówno dla stanu prawidłowego, jak i patologicznego. Drugi to praktyczna ocena aktualnego stanu systemu, przeprowadzana na podstawie wyabstrahowanych cech sygnału biomedycznego. Pomocna staje się tu konwersja sygnału do postaci cyfrowej i komputerowe przetworzenie, poprzez stosowne procedury, do postaci, w której badane cechy są lepiej widoczne, np. w przypadku sygnału periodycznego, jakim jest sygnał mowy – przejście z dziedziny czasu na dziedzinę częstotliwości z użyciem algorytmu szybkiej transformaty Fouriera (FFT). Rozwój badań akustycznych nad automatycznym rozpoznawaniem mowy (ARM) istotnie wspiera proces diagnozy sprawności oralnej dokonywany z użyciem techniki cyfrowej (Fourcin, Abberton: 2008: 35–48).

Zasadniczym elementem oceny sprawności oralnej jest określenie czynności fonacyjnych krtani osoby badanej, głównie drgań fałd głosowych, w warunkach fizjologicznych oraz patologicznych. Wybór metody zależy od rodzaju uzyskiwanych

informacji. Metody te dzieli się według medium fizycznego, penetrującego obszar głośni podczas badania. Do metod wizualizacji pracy łańd głosowych należą metody optyczne (laryngoskopia, laryngostroboskopia, wideokymografia, fotoglotografia, elektrolaryngografia), akustyczne (ultrasonografia) i elektryczne. Różnią się one techniką badawczą, dokładnością, użytecznością, inwazyjnością i zasięgiem, określając ruch łańd w całości lub jedynie jego fazy, czyli sygnał pochodzący z obu łańd lub z każdej z osobna. Pierwsza grupa metod jest wzorcowa, dokładna, ale wysoce inwazyjna, dwie pozostałe są bezinwazyjne, ale problematyczne pod względem wyskalowania aparatury dla mało doświadczonych osób. Nieodzowne do oceny są komputerowe systemy analizy dźwięku, umożliwiające nie tylko wizualizację, ale i obiektywną analizę, a co najważniejsze – powtarzalność zapisanego w pamięci sygnału mowy. Obecnie stanowią one wiarygodne uzupełnienie diagnostyki foniatrycznej. Najczęściej stosowany jest system analizy dźwięku o nazwie SonoLAB firmy Young Digital Poland, pozwalający na pomiar przebiegu częstotliwości podstawowej, częstotliwości składowych szumowych i czasu fonacji. Do systemów wykorzystywanych w badaniach głosu należy system wieloparametrowej analizy o nazwie CSL-KAY MODEL 4300B jak również system do badania sygnału mowy wykorzystujący sprzęgnięte z komputerem przystawki Laryngograph Processor PCLX oraz Nasality Processor. Ten komputerowym systemem wysokiej klasy został wykorzystany do nowoczesnej, obiektywnej, wielopłaszczyznowej diagnozy sprawności oralnej dzieci niesłyszących (Zielińska 2004: 68-112).

Komputerowe badanie mowy dźwiękowej – przykład praktyczny

Wymienione wcześniej komputerowe stanowisko badawcze skonstruowane zostało poprzez sprzęgnięcie z komputerem dwóch przystawek komputerowych o nazwach Laryngograph i Nasality (Zielińska 2004:54). Działanie pierwszej z nich, oparte na metodzie elektroglotografii, ukazuje charakter drgań łańdów głosowych oraz podstawową częstotliwość tego procesu. Zaletą tej metody jest to, że wynik pomiarowy zależy nie tylko ruchów łańdów głosowych, ale również od wielkości krtani oraz masy drgających mięśni. Osobnym wejściem przystawki Laryngograph jest mikrofon, z którego uzyskuje się sygnał pokazujący na ekranie komputera zmiany ciśnienia fali akustycznej w czasie. Są to oscylogramy, na podstawie których poprzez analizę widocznych zmian amplitudy fali głosowej w czasie można określić jej podstawowe własności akustyczne, w tym dźwięczność i nosowość. Taki sposób zobrazowania sygnału mowy nie daje jednak pełnej informacji o złożoności procesu jego wytwarzania. Do analizy poprawności realizacji głosek nosowych oraz procesu nosowania i jego charakteru bardziej przydatne są sygnały uzyskiwane z przystawki komputerowej o nazwie Nasality. Jej wejście stanowi elektroda umieszczona na skrzydełkach nosa. Uzyskiwany z niej na ekranie komputera przebieg pokazuje dynamikę przepływu powietrza przez nos osoby badanej poprzez pomiar wibracji ścianek nosa, na zasadzie pracy akceleratora, mierzącego zmianę prędkości w czasie, czyli w tym wypadku przyspieszenia ruchu skrzydełek nosa.

Sygnał wyjściowy laryngografu Lx prezentuje pracę łańdów głosowych i stanowi podstawę do wyznaczenia częstotliwości podstawowej Fx. Częstotliwość Fx

jest obliczana na zasadzie pomiaru długości każdego cyklu pracy w połowie wartości amplitudy sygnału Lx (w praktyce dokonuje się pomiaru odstępu czasu pomiędzy przejściami sygnału przez ten poziom). Poszukiwana wartość Fx stanowi odwrotność długości cyklu sygnału Lx. Program PCLX posiada interfejs okienkowy i na każdym etapie pracy użytkownik ma do dyspozycji menu dostępnych komend. Kształt sygnału Lx niesie informacje o możliwych nieprawidłowościach pracy traktując głosowego, ze szczególnym uwzględnieniem pracy fałdów głosowych. Sygnał Sp, uzyskiwany z wejścia mikrofonowego pozwala na dynamiczną wizualizację przebiegów czasowych wypowiedzi, określenie stopnia jej natężenia, ocenę głośności wypowiedzi oraz ćwiczeń głosek dentalizowanych, np. par s – sz, z – rz, często zastępowanych jedne przez drugie i mylonych w przypadku dzieci mających problemy oralne, także podczas seplenia. Analiza sygnału Fx niesie informacje o wszystkich elementach prawidłowej wypowiedzi, możliwych do oceny w prosty, nawet dla dziecka, sposób. Są to: prawidłowe oddychanie dynamiczne, ekonomiczne gospodarowanie oddechem, praca strun głosowych, wysokość głosu, prawidłowa artykulacja, elementy prozodyczne wypowiedzi (tempo, rytm i akcent) oraz ukazanie stopnia dźwięczności głosek (przy braku dźwięczności brak obrazu). Sygnał NxACC (trzeci przebieg) pozwala na określenie prawidłowości realizowania głosek nosowych, w tym pracy pierścienia zwierającego gardło. Tak przeprowadzona ocena parametrów głosu pozwala na wyprowadzenie wielu diagnostyczno-terapeutycznych wniosków (Zielinska 2004:133).

Komputerowa terapia mowy dźwiękowej – przykłady praktyczne

Zespół amerykańskich naukowców pod kierunkiem psycholog Pauli Tallal (współprowadzącej Center for Molecular and Behavioral Neuroscience w Rutgers University w Newark) i z udziałem neurologa Michaela M. Merzenicha (Keck Center for Integrative Neuroscience z University of California w San Francisco) opracował specjalny program komputerowy, który umożliwia w okresie 4 tygodni nadrobienie rocznego, a nawet dwuletniego opóźnienia w rozwoju mowy. Opóźnienie to u 85% dzieci poprzedzało i zapowiadało dysleksję (Tallal 1998: 21-32). Paula Tallal założyła, że przyczyną problemów jest niezdolność dostatecznie szybkiego przetwarzania danych słuchowych. Hipoteza ta opierała się na dostrzeżeniu zależności pomiędzy czasem rozpoznania fonemów, trwającym nie dłużej niż 40 ms, a ich poprawną realizacją, podczas gdy dzieciom z zaburzeniami mowy rozpoznanie ich zabierało aż 500 ms (np. słowa „bat” i „pat” są dla dzieci nierozróżnialne). Hipoteza Tallal przyczyniła się do opracowania metody ćwiczeń polegającej na wydłużaniu czasu wypowiedzianego dźwięku podawanego przez program komputerowy, aby dziecko było w stanie zrozumieć. Następnie stopniowo skracano czas emitowanego dźwięku. W ten sposób dzieci miały możliwość ćwiczenia wypowiadania nie tylko dźwięków, ale całych słów i prostych tekstów z książeczek.

Obecnie na rynku dostępne są liczne pomoce multimedialne przeznaczone do terapii logopedycznej. Warto wymienić program „Mówię” – Powszechny System Badania i Rehabilitacji Mowy (www.telezdrowie.pl). Wydawnictwo KomLogo stworzyło również pomoce, z których może korzystać logopeda, np. „Logo-obrazki” (część

I: sygmatyzm, część II: rotacyzm, część III: mowa bezdźwięczna); „Logopedyczne zabawy” (część I: *sz, ż, cz, dż*; część II: *s, z, c, dz*; część III: *ś, ź, ć, dź*; część IV: *j, l, r*; część V: mowa bezdźwięczna; część VI: różnicowanie szeregów; część VII: słuch fonemowy); „Multimedialne rentgenogramy” (w wersji podstawowej i rozszerzonej); „Obrazy – słowa – dźwięki” (w wersji podstawowej i rozszerzonej); „Rentgenogramy, palatogramy labiogramy”, zawierający zarówno wizualizację układu narządów mowy w postaci ruchomego bocznego ujęcia na rysunku układu narządów mowy oraz drugiego obrazka przedstawiającego same usta wymawiające poszczególne głoski wraz z ich artykulacyjnym „ruchem”.

Również wydawnictwo Young Digital Planet proponuje programy multimedialne przeznaczone do terapii logopedycznej, takie jak: „Logopedia” (w pakiecie podstawowym, rozszerzonym, Gold), „Logo-Gry”, „Mówiące obrazki”, „Zabawy słowem”, „Logorytmika”, „Obrazkowy słownik tematyczny”. Programy „Logopedia” zawierają zdjęcia dziewczynki – labiogramy 12 głosek języka polskiego: *a, e, o, u, p, b, m, s, z, sz, ż, l* wraz z ich wymową. Zadaniem dziecka jest też ułożenie z powyższych labiogramów głosek słów wypowiedzianych przez komputer. Program zawiera nie tylko elementy prezentacji głosowej, ale również możliwość nagrywania wypowiedzi dziecka i porównywania ich z tymi odtwarzanymi przez komputer. Wydawnictwo Adeg stworzyło program komputerowy „Loguś”, który zawiera 14 głosek języka polskiego: *a, b, e, f, l, m, o, p, rz, s, sz, u, w, z*. Głoski prezentuje dziewczynka, która również przedstawia wymowę tworzonych z nich wyrazów.

Jako kolejne przykłady mogą służyć: programy proponowane przez portal logopedyczny „Centrum Logopedyczne.pl”, „Multimedialny Pakiet Logopedyczny” czy „Domowa Klinika Rehabilitacji” – multimedialny pakiet logopedyczny złożony z 12 płyt CD. Zasada działania możliwych do wykorzystania w terapii mowy dźwiękowej dzieci programów komputerowych jest bardzo podobna, a oferta w tym zakresie szeroka, zmieniająca się dynamicznie i w pełni dostępna w Internecie (Zielińska 2014: 151-161).

Zasada działania i ocena przydatności w rehabilitacji treningu neurobiofeedback

Kolejny obszar praktyki związany z wykorzystaniem nowoczesnych technologii w działaniach terapeutycznych to trening neurobiofeedback. Opiera się on na obserwacji wzorców fal mózgowych, powiązanych z określonymi stanami umysłu oraz określonym zachowaniem. Równowaga w zakresie czynności fal wolnych (fal theta) i produkcji fal szybkich (beta) wiąże się ze stabilną uwagą, koncentracją i optymalną aktywacją mózgu do rozwiązywania problemów. Monitorowanie czynności fal mózgowych, przy jednoczesnym stosowaniu strategii metagnitywnych, przyspiesza proces uczenia się, wpływa na poprawę procesów uwagi i zmniejszenia impulsywności, osłabia lęk i zwiększa czujność (Pecyna 2001: 320).

Termin biofeedback oznacza biologiczne sprzężenie zwrotne i wynika z połączenia dwóch słów (bio) biologiczny oraz (feedback) sprzężenie zwrotne. Jest to metoda wspomagania funkcjonowania człowieka w obszarach niepodlegających jego świadomej kontroli, jednocześnie bardzo istotnych dla jego prawidłowego

funkcjonowania. Metoda ta stosowana jest w psychologii, pedagogice, medycynie, parapsychologii, oraz sporcie i biznesie. Polega ona na podawaniu osobie sygnałów zwrotnych o zmianach stanu fizjologicznego jego organizmu, co daje umiejętność dobrowolnego modyfikowania funkcji, które nie są kontrolowane świadomie. Informacje przesyłane są w postaci wizualnej lub akustycznej.

Pojęcie „feedback” wprowadził do literatury naukowej matematyk Norbert Wiener. Zdefiniował on je jako metodę kontrolowania określonego systemu poprzez wprowadzenie do niego wyników z poprzednich działań. Oznacza to możliwość modyfikowania procesu fizjologicznego i nadawania mu pożądanego kierunku przez podawanie bezpośrednich informacji zwrotnych na temat parametrów tego procesu. Biofeedback w rozumieniu psychologicznym oznacza proces, podczas którego osoba (np. uczeń) otrzymuje ze pomocą przyrządów, w miarę możliwości ciągłe informacje o przebiegu jakiejś funkcji fizjologicznej, której sobie nie uświadamia. W codziennej praktyce pedagogicznej zastosowanie systemu biofeedback umożliwia przykładowo objęcie bezpośrednią kontrolą, bez środków farmakologicznych, wzmożonej aktywności psychoruchowej, która będąc podporządkowana pracy autonomicznego układu nerwowego, nie podlega regulacji korowej. Istnieje kilka rodzajów biofeedbacku, każdy z nich wykorzystuje inne sygnały i ma inne zastosowanie (Pecyna 2001: 320).

Najczęściej stosowanym rodzajem biofeedbacku jest neurobiofeedback, inaczej EEG biofeedback. Wykorzystywana jest w nim komputerowa aparatura, która pozwala na jakościową i ilościową ocenę zapisu fal mózgowych z różnych regionów mózgu. Aparatura ta posiada opcję treningową do sprzężenia zwrotnego. Po umieszczeniu elektrod w wybranych punktach na głowie osoby poddanej treningowi możliwa jest rejestracja czynności bioelektrycznej mózgu z okolic umieszczenia elektrod. Zaburzenia funkcjonowania wiążą się z ilościowymi zaburzeniami czynności bioelektrycznej mózgu. Rejestrowana aktywność mózgu przetwarzana jest w graficzny zapis wideogry, którą osoba poddawana treningowi widzi na swoim monitorze. Za pomocą EEG biofeedbacku osoba trenowana uczy się, jak pozytywnie zmieniać wzorce wytwarzanych fal mózgowych poprzez wzmocnienie pożądaných częstotliwości i wyhamowanie częstotliwości niepożądanych. Podstawą zmian czynności bioelektrycznej są trwające przez całe życie możliwości plastyczne mózgu, polegające na zwiększeniu ilości połączeń synaptycznych i wygaszaniu tych, które są w nadmiarze. W czasie treningu dobór odpowiedniej gry, opartej przykładowo na ruchu, daje możliwość pracy z dziećmi z autyzmem i z innymi zaburzeniami funkcjonowania, nawet z najmłodszymi, od 3 roku życia (Gambin, Łukowska 2009: 40).

Trening neurobiofeedback to obszar praktyki związany z działaniami terapeutycznymi. Opiera się on na obserwacji wzorców fal mózgowych, powiązanych z określonymi stanami umysłu oraz określonym zachowaniem. Równowaga w zakresie czynności fal wolnych (fal theta) i produkcji fal szybkich (beta) wiąże się ze stabilną uwagą, koncentracją i optymalną aktywacją mózgu do rozwiązywania problemów. Monitorowanie czynności fal mózgowych przy jednoczesnym stosowaniu strategii metakognitywnych przyspiesza proces uczenia się, wpływa na poprawę procesów uwagi i zmniejszenia impulsywności, osłabia lęk i zwiększa czujność.

Wykorzystując trening neurofeedback można bezpośrednio wpływać na wymienione poniżej komponenty inteligencji:

- umiejętność włączania zrelaksowanego stanu umysłu,
- podejście do uczenia się nie wyłącznie w kategoriach „muszę”,
- wysoki poziom czujności,
- elastyczność oraz kontrolę stanu umysłu np. w sytuacji rozwiązywania złożonego problemu (niepożądany stan medytacyjny alfa i/lub stan senny theta),
- stan koncentracji uwagi na istotnym materiale oraz rozwiązywaniu problemów (czynność fal beta),
- refleksyjny i rozważny sposób funkcjonowania, w przeciwieństwie do impulsywności (Thompson M., Thomson L. 2012: 37).

Metodę EEG biofeedback można stosować już od 4 - 6 roku życia. Jest ona bezpieczna, bezinwazyjna i prowadzona w formie atrakcyjnej dla dziecka zabawy: gry komputerowej, filmu, czy bajki. Do popularyzacji tej metody w polskich placówkach edukacyjnych przyczyniło się Ministerstwo Edukacji Narodowej, które wyposażyło w odpowiedni sprzęt wiele szkół i poradni psychologiczno-pedagogicznych. Metoda posiada również zastosowanie o charakterze klinicznym. Stosowana jest w działaniach wspomagających tradycyjne metody leczenia i rehabilitacji schorzeń o podłożu psychofizjologicznym oraz neurologicznym. Udowodnione praktycznie i naukowo efekty treningów to zwiększenie zasobów pamięciowych, wzrost koncentracji, poprawa efektywności procesów kojarzeniowych, poprawa koordynacji wzrokowo-ruchowej, rozwój kreatywności i twórczego myślenia, wzrost kontroli emocji, samooceny oraz motywacji do działania (<http://www.biofeedback-eeg.pl/> dostęp 12.08.2017).

Za pomocą aparatury, regulując przykładowo parametry gry, można określić stopień trudności zadania. Celem treningu jest „wycuczenie” mózgu określonego działania, poprzez systematyczne ćwiczenia oparte na stopniowanej trudności. Wykonywane ćwiczenia nie wymagają podczas ich realizacji używania mowy. Jest to szczególnie istotne w przypadku małych dzieci, osób z zaburzoną mową, z niepełnosprawnością intelektualną oraz pacjentów po udarach mózgu. W wyniku terapii metodą EEG biofeedback poprawiają się różne funkcje mózgu u około 60-90% osób, w zależności od stopnia zaburzenia, wieku, ogólnych możliwości układu nerwowego oraz poziomu aktywności podczas treningu. Zarówno metoda QEEG, jak i neurobiofeedback są pomocne w pracy z osobami z trudnościami rozwojowymi, koncentrując się na strategiach wykorzystujących mocne strony i kompensując tym samym słabości (<http://www.isnr.org> dostęp 21.10.2018).

Zastosowanie interfejsu mózg – komputer u osób z niepełnosprawnością – wybrane przykłady

Interfejs mózg-komputer jest rozwiązaniem technicznym, którego zasadniczą cechą jest możliwość uzyskania bezpośredniej komunikacji pomiędzy mózgiem i urządzeniem zewnętrznym. Dziedzina jego zastosowań rozwijała się w głównie kierunku neuroprotetyki, w obszarze przywrócenia uszkodzonego słuchu, wzroku i czynności ruchowych. Interfejs mózg-komputer w obszarze pedagogiki specjalnej jest

aktualnie stosowany głównie w celu osiągnięcia założonych, konkretnych efektów terapeutycznych. Wykorzystywany jest na dwa sposoby, które charakteryzuje specyfika połączenia mózgu z zewnętrznymi urządzeniami. Jeden sposób to zastąpienie utraconej funkcji sensorycznej poprzez implant elektrycznie stymulujący neurony (O'Shea 2012: 146). Praktyczne zastosowania w tym obszarze mają urządzenia protetyczne, implanty ślimakowe przywracające osobom z uszkodzonym słuchem funkcjonalne słyszenie lub, co dużo trudniejsze, przynajmniej częściowo wzrok osobom z uszkodzonym narządem wzroku.

Drugi sposób interakcji mózgu z maszyną służy w pewnym stopniu zamianie myśli w technologię i polega na umieszczeniu urządzenia w pobliżu mózgu. Jest ono używane do rozpoznawania elektrycznych sygnałów pochodzących z neuronów. W dalszej kolejności są one wzmacniane i przetwarzane przez komputer w celu sterowania urządzeniami elektrycznymi lub mechanicznymi wspomagającymi funkcjonowanie osób ze specyficznymi deficytami rozwojowymi. Komputer staje się tym samym pewnego rodzaju substytutem uszkodzonej tkanki mózgowej. Końcowym celem działań jest przywrócenie utraconej funkcji mózgu w określonym zakresie. Aktualnie sposób ten jest stosowany zwłaszcza w obszarze kontroli ruchu. Stymulacja neuronów ma miejsce poprzez elektrody wszczepione w jądra podstawy mózgu. Pozwala to na uzyskanie poprawy w zakresie utraconych funkcji regulujących, charakterystycznych dla takich zaburzeń neuronalnych jak choroba Parkinsona czy chroniczny ból (O'Shea 2012: 148). Inne stosowane rozwiązanie to mechanizmy stymulujące drogi neuronalne redukujące korową aktywność epileptyczną podczas napadu padaczkowego lub aktywujące wewnętrzny system aplikacji leków. Wszystkie te rozwiązania posiadają wprawdzie zastosowanie medyczne, niemniej znacznie poprawiając jakość życia osób dotkniętych chorobą pozostają również w kręgu zainteresowania pedagogiki specjalnej. Wynika to również faktu, iż wiele niepełnosprawności ma charakter sprzężony, a model medyczny i społeczny podejścia do deficytów rozwojowych są ze sobą nieodłącznie powiązane. Oceniając przydatność zastosowań technologii tworzenia ścieżki połączeń nerwowych w mózgu należy podkreślić, że charakteryzuje je stosunkowo wysoka inwazyjność, połączona z koniecznością realizacji zabiegów chirurgicznych oraz wysokie koszty realizacji praktycznej. Inny aspekt to komfort ich użycia, powiązany z technologią urządzeń rozszyfrowujących informację płynącą z mózgu. W chwili obecnej prowadzone są prace nad miniaturyzacją urządzeń oraz bezprzewodową łącznością. Niemniej zawsze istnieć będzie bariera sztucznego odtwarzania funkcji wykonywanych przez uszkodzone lub wręcz zniszczone ścieżki połączeń nerwowych w mózgu. Stąd pomysł nie omijania, ale odtwarzania uszkodzonych struktur i ścieżek mózgu. Problem polega na tym, iż centralne ścieżki neuronalne człowieka nie posiadają własności samo naprawiania się, regeneracji i odtwarzania oryginalnych połączeń (tak jak ma to miejsce na poziomie obwodowych, sensorycznych ścieżek neuronalnych, przykładowo po przebytych urazie). Aktualnie prowadzone są badania prowadzące do wyjaśnienia tych różnic na poziomie cząsteczkowym i komórkowym. Dla pedagogiki specjalnej są to o tyle istotne badania, iż mogą one doprowadzić do powstania terapii pozwalających na regenerację uszkodzonych neuronów, a tym samym zastępowanie martwych komórek nowymi (O'Shea 2012:154).

Praktyczne zastosowania interfejsu mózg-komputer u osób z niepełnosprawnością dotyczą zastępowania utraconej funkcji sensorycznej przez implant elektrycznie stymulujący neurony. Są to urządzenia protetyczne. Przykładem są implanty ślimakowe przywracające osobom z uszkodzonym słuchem funkcjonalne słyszenie lub, co dużo trudniejsze, przynajmniej częściowo wzrok osobom z uszkodzonym narządem wzroku (O'Shea 2012:146). Najprostsze, przykładowe rozwiązanie stymulujące stosowane u ludzi to implant ślimakowy

Kolejne praktyczne zastosowanie interfejsu mózg-komputer to urządzenie protetyczne przeznaczone dla osób z wadą wzroku o nazwie BrainPort. Rozwiązanie polega na tym, że kamera osadzona na okularach pobiera informacje o charakterze wizualnym, następnie zarejestrowany obraz jest przetwarzany przez zainstalowany na smartfonie program i przesyłany na matrycę umieszczoną na języku. Kilkusetpikselowa matryca wyposażona jest w 400 elektrod stymulujących język impulsami elektromagnetycznymi o różnym nasileniu. Transformacja obrazu na sygnał dotykowy odbywa się według pewnych reguł. Kolorowi białemu odpowiada stymulacja mocna, szaremu słaba, natomiast podczas braku stymulacji pojawia się kolor czarny. Istotnym elementem urządzenia jest rozkład elektrod, który odpowiada przestrzennemu obrazowi uzyskiwanemu z kamery. Urządzenie działa w różnych warunkach oświetleniowych, posiada regulowane pole widzenia (zoom) oraz rozdzielczość pozwalającą na uzyskanie orientacji przestrzennej oraz na czytanie dużych liter.

Inne praktyczne zastosowania interfejsu mózg-komputer przeznaczone dla osób z wadą wzroku to urządzenie protetyczne o nazwie **Bionic Eye**. Urządzenie składa się z okularów z osadzoną na nich kamerą służącą do widzenia kontrastów oraz wszczepionego w oko procesora z odbiornikiem sygnału. Działanie Bionic Eye polega na wysyłaniu przez kamerę obrazu do urządzenia przypiętego do paska, gdzie ma miejsce konwersja sygnału na format obsługiwany przez implant w oku. Implant otrzymuje sygnał drogą radiową, a następnie przesyła go do nerwu wzrokowego. Zaletą rozwiązania jest jego modułowa budowa. Jakość widzenia z użyciem Bionic Eye nie jest najlepsza. Użytkownik widzi jedynie kontury i zmiany oświetlenia. Najnowsze rozwiązania techniczne umożliwiają poprawę jakości widzenia. Ich działanie polega na wszczępieniu do wnętrza oka mikroskopijnych elektrod, które przekazują impulsy do mózgu. System składa się z trzech elementów. Są to okulary z wbudowaną kamerą, jednostka centralna oraz elektrody. Okulary przechwytyują obraz w zasięgu obiektywu w rozdzielczości 5 megapikseli. Jednostka centralna przekształca obraz przy pomocy 100 jednobarwnych kropek, natomiast elektrody stymulują nerwy w taki sposób, aby w mózgu powstał obraz znajdujący się w zasięgu okularów. Prowadzone są intensywne prace nad uzyskaniem takiego systemu aplikacji, który jest w stanie na bieżąco przetwarzać informacje i przesyłać je bezprzewodowo do odpowiednich elektrod. Pierwsza wersja urządzenia działa w oparciu o 100 kropek i pozwala na widzenie ogólnych zarysów środowiska. Aktualnie testowana jest druga generacja urządzenia, oparta na działaniu 1000 elektrod i pozwalającą na czytanie dużych liter (<http://www.futureblog.pl/index.php/2009/11/technologie-dla-niewidomych/> dostęp 21.10.2018).

Przykładowe rozwiązania w omawianym obszarze bionicznego oka to implant Argus II Retinal Prosthesis przeznaczony dla osób z uszkodzonymi fotoreceptorami w siatkówce oka. Implant składa się z 60 elektrod wszczepionych w siatkówkę. Ich uzupełnienie stanowi przechwytyjąca obraz miniaturaowa kamera. Przekształca ona światło w impulsy elektrochemiczne skierowane do mózgu przez nerw optyczny. Polskim odpowiednikiem praktycznego zastosowania interfejsu mózg-komputer, w odniesieniu do osób o specjalnych potrzebach, jest „Cyber-oko”. System został zrealizowany przez zespół profesora Andrzeja Czyżewskiego z Politechniki Gdańskiej we współpracy z zakładem opiekuńczo - leczniczym fundacji „Światło” w Toruniu. Został on opracowany w ramach projektu Typoszereg interfejsów multimedialnych i zwyciężył w konkursie „Polski Wynalazca 2013” oraz zdobył specjalnie wyróżnienie w konkursie „Złoty Skalpel” na wybitnego innowatora w polskiej ochronie zdrowia (<http://www.multimed.org/> dostęp 12.08.2018). „Cyber-oko” to zintegrowany system komputerowy służący do diagnozy stanu świadomości i terapii dla osób w stanie wegetatywnym. Zastosowano w nim dwie aplikacje: pierwsza o nazwie „Cyber-oko” pozwalająca to na śledzenie punktu w fiksacji wzroku na komputerze oraz druga związana z technikami EEG. System umożliwia pobudzanie funkcji poznawczych poprzez aktywizację takich zmysłów jak: zmysł wzroku, zmysł słuchu oraz powonienia. W połączeniu z syntezatorem mowy pozwala komunikować się z innymi osobami. Zawiera on dodatkowo zestaw programów komputerowych przeznaczonych dla pacjentów, którzy nie odzyskali pełnej świadomości po wybudzeniu ze śpiączki. „Cyber-oko” można stosować nie tylko we wspomaganie terapii pacjentów w stanie wegetatywnym, ale również w wielu innych grupach docelowych osób z takimi zaburzeniami rozwojowymi jak autyzm, niepełnosprawność intelektualna, deficyty sensoryczne, zaburzenia integracji sensorycznej oraz z dziećmi i młodzieżą pełnosprawną (<http://www.tvp.pl/wiedza/nauka-i-technika/polski-wynalazek-2013/galeriawynalazkow/cyberoko/10215954> dostęp 21.10.2018)

Podsumowanie

Problem konieczności wykorzystania nowoczesnych technologii dotyczy w szczególności sposób pedagogiki specjalnej, jako dyscypliny naukowej i dziedziny praktyki społeczno-wychowawczej, nastawionej na pomoc osobie ze specjalnymi potrzebami. Jej główne cele to wspieranie wyrównywania szans życiowych, nastawienie na podmiotowość i możliwości realizacyjne osób z niepełnosprawnością, społecznie słabszych, czasami wręcz wykluczonych. Istotnym elementem wspierającym jest podejmowanie działań w obszarze pogranicza pedagogiki specjalnej i nauk pomocniczych. Ich celem jest opracowywanie, upowszechnianie i udostępnianie nowych metod diagnostycznych, terapeutycznych, rehabilitacyjnych, aktywnie wspierających rozwój osób z odchyleniami rozwojowymi. Odwołanie się do interdyscyplinarności w pedagogice specjalnej nie stanowi odchodzenia od scjentyzmu (naukowości), ale jest symptomem zastępowania doktrynalności pedagogiki systematycznej pluralizmem koncepcji alternatywnych zarówno w teorii, jak i praktyce, w tym terapeutycznej. Wynika to z przekonania, że osoby niepełnosprawne są

zdolne do wielokierunkowych działań, a granice ich osiągania nie są do końca znane i możliwe do określenia (Zielińska 2005: 108).

Korzystanie w pedagogice specjalnej z osiągnięć nauk pomocniczych, takich jak psychologia, kognitywistyka, socjologia, medycyna, ekonomia, prawo, informatyka, telekomunikacja, czy ostatnio neurobiologia jest pewnego rodzaju konieczności, prowadzącą do uzyskania całościowego i pełnego zgłębienia zjawisk i zagadnień, którymi się zajmuje. Nauki współdziałające z pedagogiką specjalną od dawna wnoszą swój wkład wiedzy zarówno do rozwiązań teoretycznych, jak i zastosowań praktycznych, głównie szeroko rozumianej rewalidacji, rehabilitacji i terapii, pozwalając na ich kompleksowe i wielokontekstowe ujęcie. Przedstawione w prezentowanej pracy wybrane przykłady są tego dowodem.

Bibliografia

- Durka P. (2009). Badanie funkcji mózgu z wykorzystaniem encefalografii. W: T Tadeusiewicz (red), *Neurocybernetyka teoretyczna*. Warszawa: Wyd. UW., 271–301.
- Fourcin A., Abberton E. (2008). Hearing and phonetic criteria in voice measurement: Clinical applications, *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 33, 35–48.
- Gambin M., Łukowska E. (2009). *Wspomaganie rozwoju dzieci z autyzmem*. Warszawa: Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego.
- O'Shea M. (2012). *Mózg*. Gdańsk: Gdańskie Wyd. Psychologiczne.
- Pańczyk J. (1998). *System biofeedback w praktyce dydaktyczno-pedagogicznej*, Roczniki Pedagogiki Specjalnej t. 9, s.43-72.
- Pecyna M.B. (2001). *Psychologia kliniczna w praktyce pedagogicznej*. Warszawa: Wyd. Akademickie Żak.
- Szkiełkowska A., Ratyńska J., Grzanka A., Markowska R. (2000). Ocena krtani i głosu dziecka niesłyszącego, *Biuletyn Audiofonologia*, XVIII, 161–168.
- Tallal P. (1998). Language learning impairment: Integrating research and remediation, *Scandinavian Journal of Psychology*, 39 (3), 21–32.
- Thompson M., Thomson L. (2012). *Neurofeedback. Wprowadzenie do podstawowych koncepcji psychofizjologii stosowanej*. Wrocław: Wyd. Biomed Neurotechnologie.
- Zielińska J. (2004). *Diagnoza i terapia sprawności ortofonicznej dzieci z uszkodzeniem słuchu wspomaganie techniką komputerową*. Kraków: AP.
- Zielińska J. (2005). *Komputer w rozwoju sprawności komunikacyjnej dzieci niesłyszących*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Zielińska J. (2014). Technologie informacyjne w diagnozie i terapii zaburzeń mowy dźwiękowej małego dziecka-przykłady praktyczne. W: *Children in the postmodern World*, Krauze-Sikorska H., Klichowski M., Basińska A., (red.). Poznań: Wyd. Naukowe UAM, 151–161
- Zielińska J. (2015). *Metody obrazowania pracy mózgu w perspektywie pedagogiki specjalnej – wybrane zagadnienia*. Kraków: Wyd. Naukowe UP.
- Zielińska J. (2016). *Wybrane techniki obrazowania sygnałów w perspektywie pedagogiki specjalnej – przykłady zastosowania w praktyce diagnostyczno – terapeutycznej*. Kraków: Wyd. Naukowe UP.

Netografia

<http://www.biofeedback-eeg.pl/> dostęp 12.08.2017

<http://www.openmedical.pl/biofeedback.php> dostęp 12.08.2017

<http://www.isnr.org> dostęp 21.10.2018)

<http://www.futureblog.pl/index.php/2009/11/technologie-dla-niewidomych/> dostęp 21.10.2018

<http://www.tvp.pl/wiedza/nauka-i-technika/polski-wynalazek2013/galeriawynalazkow/cyberoko/10215954> dostęp 21.10.2018)

<http://www.multimed.org/> dostęp 12.08.2018

Abstract

W artykule przedstawiono wybrane przykłady praktyczne wykorzystania nowoczesnej technologii w procesie rehabilitacji osób ze specjalnymi potrzebami. Pokazane zostały praktyczne rozwiązania możliwe do zastosowania w diagnozie i terapii zaburzeń mowy dźwiękowej, o charakterze zarówno programowym, jak i sprzętowym. Omówiona została zasada działania i oceniona przydatność w działaniach rehabilitacyjnych treningu neurobiofeedbacku oraz pokazane najnowocześniejsze rozwiązania zastosowania interfejsu mózg-komputer u osób z niepełnosprawnością w zakresie zastępowania utraconej funkcji sensorycznej przez implant elektrycznie stymulujący neurony. Kryterium wyboru stanowiła nowoczesność rozwiązań, ich przydatność, dostępność oraz stosunkowo szeroki krąg odbiorców.

Słowa kluczowe: nowoczesne technologie, rehabilitacja, specjalne potrzeby

Anna Bombińska-Domżał

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

Teoretyczny model zawodowej współpracy nauczyciela wspomagającego i nauczyciela przedmiotu w kształceniu integracyjnym

Model nauczania, w którym dwóch nauczycieli równocześnie pracuje w jednej przestrzeni i z jedną grupą uczniów jest modelem stosunkowo nowym, ponieważ pierwsze klasy integracyjne zaczęły powstawać w latach 90-tych ubiegłego wieku. Ten system kształcenia ma swoich zwolenników i przeciwników, a jego efektywność w dużej mierze jest warunkowana współpracą pedagoga specjalnego i nauczyciela przedmiotu.

Współpraca nauczycieli w kształceniu integracyjnym wymaga nie tylko umiejętności nawiązywania prawidłowych stosunków z drugim człowiekiem, ale przede wszystkim umiejętności wzajemnego, twórczego wykorzystania własnych, profesjonalnych zasobów wynikających z posiadanej wiedzy oraz doświadczenia. Na współpracę zawodową między ludźmi trzeba jednak zawsze patrzeć jak na proces, podlegający ciągłym zmianom z powodu swojego komunikacyjnego i interakcyjnego charakteru.

W polskich szkołach integracyjnych można odnaleźć kilka form współpracy zawodowej pomiędzy nauczycielami. W zależności od ilości osób we współpracujących grupach można wymienić trzy formy:

- a) dwuosobowa (współpraca pedagoga specjalnego i nauczyciela przedmiotu podczas zajęć lekcyjnych lub nauczyciela ze innym specjalistą (np. pedagogiem szkolnym, logopedą)),
- b) grupowa (z perspektywy wsparcia nauczyciela w jego działaniach wobec uczniów tzw. zespoły samokształceniowe lub z perspektywy wsparcia dziecka tzw. zespoły terapeutyczne (pedagogi specjalni i inni specjaliści z zakresu specjalnego wsparcia)),
- c) c) masowa (współpraca ze wszystkimi nauczycielami w szkole (np. rady pedagogiczne).

Drugą kategorią jest rola jaką nauczyciele pełnią wobec siebie, co sugeruje istnienie co najmniej dwóch celów współpracy:

- d) a) wspierający – zespoły nauczycielskie pełnią funkcję konsultacyjną i pomocniczą dla praktycznego działania pojedynczego nauczyciela,

- e) b) zadaniowy – współorganizowanie zajęć dydaktyczno-wychowawczych przez pedagoga specjalnego i nauczyciele przedmiotu.

Kossewska (2003) wymienia dwa rodzaje współpracy pomiędzy nauczycielami w kształceniu integracyjnym:

- współpracy pośredniej – nauczyciele poza klasą planują i przygotowują się do prowadzenia zajęć, w indywidualnych przypadkach korzystają z konsultacji specjalistów (logopeda, psycholog, psychiatra),
- współpracy bezpośredniej – nauczyciele ogólny i specjalny współpracują ściśle ze sobą podczas całego procesu dydaktycznego, są współodpowiedzialni za wszystkich uczniów danej klasy. Nauczyciele dzielą między sobą obowiązki i zadania, a także wspólnie podejmują decyzje. Współpraca bezpośrednia może przejawiać się w podawaniu uzupełniających się instrukcji do omawianego na lekcji zagadnienia lub dodatkowych zadań.

Relacje w klasie integracyjnej są nietypowe, ponieważ wymagają równoczesnego (w tym samym czasie i przestrzeni) oddziaływania nie tylko na uczniów (pełno i niepełnosprawnych), ale także na drugiego nauczyciela. Niezbędne jest także, aby sposób tego oddziaływania był spójny i czytelny zarówno dla dorosłych i dzieci.

Efektywny proces kształcenia wymaga, aby podczas zajęć lekcyjnych zachodziły relacje pomiędzy wszystkimi uczestnikami procesu kształcenia. Można zażykować twierdzenie, że relacje pomiędzy uczniami pełno i niepełnosprawnymi są odzwierciedleniem relacji pomiędzy pedagogiem specjalnym i nauczycielem przedmiotu.

Współpraca podczas jednych zajęć pedagoga specjalnego oraz nauczyciela przedmiotu wymaga uwzględnienia specyfiki metodyki kształcenia poszczególnych przedmiotów oraz zakresu specjalnych oddziaływań.

Doniesienia literaturowe w bardzo małym zakresie informują o tym co i w jaki sposób może ułatwić pracę obydwu nauczycieli w jednej przestrzeni edukacyjnej, jaką jest grupa bądź klasa integracyjna. A przecież współpraca pomiędzy nauczycielem przedmiotu i pedagogiem specjalnym jest podstawą organizacji kształcenia integracyjnego, bowiem „nie można oczekiwać społecznej integracji od dzieci, jeśli sami nauczyciele nie są zintegrowani (...)” (Bąbka, 2007, s. 547).

Badania Esterby – Smith, Olve (1984) dostarczają ważnych informacji odnośnie typologii relacji współpracujących nauczycieli. Zdefiniowali oni pięć typów relacji pomiędzy nauczycielami współpracującymi w nauczaniu, które można zaobserwować na wyższych poziomach edukacji. Odnosząc je do współpracy pedagoga specjalnego i nauczyciela przedmiotu w kształceniu integracyjnym charakterystyka ich może wyglądać następująco:

- gwiazda (star) – jeden nauczyciel ponosi odpowiedzialność za przebieg zajęć, współpracownik pełni rolę wizytującego wykładowcy;
- hierarchiczny (hierarchical) – jeden starszy (bardziej doświadczony) nauczyciel jest odpowiedzialny za większość klasy, młodszy pełni rolę asystenta;
- specjalistyczny (specialist) – obaj są równorzędnymi partnerami w dyskusjach, obaj projektują program pracy, biorąc pod uwagę głównie własną, specjalistyczną wiedzę;

- uogólniony (generalist) – obaj projektują program pracy, ale kształcenie skoncentrowane jest bardziej na praktycznych działaniach nauczycieli niż na ich specjalnościach;
- interakcyjny (interaktywne) – obaj projektują program, jednak samo kształcenie jest wysoce elastyczne i reaguje na aktualne potrzeby w trakcie działania, a nie jest programem narzuconym z góry.

W rozważaniach nad pojęciem współpracy należy zaakcentować, że podobnie jak relacje pomiędzy dwojgiem ludzi, współpraca nie jest stanem, ale jest procesem, który podlega ciągłym zmianom i rozwojowi.

Teoretyczny model współpracy zawodowej nauczycieli kształcenia integracyjnego

Opierając się na wynikach badań własnych nad wspólnym nauczaniem (Bombińska-Domżał, 2010, 2013) opracowałam teoretyczny model zawodowej współpracy nauczyciela wspomagającego i nauczyciela przedmiotu w kształceniu integracyjnym. W modelu tym można wyodrębnić dwa wymiary w relacjach formalnych pomiędzy współpracującymi ze sobą nauczycielami: wymiar psychospołeczny i praktyczny.

Wymiar „psychospołeczny” można określić jako poczucie „łączności” z drugim człowiekiem, wynikające m.in. z temperamentu, otwartości na ludzi, wspólnych zainteresowań. Jest to wzajemne oddziaływanie na siebie dwóch pracujących ze sobą nauczycieli, emocje tworzone podczas spotkań itd. Z kolei wymiar praktyczny, wynika z obowiązków zawodowych nauczycieli, posiadanej wiedzy i umiejętności zawodowych. Jest to wspólne działanie nauczycieli wynikające z celów programowych, organizujące proces kształcenia uczniów.

Psychospołeczny wymiar współpracy nauczycieli

Budowanie i podtrzymywanie prawidłowych relacji pomiędzy nauczycielami w szkole integracyjnej podlega takim samym regułom jak relacje między ludźmi z innych grup zawodowych. Więzy pomiędzy ludźmi w pracy są słabsze niż więzy w przyjaźni, małżeństwie, w relacjach rodzic-dziecko. W pracy spędzamy wiele godzin w ciągu dnia i w ciągu swojego życia, a badania potwierdzają, że „satisfakcjonujące relacje z innymi w pracy są źródłem satysfakcji z pracy i pomagają radzić sobie ze stresem w pracy” (Argyle, 1999, s. 172).

Prywatnie możemy dobrać osoby, z którymi lubimy przebywać, natomiast w pracy zawodowej często nie mamy takiej możliwości. Jednak znając czynniki wpływające na wybór partnerów relacji nauczyciele mogą zwiększyć własną atrakcyjność interpersonalną.

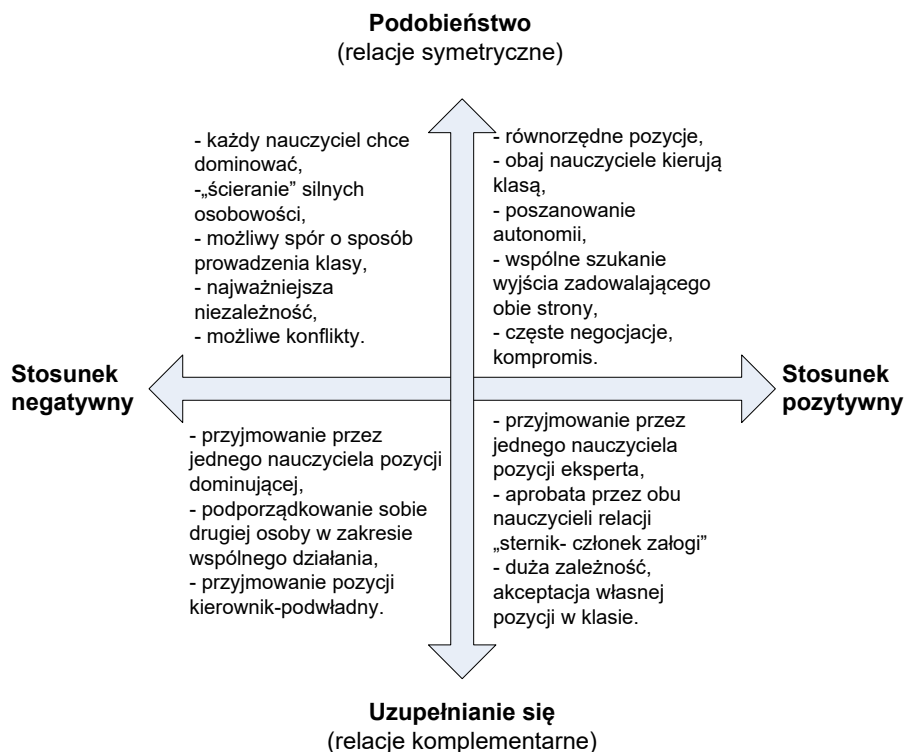
W psychologii wyróżnia się dwa główne typy relacji między ludźmi (Grzesiuk, Tryjarska, 1995, s. 70):

- relacja podobieństwa (relacje symetryczne), gdzie obie strony zajmują równorzędne pozycje, w takim samym stopniu kierują relacjami itd.
- relacja uzupełniania się (związki komplementarne), jedna z osób kieruje, druga podlega kierownictwu, jedna uczy, druga pobiera nauki, jedna jest sternikiem, druga członkiem załogi.

Adler (2007 s. 254) próbując znaleźć odpowiedź na pytanie dlaczego tworzymy relacje interpersonalne, dodaje jeszcze kilka źródeł relacji: wygląd, opłacalność wzajemnych relacji, kompetencje, bliskość, ujawnianie siebie.

Przyjmując wyłącznie dwa główne sposoby interpretowania stosunków między ludźmi (relacje symetryczne i komplementarne) można przenieść je na współpracę zawodową dwóch nauczycieli w klasie integracyjnej. Oba rodzaje relacji mogą być zarówno pozytywne jak i negatywne. Pozytywne relacje służą rozwojowi współpracy nauczycieli, sprzyjają efektywności „wspólnego nauczania”. Negatywny stosunek do siebie wzajemnie nie sprzyja skuteczności i satysfakcji z pracy. Związek pomiędzy nimi prezentuje poniższy schemat (ryc1).

Ryc. 1. Psychospołeczny wymiar relacji we współpracy pedagoga specjalnego i nauczyciela przedmiotu w klasie integracyjnej (opracowanie własne)



Nauczyciel wspomagający i nauczyciel przedmiotu współpracujący ze sobą w integracyjnym systemie kształcenia powinni mieć świadomość ważnych elementów relacji osobistych zachodzących między nimi. Pozytywny stosunek pomiędzy nauczycielami może być oparty zarówno na relacjach symetrycznych, jak i relacjach komplementarnych.

Nauczyciele współpracujący ze sobą w oparciu o relacje synergiczne zajmują równorzędne pozycje, obaj kierują klasą. Mogą być jednak skupieni byli na różnych

grupach uczniów (nauczyciel wspomagający na grupie uczniów z niepełnosprawnością, a przedmiotu na pełnosprawnych). Z kolei w zespołach opartych o relacje komplementarne nauczyciel przedmiotu przyjmuje pozycję eksperta, ale nauczyciel wspomagający akceptował swoją pozycję, zbliżoną bardziej do pozycji asystenta niż nauczyciela.

Oba wymiary różnią się między sobą głównie pozycją jaką względem siebie zajmują nauczyciele, jednak relacje to są oparte na wzajemnym szacunku, uznaniu wobec profesjonalizmu i zaufaniu. Pozytywne relacje, niezależnie od prezentowanego typu, nie tylko znacznie wpływają na praktyczny wymiar współpracy, ale również prawdopodobnie mogą być również jednym z głównych elementów wpływających na zadowolenie z wykonywanego zawodu.

Z kolei negatywne relacje uzupełniania występują, gdy jeden z nauczycieli jest osobą dominującą i podporządkowującą własnym potrzebom i wizji działania drugiego nauczyciela. Drugi nauczyciel nie akceptuje jednak własnej pozycji, czuje się w niej niekomfortowo, co może znacząco wpływać na jego sposób organizacji pracy z uczniami. Zdecydowanie częściej postępowanie przybierające formę dominacji można zaobserwować w zachowaniu nauczyciela przedmiotu względem nauczyciela wspomagającego (badania własne). W tych przypadkach może dochodzić do napięć pomiędzy nauczycielami, wynikającymi z negatywnych relacji psychospołecznych, a nawet do podważania kompetencji nauczyciela wspomagającego.

Pozytywne relacje w sferze psychospołecznej między współpracującymi ze sobą nauczycielami mogą stanowić fundament subiektywnego poczucia zadowolenia z pełnionego zawodu, mogą być czynnikiem zapobiegającym przeżywaniu nadmiernego stresu w pracy i w dalszej konsekwencji zapobiegać wypaleniu zawodowemu, jednak nie są gwarantem najwyższej jakości wymiaru praktycznego. Zależność ta może być również odwrotna: dobrze zaplanowane i realizowane wspólne działanie nauczycieli podczas zajęć, nie zapewnia koleżeńskich czy przyjacielskich kontaktów między nimi. Oczywistym jest fakt, że najlepszą współpracę gwarantuje pozytywny rozwój zarówno jednego jak i drugiego wymiaru.

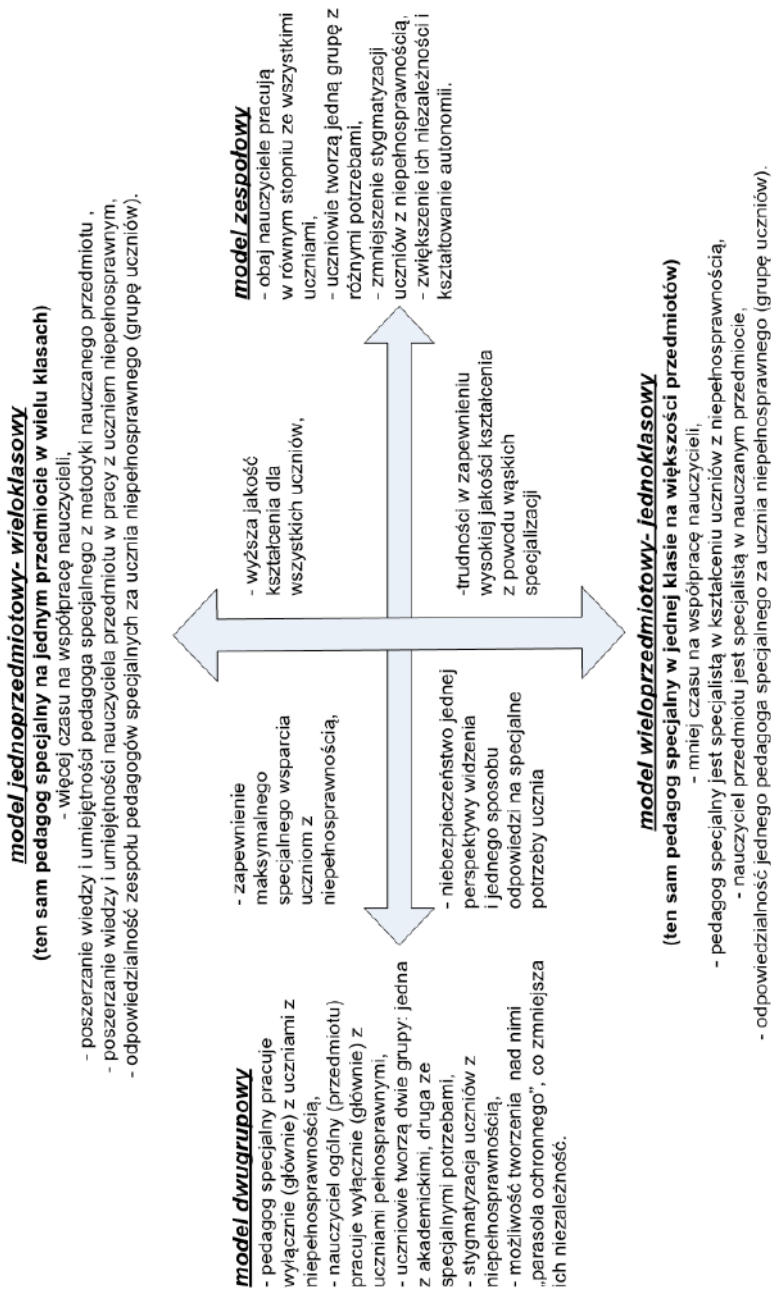
Podając współpracę z drugim specjalistą nauczyciel musi mieć jednak świadomość, że trudności w wymiarze psychospołecznym wywołują skutki głównie dla samych nauczycieli. Natomiast zakłócenia w wymiarze praktycznym współpracy mogą powodować negatywne konsekwencje przede wszystkim dla uczniów.

Praktyczna organizacja współpracy pedagoga specjalnego i nauczyciela przedmiotu

Praktyczna organizacja współpracy pedagoga specjalnego i nauczyciela przedmiotu nie dotyczy bezpośrednio relacji interpersonalnych pomiędzy nauczycielami, ale jest odzwierciedleniem ich interpretacji zapisanych w rozporządzeniach, dokumentacji obowiązków i zadań wynikających z pełnienia roli nauczyciela, wiedzy i doświadczenia zawodowego oraz indywidualnych teorii na kształcenie uczniów pełno i niepełnosprawnych (Polak, 1999). Wymiar ten jest również wynikiem filozofii „wspólnego nauczania” przyjętego przez całą szkołę za właściwy. W praktycznej organizacji współpracy dwóch nauczycieli można wyróżnić wymiar organizacyjny

(model wielo lub jedno przedmiotowy) i interpretacyjny (model dwugrupowy i zespołowy) współpracy (por. ryc. 2).

Ryc. 2. Praktyczny wymiar współpracy pedagoga specjalnego i nauczyciela przedmiotu



Praktyczny wymiar współpracy nauczycieli zależy od organizacji przez szkołę pracy nauczyciela wspomagającego. Każda placówka ma prawo do wdrożenia własnego systemu pracy nauczyciela wspomagającego. W badanych placówkach wyróżniały się dwa modele: wieloprzedmiotowy (jednoklasowy) oraz jednoprzedmiotowy (wielokasowy).

W modelu wieloprzedmiotowym (jednoklasowym) nauczyciel wspomagający „przypisany” jest do jednej klasy. Ten model wiąże się z uczestnictwem pedagoga specjalnego w ciągu dnia na kilku różnych zajęciach prowadzonych przez wielu nauczycieli przedmiotu. Jest on najczęściej spotykanym sposobem pracy nauczycieli w szkołach integracyjnych. Badania (w: Jankowski, 2002) wskazują, że nauczyciel podczas pojedynczych zajęć dydaktycznych wchodzi w interakcję z uczniami ok. 200-300 razy. W ciągu dnia pracy (4-5 godzin dydaktycznych) podejmuje więc interakcje ok. 1000 razy. W kształceniu integracyjnym nauczyciele zobowiązani są dodatkowo do wzajemnej wymiany informacji, co warunkuje konieczność dodatkowych formalnych interakcji. Doliczając interakcje nauczycieli z kilkoma zmieniającymi się wraz z kolejną lekcją nauczycielami, w zakresie organizacji zajęć dydaktycznych oraz w zakresie osobistych relacji, okazuje się, że częstotliwość koniecznych interakcji pojedynczego nauczyciela z innymi osobami w ciągu jednego dnia jest ogromna. Stanowi to duże obciążenie dla nauczycieli pracujących w klasach integracyjnych.

Badania własne dowodzą, że konsekwencją takiego modelu współpracy nauczycieli jest brak czasu na szczegółowe planowanie zajęć dydaktycznych. Planowanie, jeśli w ogóle ma miejsce, zazwyczaj ogranicza się do szybkiego ustalenia treści kolejnych zajęć, zupełnie pomijając stosowane metody, formy i środki. Prowadzi to do znacznego ograniczenia bądź zupełnego wyeliminowania zaplanowanych działań indywidualizujących pracę uczniów. Praca pedagoga specjalnego w tym modelu polega na bieżącym dostosowywaniu do potrzeb uczniów z niepełnosprawnością treści, metod, form i środków realizowanych przez nauczyciela przedmiotu. Wąski zakres wykształcenia tego nauczyciela (wyłącznie z zakresu pedagogiki specjalnej) powoduje, że może mu brakować wiedzy i umiejętności, aby odpowiedzieć na realne potrzeby uczniów z niepełnosprawnością wynikające z realizacji materiału.

Niewątpliwą zaletą tego modelu jest możliwość otoczenia ucznia z niepełnosprawnością ciągłą opieką, dającą, w wielu przypadkach niezbędne (szczególnie na niższych etapach kształcenia), poczucie bezpieczeństwa i stabilności. Zapewnia on również elastyczność w zaspokajaniu indywidualnych potrzeb ucznia oraz możliwość dostosowania realizowanego programu do jego możliwości. Pedagog specjalny ma sposobność dogłębnej analizy sytuacji psychospołecznej ucznia z niepełnosprawnością (również uczniów pełnosprawnych). Codzienne, bliskie kontakty z jednym zespołem uczniów, zarówno pełno jak i niepełnosprawnych, sprzyjają lepszemu poznaniu ich potrzeb i nawiązaniu bardziej zażytych relacji.

Ten model współpracy sprzyja jednak tworzeniu „parasola ochronnego” nad uczniami z niepełnosprawnością. Stała obecność pedagoga nastawionego na paternalistyczną pomoc może prowadzić do redukcji samodzielności uczniów z niepełnosprawnością, a tym samym zaburzenia u nich rozwoju niezależności i autonomii.

Negatywną konsekwencją jest także fakt, że za pracę z uczniami z niepełnosprawnością jest odpowiedzialny tylko jeden pedagog specjalny. Wąskie specjalizacje w kształceniu nauczycieli (oligofrenopedagog, tyflop pedagog, surdopedagog itd.) są uzasadnione w przypadku podejmowania pracy w szkołach specjalnych, ukierunkowanych na jeden rodzaj niepełnosprawności uczniów. Kształcenie integracyjne pozwala na różnorodność specjalnych potrzeb uczniów w jednym zespole klasowym, co powoduje, że wąska specjalizacja pedagogów specjalnych nie sprzyja utrzymaniu wysokiej jakości edukacji. Zespół samokształceniowy pedagogów specjalnych może okazać się niewystarczającym źródłem wsparcia nauczycieli w udzielaniu odpowiedzi na potrzeby specjalne i edukacyjne uczniów.

Praca jednego pedagoga specjalnego w klasie sprawia również, że możliwości pojedynczego ucznia i grupy uczniów z niepełnosprawnością postrzegane są tylko przez pryzmat wiedzy, umiejętności, osobowości, postaw jednego specjalisty, co nie zawsze może odpowiadać realnym potrzebom jego podopiecznych.

Drugim modelem jest model jednopredmiotowy – wieloklasowy, w którym obecność pedagoga specjalnego na zajęciach nie ogranicza się jedynie do specjalnych metod pracy z uczniami niepełnosprawnymi. Model ten wymaga od pedagoga specjalnego stania się specjalistą także w nauczonym przedmiocie. Pedagog specjalny nie jest „przypisany” do jednej klasy, ale wspólnie z nauczycielem przedmiotu naucza jednego przedmiotu (lub grupy przedmiotów np. humanistycznych) w różnych klasach. Posiada on kwalifikacje z zakresu kształcenia specjalnego oraz z nauczanego przedmiotu. Taki sposób organizacji pracy nauczyciela wspomagającego nie występuje powszechnie w polskim systemie kształcenia integracyjnym, mimo, że jak wskazują badania własne posiada więcej zalet niż model wielopredmiotowy (jednoklasowy). Ten sposób aranżacji procesu kształcenia wymaga także, aby nauczyciel przedmiotu posiadał kwalifikacje uzupełnione wiedzą z zakresu pedagogiki specjalnej. Dzięki temu obaj nauczyciele stają się specjalistami w obu dziedzinach.

Zaletą tego modelu, zwłaszcza na wyższych szczeblach edukacji, jest to, że uczniowie z niepełnosprawnością mają kontakt z różnymi pedagogami specjalnymi, co sytuacji „niezgrania” się nauczyciela wspomagającego z zespołem klasowym. Dużym problemem jest również brak chęci współpracy z pedagogiem specjalnym ze strony uczniów z niepełnosprawnością, zwłaszcza na wyższych etapach edukacji, w okresie dojrzewania, co jest szczególnie istotne w modelu jednoklasowym. Potwierdzeniem tych trudności jest chociażby przypadek uczennicy z niepełnosprawnością, której motywacją do pracy była niechęć do nauczyciela wspomagającego i udzielanej jej pomocy. Badania wskazują, że korzystniejsza dla uczniów z niepełnosprawnością na wyższym etapie kształcenia jest współpraca z wieloma pedagogami specjalnymi, a więc model wieloklasowy.

Ten model sprzyja także ograniczeniu ilości osób, z którymi nauczyciele muszą nawiązać konieczne relacje. W ciągu całego dnia nauczyciel współpracuje z jednym lub dwoma specjalistami. Ułatwia to nie tylko nawiązywanie lepszych relacji w wymiarze psychospołecznym, ale także sprzyja wspólnemu planowaniu treści, metod, form i środków wykorzystywanych podczas zajęć.

W wymiarze interpretacyjnym praktycznej współpracy nauczyciela wspomagającego i nauczyciela przedmiotu można wyróżnić model dwugrupowy i model

zespołowy. Modele te dotyczą sposobu udzielania specjalnego wsparcia przez nauczycieli, podczas zajęć dydaktycznych i jest odzwierciedleniem relacji pomiędzy pedagogiką specjalną i ogólną, które można za G. Szumskim (2006) przyjąć jako relację wykluczania lub zawierania.

Zwolenników modelu dwugrupowego można odnaleźć wśród entuzjastów konserwatywnych założeń kształcenia integracyjnego, skupionych głównie na niepełnosprawności człowieka, jego specjalnych potrzebach oraz metodach oddziaływań rewalidacyjnych. Jest to model oparty na relacjach zawierania pedagogiki specjalnej w kształceniu ogólnym (Szumski, 2006). Pedagog specjalny skupia się w klasie głównie lub wyłącznie na uczniach z niepełnosprawnością, co może wpływać na jakość specjalnego wsparcia, ale również na poziomie psychospołecznego funkcjonowania powoduje ich wyodrębnienie z grona zespołu klasowego. Analiza wyników badań prowadzi do wniosku, że oddziaływania nauczycieli na uczniów mogą być realizowane na dwa sposoby. Część nauczycieli wspomagających organizuje proces edukacyjny wyłącznie dla uczniów z niepełnosprawnością poprzez tzw. nauczanie równoległe. Uczniowie z niepełnosprawnością siedzą podczas takich zajęć razem lub niedaleko siebie, a nauczyciel wspomagający prowadzi dla nich odrębne zajęcia na podobnym lub tym samym materiale. Taki model wspólnej pracy nauczycieli może sprzyjać adekwatnej odpowiedzi na możliwości niektórych uczniów z niepełnosprawnością, jednak stanowi również niebezpieczeństwo powstawania dwóch grup w klasie (utrwała podział na pełno i niepełnosprawnych).

Skupienie pedagoga specjalnego na grupie uczniów z niepełnosprawnością zmniejsza możliwość spontanicznych i zaplanowanych interakcji pomiędzy uczniami pełno i niepełnosprawnymi podczas zajęć. Dodatkowo może powodować zjawisko etykietowania czy wręcz stygmatyzowania dziecka z niepełnosprawnością. Takie podejście, zwłaszcza na wyższych etapach edukacji, może prowadzić do podziału zespołu klasowego na dwie grupy oraz naznaczenia osób z niepełnosprawnością, jako wymagających paternalistycznej opieki.

W większości przypadków nauczyciele wspomagający podejmują jednak dydaktyczną aktywność polegającą na bieżącej kontroli pracy uczniów z niepełnosprawnością (por. Bombińska-Domżał, 2010). Uczniowie z niepełnosprawnością siedzą wtedy w różnych miejscach w klasie, co z kolei powoduje, że zmniejsza się intensywność udzielania wsparcia przez nauczyciela wspomagającego.

Krytyka tak powszechnego modelu dwugrupowego współpracy pedagoga specjalnego i nauczyciela przedmiotu spowodowała zmianę paradygmatu w kształceniu osób z niepełnosprawnością i dalszą ewolucję systemu kształcenia uczniów z niepełnosprawnością do rozwijającego się aktualnie modelu inkluzyjnego.

Model zespołowy jest z kolei konsekwencją synergicznych relacji pomiędzy pedagogiką specjalną a pedagogiką ogólną. Oparty jest na założeniach co-teaching (z ang collaborative teaching) oraz uniwersalnego projektowania w edukacji (universal design in education, universal design in learning).

W centrum zainteresowań nie jest tu sama niepełnosprawność i specjalne wsparcie, ale każdy uczeń, będący wyjątkową indywidualnością wśród ludzi z różnymi możliwościami i potrzebami. W modelu tym obaj nauczyciele odpowiedzialni są za zapewnienie najwyższej jakości kształcenia (rozumianego jako wspieranie,

nauczanie i wychowanie) wszystkim uczniom, niezależnie od ich zróżnicowanych potrzeb i możliwości. Takie podejście wymaga od obu nauczycieli synergicznego połączenia wiedzy i umiejętności z zakresu pedagogiki specjalnej oraz nauczanego przedmiotu, w celu stworzenia zupełnie nowego modelu nauczania stawiającego na aktywność uczniów w uczeniu się, a nie jak w tradycyjnym modelu aktywność nauczycieli w nauczaniu.

Konstruowanie zajęć dydaktycznych w tym modelu ma na celu przede wszystkim zindywidualizowane podejście do każdego ucznia oraz zróżnicowanie pracy uczniów w zależności od ich potrzeb i możliwości. Zróżnicowanie pracy uczniów jest czym innym niż wyodrębnienie grupy wymagającej specjalnego wsparcia, tak jak w modelu dwugrupowym. Obejmuje ono wszystkich uczniów w klasie oraz organizuje sposób nabywania, przekazywania wiedzy i umiejętności przez uczniów w taki sposób, aby bez konieczności podkreślania specjalnych oddziaływań, odpowiedzieć na potrzeby każdego ucznia. Cały zespół uczniowski powinien być diagnozowany przez nauczycieli ze względu na poziom wiedzy i umiejętności, tempo pracy, możliwości percepcyjne, motywację do uczenia się itd. (Oleńska-Pawlak, Bombińska-Domżał, 2010). Taki sposób diagnozy wszystkich uczniów umożliwiłby dobór odpowiednich metod, form oraz środków dydaktycznych, które zaspokoilyby potrzeby specjalne, edukacyjne i integracyjne uczniów.

Model zespołowy pozwala na taki sposób organizacji zajęć, których nadrzędnym celem staje się przekazanie inicjatywy uczniom, odejście od nauczyciela w centrum i koncentracja na procesach samokształcenia. Odejście nauczycieli od najpowszechniejszego sposobu prowadzenia zajęć, w którym to nauczyciel jest źródłem wiedzy i centralną postacią podczas zajęć, może nastęrczać pewne trudności (choćażby z powodu rodzaju wiedzy i umiejętności metodycznych nabywanych przez nauczycieli podczas studiów akademickich). Niewątpliwie jednak, zajęcia oparte na modelu zespołowym mogą przyczynić się nie tylko do niwelowania kontrastów pomiędzy uczniami pełno i niepełnosprawnymi, ale również do uatrakcyjnienia zajęć i podniesienia jakości kształcenia. Obecność dwóch profesjonalistów w zakresie nauczanego przedmiotu i (specjalnych) potrzeb rozwojowych uczniów, traktujących zespół klasowy nie jako dwie grupy uczniów pełno i niepełnosprawnych, ale jako zespół klasowy, w którym są uczniowie z różnorodnymi potrzebami i możliwościami, może stać się gwarantem indywidualnego podejścia do każdego ucznia oraz najwyższej jakości kształcenia.

Praca z uczniem niepełnosprawnym powinna być oparta na wspieraniu jego autonomii i niezależności w podejmowaniu decyzji i w działaniu. Odchodzenie od paternalistycznej opieki pedagoga specjalnego i skupiania się na grupie uczniów z niepełnosprawnością może sprzyjać takiemu planowaniu i realizowaniu zajęć edukacyjnych, które ułatwi również podejmowanie spontanicznych i zaplanowanych interakcji między uczniami, a tym samym może przysłużyć się ich społecznemu włączaniu w grupę rówieśniczą i ich wzajemnej integracji.

Podsumowanie

Zarówno pedagog specjalny, jak i nauczyciel przedmiotu uzyskują różne wykształcenie na poziomie akademickim. Żaden z nauczycieli nie zdobywa jednak wiedzy i umiejętności jak organizować wspólną pracę z drugim nauczycielem, w sposób aktywizujący ich obu w równym stopniu oraz nie powodujący podziałów uczniów na dwie grupy.

Efektywność integracji nie jest prostą sumą indywidualnych wkładów pracy nauczyciela wspomagającego i nauczyciela przedmiotu. Współpraca w oparciu o synergiczną pracę (model zespołowy i pozytywne relacje psychospołeczne) stwarza możliwość zwiększania efektywności tego systemu kształcenia bez wzrostu nakładów.

Badania własne oraz analiza teoretycznego modelu współpracy zawodowej nauczyciela wspomagającego i nauczyciela przedmiotu wskazują, że jakość integracji w edukacji zależy bezwzględnie od sposobu organizacji pracy dwóch nauczycieli. Konieczne jest zatem opracowanie i wdrożenie metodyki pracy dwóch nauczycieli w różnorodnym pod względem możliwości i potrzeb zespole uczniów. W żadnym innym modelu kształcenia nie istnieje tak duża szansa i realna możliwość na odejście od skostniałego modelu nauczyciela w centrum do pełnej aktywizacji ucznia, od koncentracji na procesach nauczania do maksymalnego rozwijania procesów uczenia się i samokształcenia.

Bibliografia

- Adler R.B., Rosenfeld L.B., Proctor II R. F. (2007). *Relacje interpersonalne. Proces porozumiewania się*. Poznań: Wydawnictwo Dom Wydawniczy Rebis.
- Argyle, M., (1999). *Psychologia stosunków międzyludzkich*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M. (2006). *Psychologia społeczna*. Poznań: Zyski i S-ka.
- Bacharach N., Washut Heck T., Dahlberg K. (2008). Co-Teaching In Higher Education, *Journal of College Teaching & Learning*, March, 3.
- Bąbka J. (2007). Społeczna integracja uczniów pełnosprawnych i niepełnosprawnych w kontekście kultury organizacyjnej szkoły. W: *Konteksty pedagogiki specjalnej*, T.II, Żółkowska T. (red.). Szczecin: Wydawnictwo Print Group.
- Bombińska-Domżał A., (2012). Realizacja działań edukacyjnych przez pedagoga specjalnego i nauczyciela przedmiotu w klasie integracyjnej. W: *Aktywizacja ucznia z niepełnosprawnością w szkole różnych obszarach jego edukacji*, (red.) A. Mikrut, P. Majewicz. Kraków: Wydawnictwo Naukowe UP, 52–83.
- Bombińska-Domżał A. (2013). Wpływ rozumienia pojęć opisujących niepełnosprawność na jakość życia uczniów w kształceniu integracyjnym, *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, 3, 39–50.
- Cook L. & Friend M. (2004). *Co-teaching: Principles, Practices and Pragmatics*. New Mexico Public Education Department, Northidge
- Esterby-Smith M., Olve N. (1984), Team teaching: making management education more student-centered?, *Management Learning*, 15 (3), 221–236.

- Grzesiuk L., Tryjarska B. (1995). *Jak pomagać sobie, rodzinie i innym*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Janowski A. (2002). *Pedagogika praktyczna: zarys problematyki, zdrowy rozsądek, wyniki badań*. Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna.
- Kossewska J. (2003). Współczesne modele integracji szkolnej dzieci niepełnosprawnych, *Annales Academiae Paedagogicae Cracoviensis, Studia Psychologica*, 1.
- Oleńska T., Bombińska-Domżał A., (2012). Współpracować aby aktywizować - jak organizować pracę w grupach i klas integracyjnych. W: *Aktywizacja ucznia z niepełnosprawnością w szkole różnych obszarach jego edukacji*, (red.) A. Mikrut, P. Majewicz. Kraków: Wydawnictwo Naukowe UP, 40–51.
- Polak K. (1999). *Indywidualne teorie nauczycieli, geneza, badanie, kształtowanie*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Szumski G. (2006). *Kształcenie integracyjne niepełnosprawnych. Sens i granice zmiany edukacyjnej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Abstrakt

W artykule zaproponowany został teoretyczny model współpracy nauczyciela wspomagającego (pedagoga specjalnego) oraz nauczyciela przedmiotu w kształceniu integracyjnym. Model ten opisuje dwa wymiary współpracy zawodowej dwóch nauczycieli, którzy spotykają się podczas zajęć dydaktycznych w zespołach integracyjnych. Pierwszy z nich to wymiar psychospołeczny (wzajemnych relacji), drugi to wymiar praktyczny związany z działaniem i organizacją pracy dwóch profesjonalistów w jednym czasie i przestrzeni. Prawidłowe i pozytywne relacje nauczycieli w obu wymiarach mogą wpływać zarówno na samych nauczycieli w kontekście ich zadowolenia z pracy, ale głównie na proces edukacji i integracji uczniów pełno i niepełnosprawnych.

Słowa kluczowe: integracja, współpraca specjalistów i nauczycieli

Katarzyna Lichtańska

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

Interakcja komunikacyjna w autyzmie.**Egzemplifikacja trudności****Wstęp**

Rozróżnienie pojęć język i mowa stanowi punkt wyjścia do wielu rozważań naukowych nad istotą procesu komunikowania się. Chaos w zakresie definiowania niniejszych pojęć jest skutkiem wielu koncepcji nakreślających sens, odrębności znaczeniowe oraz relacje jakie łączą oba terminy. Zdaniem de Saussure'a odróżnienie tych pojęć wiąże się z przyjęciem stanowiska są to odrębne, lecz ściśle ze sobą powiązane kategorie – język jest potencją, systemem znaków i modeli ich użytkowania. Mowa jest aktem – procesem obcowania z innym człowiekiem za pomocą poznanego systemu (Wołowska 2013). Definicją ukazującą nierozzerwalność obu terminów formułuje Grabias (2004), określając mowę jako ciąg zachowań werbalnych, które dokonują się przy udziale języka. Podkreśla on także istotę pragmatyzmu mowy – umożliwia ona bowiem realizację dwóch celów potrzebnych człowiekowi do pełnego funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego i społecznego – poznanie rzeczywistości oraz przekazywanie wiadomości i swoich przeżyć o niej innym.

Zdolność porozumiewania się warunkowana jest wieloma zdolnościami, między innymi nabyciem odpowiednich kompetencji. Dla charakterystyki nabywania mowy szczególnie istotne stają się kompetencja językowa oraz kompetencja komunikacyjna. Pierwsza odnosi się do sprawności używania języka, rozumienia i budowania zdań, oraz wykorzystywania języka w odpowiednich sytuacjach komunikacyjnych. Druga, określa zdolność do używania systemu językowego i niejęzykowego w interakcjach społecznych (Kurcz 2000). Coraz więcej dzieci w wieku przedszkolnym wykazuje poważne deficyty w umiejętnościach porozumiewania się, a także w komunikacji w sytuacjach społecznych. Wpływają one bezpośrednio na ich rozwój w sferze poznawczej, społecznej i emocjonalnej (Ogonowska 2015, s. 9). Trudności w zakresie rozwoju językowego i komunikacyjnego są przedmiotem nie tylko badań logopedycznych, ale wszystkich dyscyplin naukowych, które zajmują się diagnozą, terapią oraz profilaktyką zdolności posługiwania się mową. Jej aspekt komunikacyjny to aktualnie jeden z głównych przedmiotów rozważań logopedów, zaś przez T. Woźniaka deficyty w zakresie komunikacji zostały nazwane

zjawiskiem globalnym, znaczenie ograniczającym prawo człowieka do komunikacji, porozumiewania się i funkcjonowanie w świecie przekazów werbalnych (Woźniak 2017).

Ujmując problem komunikacji analogicznie dla oddziaływań terapeutycznych wobec dzieci, należy przyjąć, że jest to jeden z najistotniejszych przedmiotów działań specjalistów zajmujących się wspieraniem rozwoju dziecka. Współczesne rozważania nad istotą pracy logopedycznej zmierzają do holistycznego spojrzenia na akt porozumiewania się, co skutkuje przesunięciem przedmiotu oddziaływań od mówienia do komunikacji, uwzględniając przy tym jej pragmatyczny aspekt (Lechta 2011,s.20). Takie spojrzenie na terapię konieczne jest w przypadku pracy z dzieckiem o zaburzeniach ze spektrum autyzmu (ASD), gdzie w toku oddziaływań silny akcent padać powinien właśnie na komunikację z racji jej silnie zaburzonego charakteru. Klasyfikacja chorób psychicznych DSM-V z 2013 roku określa dwa obszary, w których obserwuje się osiowe objawy autyzmu, należą do nich: nieprawidłowości w komunikacji społecznej i interakcji oraz wzorce rutynowych, powtarzających się czynności, zachowań i zainteresowań. Kontekst relacji społecznych, trudności w komunikacji i opisanych w teorii zachowań językowych w autyzmie stał się tematem badań, na skutek których podjęto próbę charakterystyki interakcji językowej w komunikacji osób z ASD.

Znaczenie komunikacji w rozwoju dziecka

Sprawne porozumiewanie się to umiejętność, która kształtowana jest od chwili pojawienia się dziecka na świecie, choć już w okresie prenatalnym trenuje ono słuch, rozpoznaje głos matki, próbuje lokalizować źródło dźwięku. Od pierwszych tygodni życia dziecko doskonali sprawności służące późniejszemu porozumiewaniu się z innymi ludźmi oraz nawiązywaniu relacji społecznych. W bardzo dynamicznym tempie budowane są zatem kompetencje językowe, komunikacyjne i kulturowe, choć intensywność tych procesów zależy nie tylko od biologicznych predyspozycji dziecka do nabywania powyższych zdolności, ale także aktywności środowiska wychowawczego, w jakim one przebiegają (Ogonowska 2015). To odpowiednia stymulacja w pierwszych latach życia dziecka najlepiej kształtuje i wspiera jego rozwój, a w kontekście rozwoju procesu komunikacji i komunikowania się punktem wyjścia są aktywności służące zachęcaniu dziecka do nawiązywania bezpośrednich kontaktów i dialogu poprzez dostarczanie mu różnego rodzaju komunikatów, informacji, znaczeń, ale także zabawę w naśladowanie, oglądanie i czytanie książek, zabawę naprzemienną. To środowisko wychowawcze zapewnia dziecku najważniejszy kontekst nabywania i wspierania rozwoju językowego – jest nim przekonanie, że dziecko uczy się w relacji z drugim człowiekiem, z którym nawiązało odpowiednią więź emocjonalno-społeczną. Rodzina zapewnia dziecku odpowiedni zespół warunków społeczno-kulturowych wpływających na kształtowanie osobowości i zdolności poznawczych w tym mowy poprzez (Przetacznik-Gierkowska, Tyszkowa 2004):

- przekazywanie narzędzi kulturowych, wzorów oraz sposobów odbierania i opracowywania doświadczeń na płaszczyźnie poznawczej i emocjonalnej

- dostarczanie stymulujących rozwój doświadczeń, formowanie ich treści i charakteru oraz wzorców ich interpretowania
- świadomą działalność wychowawczą, mającą na celu wywołanie zmian w zachowaniu.

Rozwój mowy następuje więc w interakcji z otoczeniem i jest związany z rozwojem naśladownictwa, analizy i rozumienia stosunków rzeczywistości. Aktywność werbalna, czyli mowa to klucz poznania świata, samego siebie, swojego najbliższego otoczenia i wejścia z nim w relację - „opanowanie użycia symboli językowych prowadzi do rozwinięcia zupełnie nowej formy reprezentacji poznawczej, która zmienia sposób, w jaki dziecko postrzega świat” (Tomasello 2002, s. 23) Rozwój mowy to wiedza pojmowana etapowo. Język warunkuje nasze myślenie, kontakty społeczne i percepcje świata. Jednak jeśli dziecko, w sposób harmonijny i zgodnie z etapami rozwoju nie opanuje mowy, zamknięte zostaną jego drogi do dalszego przyswajania rzeczywistości, nie będzie mu dane poznawać świata językowo, ani dzielić się tą wiedzą z innymi członkami swojej społeczności. Trzeba zaznaczyć, że każdy kolejny etap poznawania i rozumienia mowy podnosi funkcjonowanie dziecka na wyższy poziom i wyznacza jego rozwój intelektualny (Cieszyńska 2011). Na podkreślenie zasługuje fakt, że to użycie języka i rozumienie kodów werbalnych sprawia, że możemy czuć się członkami pewnej społeczności.

Autyzm – zaburzenie rozwoju

Termin *autyzm* (z języka greckiego *autos* – sam) został wprowadzony przez E. Bleurera już w 1911 roku. Uważano autyzm za rodzaj psychozy i określano nim objawy schizofrenii dziecięcej. Bleurer definiował autyzm jako zamknięcie się we własnym świecie, brak logicznego myślenia i rozluźnienie dyscypliny społecznej (Bobkowska-Lewartowska 2005). Zupełne inne spojrzenie na kwestie zaburzeń autystycznych wprowadził L. Kanner, który wśród dzieci ze schizofrenią, psychozami i niedorozwojem umysłowym, zauważył trudności, które nie mieściły się w żadnej z dotychczas ustalonych klasyfikacji diagnostycznych. Dzieci te przejawiały charakterystyczne cechy zachowania i reagowania. Kanner wyróżnił je, określił jako zespół i nadał im nazwę *autyzm wczesnodziecięcy*. W 1943 opublikował swoje pierwsze doniesienie na temat jedenastu dzieci z zaburzonym wzorcem zachowań. Pisał: „Od 1938 roku naszą uwagę przyciągała pewna liczba dzieci, których stan tak znacząco i wyjątkowo różni się od czegokolwiek, co wcześniej opisywano, że każdy przypadek zasługuje na szczegółowe rozważenie jego fascynujących osobliwości(...)”. Kanner wykazał, że badane przez niego dzieci wykazują wiele wspólnych cech i wyróżnił pięć kryteriów diagnostycznych, które zdają się szczególnie istotne dla badań nad interakcją i komunikacją u dzieci z ASD (Wing 2005):

- Głęboki brak kontaktu emocjonalnego – preferowanie bezpiecznego dystansu, często zachowania skrajne – lęk lub obojętność.
- Niepokój, obsesyjne pragnienie zachowania niezmienności – szczególnie wobec zmian w codziennym harmonogramie zajęć.

- Fascynacja przedmiotami, którymi dziecko wykonuje powtarzające się czynności lub gromadzi je. Ważne, by podkreślić, że zabawa jest tu wyraźnie ograniczona i stereotypowa.
- Mutyzm lub opóźniony rozwój mowy oraz liczne zachowania językowe utrudniające komunikację – echolalie natychmiastowe i opóźnione oraz stosowanie słów i zwrotów opartych na nieistotnych skojarzeniach utworzonych w wyniku jakiegoś zdarzenia a następnie utrwalonych.
- Dobry potencjał intelektualny u niektórych badanych.

Kanner opisał także inne nieprawidłowości, choć nie włączył ich do listy podstawowych kryteriów. Z dzisiejszej perspektywy są one bardzo istotne, zwłaszcza dla wczesnej diagnozy spektrum ASD:

- upośledzenie niewerbalnych aspektów komunikacji – brak mimiki twarzy, słaby kontakt wzrokowy, monotonna intonacja głosu, niewielka gestykulacja,
- niezdarność, zła koordynacja motoryczna,
- częste stereotypowe ruchy kończyn i ciała,
- osobliwe reakcje na bodźce zmysłowe,
- automatyczne naśladowanie intonacji, ruchów bez rozumienia ich celowości,
- problemy z jedzeniem,
- częste napady złości, agresja, autoagresja.

Zainteresowanie badaczy zagadnieniem autyzmu to efekt stałego wzrostu liczby zachorowań, co rodzi pytania o przyczyny, możliwości optymalnych warunków diagnozy i terapii dzieci ASD. Mimo braku spójności w kwestii etiologii owych zaburzeń wyniki współczesnych badań pozwalają na sformułowanie tezy, iż autyzm to „zaburzenie o podłożu neurologicznym uwarunkowanym konstytucyjnie i przekazywanym genetycznie, przy czym istotną rolę odgrywają również czynniki biologiczne związane z nieprawidłowościami rozwoju lub uszkodzeniem OUN w okresie prenatalnym, perinatalnym lub postnatalnym” (Bryńska 2012 s. 1053)

Deficyty językowe w autyzmie

Kwestie komunikacji dzieci dotkniętych autyzmem wczesnodziecięcym są szeroko poruszane w literaturze specjalistycznej, ponieważ zaburzenie w używaniu języka i gestów jest uważane za jedną z najbardziej charakterystycznych cech autyzmu. Badania wykazują, że połowa osób autystycznych nie mówi bądź ich komunikacja nie jest jasna z punktu widzenia przyjętych konwencji (Bobkowska-Lewartowska 2005). To sprawia, że pojawiają się trudności w formowaniu się procesów poznawczych – czyli narzędzi do opisywania i rozumienia świata oraz formowania się tożsamości. Najtrudniej, pisze J. Cieszyńska, wytłumaczyć, że dziecko autystyczne nie rozumie słów, chociaż je słyszy; nie rozumie wypowiedzi innych osób, a jeśli samo mówi, nie robi tego w celach komunikacyjnych. Mowę dzieci autystycznych określa się również jako dziwną i pełną manieryzmów (Cieszyńska 2011), a deficyty w jej zakresie zauważa się zarówno na płaszczyźnie ilościowej i jakościowej jak i praktycznym użyciu języka – ich szczegółowy wymiar ilustruje tabela:

Tab. 1. Podstawowe deficyty językowe w komunikowaniu się dzieci autystycznych, M.M. Konstantareas, E.B. Blackstock, C.D. Webster, Autyzm, KTA, Warszawa 1992, s. 73.

DEFICYTY ILOŚCIOWE	DEFICYTY JAKOŚCIOWE	DEFICYTY W PRAGMATYCZNYM UŻYCIU JĘZYKA
Brak mowy z brakiem gestykulacji z elementarna gestykulacja	Echolalia natychmiastowe opóźnione	Niezdolność do naprzemiennego wystawiania się
Opóźnienia w mowie krótkie (miesięczne) długotrwałe (wieloletnie)	Odwracanie zaimków	Brak komunikowania się w relacji z dorosłym
Ograniczona mowa tylko według łańcucha: bodziec reakcja bardziej zaawansowane, lecz ograniczone posługiwanie się mowa	Neologizmy	Brak komunikowania się w relacji z rówieśnikami
	Metaforyczne użycie języka	Niezdolność do symbolicznego użycia przedmiotów
	Nieodpowiednie uwagi	Słabe użycie prozodii dla wyrażenia zamiaru
	Język stereotypowy	Słabe wykorzystanie bodźców wzrokowo twarzowych dla metakomunikacji – gesty, mimika
	Defekty artykulacyjne	

Poziom umiejętności u dzieci z autyzmem jest bardzo zróżnicowany, co utrudnia scharakteryzowanie obrazu deficytów, stworzenie jednoznacznego opisu zaburzeń komunikacyjnych, a także proces diagnozy. Język osób z zaburzeniami ASD cechują liczne zaburzenia, wyraźne opóźnienie, częsty regres umiejętności, a także głębokie deficyty dotyczące funkcji komunikacyjnej. Już obserwacje L. Kanner'a doprowadziły do wielu wniosków na temat języka i komunikacji badanych dzieci. U opisywanych pacjentów zauważył między innymi rodzaj mowy, którego celem nie jest komunikacja międzyludzka (Wing 2005). Dzieci z autyzmem unikają interakcji, nie wyrażają potrzeby użycia języka dla nawiązania kontaktu z najbliższymi. Powodem powyższych nieprawidłowości może być zaburzona percepcja, czego skutkiem staje się nieadekwatne odbieranie, interpretowanie i wykorzystanie napływających bodźców, które przy harmonijnym rozwoju wyzwalały u dziecka chęć do podejmowania prób nawiązywania kontaktu z bliskimi osobami (Wojciechowska 2011). Silnie zaburzone są także zachowania pozajęzykowe, które uniemożliwiają interakcję, między innymi: gest wskazywania palcem, pokazywania, nawiązywania kontaktu wzrokowego raz dzielenia pola wspólnej uwagi. Charakterystyka trudności komunikacyjnych w autyzmie jest trudna do sprecyzowania, a intensyfikacja deficytów zależy od całościowego funkcjonowania dziecka. W sposób odmienny przejawia się spektrum autyzmu u małego dziecka, inaczej u nastolatka. L. Kanner w wyniku swoich obserwacji założył, iż nasilenie autyzmu może być różne – począwszy od niepełnych i łagodnych manifestacji, po najbardziej wyraziste i intensywne (Wing 2005). Wśród badaczy coraz silniej ugruntowuje się teza o istnieniu

kontinuum upośledzenia rozwoju komunikacji, interakcji społecznych i wyobrażeń, przez H. Jaklewicz nazwane *kontinuum autystycznym* (Jaklewicz 1993, s. 67). Zgodnie z tym poglądem autyzm przybierać może skrajne postaci – od łagodnej formy, nie utrudniającej postrzegania świata i nawiązywania kontaktów społecznych, po formy mocnego upośledzenia fizycznego i psychicznego.

Język a mowa – przykłady wybranych deficytów komunikacyjnych w autyzmie

Jak podaje słownik PWN interakcja to „wzajemne oddziaływania na siebie osób, przedmiotów lub zjawisk” (sjp.pwn.pl/sjp/interakcja, dostęp: 28.10.2018). Wzajemne, czyli stanowiące o obustronnym udziale, służącego wspólnemu użytkowi. Tymczasem, u osób z ASD brak wspomnianej interakcji, czyli celowego działania w jakiejś intencji, jest powodem upośledzenia komunikacyjnej funkcji wypowiedzi. Specyficzną cechą mowy osoby z ASD staje się zatem zaburzony dyskurs w jego pragmatycznym wymiarze. Egzemplifikacja trudności, zaprezentowana w niniejszym opracowaniu, jest wynikiem badań wśród dzieci o wyższym poziomie funkcjonowania poznawczego oraz językowego. Badani są zatem w stanie artykułować słowa, posługiwać się nazwami rzeczy, czynności i stanów, formułować zdania, opisywać i opowiadać – zwłaszcza na interesujące je tematy. Dziecko posługuje się zatem *językiem*, lecz nie jest uczestnikiem aktu *komunikacji*. Nie zakłada bowiem naprzemienności ról, współuczestnictwa drugiej osoby, nie respektuje także zasad potocznego dyskursu (Szwajda 2014). Sytuacja komunikacyjna, powstała w trakcie zajęć terapeutycznych, pozwala na zaprezentowanie funkcjonowania mowy dziecka z ASD w interakcji.

Przykład 1. Antoś, 5 lat

T1: *Dzień dobry Antosiu, dawno Cie nie było! Byłeś chory?*

D: *Byłeś chory.*

T: *Byłem chory. Na co byłeś chory?*

D: *A pani mówi, że tylko syropek, a zastrzyków nie.*

T: *A co Cie bolało?*

Brak odpowiedzi. Chłopiec zaczyna bawić się kredkami.

T: *Antoś, co Cie bolało, gardło?*

D: *Tak, ale zastrzyków nie, tylko lekarstwa.*

Chłopiec nie był zainteresowany takim wprowadzeniem do rozmowy i zajęć. Nie odpowiada na zadane pytania. Wśród jego wypowiedzi dominują te, łączące się z silnymi emocjami, tu – strachem przed zastrzykami, choć nie wprowadza rozmówcy w temat wizyty u lekarza. Antoś posłużył się także echolalią natychmiastową „byłeś chory” - wypowiedział te słowa bez zastanowienia, powtarzając słowa terapeutki. Gdy rozmowa przestaje go interesować zaczyna bawić się przedmiotami na biurku nie zważając na rozmówcę.

Przykład 2. Kacper, 6 lat

Terapeutka pokazuje obrazek

T: *Zobacz, co się stało chłopczykowi? Spadł z roweru. Oj, co on mówi?*

D: *Nic.*

T: *Ale go boli noga, co on mówi?*

Terapeutka wypowiada pytanie smutnym, płaczącym głosem.

D: *On wrzeszczy, że ŁA, ŁA! Moja noga zaraz umrze.*

T: *On mówi, że bardzo boli go noga, a co się stało?*

D: *Wywinął orła i na kolana... (po chwili) a co tam, on wariuje na rowerze to ma.*

T: *Tak, jechał za szybko. A jak ten chłopczyk ma na imię?*

D: *Wariat.*

Chłopiec w sposób nieadekwatny do sytuacji używa zwrotów i frazeologizmów. Włącza się w rozmowę dopiero, gdy pytanie zostaje powtórzone z odpowiednią intonacją i ładunkiem emocjonalnym. Jednak odpowiedź chłopca cechuje zbyt duża emocjonalność, przesadzona reakcja. Chłopiec przytacza zasłyszane sformułowania, oceniając postępowanie bohatera. Jak się okazało, mama Kacpra często zwraca się do niego słowami „tylko nie wariuj”, gdy ten wybiera się pojeździć na rowerze.

Przykład 3. Piotruś, 6 lat:

T: *Przeczytaj, co powiedziała mama.*

P: *Nie, nie. Nikt nie czyta, nie czyta!* (krzyk)

Chłopiec zaczyna bić się po głowie – autoagresja.

T: *Piotruś, spokojnie. Spróbuj, mama mówi do Kuby bardzo ciekawe rzeczy.*

P: (po dłuższej chwili Piotr czyta) *Mama zrobiła obiad. Ona mówi: – Kuba, obiad gotowy!*

T: *Co mama mówi?*

P: *Zrobiła obiad. Zrobiła obiad. Obiad je.*

T: *Tak, mama zrobiła obiad a co ona mówi?*

P: *że są kluseczki.*

T: *Ona woła Kubę na obiad, co mówi?*

Terapeutka wskazuje palcem odpowiedni fragment tekstu.

P: (chłopiec czyta) *Obiad gotowy.*

T: *czyli co mówi mama?*

P: *że gotowała.*

Chłopiec zareagował agresją na prośbę wykonania czynności, na którą nie miał ochoty, mimo że czytanie prostych tekstów nie sprawia mu trudności. Piotr ma duże trudności z rozumieniem tekstów. Podczas odpowiadania na pytania powtarza wielokrotnie słowa i zdania, lecz nie udziela poprawnej odpowiedzi. Nie sygnalizuje jednak niezrozumienia pytania lub nieznajomości odpowiedzi. W dyskursie ukazuje się charakterystyczna cecha, czyli sztywność wypowiedzi – Piotruś mówi, że mama zrobiła kluseczki – odpowiada tak na każde pytanie dotyczące jedzonych lub przygotowanych potraw (Co lubisz jeść? Co miałeś dziś na obiad? Co ugotowała osoba na obrazku? itp.). Chłopiec ma problem ze zrozumieniem, typowych dla potocznej wypowiedzi, zwrotów i sformułowań. Myli przymiotnik „gotowy” z czasownikiem „gotować”, przez co udzielane przez niego odpowiedzi są błędne.

Przykład 4, Kacper, 6 lat:

T: *Zobacz, dzieci dały mamie prezent. Co mówi dziewczynka?*

K: *To prezent.*

T: *Co mówimy jak ktoś ma urodziny?*

K: *Że pani i ta mama ma urodziny i trzeba dać prezent. A Kacper ma prezent w maju.*

T: *Tak, bo ty masz urodziny w maju i wtedy jest impreza, są goście i prezenty. To twoje święto.*

K: *Bożego Narodzenia.*

Kacper podczas rozmowy nie wchodzi z terapeutką w interakcję. Nie odczytuje intencji i wprowadza osobne wypowiedzi, czyli odnoszące się do jego osoby i doświadczeń. Odpowiedzi chłopca są determinowane jego skojarzeniami, utartymi sformułowaniami, które przypominają mu się w trakcie wymiany zdań jak: „święta... Bożego Narodzenia”. Niestety, chłopiec nie uruchamia jednak społecznie przyjętych elementów wypowiedzi – pytając o to, co mówi dziewczynka wręczając mamie prezent oraz zadając pytanie „co mówimy, gdy ktoś ma urodziny?” terapeutka sprawdza ogólną wiedzę o świecie i pragmatyczną funkcję mowy chłopca związaną ze stosowanym przez niego uzusem językowym. W tej sytuacji oczekiwać można sformułowań: „wszystkiego najlepszego”, „sto lat”, lub „to dla ciebie mamo” itp. Pada jednak odpowiedź „że ta pani (...) ma urodziny”, a spójnik „że” tylko pozornie wskazuje na związek odpowiedzi z pytaniem. Wyraźnie wypowiedziami Kacpra kierują emocjonalne konotacje.

Dzięki analizie powyższych i podobnych wypowiedzi dzieci z ASD możliwe jest postawienie tezy iż trudności w funkcjonowaniu dziecka z autyzmem, w kontekście komunikacji i nawiązywania relacji z innym człowiekiem wynikają z następujących deficytów (Szwajda 2014):

1. Niechęć do inicjowania rozmowy.
2. Brak umiejętności naprzemiennego i dwustronnego uczestnictwa w interakcjach społecznych.
3. Nieumiejętność przekazywania intencji komunikacyjnej zarówno w sposób werbalny, jak i za pomocą prozodii mowy oraz komunikacji niewerbalnej.
4. Nieumiejętność interpretowania intencji komunikacyjnej w pośrednich aktach mowy.
5. Zaburzona percepcja zmysłowa, będąca przyczyną niezrozumienia wypowiedzi
6. Niekonsekwentne reagowanie na przebieg interakcji, czyli to, co mówi druga osoba.
7. Nieumiejętność metakomunikacji.
8. Niezdolność do tworzenia dłuższych wypowiedzi (działanie w schemacie pytanie – odpowiedź).
9. Wycofanie, bierność lub nieadekwatna spontaniczność w porozumiewaniu się,

Zakończenie

Jak wynika z raportów badań w Wielkiej Brytanii aż 70% dzieci ma trudności z harmonijnym opanowaniem mowy i wykazują opóźnienia w zakresie rozwoju języka. Problem ten nie mija samodzielnie i utrzymuje się u 30% badanych dzieci. (Langdon 2017). Jak zauważa G. Gunia (2017) rangę problemu potwierdza Raport opracowany w ramach Programu Badań Komunikacyjnych (BCRP). Wyniki Raportu pozwoliły

na sformułowaniu pięciu zaleceń w celu opracowywania strategii prowadzenia działań wspierających, diagnostycznych i terapeutycznych dla dziecka z trudnościami komunikacyjnymi i jego rodziny:

10. Zdolność komunikacji jest zasadniczym aspektem prawidłowego funkcjonowania człowieka.
11. Skuteczność oddziaływań terapeutycznych warunkuje wczesne rozpoznanie trudności komunikacyjnych i rozwojowych.
12. Wielospecjalistyczną opieką i wsparciem powinna być objęta cała rodzina.
13. Efektywność pracy terapeutycznej zależy od współdziałania rodziców i specjalistów.
14. System opieki psychologiczno-pedagogicznej musi być klarowny i łatwo dostępny dla zróżnicowanej populacji dzieci i młodzieży.

Liczne trudności komunikacyjne wykazują dzieci z autyzmem, a powyższe zalecenia dotyczą także prowadzenia oddziaływań terapeutycznych wobec nich. Analiza języka dzieci z ASD, której dokonują logopedzi i pedagodzy dotyczy głównie języka w perspektywie statycznej – zakresu słownictwa, zdolności gramatycznych, zauważalnych defektów – zatem *języka* jako systemu i umiejętności budowania z niego poprawnych struktur. Tymczasem duża część dzieci uczęszczających od lat na systematycznie prowadzone zajęcia terapeutyczne opanowała język jako strukturę, lecz ich wypowiedzi wymagają pogłębionej analizy pod względem kompetencji komunikacyjnej, stawiając je w obliczu rzeczywistych wymogów kontekstu sytuacyjnego.

Nieumiejętność uczestniczenia w akcie komunikacji zawsze łączy się z wykluczeniem i niezrozumieniem, zatem zadaniem terapeuty jest nie tylko uczenie języka, ale i *mowy* (w znaczeniu komunikacji), co oznacza włączenie w program terapii całej gamy ćwiczeń ogólnorozwojowych. Brak użycia i rozumienia kodów werbalnych to deficyty na każdym etapie rozwoju, a z czasem również regres zdobytych już umiejętności.

Bibliografia

- Bobkowicz-Lewartowska L. (2005). *Autyzm dziecięcy, zagadnienia diagnozy i terapii*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Bryńska A. (2012). W poszukiwaniu przyczyn zaburzeń ze spektrum autyzmu – neuroobrazowanie strukturalne, cz. 1, *Psychiatria Polska*, XLVI
- Cieszynska J. (2011). *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych*. Kraków: Konferencje-logopedyczne.
- Grabias S. (2004). *Język w zachowaniach społecznych*. Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Skłodowskiej-Curie.
- Gunia G. (2017). Strategie podwyższania jakości życia osób z zaburzeniami komunikacji, *Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych*, LXX, 29–42.
- Konstantareas M.M., Blackstock E.B., Webster C.D. (1992). *Autyzm*. Warszawa: KTA.
- Kurcz I. (2000). *Psychologia języka i komunikacji*. Warszawa: Wydaw. Scholar.
- Langdon H.W. (2017). Mój dwulatek nie mówi! Co mogę zrobić? W: *Współczesne tendencje w diagnozie i terapii logopedycznej*, (red.) D. Pluty-Wojciechowskiej, B. Sambor. Gdańsk: Wydaw. Harmonia.

- Lechta V. (2011). Podstawy teoretyczne logopedii. W: *Wprowadzenie do logopedii*, (red.) G. Gunii, V. Lechty. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Ogonowska A. (2015). *Komunikacja i porozumienie. Sztuka bycia razem, tworzenia więzi i rozwiązywania konfliktów*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- Przetacznik-Gierkowska M., Tyszkowa M. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka. Zagadnienia ogólne*, Wyd. IV. Warszawa: Wydaw. Naukowe PWN.
- Szwajda U. (2014). O mówieniu bez komunikowania, czyli dyskurs i interakcja w autyzmie. Charakterystyka trudności, *Socjolingwistyka*, 28, 93–107.
- Tomasello M. (2002). *Kulturowe źródła ludzkiego poznania*. Warszawa: PIW.
- Wing L. (2005). Związek między zespołem Aspergera i autyzmem Kanner. W: U. Frith (red.), *Autyzm i zespół Aspergera*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Wojciechowska A. (2011). Charakterystyka języka i komunikacji osób z autyzmem i zespołem Aspergera. W: *O utrudnieniach w porozumiewaniu się. Perspektywa języka i komunikacji*. Poznań: Wydaw. Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.
- Wołowska K. (2013). Parole potentielle w teorii Ferdynanda de Saussure'a, *Linguistica Copernicana*, 2 (10), 77–90.
- Woźniak T. (2017). Logopedia na świecie u progu XXI wieku. W: *Współczesne tendencje w diagnozie i terapii logopedycznej*, (red.) D. Pluty-Wojciechowskiej, B. Sambor. Gdańsk: Wydaw. Harmonia.

Abstract

W artykule przedstawiono zagadnienie komunikacji językowej dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, skupiając się przede wszystkim na roli interakcji komunikacyjnej i jej obecności w procesie porozumiewania się dzieci z ASD. Omówiono znaczenie komunikacji w rozwoju dziecka - rozróżniając pojęcia *mowa* i *język*. Najistotniejszą część artykułu stanowią wypowiedzi badanych dzieci i ich analiza ukazująca zaburzoną sprawność komunikacyjną w ASD jako zjawisko dynamiczne i wieloczynnikowe. Zaprezentowane przykłady obrazują trudności w funkcjonowaniu dziecka z autyzmem jako uczestnika w życiu społecznym, w kontekście komunikacji i nawiązywania relacji z innym człowiekiem.

Słowa kluczowe: zaburzenia ze spektrum autyzmu, komunikacja, język, mowa, interakcja

Barbara Cygan

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

Metoda integracji sensorycznej we wspomaganie rozwoju dziecka z autyzmem**Wstęp**

Wspomaganie rozwoju dziecka z zaburzeniami rozwojowymi jest kluczowe w osiągnięciu przez nie sprawności oraz zdolności do prawidłowego funkcjonowania społecznego. Specjaliści podejmujący działania terapeutyczne wykorzystują różne metody i techniki, które służą usprawnianiu jego funkcjonowania w określonym obszarze. Jak podkreśla Stanisław Palka (2008: 33) wspomaganie ma charakter indywidualny i społeczny, i związane jest z relacjami co najmniej dwóch osób: osoby wspomagającej oraz osoby wspomagananej. Jego efektem powinno być dążenie do osiągnięcia wyznaczonego celu, jakim jest zmniejszanie trudności dziecka (występujących w ramach zaburzenia) i tym samym rozwijanie jego indywidualnych możliwości. Z kolei według Edyty Gruszczyk-Kolczyńskiej i Ewy Zielińskiej (2000: 11) wspomaganie rozwoju polega na stwarzaniu sytuacji kształcących, organizowaniu zadań, zabaw, ćwiczeń, zajęć, warsztatów, w których może ono wzbogacać własne doświadczenia, pogłębiać umiejętności, poszerzać wiadomości, doskonalić procesy poznawcze, emocjonalne, rozwijać sferę społeczną. Sytuacje (...) muszą być odpowiednio dobrane do rozwojowych możliwości, potrzeb i zainteresowań dziecka.

W takim kontekście możemy mówić o wspomaganie rozwoju dziecka z zaburzeniami rozwojowymi z wykorzystaniem Metody integracji sensorycznej. Ma ona charakter naukowej zabawy podczas której dziecko jednocześnie bawi się i uczy. Głównym jej celem jest dostarczenie kontrolowanych bodźców sensorycznych poprzez różnorodne ćwiczenia. W ich efekcie wzmacniamy procesy nerwowe będące podstawą określonych umiejętności, które pojawiają się w sposób naturalny, jako efekt poprawy funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego.

Na przykładzie trwającej sześć miesięcy, systematycznej terapii z dzieckiem ze zdiagnozowanym autyzmem Metodą integracji sensorycznej, postaram się dowiedzieć, że zasadnym jest jej stosowanie, jako jednej z form wspomaganie jego rozwoju.

Metoda integracji sensorycznej – rys teoretyczny

Jedną z metod terapeutycznych w pracy z dziećmi z zaburzeniami rozwojowymi (w tym autyzmem) jest Metoda integracji sensorycznej¹. Terapia tą Metodą polega m.in. na usprawnianiu procesów przetwarzania informacji przez układ nerwowy (Kawa, 2011: 53). Sama integracja sensoryczna jest procesem neurologicznym i pozwala na automatyczne, skuteczne i łatwe reagowanie na konkretne bodźce sensoryczne. Jeśli integracja przebiega prawidłowo, to przetwarzanie i organizowanie informacji zachodzi automatycznie (Yack, Aquilla, Sutton, 2014: 21). Twórczynią Metody jest Anne Jean Ayers (2015). Badaczka zaczęła opracowywać ją wraz z powiązаныmi procedurami ewaluacyjnymi i strategiami terapeutycznymi w latach pięćdziesiątych XX. wieku. Przeprowadzone badania pozwoliły jej na wykrycie związku pomiędzy nieprawidłowym przetwarzaniem bodźców sensorycznych odbieranych przez dziecko, a jego funkcjonowaniem na gruncie społecznym i szkolnym.

Pisząc o metodzie integracji sensorycznej trudno nie odnieść się do zaburzeń integracji sensorycznej. Możemy tutaj wyróżnić ich trzy podstawowe kategorie: zaburzenia modulacji sensorycznej, które wiążą się z nadmierną lub obniżoną reaktywnością sensoryczną bądź z poszukiwaniem sensorycznym; zaburzenia dyskryminacji sensorycznej oraz zaburzenia motoryczne o podłożu sensorycznym. W tym przypadku możemy mówić o zaburzeniach posturalnych i dyspraksji (Kranowitz, 2012: 33).

Modulacja sensoryczna to proces, w ramach którego mózg zbiera wszystkie rodzaje bodźców i informacji sensorycznych a następnie je sortuje. Jest niezbędna w regulacji poziomu aktywności mózgu, a co za tym idzie – poziomu aktywności dziecka (Ayers 2015, Yack, Aquilla, Sutton, 2014; Voss, 2017). Jest procesem nieświadomym, zachodzącym wtedy, gdy istnieje równowaga pomiędzy hamowaniem i wzmacnianiem. Nieprawidłowa rejestracja i orientacja mogą zakłócać te procesy, stąd dziecko może mieć np. trudności ze skupieniem uwagi, z trudem podążać za instrukcjami werbalnymi czy reagować na niektóre bodźce strachem i zdenerwowaniem (Yack, Aquilla, Sutton, 2014: 24–25).

Zaburzenia dyskryminacji sensorycznej (Kranowitz 2012; Sher 2014) wiążą się z problemami z różnicowaniem odbieranych bodźców. Prawidłowa dyskryminacja umożliwia nam odbiór pochodzących ze zmysłów informacji, łączenie ich, interpretowanie, analizowanie i wiązanie ze zgromadzonymi wcześniej danymi. Dzięki niej jesteśmy w stanie rozpoznać np. kształty czy faktury bez patrzenia na nie, czy różnicować docierające do nas dźwięki. Centralny układ nerwowy dziecka, u którego występuje zaburzenie dyskryminacji sensorycznej, niedokładnie przetwarza wrażenia zmysłowe.

Z kolei zaburzenia motoryczne o bazie sensorycznej występują wtedy, gdy informacje z układów proprioceptywnego i przedsionkowego są błędnie interpretowane

1 Jest ona stosowana w pracy z dzieckiem, u którego zdiagnozowano zaburzenia przetwarzania sensorycznego (SPD). Należy zaznaczyć, że zaburzenia integracji sensorycznej często są zaburzeniami współistniejącymi np. u dzieci ze zdiagnozowanym autyzmem. Częstotliwość ich występowania spowodowała, że zostały one ujęte w DSM-V, jako jedno z kryteriów diagnostycznych dotyczących zaburzeń ze spektrum autyzmu (Rynkiewicz, Kulik, 2013: 42).

lub niewłaściwie przetwarzane. Propriocepcja informuje nas o ułożeniu poszczególnych części naszego ciała (nawet bez kontroli wzrokowej) zaś impulsy z układu przedsionkowego tworzą tonus mięśniowy, który utrzymuje mięśnie w napięciu i gotowości do reagowania (Ayres, 2015: 109).

Jak podkreśla Ellen Yack, Paula Aquilla, Shirley Sutton (2014: 37) głównym celem w pracy z dzieckiem ze zdiagnozowanymi zaburzeniami rozwojowymi (w tym z autyzmem) Metodą integracji sensorycznej jest dążenie do osiągnięcia przez nie stanu spokojnej czujności. Autorzy zaznaczają, że kiedy poziom jego pobudzenia zostanie wyregulowany, interwencje koncentrujące się na komunikacji, socjalizacji oraz rozwijaniu umiejętności mają większe szanse na powodzenie. Innym celem terapii jest pomoc w rozwijaniu umiejętności motorycznych, bowiem opóźniony rozwój motoryki małej i dużej może być spowodowany zaburzonym planowaniem motorycznym, słabą zdolnością koncentracji uwagi czy strachem przed otoczeniem i odczuwanym dyskomfortem związanym z jego eksploracją. Zwracają również uwagę na to, że terapia tą Metodą nie kładzie nacisku na rozwój konkretnych umiejętności dziecka, ale na poprawę funkcji integracji sensorycznej. Podejmowane przez terapeutę czynności, oparte na bodźcach, są zawsze celowe i wymagają aktywnego uczestnictwa dziecka.

Wspomaganie i rozwój – założenia teoretyczne

Dziecko ze zdiagnozowanymi zaburzeniami potrzebuje wspomaganie rozwoju nie tylko ze strony nauczyciela i rodziny, ale przede wszystkim ze strony specjalistów. W zależności od modelu teoretycznego, w obrębie którego definiowane jest pojęcie rozwoju, przyjmuje ono różne znaczenia.

Jak wspomniano we wstępie, ma ono zarówno charakter indywidualny, jak i społeczny, oraz ma służyć zmniejszeniu zdiagnozowanego zaburzenia dzięki umiejętnej organizacji zajęć, stymulujących rozwój dziecka oraz wzbogacających je o nowe doświadczenia. Nieco inne ujęcie wspomaganie proponuje Helena Sęk i Roman Cieślak (2011). Według autorów jest to rodzaj interakcji społecznej, która zostaje podjęta przez jednego lub obu uczestników sytuacji problemowej, trudnej, stresowej lub krytycznej (Sęk, Cieślak, 2011: 18). Celem wspomaganie, w ujęciu autorów, jest przede wszystkim zmniejszenie stresu oraz pomoc w radzeniu sobie w sytuacji trudnej poprzez towarzyszenie, tworzenie poczucie przynależności, bezpieczeństwa a także budowanie nadziei. Poza emocjonalną stroną wspomaganie istnieje również jego kontekst instrumentalny traktowany jako możliwość przybliżania się do rozwiązywania problemu i przezwyciężania trudności przez osobę wspomaganą. Jednak warunkiem koniecznym do osiągnięcia wspomnianego celu jest dostosowanie pomocy do potrzeb osoby, która jej potrzebuje.

Rozwój w ujęciu encyklopedycznym to termin określony jako zachodzenie zmian w istniejącym stanie rzeczy. Jest złożonym procesem przebiegającym w czasie i ma charakter długookresowy. Przebiega stopniowo w sposób uporządkowany, obejmując nakładające się na siebie w czasie zmiany, które utrzymują się stosunkowo trwale. Rozwój może być progresywny – związany z postępowaniem, czyli dążeniem do

stanu pożądanego lub idealnego oraz rozwój regresywny – związany z regresem, czyli oddalaniem się od stanu pożądanego lub idealnego².

Badania własne – studium indywidualnego przypadku

Celem podjętych badań było sprawdzenie, na ile systematyczna praca z dzieckiem ze zdiagnozowanym autyzmem Metodą integracji sensorycznej wspomaga jego rozwój i w przypadku zdiagnozowanych zaburzeń integracji sensorycznej zmniejsza je. W badaniach wykorzystano metodę indywidualnego przypadku w odniesieniu do ośmioletniej dziewczynki – Ani³ – (wiek w czasie I. badania 8;1, w czasie II. badania 8;8) z niepełnosprawnością sprzężoną - zdiagnozowanym autyzmem i niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. U dziewczynki ponadto stwierdzono nadpobudliwość psychoruchową z zaburzeniami koncentracji uwagi oraz zaburzeniem emocji, dyslalię wieloraką oraz epilepsję⁴. Dziewczynka była pod opieką m.in. psychiatry, neurologa, neurologopedy i psychologa.

Posłużono się w tej metodzie techniką obserwacji bezpośredniej, indywidualnej. Materiał diagnostyczny zdobyto również wykorzystując technikę wywiadu, który przeprowadzono z rodzicami dziecka. Jako narzędzia wykorzystano Kwestionariusz Rozwoju Sensomotorycznego Dziecka⁵, Kwestionariusz Zachowań Dziecka w Aspekcie Poszczególnych Układów Sensorycznych⁶, Kwestionariusz Obserwacji Klinicznej⁷ i Kwestionariusz Południowokalifornijskich Testów Integracji Sensorycznej⁸ wykonanych jako próby kliniczne. Diagnozę oraz terapię przeprowadzono w Poradni Terapii Sensorycznej INTENSO. Terapia trwała od grudnia 2017 r. do czerwca 2018 r. i odbywała się raz w tygodniu na spotkaniach po 50 min.

Na podstawie przeprowadzonego wywiadu stwierdzono, że przebieg rozwoju prenatalnego był prawidłowy. Poród odbył się o czasie siłami natury. Po porodzie przyznano 10 pkt. w skali Apgar, chociaż dziewczynka była owinięta pępowiną. W związku z powyższym matkę i noworodka zatrzymano w szpitalu do obserwacji z powodu niepokojącej „bładości” dziecka na tle innych dzieci. Z powodu zaobserwowanych poprzecznych bruzd na dłoniach, dziecko zostało skierowane do poradni genetycznej. Rozwój ruchowy przebiegał z lekkim opóźnieniem. Rozwój mowy był zaburzony.

W zakresie funkcjonowania sensorycznego dziewczynka, jako niemowlę nie lubiła noszenia, huśtania, jednocześnie potrzebowała czuć bliskość drugiej osoby. Obserwowane było przez rodziców zapatrywanie się dziecka w punkt. Były

2 *Popularna Encyklopedia Powszechna*, Fogra, Kraków 1996, T. 15., s. 273.

3 Imię zmieniono.

4 Diagnozy lekarskie.

5 Opracował Z. Przyrowski, www.zbigniewprzyrowski.pl [dostęp: 11.01.2018]

6 Opracował Z. Przyrowski, www.zbigniewprzyrowski.pl [dostęp: 11.07.2018]

7 Opracował Z. Przyrowski, www.zbigniewprzyrowski.pl [dostęp: 11.07.2018]

8 Southern California Sensory Integration Tests, Profile of Standard Scores by A. Jean Ayers, Ph.D. Copyright 1972 WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES – narzędzie wykorzystywane przez certyfikowanych terapeutów SI.

problemy z karmieniem piersią. Do 1. r.ż. przyjmowała posiłki miksowane. Przy posiłkach stałych obserwowany był (i utrzymywał się do momentu diagnozy) odruch wymiotny. Dziewczynka była wrażliwa na temperaturę posiłków oraz zapachy. Wąchała przedmioty i jedzenie. W młodszym dzieciństwie występowały uniej zaparcia. W momencie zgłoszenia się na diagnozę miała ograniczone słodczyce i produkty z zawartością glutenu. Dużym problemem było mycie włosów, bowiem dziewczynka odczuwała strach przed wodą. Obserwowana była nadwrażliwość na niektóre dźwięki.

Z dalszych informacji wynikało, że dziewczynka preferowała bierny tryb życia, samotne zabawy, miała trudności z nawiązywaniem i utrzymywaniem kontaktów z rówieśnikami. Trudność sprawiało jej również podporządkowanie się zasadom obowiązującym w grupie oraz podejmowaniem z nią współpracy. Niechętnie uczestniczyła w zajęciach/grach zespołowych. Zdarzały jej się zachowania agresywne nakierowane na inne dzieci, jak i na osoby dorosłe⁹. Dziewczynka wtedy gryzła, szczypała, ciągnęła za włosy, krzyczała czy rozbierała się. W zachowaniu była impulsywna, łatwo się irytowała i złościła. Brakowało jej świadomości zagrożeń. Obserwowana była również autoagresja.

Dziewczynka dostarczała sobie autostymulacji skacząc, trzepocząc rękami przed oczami, dociskając powieki. Obserwowane były również zachowania lękowe oraz o charakterze natręctw. Preferowała zabawy na huśtawkach, trampolinach, karuzeli. W szkole miała trudności z pisaniem, czytaniem i rysowaniem oraz spokojnym siedzeniem. Łatwo się rozpraszała pod wpływem bodźców dźwiękowych i słuchowych. Objęta była (i nadal jest) kształceniem indywidualnym.

Diagnoza wstępna przeprowadzona w listopadzie 2017 r.

W chwili zgłoszenia się dziecka na diagnozę zaburzeń integracji sensorycznej obserwowane było wzmożone napięcie mięśniowe, niepewny i asekuracyjny chód po schodach – musiała trzymać się poręczy, problemy z koordynacją i równowagą. Obserwowano również problem z naśladowaniem prostych układów ruchowych. W opinii rodziców dziewczynka miała duże trudności z nauczeniem się jazdy na rowerze. Ponadto każda nauka nowej czynności wymagała znacznie dłuższego czasu niż u jej rówieśników. Według opinii rodziców miała bardzo mocny chwyt i nacisk przyborów piśmiennych na kartkę, które powodowały łamanie np. kredki czy ołówka. Poziom wykonywanego przez nią rysunku był obniżony i schematyczny (w czasie obserwacji klinicznej wykonała rysunek, który był na etapie głowonogów). Nie umiała wiązać butów. Umiejętności w zakresie motoryki małej i dużej były obniżone. Dziewczynka miała kłopoty ze skakaniem na jednej nodze czy przeskakiwaniem przez przeszkody (odczuwała strach). Miała trudności w rozróżnianiu stron

⁹ W czasie terapii dwukrotnie zdarzyły się sytuacje, w których dziewczynka zareagowała agresją drapiąc i ciągnąc za włosy terapeutę. W pierwszym przypadku reakcję wywołał zabrany, po skończonym zadaniu, obrazek kota. Dziewczynka uznała, że może go zabrać do domu, bo jej się podoba. Za drugim razem kolorowe kulki i piasek kinetyczny. Dziewczynka zaczęła go rozrzucać po sali. Gdy terapeuta chciał go zabrać zaczęła zachowywać się agresywnie.

prawej-lewej, podczas rysowania podierała głowę, z trudem wycinała nożyczkami, niechętnie rysowała. W czasie siedzenia przyjmowała nieprawidłową postawę ciała. W czasie badania obserwowane były zaburzenia posturalne w tle. Mowa była niewyraźna, chaotyczna, ton niedostosowany do charakteru wypowiedzi.

Trudność w uczeniu nowych aktywności ruchowych oraz sama niezgrabność świadczyły o zaburzeniach ruchowych o bazie sensorycznej, które, jak już wspomniano obejmują zaburzenia posturalne i dyspraksję (Kranowitz, 2012: 38–40). Ogólnie ujmując nieprawidłowości te przejawiają się zaburzeniami kontroli postawy oraz dysfunkcjami współistniejącymi takimi jak: zaburzenia mowy, trudności szkolne w zakresie czytania, pisania, czasem matematyki, co obserwowano u dziewczynki.

Zaburzenia kontroli postawy mogą być spowodowane przede wszystkim nieprawidłowym sprzężeniem zwrotnym z systemu przedsionkowego i proprioceptywnego, ale również dotykowego i wzrokowego. Zaburzenia przystosowania posturalnego przejawiają się nieprawidłowymi reakcjami równoważnymi, obronnymi i posturalnymi w tle (Przyrowski, 2014: 28). Dzieci z dyspraksją są niezgrabne ruchowo. Poruszając się potrącają przedmioty i osoby. Dzieci te mają poważne problemy w funkcjonowaniu w wielu obszarach codziennego życia. Są to m.in. zwiększona męczliwość, trudności z wykonywaniem czynności samoobsługowych oraz z zachowaniem porządku wokół siebie i w otoczeniu, zaburzenia koncentracji uwagi, unikanie gier i zabaw (Odowska-Szlachcic, 2014: 13). Zachowania te obserwowano u dziewczynki zarówno w szkole, jak i w domu, czy w czasie aktywności na placu zabaw. Potwierdzali je również pracujący z nią specjaliści.

Obserwowane zachowania wskazywały również na występowanie u dziewczynki zaburzeń modulacji sensorycznej m.in. o charakterze obronności/nadwrażliwości dotykowej. Dziewczynka unikała aktywności związanych z brudzeniem się np. lepienia, malowania palcami, nie lubiła być niespodziewanie dotykana, preferowała pewne ubrania, narzekała na metki. Sygnalizowała, że niektóre ubrania drapią ją i są za sztywne. Preferowała chłodniejszą wodę, nie lubiła czesania i mycia włosów, przeszkadzały jej metki na ubraniach, niechętnie chodziła boso po określonych fakturach, czuła, że jest brudna po jedzeniu wokół ust.

U dziewczynki występowały również silne reakcje świadczące o wzmożonej wrażliwości na bodźce dźwiękowe. Stawała się niespokojne w miejscach, w których panował hałas, nie mogła się skupić, była wtedy rozdrażniona. W rozmowie myliła podobnie brzmiące słowa. Myliła się wykonując polecenia słowne, potrzebowała powtarzania poleceń i wskazówek, zatykała uszy na niektóre dźwięki. Obserwowane była autostymulacje słuchowe – śpiewała, mówiła do siebie podczas wykonywania zadania.

Dziewczynka była również nadwrażliwa na światło. Wolała światło rozproszone, półmrok. W czasie słonecznego dnia mrużyła oczy. Była pobudzona gdy miała do czynienia z wieloma bodźcami wzrokowymi.

Wskazywała również cechy nadwrażliwości w systemie węchowym. Przeszkadzały jej pewne zapachy, często zatykała nos twierdząc, że coś „śmierdzi”. Preferowała potrawy o łagodnym smaku. Miała łatwy odruch wymiotny na wiele zapachów.

Podczas badania przeprowadzono Obserwacje kliniczne¹⁰, w których wykorzystano wybrane próby: Szybka rotacja przedramion¹¹, Ruchy oczu¹², Palce-kciuk¹³, Palec do nosa, Kokontracja¹⁴, Pozycja wyprostna na brzuchu¹⁵, Pozycja zgięciowa na plecach, Test Schildera¹⁶, Równowaga statyczna¹⁷, Równowaga dynamiczna¹⁸, Niepewność grawitacyjna¹⁹.

Wyniki przeprowadzonych obserwacji klinicznych prezentowały się następująco:

W próbie Szybka rotacja przedramion zasięg rotacji u dziewczynki był niepełny, brak było sekwencji ruchu, liczba obrotów w czasie 10 s. dla prawej i lewej ręki była poniżej normy wiekowej (5 i 4 obroty przy normie od 9. ruchów dla 8-latków). Ręce sprawiały wrażenie „wiotkich”, dziewczynka w niewielkim stopniu unosiła je, a wykonywany ruch przypominał „trzepotanie” dłońmi.

W czasie wykonywania próby Ruchy oczu, stwierdzono brak separacji ruchów gałek oczu od ruchów głowy, brak płynności ruchu w czasie przekraczania linii środka ciała, gubienie przedmiotu. W czasie konwergencji ruch gałek ocznych był nierównomierny. W czasie badania dziewczynka próbowała łąpać przedmiot.

10 Obserwacje kliniczne oraz ich charakterystykę zaczerpnięto z Z. Przyrowski, 2015, *Kliniczna obserwacja. Podręcznik*. Warszawa, Empis.

11 Próba Szybka rotacja przedramion ocenia się zdolność do szybkiego ułożenia dłoni w pronacji i supinacji. Prawidłowe rozwinięcie tej umiejętności pozwala na osiągnięcie właściwego poziomu precyzyjnej manipulacji dłońmi i palcami. Umiejętność ta jest niezbędna do prawidłowego pisania czy sprawnego rysowania. Pośrednio próba ta może także wskazywać na poziom współpracy międzypółkulowej.

12 W Próbie Ruchy oczu uwidocznione nieprawidłowości mogą utrudniać czytanie, pisanie czy rysowanie, jak i wpływać na obniżoną sprawność fizyczną,

13 Palce-kciuk to próba diagnostyczna służąca ocenie planowania ruchu w obrębie dłoni. Zależy ono w dużej mierze od właściwej rejestracji i integracji bodźców dotykowych, powierzchniowych i proprioceptywnych. Nieprawidłowości obserwowane podczas wykonania tej próby mogą wiązać się z mniejszymi zdolnościami do precyzyjnych ruchów, w tym jakości pisma.

14 Kokontracja to próba oceniająca zdolność do stawiania naprzemiennego modyfikowanego oporu. Właściwa kokontracja pozwala utrzymać prawidłową stabilizację, co z kolei umożliwia precyzję ruchu. Dzieci z dysfunkcjami w integracji bodźców proprioceptywnych, dotykowych, przedsionkowych mogą mieć kłopoty z kokontracją, co pośrednio wiąże się z trudnościami manipulacyjnymi.

15 Próby Pozycja zgięciowa na plecach i Pozycja wyprostna na brzuchu pozwalają na określenie stopnia przetrwania Tonicznego Odruchu Błądźnikowego (TOB). Brak zdolności do przyjęcia pozycji wskazuje na pewien stopień przetrwania tego odruchu. Próby informują nas również o jakości napięcia mięśni antygravitacyjnych.

16 Służą ocenie mechanizmów posturalnych i okoruchowych.

17 Słaba równowaga statyczna, szczególnie z oczami zamkniętymi może być sygnałem zaburzeń integracji sensorycznej bodźców przedsionkowych i proprioceptywnych

18 Niskie wyniki w tej próbie wskazują na zaburzenia reakcji posturalnych, co wiąże się ze zbyt małą ilością bodźców wejściowych z receptorów układu przedsionkowego.

19 Niepewność grawitacyjna to zakłócenia części ośrodkowego układu nerwowego, która moduluje wejściowe informacje z receptorów grawitacji. Dzieci z niepewnością grawitacyjną czują obawę i stres, gdy znajdują się np. na niestabilnym podłożu lub wysokości.

Obserwowany podczas próby Palce-kciuk poziom napięcia mięśniowego w obrębie palców dłoni dziewczynki był nieprawidłowy. Niski wynik tej próby potwierdza spostrzeżenia z wcześniej przeprowadzonej i opisanej próby diadohokinezy (szybkiej rotacji przedramion). W czasie wykonywania próby brak było płynności i sekwencyjności ruchów, łuków dłoniowych, zakłócona była obustronna koordynacja. Dziewczynka nie była w stanie dotknąć palcami do kciuka – łączyła ze sobą palce. Dodatkowym utrudnieniem była konieczność wykonania tej próby bez kontroli wzrokowej.

W próbie Palec – nos dziewczynka trafiała w usta, oko, okolice nosa. Miała trudność ze zgięciem palców i zostawieniem wyprostowanego tylko palca wskazującego. Zadanie sprawiło jej trudność.

W czasie próby Kokontracja dziewczynka stawiała opór po 3–4 sekwencjach. Obserwowana była nagła „sztywność”, napięcie mięśni.

Próby Pozycja wyprostna na brzuchu i Pozycja zgięciowa na plecach nie zostały wykonane pomimo kilkakrotnych prób.

W czasie próby Test Schildera ręce dziewczynki opadły, lewa ręka zginała się w łokciu, w czasie obracania głowy czuć było jej opór, szczególnie przy skręcie w prawo. Odczuwana była „sztywność” w karku.

W czasie próby Równowaga statyczna i dynamiczna dziewczynka odczuwała strach przed pójściem do tyłu, nie była w stanie utrzymać równowagi, nie chodziła równo stopa za stopą.

Próba Niepewność grawitacyjna potwierdziły obserwowane zachowania w czasie badania i odczuwany lęk przed ruchomym podłożem, wysokością, szybszym bujaniem czy huśtaniem. Dziewczynka odczuwała lęk przed położeniem się na piłę na brzuchu i poruszaniem się na niej. Odmówiła położenia się na plecach.

Dziewczynka uzyskała również niskie wyniki w przeprowadzonych Testach²⁰. Ich zestawienie zawarto w tabeli 1.

Tabela 1. Wyniki testów w diagnozie wstępnej

Nazwa Testu	Wyniki diagnozy wstępnej
Identyfikacja palców	-2,4
Grafestezja	-2,3
Lokalizacja bodźców dotykowych	-3,1
Imitacja pozycji	-2,0
Przekraczanie linii środkowej ciała	-2,3
Obustronna koordynacja ruchowa	-1,8
Różnicowanie prawo-lewo	-1,5

²⁰ Z racji zdiagnozowanego zaburzenia oraz obserwowanych trudności przeprowadzono wybrane Testy jako próby kliniczne.

Równowaga w pozycji stojącej – oczy otwarte	-1,8
---	------

Źródło: zestawienie wyników na podstawie przeprowadzonych badań empirycznych

Wyniki przeprowadzonych Obserwacji i Testów oraz jakość ich wykonania sugerowały trudności sensoryczne dziecka. Wskazywały na zaburzenia w systemie proprioceptywnym, przedsionkowym, zaburzenia modulacji oraz zaburzenia motoryczne o bazie sensorycznej – dyspraksja i zaburzenia posturalne. Te implikowały z kolei trudności m.in. z utrzymywaniem równowagi, zakłóconą koordynację, lęk grawitacyjny, trudności z przekraczaniem linii środka ciała, planowaniem motorycznym.

Zaobserwowane u dziewczynki zaburzenia propriocepcji (czucia głębokiego) wpływały m.in. na trudności w kontrolowaniu nacisku palców na przybory do pisanie. Nieprawidłowa organizacja wrażeń przedsionkowych skutkowałą przyjmowaniem nieprawidłowej postawy ciała podczas pisania oraz utrudniała stabilizację pola widzenia. Zaburzenia modulacji (nadreaktywność, podreaktywność) wpływają również na zachowanie, co mogło tłumaczyć to, że dziewczyna była z jednej strony impulsywna, chwilami agresywna, jej reakcje były nieadekwatne do działającego bodźca, łatwo ją było rozproszyć, trudno jej było się dopasować do nowych sytuacji a z drugiej strony lękliwa i wycofana. Ponadto cechował ją ogólny brak planowania. Wokół niej panował rozgardiasz i chaos.

Ponadto w czasie przeprowadzania Obserwacji i Testów dziewczynka miała trudności z utrzymaniem kontaktu wzrokowego, była ospała, wymagała przerw między kolejnymi Testami i próbami. Miała problemy ze zrozumieniem poleceń słownych. Potrzebowała się również dostymulować – skakała, trzepotała rękami, klaskała, stukala, śpiewała.

Należy zaznaczyć, że zdiagnozowane trudności w zakresie przetwarzania sensorycznego a następnie osiągnięte wyniki należało rozpatrywać przez pryzmat zdiagnozowanego zaburzenia, jakim był autyzm z niepełnosprawnością intelektualną oraz wiek dziecka w chwili diagnozy a następnie podjęcia terapii.

W związku z powyższym opracowano indywidualny plan terapeutyczny a dziewczynka została objęta terapią Metodą integracji sensorycznej. W czasie jej trwania skupiono się na dostarczaniu wrażeń proprioceptywnych w celu regulacji stanu pobudzenia dziecka, normalizacji odbioru wrażeń dotykowych oraz, adekwatnie do reakcji dziecka, włączanej stymulacji przedsionkowej. Pracowano również nad poprawą stabilizacji centralnej oraz włączono trening zapachowy i smakowy. Celem była również normalizacja odbioru bodźców dźwiękowych i wzrokowych. W domu zalecono realizację opracowanej diety sensorycznej.

Diagnoza końcowa

W czerwcu 2018 r. przeprowadzono rediagnozę, której wyniki wykazały poprawę w zakresie zaburzonych obszarów.

Poprawie uległo zachowanie dziewczynki, która stała się bardziej wyciszona. Znajduje zatem potwierdzenie założenie, że pierwszej kolejności należy zadbac o wyregulowanie stanu pobudzenia dziecka. Dziewczynka była bardziej

skoncentrowana, wykonywała polecenia słowne, zmotywowana doprowadzała do końca aktywności. Utrzymywała, na miarę możliwości kontakt wzrokowy.

Poprawie uległy wyniki Testów odpowiedzialnych za czucie bodźców dotykowych, jednak praca w tym zakresie nadal była wymagana. Testy ją badające nadal znajdowały się poniżej przyjętej normy²¹. Poprawę również odnotowano w zakresie obustronnej koordynacji ruchowej, jednak umiejętność ta nadal wymagała doskonalenia. W wynikach Testu badającego planowanie ruchu również odnotowano poprawę, jednak nadal znajdował się on poniżej przyjętej normy, stąd nadal wskazana była praca w tym obszarze. Pomimo odnotowanej poprawy, poza normą nadal znajdowały się wyniki Testów: Równowaga w pozycji stojącej oraz Przekraczanie linii środkowej ciała. Dlatego nadal wskazana była praca terapeutyczna doskonaląca te umiejętności. W normie, choć ze wskazaniem do dalszej pracy, był wynik testu Różnicowanie prawo-lewo. Wyniki uzyskane w poszczególnych Testach zawarto w tabeli 2.

Tabela 2. Zestawienie wyników Testów uzyskanych w diagnozie wstępnej i końcowej

Nazwa Testu	Wyniki diagnozy wstępnej	Wyniki diagnozy końcowej
Identyfikacja palców	-2,4	-1,5
Grafestezja	-2,3	-1,5
Lokalizacja bodźców dotykowych	-3,1	-2,2
Imitacja pozycji	-2,0	-1,2
Przekraczanie linii środkowej ciała	-2,3	-1,3
Obustronna koordynacja ruchowa	-1,8	-1,0
Różnicowanie prawo-lewo	-1,5	-0,7
Równowaga w pozycji stojącej – oczy otwarte	-1,8	-1,2

Źródło: zestawienie wyników na podstawie przeprowadzonych badań empirycznych

Poprawa widoczna była również w wynikach Obserwacji Klinicznych, jednak tutaj nadal wskazane były aktywności wzmacniające pracę mięśni antygravitacyjnych oraz równowagę. Zmniejszyły się również obserwowane wcześniej nadreaktywności oraz zachowania autostymulujące.

U dziewczynki, po stosunkowo krótkim czasie terapii, widoczne były postępy, jednak nadal wymagała ona działań terapeutycznych, w celu doskonalenia i utrwalania nabytych umiejętności oraz zmniejszania jeszcze tych utrzymujących się. Stąd należy wskazać, że podjęta terapia Metodą integracji sensorycznej przynosi efekty i stanowi ważny element w terapii dzieci z ze zdiagnozowanymi zaburzeniami rozwoju w tym z autyzmem. Efekty uzależnione są w dużej mierze od indywidualnych predyspozycji dziecka, stopnia zaburzenia oraz zaburzeń współtowarzyszących. Stąd efekty mogą pojawiać się dopiero po dłuższym czasie ale z tendencją

21 Norma przyjęta w skali od -1 do +1

wzrostową. W przypadku dzieci ze zdiagnozowanym autyzmem musimy brać pod uwagę ewentualny regres rozwojowy, który może powodować cofnięcie się wypracowanych efektów.

W przypadku diagnozowanej dziewczynki decyzją rodziców, którzy również dostrzegli pozytywne zmiany w jej zachowaniu, kontynuowano terapię.

Podsumowanie

Przeprowadzone w latach siedemdziesiątych XX. w. przez R. Wolkowicz, J. Fisch i R. Schaffer badania dzieci autystycznych z wykorzystaniem Metody integracji sensorycznej potwierdziły jej skuteczność. Podobne wyniki osiągnęły A. J. Ayers i L. Tickle w latach osiemdziesiątych XX. w. oraz M. Kientz i W. Dunn w latach dziewięćdziesiątych XX. w. (za: Yack, Aquilla, Sutton, 2014: 39). Wyniki badań wykazały poprawę zachowania i umiejętności społecznych dzieci oraz zmniejszoną nadwrażliwość na bodźce sensoryczne. Zaobserwowano również redukcje zachowań autostymulacyjnych. Niestety brakuje nowych, szeroko zakrojonych badań. Stąd koniecznym wydaje się ich wznowienie.

Również wyniki rediagnozy przeprowadzonej po sześciu miesiącach pracy z dziewczynką potwierdziły, że praca z wykorzystaniem Metody integracji sensorycznej wspomaga rozwój dziecka ze zdiagnozowanym autyzmem. W przypadku dzieci z zaburzeniami sprzężonymi, efekty terapii nie są szybkie ani spektakularne, jednak systematyczna praca pozwala na ich osiągnięcie. Istotnym w osiągnięciu wyników jest również wiek podjęcia terapii. W przypadku badanej dziewczynki, podjęta była ona nieco późno.

Bibliografia

- Ayres A.J., (2015). *Dziecko a integracja sensoryczna*. Gdańsk.
- Gruszczyk-Kolczyńska E., Zielińska E., (2000). *Wspomaganie rozwoju umysłowego trzylatków i dzieci starszych wolniej rozwijających się*. Warszawa.
- Kawa R., (2011). Integracja podejść oraz technik terapeutycznych w pracy z dziećmi z autyzmem. W: *Psychologia rozwojowa. Zaburzenia rozwoju konteksty terapii behawioralnej*, tom 16, nr 3, Kraków, 51–60.
- Kranowitz C.S., (2012). *Nie-zgrane dziecko. Zaburzenia przetwarzania sensorycznego – diagnoza i postępowanie*. Gdańsk.
- Odowska-Szlachcic B., (2014). *Terapia integracji sensorycznej. Ćwiczenia usprawniające bazowe układy zmysłowe i korygujące zaburzenia planowania motorycznego*. Gdańsk.
- Palka S., (2008). Wspieranie w procesie kształcenia. W: *Wspieranie rozwoju dzieci w procesie edukacji*, (red.) W. Puślecki. Wrocław.
- Popularna Encyklopedia Powszechna*, (1996). Fogra, T. 15., Kraków, s. 273.
- Przyrowski Z., (2014). *Kwestionariusz rozwoju sensomotorycznego*. Warszawa.
- Przyrowski Z., (2015). *Kliniczna obserwacja. Podręcznik*. Warszawa.

- Rynkiewicz A., Kulik M., (2013). Wystandardyzowane, interaktywne narzędzia do diagnozy zaburzeń ze spektrum autyzmu a nowe kryteria diagnostyczne DSM-5, *Psychiatria*, 10, 2, 41–48.
- Sęk H., Cieślak R, (2011). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa.
- Sher B., (2014). *Gry i zabawy we wczesnej interwencji. Ćwiczenia dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i przetwarzania sensorycznego*. Gdańsk.
- Voss A., (2017). *Zrozumieć sygnały sensoryczne dziecka*. Gdańsk.
- Yack E., Aquilla P., Sutton S., (2014). *Tworzenie więzi poprzez integracje sensoryczną*. Gdańsk.

Netografia

www.zbigniewprzyrowski.pl [dostęp: 11.07.2018]

The method of sensory integration in supporting the development of a child with autism

Abstract

The methods and techniques used by therapists play an important role in supporting of the development of a child with a disorder. In principle, the methods and techniques should be adapted to the individual needs and predispositions, and they should take into account the type of disorder and its degree. Thus, the article presents one of the frequently used methods - the sensory integration method. Certified SI therapists work with children with diagnosed sensory processing disorders (SI) using the sensory integration method. Children diagnosed with autism, cerebral palsy, ADHD or school difficulties often have SI disorders as well. The method was presented based on a case study.

Keywords: sensory integration, autism, individual case.

Barbara Cygan – dr n. społ. z zakresu pedagogiki. Adiunkt w Instytucie Pedagogiki Specjalnej Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, oligofrenopedagog, specjalista socjoterapeuta, nauczyciel, certyfikowany diagnosta i terapeuta SI oraz terapii ręki w Poradni Terapii Sensorycznej INTENSO, członek Polskiego Stowarzyszenia Terapeutów Integracji Sensorycznej. Jej zainteresowania naukowe skupiają się wokół zaburzeń rozwojowych dzieci w szczególności z zakresu psychopatologii, psychiatrii, psychologii, zaburzeń integracji sensorycznej oraz ich diagnozy. Ugruntowaniem zainteresowań naukowych jest praca z dziećmi z zaburzeniami rozwoju, bowiem wiedza naukowa połączona z wiedzą płynącą z praktyki umożliwia efektywne prowadzenie działań wspomagających i terapeutycznych.

Elżbieta Lubińska-Kościółek

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji narodowej w Krakowie

Anna Motyka

Szkoła Podstawowa nr 1 w Nowym Sączu

Artystyczne i autorehabilitacyjne aspekty twórczości poetyckiej osoby z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ujęcie teoretyczne)

Więc każdy człowiek z daru tego niech korzysta.
Z daru bycia w myśleniu nad inne istoty.
Niech gleba myślom dana nie będzie piaszczysta
Przez człowieka – niech ciągle trwa jej okres złoty!”
Bartłomiej Mróz (fragment wiersza „Myśli”)

Wprowadzenie

Współczesna psychologia, jak zauważa A. Sękowski (2011), rozpatrując problematykę zdolności, podkreśla ich wieloczynnikowe uwarunkowania oraz znaczenie dla osiągnięć jednostki. Zdaniem W. Limont (2012, s. 40) termin ten może być „(...) rozumiany jako ogólna lub specyficzna właściwość jednostki, związana z aktywnością o charakterze ogólnym w różnych dziedzinach działania, bądź pojmowane wąsko, ze wskazaniem na specyficzną dyscyplinę i pola działania.” Takie zróżnicowanie w sposobach ujmowania pojęcia, nawiązujące do koncepcji C. E. Spearman (za: Strelau, 1997), który wyodrębnił zdolność ogólną określoną przez niego jako inteligencja (czynnik g), leżącą u podstaw wszystkich zdolności człowieka oraz zdolności specjalne określone jako s (właściwe dla konkretnej aktywności), implikuje najczęściej stosowany w literaturze podział na zdolności ogólne i zdolności specjalne. Zdolności ogólne przejawiają się we wszystkich działaniach człowieka, specjalne natomiast wiążą się z określonymi obszarami i rodzajami jego aktywności. Termin „zdolności” zazwyczaj też „łączony jest ze zdolnościami ogólnymi, z inteligencją, ze zdolnościami akademickimi lub szkolnymi”, natomiast pojęcie „uzdolnienia” (zdolności kierunkowe, uzdolnienia specjalne) odnosi się do „(...) takich właściwości jednostki, które pozwalają na uzyskiwanie wysokich osiągnięć w konkretnej dziedzinie aktywności.” (Limont, 2012, s. 17). Określenie „uzdolnienia” wskazuje więc na istnienie w przypadku niektórych zdolności specjalnych „konfiguracji

bardziej specyficznych zdolności” (na przykład uzdolnień muzyczne obejmują słuch tonalny, harmoniczny, pamięć melodii itd.) (Strelau, 1997).

Współwystępowanie zaburzeń ze spektrum autyzmu i uzdolnień stanowi wyjątkowy stan opisywany zarazem poprzez posiadane zasoby warunkujące potencjalne osiągnięcia, jak i charakterystyczne dla tej grupy trudności. W takich przypadkach w literaturze przedmiotu pojawiają się dwa podstawowe terminy: zespół savanta oraz podwójnie wyjątkowi (ang. twice exceptional, dual exceptionality).

Pierwszy z nich stosowany jest w odniesieniu do tych osób z niepełnosprawnością, w tym osób z ASD¹, które posiadając wąskozakresowe uzdolnienia (określane jako „wysepki geniuszu”) prezentują jednocześnie niski poziom funkcjonowania poznawczego i społeczno-emocjonalnego. Zdaniem Darolda Trefferta (2009) nie wypracowano dotąd spójnej koncepcji savantyzmu, która odnosiłaby się do ogólnie przyjętej definicji. Badacze zwracają natomiast uwagę, że w przypadku zespołu savanta pojawia się obsesyjne zainteresowanie daną dziedziną aktywności i selektywne skupianie uwagi na pozostających w związku z obszarem zainteresowań elementach rzeczywistości. Pomimo braku formalnego kształcenia w danej dziedzinie uzdolnienia rozwijają się szybko, osiągając bardzo wysoki poziom. Savanci pozostają też zwykle nieświadomi posiadanych uzdolnień, ich natury i wartości efektów podejmowanych działań (za: Piekutowska, 2011).

Koncepcja „podwójnie wyjątkowych” (twice exceptional, dual exceptionality, GLD) narodziła się w latach osiemdziesiątych wraz z pojawieniem się nowych teorii inteligencji (m.in. Gardner, 1983, Sternberg, 1997) kwestionujących obecne od czasów Davida Termana przekonanie, że uzdolnione osoby osiągają bardzo wysokie wyniki w testach psychometrycznych i świetnie radzą sobie w szkole. Zazwyczaj w grupie osób określanych jako podwójnie wyjątkowe wyróżnia się trzy podstawowe podgrupy.

Do pierwszej z nich zaliczane są osoby, które dzięki wysokiemu poziomowi zdolności intelektualnych uzyskują dobre i bardzo dobre wyniki w szkole. Posiadany potencjał maskuje wprawdzie trudności, ale również ich uzdolnienia pozostają niezauważone.

Do grupy drugiej należą uczniowie, których trudności zostały zdiagnozowane i są na tyle nasilone, że posiadana przez nie uzdolnienia pozostają niezauważone. Dziecko otrzymuje zatem jedynie pomoc ukierunkowaną na stwierdzone deficyty.

Trzecią grupę natomiast stanowią uczniowie, których trudności i uzdolnienia nakładają się na siebie (uzdolnienie i trudności maskują się nawzajem). Dzieci te postrzegane są zazwyczaj jako przeciętne i nie są obejmowane żadną formą pomocy psychologiczno-pedagogicznej (Song, Porath, 2011).

W niniejszym tekście poddano analizie utwory poetyckie Bartłomieja Mroza pochodzące z tomiku „Pod wpływem świat i siebie” powstałego w 2016 roku. Ich autor – osoba o ponaprzeciętnej inteligencji, wielorakich zainteresowaniach i uzdolnieniach, u której zdiagnozowano zaburzenia ze spektrum autyzmu, miał wówczas siedemnaście lat. Spojrzenie na twórczość Bartłomieja z perspektywy polonisty

1 Szacuje się, że w grupie tej savantyzm stwierdza się w przypadku 1 na 10 osób, a 50% całej populacji savantów stanowią właśnie osoby z autyzmem, co wskazywałoby na szczególny związek obu. (Piekutowska, 2011)

i pedagoga specjalnego umożliwia wyodrębnienie jej artystycznych i autorehabilitacyjnych walorów w kontekście rozwoju osobowego twórcy i jego relacji ze światem. Jednocześnie jednak skłania do zastanowienia nad kulturotwórczym potencjałem symbolicznych przekazów tworzonych przez osoby podwójnie wyjątkowe, sposobem w jaki mogą one rozszerzać świat znaczeń, a jednocześnie weryfikować myślenie o ich funkcjonowaniu i roli w przestrzeni społeczno-kulturowej.

Analiza i interpretacja literacka wierszy Bartłomieja Mroza z tomiku „Pod wpływem świata i siebie”. Perspektywa nauczyciela języka polskiego

Tomik wierszy *Pod wpływem świata i siebie* to próba odnalezienia miejsca w świecie, zrozumienia siebie i nazwania relacji łączących poetę z otoczeniem.

Bartłomiej sytuuje siebie w świecie, czując własną odmienność, barierę oddzielającą go od tego, co powszechnie akceptowane, uznawane za normę, traktowane jako reguła.

Rozważania podmiotu lirycznego mocno akcentują własne wewnętrzne ograniczenie, bolesne pragnienie bycia w pełni: człowiekiem. Ten trud ludzkiego losu, ból wyborów, decyzji, poszukiwania miejsca w społeczeństwie często niesie z sobą wizje pełne smutku, pesymizmu.

Jednocześnie jednak w tomiku pojawia się także wiele utworów przepętnionych optymistyczną wiarą w siłę myśli, pragnień i moc ludzkiego rozumu.

Kontrast takich postaw podkreśla ciągły powrót motywu upadku człowieka i jego powstawania. Nie jest to jednak jedynie typowa, ogólnie znana wizja doskonalenia się człowieka poprzez uczenie się na błędach. Dla poety upadek i powstawanie to naprzemienny łańcuch zdarzeń nieustannie mu towarzyszący. Wiersz *Wstaję i upadam* ukazuje błędne koło porażek i sukcesów, chaos rzeczywistości, w której funkcjonując trudno jest mu ocenić

Czy gromadzę siły, czy niemoce?

Dążeniu do spełnienia towarzyszy świadomość „dwugłosu” życia – potencjału możliwości, pragnień, zamiarów i zarazem ograniczeń, braku gotowości do życia oraz możliwości realizacji planów. Powraca motyw „chłodu życia” (lodu, który sprawia wewnętrzny ból, męczy, odbiera nadzieję). Metaforyczna „lodowa koszula” staje się pancerzem dla jego ograniczeń. Jednak wobec groźby lodowego tchnienia podmiot podejmuje próbę obrony przed nim:

Mam już nadziei trochę – w serce tchnięta,
Dbać muszę o nią jak ptak o pisklęta

Poeta wielokrotnie wskazuje również na swe zainteresowanie literaturą, kulturą, historią. Takie odniesienia są sposobem zaakcentowania własnej erudycji, ale też wpisania swej twórczości w tradycję literacką (tu zauważalne inspiracje mitologią grecką, kulturą Dalekiego Wschodu, klasyką literatury polskiej).

Wewnętrzny obraz twórcy uzupełniają utwory o tematyce religijnej, w których ponownie ujawniają się jego rozterki, wątpliwości zespolone z nadzieją. W *Modlitwie*

blągalnej” poprzez metaforę: „ja, strachu grubą warstwą pokryty kawałek” jakże emocjonalnie mówi o swej małości, grzeszności, by za chwilę skierować ku Niebu szczerą i wzruszającą prośbę :

 Weź mnie Boże, w opiekę, chociaż nic nie znaczę
 Przy Tobie

Warsztat poetycki autora tomiku zasługuje niewątpliwie na uwagę. Charakterystycznym środkiem wyrazu jest zestawienie kontrastowe. Chaos, rozterki, wątpliwości uwidacznia, stosując częste pytania retoryczne. Zaskakująca jest bogata i mądra metaforyka, za pomocą której dokonuje w niebanalny sposób analizy rzeczywistości i własnej kondycji emocjonalnej, duchowej, psychicznej. Szereg przenikających się obrazów metaforycznych, tworzy spójną wizję świata, człowieka i jego odczuć.

 Gładzę po brzuchu postać smutkiem nazywaną
 (...) W butle ze mnie wykonane leję
 Mleko straty, upadku, by pił z nich wciąż smutek

Tomik wierszy *Pod wpływem świata i siebie* to ciekawa, dojrzała wypowiedź poety-artysty, który pozostając świadomym własnej niepełnosprawności z niezwykłą, poruszającą czytelnika szczerością wypowiada słowa:

 Nie chcę zespołu wozić Aspergera
 Po lasach zdarzeń, po stepach mdłej nudy,
 dodając niemal z dziecięcą prostotą i wiarą w moc w nim tkwiącą:
 sprytniejszy w myślach jestem niż lis rudy

Autorehabilitacyjny wymiar twórczości poetyckiej osoby z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Refleksje pedagoga specjalnego

Zgodnie z ujęciem zaproponowanym przez Irenę Obuchowską (1991, s. 41) autorewalidację (autorehabilitację)² rozpatrywać należy jako „(...) ukierunkowany, ale nierównomierny proces mobilizacji możliwości jednostki tkwiących w strukturze, organizacji i rozwoju jej organizmu i osobowości” i przebiegający na trzech poziomach: emocjonalnym, behawioralnym i świadomościowym.

Autorehabilitacja ma charakter twórczy i jest określana zarazem poprzez tendencję jednostki do zrozumienia siebie, jak i podejmowania odpowiedzialności za własny rozwój. (Kosakowski, 2009). Istotny kontekst dla przebiegu tego procesu tworzą interakcje osoby z niepełnosprawnością z jej otoczeniem społecznym, które powinno wzmacniać dążenie osoby z niepełnosprawnością do świadomego kierowania sobą, osiągania wyznaczonych celów, realizowania posiadanego potencjału. Pojęcie to pozostaje więc w ścisłym związku z terminem autokreacja (Obuchowska, 1991).

² termin autorewalidacja współcześnie zastąpiono pojęciem autorehabilitacja (podobnie jak rehabilitacja stosowana jest zamiast pojęcia rewalidacja) co, jak zauważa Z. Palak (2014), wynika jedynie z konieczności wprowadzenia ładu w przestrzeń terminologii

Wiersze Bartłomieja Mroza zebrane w tomiku *Pod wpływem świata i siebie* mogą być odczytane jako swoista próba autoidentyfikacji oraz autonarracji stanowiących istotny element procesu autoidentyfikacji (Pawlak, 2009). Poszukując odpowiedzi na pytanie jaki jestem i co mnie kształtuje?, Bartłomiej stara się przede wszystkim wskazać i zrozumieć własne atrybuty. Analizując treść jego utworów poznajemy zatem osobę o określonym pasjach, przekonaniach i marzeniach, młodego człowieka niebanalnie rozważającego kwestie prawdy, tolerancji i uczciwości, poszukującego wartości i oparcia w Bogu. Utwory odnoszące się do jego zainteresowań związanych z historią, literaturą, komentujące rzeczywistość pozwalają czytelnikowi jednak nie tylko na stworzenie wyobrażenia o autorze i jego relacjach ze światem. Skłaniają również do zastanowienia się nad trudnościami i zagrożeniami związanymi z kształtowaniem pojęcia Ja w sytuacji niepełnosprawności, która wymuszając w tym wypadku konieczność odwołania się do poczucia „indywidualności-odrębności”, zaburza proces kształtowania się „(...) tożsamości opartej na poczuciu osobowej wartości i kompetencji.” (Wojciechowski, Opozda-Suder, 2014, s. 24).

Utwory Bartłomieja Mroza rozpatrywane jako rodzaj autonarracji, ukazują więc, pewną historię młodego człowieka będącego w sytuacji określonej w literaturze przedmiotu jako „graniczna” (Wojciechowski, 2014). Osadzając siebie w różnych kontekstach i w różnych interakcjach ze światem ludzi i rzeczy, Bartłomiej rozważa własną egzystencję naznaczoną niepewnością w odniesieniu do przekraczania „aktualnego dla siebie status quo.”

Co czeka, gdy nastanie potęga nowości?
Gdzie mnie zanieśie fala jej – czy mocny okręt
Ze mnie, czy też przyjdzie mi iść ku zachwianiu

Świadomość inności zamyka w powracającym motywie lodu, który wydaje się stanowić metaforę istoty doświadczanej niepełnosprawności, a więc braku bliskości z innymi i potrzeby tej bliskości. W utworze zatytułowanym *Podłoże* wskazuje wyraźnie na źródło swoich lęków i doświadczanego cierpienia.

(...) Więc szarość mną wiała.
A biedę odczuć mogłem niewyobraźalnie.
Co podłożyłem tej biedy? Z pewnością nim - własny
Brak chęci bycia równym społeczeństwu.
(...)
Do dziś wspomnień goryczą : podłożyłem jej niechęć
Do życia w ludzi bliskości, izolacja przykra.

Konflikt pomiędzy przyjęciem a odrzuceniem niepełnosprawności jako elementu kształtującego obraz siebie nie znajduje rozwiązania i prowadzi do ekspresji negatywnych emocji. Ujawniająca się w twórczości Bartłomieja potrzebę alienacji można traktować dwojako. Z jednej strony bowiem unikanie bliskości jest charakterystycznym dla adolescencji stanem sprzyjającym kształtowaniu się poczucia tożsamości, integracji i refleksyjnej postawie wobec własnego życia, z drugiej zaś nieumiejętność rozwijania i utrzymywania relacji społecznych jest stałą i znacząca nieprawidłowością związaną z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Pozostając

świadomym tego swoistego zespolenia sytuacji adolescenta i osoby z niepełnosprawnością, stanu, w którym w pełni wyraża się „podwójna wyjątkowość”, Bartłomiej stwierdza:

Jestem jak – dotąd nieotwarta skrzynia
Za którą już się upadek przyczynia.
Chociaż rozdaję światu gęstość mowy,
Lecz do prawd życia wciąż niegotowy,

Poezja Bartłomieja Mroza to jednak nie tylko refleksja na temat wewnętrznych rozterek młodego człowieka z niepełnosprawnością, poetycki zapis jego pragnień, marzeń i uczuć świadczący o próbie zrozumienia samego siebie i dążeniu do zbudowania koncepcji siebie (Pawlak, 2009). Równie wyraźnie zaznacza się poszukiwanie źródła samodoskonalenia, którego upatruje w sile rozumu, pozytywnym myśleniu, nadziei pobudzającej chęć działania.

Myśli po to są własni by być podporą
Działania ludzi. Nie ma wśród nich bez znaczenia.
Żadnej. Tylko się ona waha; dobre biorą
Górze myśli u kogoś lub zło się rozplenia

To działanie prowadzić może ostatecznie do ukształtowania siebie jako człowieka doświadczającego spójności i wewnętrznej treści w oparciu o posiadane atrybuty psychologiczne i aksjologiczne. To one mają stanowić o poczuciu własnej odrębności, nie zaś fakt bycia osobą z niepełnosprawnością, bowiem jak rozważa w jednym ze swoich utworów:

Nie chcę w długopis życia wkładać liter,
z których by wzrosły wyrazy co płyną
Prawdą żalostną każdy z nich arbiter
Prawdy tej, której choroba przyczyną

W aktywnej postawie twórcy wobec siebie i własnego życia, potrzebie decydowania o kształcie swojego istnienia i poszukiwania źródeł zmian w sobie, zawiera się też idea przyjęcia odpowiedzialności za własny rozwój, na którą wskazuje Cz. Kossakowski (2009) akcentując zespolenie autorehabilitacji/ autorewalidacji z kształtowaniem się poczucia podmiotowości osoby z niepełnosprawnością.

Zakończenie

Aktywność artystyczna osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, która tak jak ma to miejsce w przypadku Bartłomieja Mroza prowadzi do powstania niebanalnych, oryginalnych wytworów, ma potencjał by stać się nie tylko czynnikiem rozwoju osobowego twórcy i wzmacniać jego tendencje do samodoskonalenia, ale również by zmieniać społeczne nastawienia w stosunku do tej grupy osób i zweryfikować sposób myślenia o ich miejscu i roli w kulturze. Poezja Bartłomieja Mroza posiadająca tak artystyczne, jak i autorehabilitacyjne walory odzwierciedla bowiem nie tyle problemy człowieka związane z jego niepełnosprawnością, ale i wyjątkowość

percepcji świata i funkcjonowania w nim w sytuacji określonej rzadkim współistnieniem niepełnosprawności i uzdolnień specjalnych.

Z perspektywy praktyki pedagogiki specjalnej natomiast, aktywność twórcza i jej wytwory stanowią ważne źródło informacji na temat samego ucznia, jego mocnych stron doświadczanych emocji, oczekiwań i potrzeb, jak również możliwości kreowania takich sytuacji, które sprzyjałyby kształtowaniu pozytywnej samooceny i realizacji potencjału twórczego.

Bibliografia

- Kosakowski C. (2009). *Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej*. Toruń: Wyd. AKAPIT.
- Limont W. (2012). *Uczeń zdolny: jak go rozpoznać i jak z nim pracować*. Gdańsk: GWP.
- Mróz B. (2016). *Pod wpływem świata i siebie*. Toruń: Machina Druku.
- Obuchowska I. (1991), O autorewalidacji. W: K. Kuligowska (red.), *Z problematyki kształcenia pedagogów specjalnych*. Warszawa: WSPS.
- Palak Z. (2014). *Samowychowanie a proces autorehabilitacji osób z niepełnosprawnością*, http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.ojs-doi-10_17951_j_2014_27_1_11/c/124-121.pdf, dostęp:
- Pawlak J. (2009). *Autokreacja. Psychologiczna analiza zjawiska i jego znaczenia dla rozwoju człowieka*. Kraków: WSFP „Ignatianum”.
- Piekutowska G. (2011). *Neuropsychologiczna analiza uzdolnień specjalnych w zespole savanta*, http://dlibra.umcs.lublin.pl/Content/21812/czas19356_24_1_2011_5.pdf, dostęp
- Sękowski A. (2011). *Zdolności człowieka jako wymiar psychologiczny*, https://www.researchgate.net/profile/Andrzej_Sekowski/publication/291096298_Zdolnosci_czlowieka_jako_wymiar_psychologiczny/links/569e064a08aed27a70313f95/Zdolnosci-czlowieka-jako-wymiar-psychologiczny.pdf, dostęp:
- Song K-H, Porath M. (2011). *How giftedness coexists with learning disabilities: Understanding gifted students with learning disabilities (GLD) in an integrated model of human abilities*, https://www.researchgate.net/publication/289042377_How_giftedness_coexists_with_learning_disabilities_Understanding_gifted_students_with_learning_disabilities_GLD_in_an_integrated_model_of_human_abilities, dostęp:
- Strelau J. (1997). *Inteligencja człowieka*. Warszawa: Wyd. Akademickie Żak.
- Treffert D. (2009). *The savant syndrome: an extraordinary condition. A synopsis: past, present, future*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2677584/>
- Wojciechowski F., Opozda-Suder (2014), *Osobowe i społeczne następstwa niepełnosprawności: teoretyczne podstawy interpretacji*, <http://bazhum.muzhp.pl/media//files/Niepelnosprawnosc/Niepelnosprawnosc-r2014-t-n16/Niepelnosprawnosc-r2014-t-n16-s11-32/Niepelnosprawnosc-r2014-t-n16-s11-32.pdf>, dostęp:

Abstrakt

W niniejszym tekście poddano analizie treść utworów poetyckich Bartłomieja Mroza pochodzących z tomiku „Pod wpływem świat i siebie”. Bartłomiej Mróz to osoba, którą zgodnie z obowiązującą terminologią naukową należy zaliczyć do grona „podwójnie wyjątkowych”. Dysponując ponadprzeciętną inteligencją i wielozakresowymi uzdolnieniami,

doświadcza bowiem jednocześnie trudności wynikających z niepełnosprawności (zaburzenia ze spektrum autyzmu). Poezja siedemnastoletniego Bartłomieja stanowiąc artystyczny zapis jego przeżyć, doświadczeń, pragnień i niepokojów związanych z własną egzystencją, jest również doskonałym przykładem realizacji idei przyjęcia odpowiedzialności za własny rozwój przez osobę z niepełnosprawnością. Dla nauczycieli i specjalistów jest natomiast istotnym źródłem informacji na temat potrzeb i zasobów twórczych autora.

Słowa kluczowe: zaburzenia ze spektrum autyzmu, podwójnie wyjątkowi, autorehabilitacja

Justyna Nizińska

Ewa Oleksy

Centrum Autyzmu i Całościowych Zaburzeń Rozwojowych w Krakowie

Wizualizacja jako nieodzowny aspekt terapii i edukacji osób ze spektrum autyzmu

Myślę obrazami. Słowa są dla mnie jakby językiem wyuczonym.
Tak mówę, jak i pismo przekładam sobie na kolorowe obrazy (...)
(Temple Grandin, 2006, s. 19)

Okazuje się, że nie tylko osoby z autyzmem “myślą obrazami”, nabywają wiedzę, trenują kompetencje społeczne i komunikacyjne właśnie za pomocą szeroko rozumianego obrazu. Również w życiu osób neurotypowych obraz jest niezwykle istotny, a w wieku XXI wręcz niezbędny i także, podobnie jak u osób z autyzmem, jest narzędziem komunikacji, eksploracji świata czy wymiany społecznej.

Olbrzymi udział w obrazu (i obrazowania) w komunikacji grupowej i masowej oznacza, że alfabetyzm wizualny jest w takim samym stopniu niezbędny do uzyskania informacji, operowania nią, jej wykorzystywania oraz przesyłania, jak umiejętność czytania. (Skrzydewski, Dylak, 2012, s. 129–130).

Osoby ze spektrum autyzmu, zarówno w normie intelektualnej, jak i te z wieloraką niepełnosprawnością, w tym intelektualną, często mierzą się z trudnościami społecznymi, a także niewystarczającymi umiejętnościami werbalnymi, ograniczonymi kompetencjami komunikacyjnymi i trudnością w rozumieniu mowy. Kryteria diagnostyczne DSM V w kontekście autyzmu wskazują je jako kluczowe podczas diagnozy.

Wszystkie komponenty zaburzeń autystycznych skutkują - w dzieciństwie niewystarczającymi kontaktami z rówieśnikami, później są przyczyną niepowodzeń szkolnych, również w zakresie nabywania kompetencji/umiejętności szkolnych. W efekcie, dorosłe osoby z zaburzeniem ze spektrum autyzmu wykluczane są poza nawias społeczny ze względu na nieadekwatne zachowanie, brak wykształcenia, bądź też trudności w wykorzystaniu wiedzy nabytej w szkole - w miejscu pracy.

Czytając wypowiedzi, zarówno Temple Grandin, jak i innych osób z diagnozą autyzmu, a także opierając się na badaniach (https://www.cziitt.pw.edu.pl/wp-content/uploads/2018/11/RAPORT_Myslenie_Wizualne_2018.pdf) oraz obserwacjach własnych, oczywiste jest przygotowanie procesu edukacyjnego i terapeutycznego opartego właśnie na szeroko rozumianym obrazie. Wizualizacja – ogólna nazwa graficznych metod tworzenia, analizy i przekazywania informacji. Za pomocą środków

wizualnych ludzie wymieniają się zarówno ideami abstrakcyjnymi, jak i komunikatami mającymi bezpośrednie oparcie w rzeczywistości. W dzisiejszych czasach wizualizacja wpływa na sposób prowadzenia badań naukowych, jest rutynowo wykorzystywana w dyscyplinach technicznych i medycynie, służy celom dydaktycznym, a także bywa pojmowana jako środek wyrazu artystycznego (Wikipedia)

Rozpoczynając z dzieckiem terapię, czy edukację zaczynamy od przygotowania mu przejrzystej struktury czasu, która zapewni poczucie bezpieczeństwa. Wprowadzamy plany dnia (mogą być obrazkowe, zdjęciowe, pudełkowe, plany składające się z konkretnych przedmiotów lub, jeżeli podopieczny czyta ze zrozumieniem, z etykiet). Na etapie wprowadzania struktury czasu pojawia się pierwsza wizualizacja (Aneks, załącznik 1).

W tym samym momencie terapeuta/nauczyciel dla komfortu pacjenta/ucznia musi zadbać o strukturę przestrzeni, czyli zobrazowanie, gdzie w klasie/sali jest miejsce na zabawę, naukę, odpoczynek. Dodatkowo, szczególnie podczas zajęć w większej przestrzeni, która często zmienia swoją rolę, niezbędne jest „ramowanie”, czyli wyznaczenie np. przez dywanik – miejsca, w którym określona aktywność będzie się odbywać, gdzie dziecko będzie siedzieć, itd.

Struktura czasu, miejsca i przestrzeni obniża niepokój u osób ze spektrum autyzmu, pozwala im poczuć się bezpiecznie w szkole czy przedszkolu. W następnej kolejności można zaplanować oddziaływania wspierające komunikację, kompetencje społeczne, zabawę czy funkcje poznawcze.

Powszechne jest podejmowanie interwencji terapeutycznych skupionych głównie na rozwoju poznawczym. Jednym z popularniejszych oddziaływań jest między innymi nauka czytania. Dziecko, niezależnie od wieku, stymulowane jest w zakresie nauki czytania oraz wywołania mowy, z wyłączeniem czynników wspierających intencję komunikacyjną, rozumienie mowy, rozwój zabawy.

W związku z tym obserwuje się liczną grupę dzieci z autyzmem, które czytają, mówią, ale nie komunikują się. Nie czytają ze zrozumieniem, nie rozumieją kontekstów społecznych, nie potrafią nawiązać kontaktów rówieśniczych, a posiadanej wiedzy nie wykorzystują w praktyce. Wypowiadane słowa, zdania nie posiadają desygnatu; są to zaledwie zbitki głosek, które dziecko wypowiada, nie mające dla niego bez znaczenia. Dlatego też brak planowania w terapii tych wszystkich komponentów, również przez eliminowanie obrazu – w terapii u dziecka z autyzmem nie przynosi pozytywnych rezultatów.

Dzięki doświadczeniu w pracy z osobami ze spektrum autyzmu zauważam, że przygotowane zwizualizowane treści edukacyjne czy obrazki przedstawiające sytuacje społeczne są przez nich nie tylko lepiej zapamiętywane, ale także lepiej rozumiane i adekwatnie używane. Badania, które prowadzili Frost i Bondy (Frost, Bondy 2002, s. 301) dowodzą, że dzięki stosowaniu „wizualnej komunikacji”, jaką jest PECS (tamże) 59% dzieci, którym ją zaproponowano (dzieci pięcioletnich i młodszych) zaczęło mówić, w tym też co najważniejsze używać mowy do komunikacji.

Dziecko wspierane wizualnie ma większą szansę nie tylko zrozumieć mowę, ale dzięki jej rozumieniu – adekwatnie jej używać. Co więcej, obraz stwarza osobom z autyzmem możliwość nadania słowom ich desygnatów. Jest to przestrzeń, która

w obecnym świecie obrazu staje się niezbędna w funkcjonowaniu każdego człowieka (Aneks, załącznik 2).

Końcem lat 60. XX wieku zauważono, że u osób rozwijających się neurotypowo, obraz zintegrowany z innymi zmysłami jest naturalnym stymulantem rozwoju (tamże, s. 127). John Debes, któremu przypisuje się stworzenie terminu *visual literacy*, uważa, że w dzisiejszym świecie umiejętność czytania, interpretowania „obrazu” jest równie ważna, jak umiejętność czytania i pisania tradycyjnego. Autor zauważył (...) *grupę kompetencji widzenia, które człowiek może rozwijać poprzez patrzenie oraz w tym czasie integrowanie innych zmysłowych doświadczeń. Rozwój tych kompetencji jest fundamentalny dla normalnego ludzkiego uczenia się. Rozwinięte, pozwalają człowiekowi na wyodrębnienie i interpretację wizualnych działań, obiektów, symboli, naturalnych lub dokonywanych przez człowieka, które ten spotyka w swoim otoczeniu, a przez twórcze wykorzystanie tych kompetencji pozwala mu zrozumieć i cieszyć się arcydziełami komunikacji wizualnej* (za: Rourke, O'Connor, 2008, s. 20).

Zatem, czyżby dzięki umiejętności korzystania z alfabetyzmu wizualnego wykorzystywanego nie tylko w reklamie, ale też w codziennym życiu, jako nowego dekodera informacji możemy lepiej zrozumieć osoby ze spektrum autyzmu? A może odkryte i opisane przez Debesa kompetencje nie są niczym nowym, a tylko wykorzystaną w nowej odsłonie „świata obrazu” umiejętnością, bądź też potrzebą niezależnego odczytania świata?

Wracając pamięcią do obrazów naskalnych np. w Jaskini Chauveta, czy do piśma obrazkowego, ideograficznego, widzimy, że obraz towarzyszy ludzkości niemalże od zarania dziejów. Mam wrażenie, że w dzisiejszym świecie podkreślenie wagi obrazu w codziennym życiu daje lepsze wyobrażenie nie tylko potrzeb, ale i możliwości dla terapii, edukacji dla osób z autyzmem.

Podsumowanie

Dotychczasowe własne obserwacje, a także analiza badań dekodowania obrazu w świecie „neurotypowym” wydają się twierdząco odpowiadać na pytanie czy wizualizacja pomaga w zrozumieniu, nadawaniu komunikatu czy wreszcie jest równorzędna językowi.

Jednakże brak precyzyjnych narzędzi, technik badawczych ustalonych skali oraz szerokich badań jakościowych i ilościowych powodują, że stale będą pojawiać się pytania w kręgach terapeutycznych czy „język graficzny” jest odpowiedzią na skuteczną terapię osób z autyzmem.

Bibliografia

- Grandin T. (2006). *Myślenie obrazami oraz inne relacje z życia z autyzmem*. Warszawa: Fraszka Edukacyjna.
- Tetzchner S., Martinsen H. (2002). *Wprowadzenie do wspomagających i alternatywnych sposobów porozumiewania się*. Warszawa: Mówić bez słów.
- Weitzman E., Greenberg J. (2014). *Razem uczymy się mówić*. Gdańsk: Wyd. Harmonia.

- Rogers S., Dawson G. (2015). *Early Start Denver Model dla małych dzieci z autyzmem*. Warszawa: Fundacja Rozwiązać Autyzm.
- Howlin P., Baron-Cohen S., Hadwin J. (2010). *Jak uczyć dzieci z autyzmem czytania umysłu*. Kraków: Wydawnictwo JAK.
- Frost L., Bondy A. (2013). *The Picture Exchange Communication System*. Poznań: Agencja Reklamowa AGPA.
- Media – Edukacja- Kultura. W stronę edukacji medialnej*, red. Skrzydewski W., Dylak S., (2012). WURZ.
- Reid G., Green S. (2015). *100 i więcej pomysłów jak pomóc dziecku z dysleksją*. Gdańsk: Wyd. Harmonia.
- https://www.cziitt.pw.edu.pl/wp-content/uploads/2018/11/RAPORT_Myslenie_Wizualne_2018.pdf

Abstrakt

Wizualizacja jest obecnie bardzo nośnym tematem. Pojawiają się publikacje, szkolenia na temat wizualnego myślenia w kontekście zarządzania, biznesu ale również edukacji. O myśleniu obrazami w kontekście osób ze spektrum zaburzeń autystycznych stało się głośno za sprawą Temple Grandin, która dosłownie użyła określenia „myślę obrazami”. Od tego momentu pedagodzy, psycholodzy wnikliwiej zaczęli się przyglądać roli obrazu w terapii i edukacji osób z autyzmem.

Słowa kluczowe: wizualizacja, nauka poprzez obraz/ikonę, autyzm, edukacja, terapia

Aneks

Załącznik 1

SCENARIUSZ ZAJĘĆ

TEMAT ZAJĘĆ: Zajęcia wstępne

CZAS TRWANIA ZAJĘĆ: 45 min

RODZAJ ZAJĘĆ: Edukacja wczesnoszkolna

CELE OGÓLNE DLA CAŁEJ KLASY:

- poszerzenie słownika biernego i czynnego;
- poszerzenie wiedzy ogólnej (z zakresu orientacji w czasie, zjawisk atmosferycznych);
- rozwój w zakresie komunikacji (komentowania oraz słuchania ze zrozumieniem);
- poprawa koncentracji uwagi;
- socjalizacja.

METODY PRACY:

- praktyczne: samodzielne doświadczenia;
- programowe;
- eksponujące;
- audytywne;
- kinestetyczne;
- wizualne: wizualizacji czyli obserwacji i pokazu obserwacja, demonstracja działań praktycznych.

FORMY PRACY:

- grupowa;
- indywidualna.

ŚRODKI DYDAKTYCZNE:

- segregator z PCS-ami odpowiadającymi poszczególnym aktywnościom podczas powitania;
- tablica obecności podzielona na 2 części: pcs dom i pcs szkoła, zdjęcia uczniów i nauczycieli, etykiety z imionami i nazwiskami ww. osób;
- PCS-y: zjawisk atmosferycznych, pór roku, miesięcy, dni tygodnia;
- wizualny śpiewnik – każde słowo z piosenki jest zilustrowane obrazem +cd z piosenkami + wizualny spis treści do śpiewnika;
- zindywidualizowany kalendarz, kartka w kolorze odpowiadającym danej porze roku (niebieski – zima, wiosna – zielony, lato – żółty, jesień - czerwony, pisak, klej, nożyczki);
- zestaw zdjęć i pcs sów do treningu komunikacji w zakresie rozumienia pytań gdzie/ kto/co robi;
- tygodniowe karty pracy, ołówki, kredki.

PRZEBIEG ZAJĘĆ

Nauczyciel wizualizuje rozpoczynające się zajęcia wieszając na tablicy PCS *Powitanie*.

Uczniowie ustawiają krzesła w kręgu, ramując przestrzeń, w której odbywają się zajęcia.

Uczniowie samodzielnie ustalają plan powitania z dostępnych PCSów.

3a. PCS – ustalenie obecności – wybrane dziecko losuje zdjęcie. Następnie za pomocą dostępnych środków komunikacji (MÓWik, PECS, werbalnie) prosi o brakujący element – imię lub nazwisko osoby na zdjęciu. Następnie wiesza je na tablicy obecności – pod PCS-em *Szkoła* lub *Dom*. Po zakończeniu aktywności uczniowie śpiewają powitalną piosenkę zwizualizowaną ruchem.

3b. PCS – kalendarz

- *ustalenie bieżącego miesiąca*: Na tablicy znajduje się lista miesięcy zobrazowana PCS-ami. N-el i uczniowie wspólnie śpiewają piosenkę o miesiącach korzystając ze zwizualizowanego tekstu. Wybrany uczeń wybiera z listy PCSów bieżący miesiąc i przykleja go na kalendarzu;
- *ustalenie dnia miesiąca*: na tablicy znajduje się duży kalendarz. Uczniowie razem odliczają minione dni bieżącego miesiąca. Wybrany uczeń wskazuje je aż do dnia obecnego, następnie pisze jego liczbę na kartce i przykleja w odpowiednim miejscu na kalendarzu.
- *ustalenie dnia tygodnia*: Na tablicy znajduje się lista dni tygodnia zobrazowana PCS-ami. N-el i uczniowie wspólnie śpiewają piosenkę o dniach tygodnia korzystając ze zwizualizowanego tekstu. Wybrany uczeń zaznacza dzień tygodnia – przykleja PCS – *Dzisiaj jest* obok odpowiedniego dnia tygodnia.

3c. PCS – pogoda – n-el i uczniowie śpiewają piosenkę o pogodzie korzystając ze zwizualizowanego tekstu, wybrany uczeń wiesza w okienku POGODA odpowiedni PCS + napis.

3d. PCS – pora roku – n-el i uczniowie śpiewają piosenkę o porach roku, wybrany uczeń zaznacza bieżącą porę roku – wiesza w okienku PORA ROKU odpowiedni PCS.

3e. PCS – śpiewanie piosenki – wskazany uczeń wybiera ze śpiewnika piosenkę za pomocą tabliczki wyboru. Uczniowie śpiewają piosenkę korzystając z tekstu zwizualizowanego za pomocą PCS.

3f. PCS – rozmowa – uczeń wybiera obrazek z aktywnością (pije, je, czyta, jeździ na rowerze) oraz miejscem (park, klasa, sklep), następnie za pomocą PCS odpowiada na pytania n-ela KTO TO? CO ROBI? GDZIE?

3g. PCS – praca z zeszytem – uczniowie przenoszą się do ławek. Wybrane dziecko za pomocą etykiet układa datę na tablicy. Uczniowie uzupełniają kartę tygodniowa – piszą bieżącą datę oraz rysują dzisiejszą pogodę.

4. Zakończenie zajęć – *gest koniec powitania*.

Załącznik 2

SCENARIUSZ ZAJĘĆ

TEMAT ZAJĘĆ: Zabawy muzyczne i podwórkowe

CZAS TRWANIA ZAJĘĆ: 45 min

RODZAJ ZAJĘĆ: Edukacja wczesnoszkolna

CELE OGÓLNE DLA CAŁEJ KLASY;

- poszerzenie słownika biernego i czynnego;
- rozwijanie kompetencji komunikacyjnych (w zakresie prowadzenia dialogu, zadawania pytań, komentowania oraz słuchania ze zrozumieniem);
- poprawa koncentracji uwagi;
- socjalizacja.

METODY PRACY:

- praktyczne: samodzielne doświadczenia;
- programowe;
- eksponujące;
- audytywne;
- kinestetyczne;
- wizualne: wizualizacji czyli obserwacji i pokazu obserwacja, demonstracja działań praktycznych.

FORMY PRACY:

- grupowa;
- indywidualna.

ŚRODKI DYDAKTYCZNE:

- segregator ze zdjęciami i PSCami odpowiadającymi poszczególnym aktywnościom;
- wizualny śpiewnik – każde słowo piosenki jest zilustrowane obrazem + cd z piosenkami;
- dywaniki ramujące, wizualizujące przestrzeń zabawy;
- wizualne instrukcje gier podwórkowych (instrukcja gry w chowanego rozpisaną PSCami, przedstawiająca poszczególne kroki zabawy);
- zdjęcia kadru z szesnastu piosenek (karta nr 1) oraz tablet z dostępem do internetu;
- portretowe zdjęcie dwudziestu osób pracujących w szkole (karta nr 2) oraz nagrania z ich głosami;
- zwizualizowane zdania do treningu komunikacji;
- pudełka z niespodziankami oraz zdania wizualne z podpowiedziami do treningu uwagi;
- instrumenty, magnetofon, koc;
- zdjęcie sali, w której odbywają się zajęcia.

PRZEBIEG ZAJĘĆ – rozpisać według pisiesów

1. Nauczyciel przygotowuje salę – ramuje dywanikami przestrzeń, w której odbywają się zajęcia.

2. Nauczyciel używa segregatora zawierającego plan zajęć.
 - 2.a **Zdjęcie – powitanie** Nauczyciel pyta uczniów kto chce podczas powitania używać tekstu piosenki (każde słowo piosenki jest zilustrowane obrazem). Uczniowie witają się piosenką. Za pomocą dostępnych narzędzi komunikują (PECS/Mówikiem, werbalnie), w jaki sposób chcą zaśpiewać piosenkę: szybko, wolno, cicho, głośno, jeden czy więcej razy.
 - 2.b **PCS – tańczyć** Nauczyciel przygotowuje magnetofon z CD, prezentuje jak wygląda muzyczna zabawa, zadaniem uczniów jest powtórzenie zabawy zaprezentowanej przez nauczyciela.
 - 2.c **PCS – zabawa w chowanego** Nauczyciel rozdaje dywaniki i wskazuje wybranemu dziecku na dużym zdjęciu sali gdzie należy je rozłożyć. Następnie pokazuje wizualną instrukcję zabawy w chowanego: kiedy uczniowie słyszą muzykę biegają, gdy muzyka cichnie każdy z uczniów siada na wolnym dywaniku, następnie uczniowie zamykają oczy. Nauczyciel przykrywa kocem jedno z dzieci, po otwarciu oczu pozostali podopieczni mają odgadnąć kto jest schowany pod kocem.
 - 2.d. **Zdjęcie – niespodzianka** Nauczyciel przygotowuje dwa pudełko z niespodzianką. W drodze losowania wybiera się jednego z uczniów, który pokaże pozostałym schowaną w pudełku niespodziankę. Uczeń siada w wyznaczonym dywanikiem miejscu, naprzeciw dzieci. Dziecko zwraca uwagę pozostałych na pudełko pukając w nie. Następnie korzystając z wypowiedzi wizualnej mówi: *Uwaga, uwaga popatrzcie co tu mam*. Po chwili otwiera pudełko i prezentuje jego zawartość. Jeśli w pudełku znajduje się słodka niespodzianka, dziecko częstuje nią uczestników posiłkując się zwizualizowanym zdaniem: *Proszę poczęstuj się*. W sytuacji gdy niespodzianką jest przedmiot np. migająca piłka uczeń pyta kolegów: *Chcesz się pobawić?* itp.
 - 2.e. **PCS – zagadki** Uczniowie siedzą w kręgu i wybierają z dwóch PCSów jaką zagadkę chcą usłyszeć z osobą czy z piosenką. Jeśli dziecko wybierze PCS piosenka otrzymuje kartę z piosenkami (karta nr 1). Nauczyciel na tablicy puszcza piosenkę i pyta wybranego ucznia: *Co słyszysz?* (dorosły posiłkuje się zwizualizowanym zdaniem). Dziecko wybiera zdjęcie z kadrem piosenki i wkleja go w przygotowany pasek zdaniowy i odczytuje lub wskazuje *Słyszę...*
 - 2.f. **PCS – lubi** Nauczyciel prezentuje plan, który zawiera wszystkie aktywności z zajęć i pyta kolejno uczniów: *Którą zabawę lubisz?* (komunikat werbalny + graficzne zdanie). Dzieci posługując się PCS/zdjęciami z planu oraz wizualnym zdaniem odpowiadają *Lubię...*
3. Zakończenie zajęć – uczniowie z nauczycielem śpiewają piosenkę na pożegnanie posiłkując się zwizualizowanym tekstem, gest *koniec*.

Joanna Drozd-Kucz

afiliacja (?)

„Uchwycić sens sztuki”, czyli neuroestetyczne aspekty terapii muzycznej osób zaburzeniami ze spektrum autyzmu

Wprowadzenie

Rozważając miejsce muzyki w terapii osób ze spektrum autyzmu, należy przede wszystkim podkreślić, iż jest ona zarówno „przekleństwem, jak i ukojeniem (...) Z jednej strony bowiem osłania przed nieprzyjemnym hałasem, z drugiej - może nie spodziewanie (...) zaatakować” (Moor 2002: 75). Pomimo to, muzyka bardzo silnie oddziałuje na pacjentów. Niejednokrotnie staje się nieodłącznym elementem ich życia, powodując szereg zmian, mających na celu ułatwienie funkcjonowania w sferze społecznej, edukacji oraz samorealizacji pacjenta (Seweryn, Kaczmarek (red) 2014: 259). Poza niekwestionowanymi pozytywnymi aspektami terapii muzycznej osób ze spektrum autyzmu, należy również wspomnieć o kolejnym, nieco zapomnianym jej wymiarze.

Zdaniem T. Natansona (1979):

Poziom estetyczny (...) nie przemawia do intelektu, lecz bezpośrednio do uczuć, graniczy nawet ze sferą zmysłów. Takie ujęcie godzi się z przyjętą przez nas zasadą rozpatrywania poziomu estetycznego jako problemu efektywności, a więc określenia, w jakiej mierze odebrane znaczenie (poziom semantyczny) wywołuje pożądany efekt. Efekt ten dotyczy w równej mierze reakcji uczuciowych, jak i zmysłowych (np. ruchowych), a także fizjologicznych reakcji ustroju ludzkiego, które są z nimi ściśle związane, przeważnie na zasadzie sprzężenia zwrotnego (Natanson 1979: 163–164).

Zatem istotnymi wydają się być również reakcje na piękno sztuki, szczególnie w przypadku osób z deficytami, zaburzeniami w rozwoju, gdyż wpływają holistycznie na cały ustrój człowieka.

Niniejsza praca stanowi próbę podjęcia dyskusji na temat neuroestetycznych aspektów terapii za pośrednictwem muzyki. Neuroestetyka jako pojęcie interdyscyplinarne coraz częściej poszerza horyzonty, daje nowe spojrzenie na obcowanie ze sztuką. Bardzo często zapominamy o najważniejszym aspekcie percepcji muzyki, gubiąc się w schematach, wynikach badań naukowych. Osoba, z którą mamy styczność niejednokrotnie staje się nie podmiotem, lecz „przedmiotem” badań,

eksperymentów. Wobec tego należy nadać nowy wymiar „kuracji muzycznej” pacjenta, budząc w ten sposób u odbiorcy symfonię barw, odczuć zaistniałych podczas kontaktu ze sztuką.

W przekonaniu O. Sacksa (2008), wybitnego angielskiego neurologa i psychiatry:

Nasze testy, nasze podejście (...) Pokazują nam tylko deficyty, nie pokazują zdolności; pokazują nam tylko układanki i schematy, a my powinniśmy zobaczyć muzykę, narrację, teatr, istotę ludzką zachowującą się spontanicznie w swój własny, naturalny sposób (2008: 236–237).

Panorama zmian fizjologicznych podczas odbioru muzyki

Okno wiedzy człowieka w świat, ucho wprowadza świat w człowieka
(Gwizdalanka za Oken 1997: 12)

Bramą do rozprzestrzeniania się muzyki w organizmie człowieka jest ucho, które stanowi najdokładniejszy narząd zmysłu. Jego celem jest zbieranie dźwięków i przekazywanie go dalej. Poprzez przejście przez ucho zewnętrzne i środkowe, dźwięk trafia do receptora nerwu słuchowego (n. VIII), gdzie następuje przekształcenie go na impuls – bodziec elektryczny. Kolejno ulega modulacji poprzez wielorakie czynniki np. hormonalne (adrenalina) tak, by była możliwa jego percepcja w pniu mózgu, międzymózgowiu i korze mózgu (poprzez twór siatkowaty). Sukcesywnie droga przetwarzania dźwięku następuje w ośrodkach podkorowych mózgu (podwzgórze, wzgórze) oraz układzie limbicznym i mózdzku (Bukowska 2010: 53). Następnie dokonują się kolosalne zmiany w ciele człowieka (układ krążenia, napięcie mięśniowe, oddychanie, przemiana materii, temperatura ciała itd.)

Istotne z punktu widzenia fizjologiczne reakcje na sztukę stanowią niejako wstęp do całego krajobrazu odczuć pojawiających się podczas kontaktu z pięknem muzyki. „Piękno” dla każdego jest pojęciem względnym. Trudno zatem oczekiwać podobnych reakcji na dany utwór u różnych pacjentów. Reakcje te są zależne od wielu czynników, m.in. wiek, środowisko rodzinne, społeczne, aktualny stan psychofizyczny słuchacza, zaburzenia rozwojowe itd. (Natanson 1979: 93–95).

Zatem sedno obcowania ze sztuką podczas procesu terapeutycznego tkwi w jej estetycznym odbiorze, skupiającym się na docenieniu jej uroku, doskonałości, kunsztowności. Dzięki temu pacjent ma szansę poczuć się pełnoprawnym odbiorcą, melomanem spektaklu muzycznego a nie jedynie osobą przytłoczoną własnymi czy cudzymi problemami (innych słuchaczy) oraz niejednokrotnie stającą się obiektem badań.

Neuroestetyka – „Refleksja nad pięknem” (Bremer 2013: 10)

Neuroestetyka to pojęcie stosunkowo nowe, mające na celu wyjaśnienie przeżycia estetycznego obecnego podczas tworzenia oraz percepcji dzieł sztuki (Podlipniak, Przybysz za Nalbantian 2008: 357). Jest to nauka interdyscyplinarna łącząca kilka dziedzin: filozofię, psychologię, historię sztuki oraz neuronauki. Początkowo

obejmowała jedynie obszary wzrokowej kory mózgu. Obecnie poszerza zakres badań w innych sferach mózgu, m.in. zajmując się reakcjami na percepcję utworu muzycznego (Bremer 2013: 10).

Warto przytoczyć za współczesnymi badaczami zjawiska neuroestetyki, kilka fragmentów dotyczących tegoż aspektu muzyki.

Muzyka, podobnie jak pozostałe gatunki sztuki, wymyka się poznaniu za pomocą narzędzi nauk biologiczno-przyrodniczych (Podlipniak, Przybysz 2008: 11)

Badacze neuroestetycy proponują, aby w rozważaniach nad tworzeniem i odbiorem sztuki uwzględnić dostępną wiedzę na temat funkcjonowania mózgu (2008: 12)

W niniejszej pracy skłonimy się do teorii neuropsychologa Vilayanura Ramachandrana oraz filozofa Wiliama Hirsterina, którzy postrzegają artystów jako osoby poddające swoje dzieła sztuki „estetycznej deformacji” czyli uwydatnieniu przy pomocy środków odpowiednich malarstwu, rzeźbie czy muzyce. Skomponowany utwór muzyczny lub namalowany obraz stają się również zwierciadłem otaczającego świata artysty oraz ludzi, których spotykał na swojej drodze. Zatem w zetknięciu z odbiorcą danego dzieła sztuki, stanowią nadzwyczaj silny bodziec, który wyzwala subiektywną reakcję mózgu w formie potężnych wrażeń percepcyjnych oraz emocji. (Ramachandran, Hirstein, 2006: 327–328).

W odniesieniu do osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, gdzie zauważyć można zróżnicowane reakcje na dany rodzaj muzyki ze względu na towarzyszące deficyty oraz zaburzenia rozwoju (m.in. w sferze komunikacji i interakcji) (Jakoniuk-Diallo, Plutecka, Kościółek (red) 2011: 252) proces terapeutyczny przy pomocy muzyki staje się istotnym elementem rewalidacji.

Według Semira Zeki (1999), brytyjskiego neurobiologa i neurofizjologa „dzieło sztuki jest szczególnym, bo wieloznacznym bodźcem dla aparatu percepcyjnego odbiorcy. Patrzymy na dzieła sztuki, rozumiemy je, potrafimy się nimi cieszyć, gdyż nasz mózg wyewoluował w taki sposób, że posiadał umiejętność detekcji oraz odczytywania wieloznacznych komunikatów” (Matyja, 2018).

W mojej pracy terapeutycznej zdarzało się, iż muzyka wyzwalała, otwierała to, co zamknięte, wzbudzała pozytywne emocje, wyciszała – ku zdumieniu opiekunów oraz innych terapeutów. Jednakże jest to skomplikowane zadanie, wymagające wiele poświęcenia, zrozumienia ze strony terapeuty oraz dostosowania odpowiedniego poziomu proponowanych utworów muzycznych do nastroju słuchacza.

Z badań sawantów (osób z zaburzeniami rozwoju, którzy są szczególnie uzdolnieni) prowadzonych przez Oliviera Sacksa, wynika, iż „zdolność do przedstawiania, do grania, do bycia, zdaje się czymś «nadanym» ludzkiemu życiu w sposób, w którym intelektualne różnice nie mają nic do rzeczy.” (Sacks, 2008: 242). Innymi słowy wszelkie deficyty rozwojowe nie stanowią żadnej bariery dla oceny estetycznej danego dzieła sztuki, czy sposobu odczuwania piękna.

Warto przytoczyć fragment książki autora pt. *Antropolog na Marsie*, gdzie przedstawia reakcję na ulubiony utwór muzyczny podczas terapii pacjenta Stephena:

W końcu nadszedł czas, żeby Stephen wybrał piosenkę, którą chciał zaśpiewać. (...) Śpiewał z wielkim entuzjazmem, kołysząc przy tym biodrami, tańcząc, gestykulując, robiąc różne miny, przysuwając do ust nie istniejący mikrofon, śpiewając do wyobrażonej wielkiej widowni. (...) Sprawiał wrażenie, jakby muzyka całkiem nim zawładnęła, jakby stanął z nią jedność – i w tym momencie nie było już tak charakterystycznego dla niego przekrzywienia głowy, nienaturalnego zachowania, tików, odwracania wzroku. Cała jego autystyczna osobowość, zdawało się, całkowicie znikła, a w jej miejsce pojawiły się pełne wdzięku, naturalne ruchy i emocjonalne zaangażowanie. Zaskoczony tą transformacją napisałem w swoim notatniku dużymi literami „AUTYZM ZNIKNAŁ”. Ale kiedy piosenka się skończyła, znów wrócił autystyczny wygląd Stephena. (2008: 296–297)

Zatem należy przyjrzeć się estetycznym aspektom muzyki, jako medium terapeutycznego, który wpisuje się w tzw. poznawczą teorię muzykoterapii, powstałą pod koniec XX w., nie umniejszając również innym jej koncepcjom. „Zgodnie z teorią koncepcji poznawczej, procesy psychiczne oraz zachowanie człowieka silnie powiązane są z informacjami, które odbiera jego mózg (odnosi się to również do danych zakodowanych w pamięci). Ponieważ muzyka pełni rolę nośnika informacji i znaczeń, może przyczyniać się do zaistnienia zmian w funkcjonowaniu pacjenta” (Stachyra, 2012: 38).

Postrzeganie sztuki w tym wymiarze stanowi klucz do rozwoju nauki w kierunku badań nad neuroestetyką muzyki w odbiorze przez osoby dotknięte niepełnosprawnością, autyzmem oraz daje nadzieję na dostrzeganie coraz częstszej potrzeby uchwycenia ich wrażeń, sposobu pojmowania piękna, rozumienia go.

„Zaczarowane dzieci...”

Na przestrzeni lat, zanim zjawisko autyzmu zostało poznane oraz odkryte, w osobach dotkniętych tym zaburzeniem doszukiwano się pokrewieństwa ze światem bogów lub uważano je za całkowicie wynaturzone. Tkwiono w przeświadczeniu, że to wróżki zamieniają ludzkie dzieci na swoje „zaczarowane”, które zostawiają potem w kołyskach (Brauner 1993: 20).

Definicja słowa „autyzm” powstała na początku XX w. Określenie to zostało wprowadzone w 1911 roku przez Eugena Bleulera – wybitnego szwajcarskiego psychiatrę (Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel (red) 2014: 20–23). Pierwotnie oznaczało osiowe objawy schizofrenii, jednakże z czasem wyodrębniono pięć kryteriów diagnostycznych, stworzonych przez Leo Kanner w 1943 roku, które przedstawiają się następująco:

- obojętność oraz brak kontaktu emocjonalnego z innymi ludźmi;
- obsesyjne pragnienie zachowania niezmienności, stawianie oporu w stosunku do zmian w codziennym porządku;
- fascynacja przedmiotami oraz posługiwanie się nimi w bardzo precyzyjny sposób;
- mutyzm;
- specyficzne zdolności, dotyczące pamięci słownej, muzycznej, wzrokowej, liczbowej.

Kolejno w 1956 roku zostały wyodrębnione dwa główne kryteria diagnostyczne takie, jak izolacja społeczna oraz nacisk na niezmienność. Dokonali tego Kanner wraz z Leo Eisenbergiem. Jednakże był to bardzo wąski zakres objawów osiowych, stąd Michael Rutter (1978) zdecydował się umieścić w nich również upośledzony rozwój języka.

Ostatecznie postanowiono traktować autyzm jako kontinuum oraz wyróżniono tzw. triadę zaburzeń w sferze funkcjonowania społecznego, komunikacji oraz zakłócenia zabawy i występowanie zachowań „repetytywnych”, czyli powtarzających się. Były za to odpowiedzialne Lorna Wing oraz Judith Gould (Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel 2014: 23).

Przełom w analizie autyzmu nastąpił w 1988 roku, kiedy to Doris Allen utworzyła termin „spektrum zaburzeń autystycznych” zamieniający ściśle określony zespół cech na poczet kontinuum autystycznego. Na potrzeby systemu klasyfikacji chorób psychicznych Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders (DSM – III) oraz jego poprawionego IV wydania została utworzona nazwa „całościowe zaburzenia rozwoju” wraz z synonimem „zaburzenia ze spektrum autyzmu”. Termin ten ponownie został zaktualizowany w roku 2013.

Obecnie w Polsce stosujemy Podręcznik Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), który analogicznie powtarza definicję autyzmu za kategorią DSM V, gdzie został użyty termin zbiorczy – „spektrum zaburzeń autystycznych” (Autism Spectrum Disorder – ASD).

„W DSM V wyróżnione są 3 kryteria. Osoba, u której zdiagnozuje się autyzm, musi przejawiać co najmniej 6 cech wymienionych w punktach (w tym co najmniej 2 w punkcie 1 i po 1 z punktu 2).

1. Kluczowe znaczące, stałe nieprawidłowości w obrębie komunikacji społecznej i interakcji:

a) wyraźne deficyty w komunikacji werbalnej i niewerbalnej, wykorzystywanej w interakcjach społecznych;

b) brak wzajemności społecznej;

c) nieumiejętność rozwijania i utrzymywania relacji z rówieśnikami właściwej dla poziomu rozwoju.

2. Ograniczone, powtarzalne wzorce zachowań, zainteresowań i aktywności objawiające się poprzez co najmniej dwa z poniższych objawów:

a) stereotypowe zachowania motoryczne lub werbalne lub nietypowe zachowania sensoryczne;

b) nadmierne przywiązanie do rutyny i zrytualizowanych wzorców zachowania;

c) ograniczone zainteresowania.

3. Objawy muszą wystąpić we wczesnym dzieciństwie (ale mogą nie manifestować się w pełni dopóki oczekiwania społeczne nie przekroczą ograniczonych możliwości dziecka)” (*Klasyfikacje diagnostyczne DSM-V i ICD-10 – kryteria diagnostyczne autyzmu*).

Autyzm, pomimo wielu wybitnych badań, analiz, obserwacji, nadal stanowi tajemnicę zarówno dla rodziców, terapeutów, jak i lekarzy.

Tęsknota za bliskością piękna...

Współczesna neuroestetyka, jako nauka formułuje pytania, na które nie jest łatwo uzyskać precyzyjne odpowiedzi:

- Czym jest poczucie piękna, towarzyszące percepcji i kontemplacji dzieł estetycznych?
- Czy można je utożsamiać z poczuciem przyjemności, czyli z afektem określonego rodzaju, czy też zależy ono bardziej od czynników nieafektywnych związanych z intelektualnym oglądem lub osądem estetycznym? (Matyja, 2018).

W „wyjątkowych dzieciach żyją najgłębsze z tęsknot i potrzeb ludzkich” (Nordoff, Robbins 2008: 52). Pragnienie odczuwania piękna, prawa do własnego osądu estetycznego dzieł sztuki, jest marzeniem każdego pacjenta.

Istotę poznania relacji człowiek – sztuka nie rozstrzygniemy w kategoriach definicji czy terminów. Jest to specyficzna „więź” tworząca harmonię duszy i ciała. Każdy człowiek pragnie czerpać jak największą przyjemność z kontaktu ze sztuką. Stwarzanie możliwości do obcowania z muzyką w przypadku dzieci z zaburzeniami w rozwoju wydaje się nawet nie koniecznością, lecz obowiązkiem wszystkich terapeutów odpowiedzialnych za ich kurację.

Niejednokrotnie podczas żmudnych terapii, pacjent pragnie odpoczynku, wytchnienia. Tęskni za perspektywą rozwoju, pójścia dalej, wyjścia z sztywnych obowiązujących ram, w których został umieszczony z racji na towarzyszące mu zaburzenia, deficyty.

Poprzez ukazywanie piękna muzyki, która staje się zwierciadłem nastrojów, stanów emocjonalnych, „wypełnia psychiczną pustkę barwami i dźwiękami (...) zasiła obudzoną świadomość siebie i nowo odkrytych możliwości ekspresji” (Nordoff, Robbins 2008: 52) pojawia się szansa na odbudowanie właściwego i silnego „ja” pacjenta, poszerzenie horyzontów, dostrzeganie tego, co ulotne i jakże dzisiaj zapomniane.

W ramach zakończenia wymowne zdaje się tu być pragnienie Rebeki (pacjentki Oliviera Sacksa), cierpiącej na rozszczep podniebienia, krótkowzroczność oraz inne zaburzenia rozwojowe:

- Muszę mieć sens – (...) – Te lekcje, te dziwne prace nie mają sensu. Naprawdę to lubię tylko teatr – dodała – tęsknię (Sacks 2008: 241).

Zatem starajmy się dostrzegać marzenia naszych pacjentów, pozwólmy im nacieszyć się muzyką, sztuką, dbając o estetyczny wymiar prezentowanych utworów oraz licząc się z holistycznym jej oddziaływaniem na organizm człowieka.

Podsumowanie

Wyzwaniem dla współczesnej neuroestetyki muzyki jest podejmowanie badań w zakresie percypowania piękna podczas kontaktu ze sztuką u osób z zaburzeniami w rozwoju, a szczególnie ze spektrum zaburzeń autystycznych.

Indywidualność każdego pacjenta, sposób postrzegania świata poprzez pryzmat życiowych doświadczeń, trudności, choroby zdaje się być najlepszym „malarzem” całej palety odczuć pojawiających się w trakcie spotkania z dziełem muzycznym.

Niniejsza publikacja stanowi jedynie próbę zasygnalizowania powyższych, istotnych zagadnień, które powinny być systematycznie rozszerzane i kontynuowane w formie badań naukowych podczas terapii „wyjątkowych” i „zaczarowanych” dzieci.

Bibliografia

- Brauner A.F. (1993). *Dziecko zagubione w rzeczywistości*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Bremer J. (2013). *Neuroestetyka: Czy przyszłość estetyki leży w neuronauce?* [w:] *Estetyka i krytyka* 28 (1/2013).
- Bukowska A. (2010). *Od emocji po fizjologię, czyli o oddziaływaniu muzyki na organizm człowieka*. [w:] *Terapia przez Sztukę* Volume 1(02).
- Dittrich L. (2018). *Eksperyment. Opowieść o mrocznej godzinie w dziejach medycyny*. Kraków: Znak litera nova.
- Gwizdalanka D. (1997). *Muzyka. Podręcznik dla szkół średnich*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Jakoniuk-Diallo A. (2011). *Wykorzystanie muzyki w dynamizowaniu potencjałów rozwojowych dzieci z niepełnosprawnością*, [w:] *Stymulowanie potencjału twórczego osób z różnymi potrzebami edukacyjnymi*, red. E. Lubińska-Kościółek, K. Plutecka. Kraków: Impuls.
- Matyja J. (2018). *Neuroestetyczne teorie muzyki. Neuroestetyka muzyki: przegląd zagadnień*. Pobrano z: <https://www.copernicuscollege.pl/kursy/neuroestetyka-muzyki/tresc>. (2.02.2018).
- Moor J. (2002). *Śmiech, zabawa i nauka z dziećmi o profilu autystycznym*. Łódź–Warszawa: Wydawnictwo Cyklady i Wydawnictwo mała litera.
- Natanson T. (1979). *Wstęp do nauki o muzykoterapii*. Wrocław: Zakład Narodowy Imienia Ossolińskich.
- Nordoff P., Robbins C. (2008). *Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi*. Kraków: Impuls.
- Podlipniak P., Przybysz P., (2013). *Sztuka, mózg, muzyka: perspektywy neuroestetyki muzyki*, [w:] *Neuroestetyka muzyki*, red. M. Bogucki, A. Foltyn, P. Podlipniak, P. Przybysz, H. Wiszniewska. Poznań: Wydawnictwo Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk.
- Ramachandran V.S., Hirstein W. (2006) *Nauka wobec zagadnienia sztuki. Neurologiczna teoria doświadczenia estetycznego* [w:] *Studia z kognitywistyki i filozofii umysłu*, red. A. Klawiter, W. Dziarnowska. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Klasyfikacje diagnostyczne DSM-V i ICD-10 – kryteria diagnostyczne autyzmu*. Pobrano z: <https://polskiautyzm.pl/klasyfikacje-diagnostyczne-autyzmu/> (2.02.2019))
- Sacks O. (2008). *Antropolog na Marsie*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Sacks O. (2008), *Mężczyzna, który pomylił swoją żonę z kapeluszem*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.

- Seweryn M. (2014). *Wspomaganie komunikacji u dzieci z autyzmem z wykorzystaniem Makatonu i komunikatorów* [w:] *Makaton w rozwoju osób ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi*, red. B.B. Kaczmarek. Kraków: Impuls.
- Stachyra K. (2012) red., *Podstawy muzykoterapii*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Suchowierska M., Ostaszewski P., Bąbel P. (2012). *Terapia behawioralna dzieci z autyzmem. Teoria, badania i praktyka stosowanej analizy zachowania*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

„Catch the sense of art ...” neuro-aesthetic aspects of music therapy of people with autism spectrum

Abstract

The article attempts a theoretical analysis of neuro-aesthetic aspects of the treatment of patients with the autism spectrum. Music often becomes a detachment from everyday life, an introduction to another, better world in which the difficulties do not count, but the whole landscape of feelings that appears in the patient during the contact with art. The article is not intended to decrease various forms of therapy or the role of therapists. The considerations are only an introduction to further discussions on the notice of patients' aesthetic preferences. Each patient is an equal recipient of a work of art. Everyone tries to see the meaning in their actions. He also wants his way of looking at beauty to be noticed. He do not want to be just an "object" of scientific research. He need rest, rest, longing for the closeness of beauty... which gives him contact with music.

Keywords: neuroaesthetics, music, beauty, sense of art, autism

Urszula Szrednicka

Maltańskie Centrum Pomocy Niepełnosprawnym Dzieciom i Ich Rodzinom w Krakowie

Responsywność w postawie terapeuty oraz wychowawcy dziecka z autyzmem. Z doświadczeń praktyka

Dziecko autystyczne wydaje się pozostawać w muszcelce,
w stanie uśpienia,
oczekując na bardziej sprzyjające warunki dla swojego rozwoju
(France Tustin, 1981)

Wprowadzenie

Maltańskie Centrum Pomocy (MCP) od dwunastu lat prowadzi w Krakowie terapię małych dzieci z niepełnosprawnościami. Rodzina dziecka znajduje tu kompleksową pomoc interdyscyplinarnego zespołu specjalistów. Wszyscy terapeuci stosują w swej pracy to samo podejście – oparte na relacji, wzmacniające inicjatywy dziecka, wspierające cały system rodzinny. Liczną grupę podopiecznych MCP stanowią dzieci ze spektrum autyzmu. Spójna koncepcja podejścia terapeutycznego, łączenie terapii indywidualnej dziecka z terapią diady rodzic-dziecko lub terapią rodzinną, dostosowanie form terapii do potrzeb dziecka i możliwości jego rodziny (przed-szkole specjalne, terapia w MCP, terapia domowa) to cechy relacyjnego modelu psychoterapii w zaburzeniach autystycznych u dzieci wypracowanego w MCP.

Metody terapii dzieci z autyzmem dzielone są zazwyczaj na dwie grupy: dyrektywne i niedyrektywne. Potoczne skojarzenia, jakie często wywołują te nazwy, mogą prowadzić do nieporozumień u osób, które dopiero zaczynają poznawać autyzm (np. rodzice, którzy właśnie usłyszeli diagnozę swojego dziecka), mogą też być źle zrozumiane przez osoby nie będące terapeutami a mające kontakt z takimi dziećmi. Hasło „dyrektywnie” łączy się z określeniami: rygor, struktura, przymus, terapeuta pracuje według sztywnego programu, nawet tresura. W konsekwencji „niedyrektywnie” rozumiane bywa jako zaprzeczenie dyrektywności czyli pełna swoboda, żadnych granic, żadnego celu. W sytuacji, gdy użyte słowa wywołują nieporozumienia, warto szukać innych nazw. W opisach grupy metod opartych na innych założeniach niż metody behawioralne (dyrektywne) zaczęły pojawiać się pojęcia: podejście relacyjne (relacja z terapeutą i otwieranie dziecka na kontakt z drugim człowiekiem jest fundamentem terapii) i podejście rozwojowe (stwarzanie warunków do powtórnego przeżycia tych etapów w rozwoju dziecka, które z powodu autyzmu zostały nieprawidłowo przebyte). Również nazwa -podejście responsywne używana jest

w takim kontekście. I przyznaję, że to określenie bardzo mi odpowiada. Przekonała mnie do niego dr Anna Prokopiak z UMCS podczas seminarium „Responsywność w terapii dziecka z autyzmem” (14.10.2016, Lublin). W sprawozdaniu z tego seminarium podano, czym jest responsywność:

„Osoba jest responsywna w kontakcie z drugą osobą, jeżeli jej zachowanie i wypowiedzane słowa stanowią odpowiedź na działania partnera – responsywność [od (ang.) response, (franc.) réponse] – to odpowiedź. Zarówno bowiem język oraz kompetencje społeczne i emocjonalne każde dziecko zdobywa przez więź z drugim człowiekiem opartą na emocjonalnie znaczących wymianach. Terapeuta czy rodzic gotowy do interakcji musi być bardzo uważny, aby dostrzec każdy moment, w którym dziecko gotowe jest do kontaktu”. Znaczenie responsywności w postawie matek małych dzieci przedstawia Pisula (2003, za Prokopiak 2014:89): „im bardziej matka była zorientowana na dziecko, responsywna, tym lepiej przebiegał jego rozwój. Matki niedyrektywne można by scharakteryzować jako nie narzucające się, czujne, gotowe udzielić dziecku stosownej pomocy, zaspokoić jego zainteresowania, wrażliwe na uczucia dziecka, elastyczne i oryginalne w rozwiązywaniu codziennych problemów. Akceptowały zachowania dziecka także wówczas, gdy były one nieodpowiednie w stosunku do jego wieku”. Jak rozumiemy w MCP responsywność, w jaki sposób uczą się jej terapeuci, wychowawcy i wolontariusze przedstawię na podstawie prowadzonej u nas od 8 lat terapeutyczno-edukacyjnej metody 3i.

Metoda 3i – intensywna, indywidualna, interaktywna¹

Powstała we Francji kilkanaście lat temu na bazie metody opcji B.S Kaufmanów. Poznaliśmy ją dzięki wielkiej życzliwości i zaangażowaniu jednego z jej twórców Erica de Labarthe ze Stowarzyszenia Autisme Espoir Vers L’Ecole. Celem terapii jest wspieranie rozwoju dziecka w zakresie komunikacji i samoświadomości aż do etapu, gdy będzie możliwa adaptacja w grupie rówieśniczej w placówce edukacyjnej (De La Presle, Valetton, 2010). Metoda 3i okazała się być spójną w założeniach z programem MCP i po kilku latach pilotażu została włączona do oferty Centrum.

Dziecko ze spektrum autyzmu nie uczestniczy w środowisku w takim stopniu, jak jego zdrowi rówieśnicy. Autyzm zamyka je w jego własnym świecie. Dobrym symbolem jest tutaj muszelka. Każde dziecko z autyzmem ma swoją muszelkę, w której się chowa. Kłapy muszelki czasem się rozchylają, często są mocno zaciśnięte. Zaciśnięta muszelka odcina większość sygnałów i bodźców wysyłanych do dziecka przez rodzinę oraz otoczenie. Dziecko czuje się bezpieczne, nie uczestniczy w świecie, który jest dla niego niezrozumiały i przerażający. Zatem niewiele też czerpie ze środowiska, nie nabywa umiejętności przypisanych do jego wieku. Aktywności, które podejmuje, rzadko dopuszczają współpracę z drugą osobą.

1 Opis metody 3i jest poprawioną i uzupełnioną wersją fragmentu tekstu ujętego w artykule Broniewska M., Srzednicka U.(2016). Terapia dziecka z autyzmem niedyrektywną metodą 3i z włączeniem elementów zajęć gordonowskich w proces terapeutyczny – pierwsze doświadczenia W: B. Pazur (red). *Język muzyki dla osób (nie tylko) ze świata autyzmu*. Lublin: Wydawnictwo Muzyczne POLIHYMNIA. s. 119–131

W metodzie 3i kierujemy się zasadą regresji terapeutycznej zwanej też zasadą cofniętego zegara (Olechnowicz, 2004). Diagnozujemy poziom umiejętności dziecka ze spektrum autyzmu w zakresie: posługiwania się zmysłami, naśladowania, motoryki, samoobsługi, porozumiewania się, wzajemnych kontaktów międzyludzkich. W pewnych obszarach wiek rozwojowy dziecka może być niższy niż jego wiek kalendarzowy, może nie przekraczać 3 lat. Terapeuta budując program terapii przystosowuje się do wieku rozwojowego dziecka, podąża za jego możliwościami i potrzebami. Intensywna terapia daje szansę powtórnego przeprowadzania dziecka przez te etapy rozwoju z wczesnego dzieciństwa (0-3 lat), które zostały zaburzone przez autyzm.

W domu rodzinnym dziecka w specjalnie przygotowanym pokoju prowadzone są sesje 3i przez wyszkolonych wolontariuszy i psychologa 3i. Trzy razy litera i w nazwie metody oznacza intensywność, indywidualność i interakcję. Intensywność – to znaczy terapia prowadzona jest codziennie przez 6 godzin w ciągu 6–7 dni w tygodniu. Każdy wolontariusz przychodzi do dziecka raz w tygodniu na 1,5 godziny. Indywidualnie – dziecko przebywa w sali zabaw tylko z jedną osobą dorosłą. Interakcja – najważniejszym zadaniem prowadzącego sesję jest bycie w kontakcie z dzieckiem.

Podczas sesji wolontariusze koncentrują całą swoją uwagę na dziecku. Obserwują je i reagują na wszystkie jego sygnały, swoją postawą stwarzają przestrzeń dla inicjatyw dziecka. Dziecko prowadzi wolontariusza, wybiera rodzaj aktywności: działanie lub odpoczynek. Jedynie zasady bezpieczeństwa, miejsce i czas sesji wprowadzają pewne ograniczenia. Dziecko wybiera to, co sprawia mu przyjemność, bawi się po swojemu. Wolontariusz bawi się razem z nim, może wzbogacać zabawę, o ile dziecko to zaakceptuje. Kierujemy się zasadą równorzędności podmiotowej, której napełnieniem przejawem u dzieci kilkuletnich jest np. zabawa naprzemienna, wymiana (Olechnowicz, 2004). Wspólna zabawa, bez wyuczania, bez ćwiczenia umiejętności, w atmosferze radości i akceptacji, responsywność wolontariusza są czynnikami terapeutycznymi 3i.

„Dziecko własnym terapeutą” taki tytuł w 1995 roku nadała Hanna Olechnowicz swojej książce, w której przedstawia metodę terapii dzieci przedszkolnych z wszelkimi problemami rozwojowymi między innymi z autyzmem, prowadzoną w Klubie dla rodziców i dzieci przy Centrum Metodycznym Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN. „Dzieci z dysfunkcjami więzi – nawet te najbardziej zaburzone – instynktownie inicjują lub przyjmują takie formy kontaktu i aktywności, które sprzyjają ich postępom terapeutycznym. Dotyczy to również zachowań uznawanych zazwyczaj za objaw patologii” (Olechnowicz, 2010, s.100). Olechnowicz stwierdza, że dzieci – goście Klubu wiedziały, jakie strategie autoterapeutyczne pomogą im „zbliżyć się do wyczuwanego instynktownie optimum rozwojowego” (Olechnowicz, 2010, s. 9). Nie potrafią tego osiągnąć same, potrzebują towarzyszenia dorosłych, którzy będą się starać „jak żywe lalki poddawać sugestiom dzieci i w ten sposób pomagać im w radzeniu sobie z wewnętrznymi napięciami” (Olechnowicz, 2010, s. 9). Podczas zajęć dzieci miały czas, przestrzeń i pełną swobodę, by pokazać, czego potrzebują. Dorośli nie wydawali poleceń, zakazów, trudne zachowania dzieci starali się zrozumieć, uszanować i wykorzystać pozostając w kontakcie terapeutycznym.

Jesteśmy przekonani, że uznanie, że dziecko potrafi wskazać, czego potrzebuje dla własnego rozwoju, że dziecko potrafi stworzyć własny program terapeutyczny, leży u podstaw responsywności. Bez tego założenia podążanie za dzieckiem staje się mechaniczną techniką, może też manipulacją ze strony dorosłych.

Wolontariusze są szkoleni przez psychologa 3i opiekującego się danym dzieckiem. Podczas comiesięcznych spotkań wolontariusze uczą się, na czym polega odzwierciedlanie, całkowite obejmowanie uwagą (holding psychiczny), relacja terapeutyczna. (Ozaist, 2014)

Etapy domowej terapii 3i

Terapia 3i jest jednym z elementów programu terapeutycznego dziecka i jego rodziny w Maltańskim Centrum Pomocy. Decyzja o włączeniu metody 3i podejmowana jest podczas zebrania zespołu diagnostyczno-ewaluacyjnego przez specjalistów i rodziców.

Proces terapeutyczny został podzielony na trzy fazy. Pierwsza faza zwana odkrywaniem siebie i drugiej osoby odpowiada pierwszym 18 miesiącom życia dziecka. Muszelka jest jeszcze mocno zaciśnięta, otwiera się na krótko. Wolontariusze koncentrują się na budowaniu z dzieckiem porozumienia ruchowego i wokalnego. Przeważają zabawy fizyczne, zabawy głosem, mimiką, przed lustrem. Dziecko coraz lepiej poznaje swoje ciało i ciało drugiej osoby. Szybko zauważa, gdy jest naśladowane, zauważa też, że jego prośby, oczekiwania są spełniane. Doświadcza swojej sprawczości, wysyła coraz więcej sygnałów do innych osób. Odczuwa radość z kontaktu z drugim człowiekiem, dąży do kontaktu. Rodzice mówią, że ich dziecko zaczyna się wreszcie zachowywać jak małe dziecko, przychodzi się przytulać, pokazuje radość, gdy jest z rodzicami; złości się, gdy spotyka się z odmową.

Faza druga (18- 36 miesięcy) rozpoczyna się, gdy dziecko coraz więcej interesuje się otoczeniem i osiągnęło już ten stopień poczucie bezpieczeństwa, który pozwala mu na korzystanie z bogactwa świata. Stąd nazwa tej fazy – otwarcie się na świat zewnętrzny. Sesje 3i mogą być prowadzone na zewnątrz: na placu zabaw, w ogrodzie. Zmienia się wyposażenie sali zabaw, dodawane są zabawki edukacyjne. Zaczynamy też stawiać granice zachowaniom nie akceptowalnym społecznie. Do programu terapeutycznego włączane są zajęcia indywidualne w MCP. Gdy dziecko okazuje zainteresowanie innymi dziećmi i coraz śmielej do nich podchodzi, dochodzą kolejno zajęcia w małych grupach dziecięcych. Podczas sesji pojawia się coraz więcej zabaw partnerskich i symbolicznych. Muszelka coraz dłużej jest uchylona lub nawet otwarta.

Kontakty społeczne dziecka rozwijają się, teraz czas na przygotowanie do uczestnictwa w placówce edukacyjnej. Faza trzecia poświęcona jest stopniowemu wchodzeniu w życie przedszkolne. Sesji jest coraz mniej, zastępują je zajęcia indywidualne i grupowe w Centrum. Dziecko zaczyna uczestniczyć w zajęciach grupy przedszkolnej stopniowo od jednej godziny w tygodniu. Zaczynamy od czasu swobodnej zabawy, by dać czas na poznanie dzieci i nauczycieli. Po okresie obserwacji, często spod ściany, nadchodzi etap zbliżania się do dzieci, bawienia się obok nich, a następnie włączania się w zajęcia zorganizowane. Nauczyciel ocenia gotowość

dziecka do podejmowania kolejnych kroków i towarzyszy dziecku w tym procesie. Wolontariusze nadal przychodzą do domu przynajmniej na jedną sesję dziennie. Pomagają dziecku odreagować stres i nadal wspierają jego rozwój. Muszelka roz-wiera się już na długo. (Gardziel, Ozaist, Sitnik 2015)

Ścieżka postępowania **terapeutycznego w metodzie 3i**

Wolontariusze podczas całej sesji stosują pewną sekwencję kroków:

- obserwowanie, by rozpoznać inicjatywę dziecka
- przyłączanie się poprzez naśladowanie, dostrojenie się do emocji dziecka lub włączenie się do jego aktywności, by nawiązać kontakt
- urozmaicanie i rozwijanie aktywności, by doprowadzić do zabawy naprze-miennej, partnerskiej.

Chwila obserwacji, gdy wolontariusz skupiony jest na dziecku i sam nie podej-muje żadnej aktywności, to czas dla dziecka na podjęcie własnej inicjatywy. Często słyszy się, że dzieci ze spektrum autyzmu nie mają pomysłów na zabawę, że dlatego uciekają w stereotypie, bo to dla nich najprostsze. „Brak inicjatywy i postawa kapi-tulacji jest jądrem patologii dziecka autystycznego” (Olechnowicz, 2004: 57). Nasze doświadczenia, obserwacje rodziców i wolontariuszy dowodzą, że dawanie czasu i przestrzeni na inicjatywę dziecka są trudną i mało „naturalną” umiejętnością do-rostłych w kontakcie z dziećmi. Gdy dzieci (nawet zdrowe) nie widzą, by ich sygnały były przyjęte przez opiekunów, wycofują się. Jednak dzieci zdrowe potrafią o to wal-czyć lepiej niż dzieci z autyzmem.

Naśladowanie zachowań dziecka, dostrajanie się do jego emocji, dynamiki jest kluczem do nawiązania kontaktu, nie jest celem. Sposób naśladowania dostosowu-jemy do dziecka, gdy zauważamy jego irytację, przerywamy. Mały Ignas² powie-dział mi, gdy dołączyłam do jego śpiewania: „nie śpiewaj, tylko ja mogę śpiewać”. Zamilkłam ze śmiechem: „aha, tylko ty możesz śpiewać”. Ignas śpiewał dalej, zakoń-czył piosenkę, zaczął bawić się samochodami, dołączyłam do niego i wtedy ja zaczę-łam nucić bez słów. I chłopiec zaczął naśladować moje frazy. Włączył swoje melodie, ja je powtarzałam, była to chwila niezwykłego kontaktu wzrokowego i muzycznego dialogu w konwencji równorzędności podmiotowej.

Naśladujemy również zachowania trudne, agresywne, społecznie nie akcepto-walne – w atmosferze zabawy. Przede wszystkim podczas sesji z dzieckiem, które jest jeszcze w pierwszej fazie metody. Ta zasada wzbudza sporo niepokoju u wolon-tariuszy, u terapeutów również. „Podejście niskointruzywne wydaje się stanowić fundament metody 3i. Podążanie w ślad za aktywnością dziecka, naśladowanie go, oczekiwanie na jego inicjatywę czy gotowość, a także przekształcanie trudnych za-chowań w zabawę tworzą klimat bezpieczeństwa i zachętę do zbliżenia. Można to określić jako proces wchodzenia w świat dziecka po to, by zainteresować je naszym wspólnym światem. (Gardziel, Ozaist, Sitnik, 2015:42). Zachowania trudne anali-zujemy na nagraniach z sesji, traktujemy je jako komunikat dziecka. Staramy się zrozumieć jego treść, rozpoznać potrzebę, która za tym stoi i potem odpowiadać na nią lepiej. Na zachowania trudne można też zareagować inaczej, możemy nazwać intencje dziecka, emocje i potrzeby, które powodują te zachowania. „Podążanie za

2 Wszystkie imiona dzieci zostały zmienione.

osobą z autyzmem to zgoda na specyfikę jej funkcjonowania.” (Prokopiak, 2010:47). Dlatego naśladujemy stereotypie, nie boimy się ich, nie chcemy ich wyhamować. W ten sposób przekazujemy dziecku informację, że rozumiemy znaczenie tych zachowań, że akceptujemy je. Informacja przekazana językiem ciała dociera do dziecka szybciej niż słowa. Dzieci bardzo szybko zauważają, że je naśladujemy. Zdarza się, że wtedy popatrzą na nas po raz pierwszy. A potem zaczynają „sprawdzać”, czy je dobrze naśladujemy. Bardzo trudno odzwierciedlić pełne zachowanie (np. nawet rytm oddechu), wybieramy te elementy, które mogą stać się zaczątkiem wymiany, które możemy przekształcić w zabawę lubianą przez dziecko.

Gdy nawiązemy kontakt z dzieckiem, gdy na nas świadomie spojrzy, urozmaicamy zabawę, to znaczy wprowadzamy swój element. Traktujemy to jako propozycję, którą dziecko może przyjąć lub odrzucić. W pierwszej fazie terapii przyjęcie naszego pomysłu zdarza się bardzo rzadko, dzieci reagują niepokojem, krzykiem. Wtedy, pamiętając, że to dziecko wskazuje nam drogę, wycofujemy się i bawimy się według scenariusza dziecka. Najłatwiej nawiązać kontakt podczas zabaw fizycznych, najłatwiej też wtedy wprowadzić urozmaicenie. Dziecko biega od ściany do ściany, naśladując biegamy razem z nim. Możemy się nagle zatrzymać, możemy zacząć tupać, możemy zejść na czworaki, możemy zmienić kierunek. Gdy dziecko akceptuje już takie drobne zmiany (druga faza), możemy podczas biegania złapać piłkę, uderzać nią o podłogę i przejść do rzucania do siebie piłki „raz ty, raz ja”. Bieganie przekształci się w zupełnie nową zabawę.

Teraz to dziecko naśladuje wolontariusza. Nasuwa się pytanie, czy takie działanie prowadzącego sesję 3i można określić jako responsywne? Jeżeli przyjmiemy, że zachowania responsywne występują bezpośrednio po zachowaniu dziecka i są natychmiastową odpowiedzią, adekwatną wobec jego aktywności (Pisula 2003, za Prokopiak 2014), to odpowiedź jest negatywna. Propozycje aktywności, które wnoszą wolontariusze, są opracowywane przez psychologa 3i na podstawie określonej strefy najbliższego rozwoju dziecka. Zatem odpowiadają na gotowość rozwojową dziecka. W takim znaczeniu są responsywne.

Responsywność w postawie wychowawcy grupy przedszkolnej

Wychowawca w przedszkolu również może być responsywny, chociaż w innym zakresie niż terapeuta w indywidualnej terapii. Sygnały wysyłane równocześnie przez grupę dzieci mogą być sprzeczne, ich potrzeby bardzo różne. Organizowanie procesu edukacyjnego wymaga ustalenia zasad, wydawania poleceń, realizacji postawionych celów. Jak można podążać równocześnie za sześciorożkami dzieci? Na to pytanie nieustannie szukają odpowiedzi nauczyciele z Maltańskiego Przedszkola Specjalnego. W naszym przedszkolu jedna grupa liczy 6 dzieci z autyzmem, prowadzi ją dwoje nauczycieli i jedna pomoc nauczyciela. Pomagają nam też wolontariusze, na niektórych zajęciach każde dziecko ma swojego opiekuna. Zasada, którą kierują się nauczyciele brzmi: podążamy, kiedy to tylko jest możliwe, kierujemy, kiedy to jest naprawdę konieczne. Oczywiście te możliwości i konieczności oceniają nauczyciele danej grupy dostosowując je do dzieci i ustalają wspólne zasady postępowania. Prokopiak (2014) posługuje się określeniem „wolność w wychowaniu” przywołując

pedagogikę Montessori. Montessori pisała o wolności zorganizowanej, o wolności o określonych granicach. Wolność taka dotyczy między innymi: poruszania się, wyboru, wyrażania własnych uczuć, braku rywalizacji, braku stresu i przymusu.

Głodzik (2014) porównuje założenia metody Montessori i niedyrektywne podejście w terapii. Wskazuje na wspólne założenie „podążanie za dzieckiem”, sztandarowe hasło Marri Montessori. Po analizie 8 punktów V.M. Axeline określających terapię niedyrektywną, stwierdza, że każdy z tych punktów jest realizowany, w takim zakresie, w jakim jest to możliwe w grupie edukacyjnej. Najłatwiej dostosować się do dzieci podczas zajęć o swobodnej strukturze. Przykłady takich aktywności zaprezentowano poniżej:

Nauczyciel włącza muzykę i zaprasza dzieci do ruchu, bierze jedno z dzieci za rękę i prowadzi je po kole. Każde dziecko ma swojego opiekuna (nauczyciel lub wolontariusz), każda para może inaczej się poruszać. Gdy dziecko kładzie się na podłodze, zasłania twarz rękoma, nauczyciel kładzie się obok niego, towarzyszy mu. Może nazywać potrzebę dziecka, którą rozpoznaje w jego zachowaniu. Czekają na aktywność dziecka.

Na dużych arkuszach papieru dzieci obrysowują kredą postać swojego kolegi. Maks biega po sali, warczy, rusza rękoma jakby kręcił kierownicą, w swojej wyobraźni jest samochodem. Nauczycielka zaprasza go do rysowania. Maks nie reaguje. Po kilku nieskutecznych próbach nauczycielka zaczęła naśladować Maksa, udając samochód sunie za nim. Dostroiła się do niego, dołączyła do jego zabawy. Maks popatrzył na nią, wyraźnie spodobało mu się to wspólne bieganie i tym razem zareagował na zaproszenie do rysowania. Wsunął swoją dłoń w wyciągniętą rękę nauczycielki i podeszli razem do kolegi, który czekał, by obrysować postać Maksa.

Dzieci rysują linie, zygzaki, cieszą się, że kredki zostawiają ślad na papierze. A Józiu wziął do dwóch dłoni kredki i stuka nimi o stolik. Wolontariuszka, rysuje na swojej kartce słońce, nazywa to. Siedzi naprzeciw Józia, patrzy na niego. Józio stuka. Aż kusi, by powiedzieć Józiovi: kredkami rysujemy, nie stukamy. Ucząc się responsywności uczymy się otwartości na pomysły dzieci, akceptacji „nietypowego wykorzystania przedmiotu”. Tym hasłem można opisać działanie Józia. Wolontariuszce udało się tak zareagować, zaczęła również stukać swoimi kredkami. Zmiana rytmu, uderzanie nawzajem o swoje kredki i wspólna zabawa gotowa. 2 minuty wspólnego przeżycia radości, poczucia sprawstwa u Józia (miałem fajny pomysł, ona robi to samo, co ja) były bezcenne. A potem już rysowali.

Dzień przedszkolaka zaczyna się od powitania w kręgu. Program powitania ma wyraźną strukturę, wymaga to od dzieci skupienia uwagi, umiejętności czekania na swoją kolej. Rytuał powitania daje dzieciom poczucie bezpieczeństwa, dzieci wiedzą, co za chwilę nastąpi i pilnują tego. Takie ustrukturyzowane zajęcia wymagają szczególnej uważności nauczyciela, by reagować na sygnały dzieci: czy są gotowe do brania udziału lub odwrotnie, czy chcą już zajęcia zakończyć. Zajęcia zawierają elementy stymulacji polisensorycznej z użyciem różnych zmieniających się materiałów. Te zmiany dzieci mogą akceptować, może też wywoływać to ich duży niepokój prowadzący do zachowań trudnych. Jeżeli nauczyciel potraktuje sygnał dziecka jako bunt, jako chęć postawienia na swoim czyli w duchu rywalizacji i będzie dążył do egzekwowania swoich poleceń, może doprowadzić do kryzysu, całkowitego

wycofania się dziecka na resztę dnia. Natomiast jeżeli dostrzeże w tym lęk dziecka, komunikat o niezaspokojonej potrzebie, ma szansę znaleźć kompromisowe rozwiązanie. Zaimponowała mi nauczycielka przedszkola integracyjnego, która w swojej grupie miała Bartka - chłopca z autyzmem. Na powitanie dzieci siadały na podłodze w kręgu. Wszyscy chwyтали się za ręce. Bartek akceptował dłoń nauczycielki, odmawiał wzięcia za rękę innego dziecka. Na nagraniu oglądaliśmy z nauczycielką smutek dziewczynki, która siedziała obok chłopca. Bartek i tak po chwili odchodził na bok i dołączał do zajęć dopiero po rozwiązaniu kręgu. Nauczycielka wpadła na pewien pomysł. Na następnych zajęciach pętla grubego sznura leżała na podłodze przed dziećmi i zamiast trzymania się za ręce wszyscy trzymali sznur, Bartek też. Został z dziećmi do końca.

Pobyt w grupie, nadmiar bodźców (każde dziecko zachowuje się inaczej, może być dużo krzyku, płaczu, ruchu, dotyku) wymaga od dziecko wielkiego wysiłku, by sobie z tym poradzić. Dzieci potrzebują azylu. Kąt za parawanem, wielkie pudło, do którego można wejść, namiot czy nawet koc, pod którym można się schować umożliwiają dziecku odpoczynek, wyciszenie. Jeśli tego nie ma na sali, można z dzieckiem wyjść, by znaleźć taki schowek. „Osób z autyzmem przybywa codziennie a każda ma swoją specyfikę. Coraz więcej będzie ich na pewno w przedszkolach, szkołach. Ważne, aby w każdym takim miejscu mogły znaleźć swój azyl.” (Prokopiak, 2010:49)

Cztery razy w tygodniu do przedszkolnych grup dzieci ze spektrum autyzmu przychodzi wolontariusze na godzinne zabawy terapeutyczne. W trzech salach do tego przystosowanych, po dwoje dzieci z dwójką wolontariuszy pod opieką nauczyciela, każdy wolontariusz bawi się ze swoim dzieckiem według zasad metody 3i. Jest to czas kontaktu indywidualnego, gdy dziecko najpełniej może doświadczyć responsywności. Bezpieczeństwo, miejsce i czas zajęć, najważniejsze zasady wychowawcze (np. nie plujemy) to jedyne granice stawiane dzieciom. Rekrutacja, szkolenie i współpraca z ekipą 90 wolontariuszy jest dużym wyzwaniem organizacyjnym. Dlatego w tym roku, po 7 latach od wprowadzenia zabaw terapeutycznych do programu przedszkola, zapytaliśmy nauczycieli, jak oceniają znaczenie tych zajęć. Nauczyciele opisywali zmiany, które widzą u dziecka, (które mogą być efektem całego programu przedszkolnego jak również działania rodziny), podawali również, czego dziecko mogło doświadczyć najpełniej lub nawet wyłącznie podczas zabaw terapeutycznych. Oto ich wypowiedzi:

- zaspokojenie potrzeby indywidualnej zabawy,
 - rozwijanie zabawy tematycznej i symbolicznej, wolontariusze wnoszą nowe pomysły zabaw,
 - wykorzystywanie wyrażen dźwiękonaśladowczych, ilustrowania słów ruchem,
 - czas obniżenia napięcia emocjonalnego, które w grupie czasem jest bardzo wysokie,
 - danie dziecku poczucia ważności poprzez przydzielenie wolontariusza „na wyłączność”,
 - podczas tych zajęć dzieci zaczęły inicjować kontakt z drugim dzieckiem.
- Zatem zabawy terapeutyczne zostają w programie przedszkola.

Rozwijanie postawy responsywności

Wolontariusze uczą się rozumieć, szanować i wspierać inicjatywy dzieci podczas warsztatów oraz indywidualnych superwizji. Ważnym narzędziem w formacji wolontariuszy są nagrania z sesji 3i analizowane zgodnie z zasadami Wideotreningu Komunikacji (Video Interaction Training)(Srzędnicka, 2014).³ Jest to holenderska metoda doskonalenia umiejętności komunikacyjnych rodziców, opiekunów, profesjonalistów. W rodzinach z dzieckiem o zaburzonym rozwoju przyczynia się do wzmocnienia więzi wewnątrzrodzinnej, rodzice lepiej poznają potrzeby swoich dzieci, lepiej też na nie odpowiadają. Profesjonalistom VIT pomaga w budowaniu relacji z dzieckiem i grupą. Podczas VIT dorośli uczą się dawać czas i przestrzeń dzieciom, uczą się rozpoznawać nawet te najdrobniejsze sygnały przez nie wysyłane, uczą się tak odpowiadać na te sygnały, by poprzez pozytywne interakcje zwiększało się zaufanie do świata, zmniejszał się lęk. „Dopóki lęk się nie obniży, próby uczenia dziecka nie mają szans powodzenia. Ale uczenie, gdy jest już wykonalne, wpływa z kolei bardzo istotnie na obniżenie dręczącego dziecko napięcia lękowego.” (Olechnowicz, 2004, s. 70). Procedura Wideotreningu to sekwencja nagrań dorosłych z dziećmi w naturalnym środowisku (w domu lub placówce) oraz analiza tych nagrań z ustaleniem elementu komunikacji do świadomego stosowania.

Uzasadnienie wysokiej skuteczności VIT można znaleźć w teoriach uczenia się, psychologii świadomości i podejściu *empowerment* w pracy socjalnej. (Kaczmarek-Maderek, 2007). Olechnowicz wskazuje przydatność VIT we wspieraniu rodziców dziecka ze spektrum autyzmu „Wykorzystywanie inicjatywy dzieci autystycznych jest stosunkowo mało propagowane. Przywołam jako przykład metodę „Domowy wideotrening komunikacji”. Rodzice analizują wspólnie z trenerem zapis wideo ich interakcji z dzieckiem; wtedy trener może ich uwrażliwiać na okazywane przez dzieci inicjatywy kontaktu” (Olechnowicz, 2004:57). Podczas omawiania nagrania sesji 3i z trenerem VIT wolontariusz poznaje swoje mocne strony w zabawie z dzieckiem, ogląda chwile dobrego kontaktu. Trener towarzyszy mu w znajdowaniu odpowiedzi na pytanie, co warto robić częściej, co warto zmienić w prowadzeniu sesji, jak radzić sobie z trudnymi zachowaniami dziecka.

Miałam zaszczyt prowadzić warsztaty z responsywnego podejścia w terapii na kilku uczelniach podczas studiów podyplomowych poświęconych terapii dzieci ze spektrum autyzmu. Brali w nich udział psycholodzy, pedagodzy, fizjoterapeuci, nauczyciele i wychowawcy, pracujący z osobami z autyzmem lub przygotowujący się do tej pracy. Po pierwszym dniu intensywnych ćwiczeń studenci dostawali zadanie domowe:

„Wybrać ze swojego otoczenia (rodzina, praca) jedną osobę i podczas 20 minut podążać za nią”. Na czym może polegać podążanie, poznawali podczas zajęć. Kierowali się również w dużej mierze własną intuicją i potocznym rozumieniem słowa „podążać za kimś”. W sprawozdaniach opisywali przeprowadzone doświadczenie, dzielili się też swoimi refleksjami. Po raz kolejny uświadomiłam sobie, jak silne jest przekonanie, że dziecku trzeba pokazać, co ma robić, jak się ma bawić, że stymulacja jego

3 Fundacja Plus z Krakowa jest właścicielem licencji VIT wydanej przez holenderską organizację AIT i implementuje metodę w Polsce we współpracy z MCP.

rozwoju poprzez nieustanne wydawanie poleceń i pouczeń, przepytywanie dziecka jest konieczna i skuteczna. (tak zwane „Trzy P” – Olechnowicz, 2004:66). Jestem pełna podziwu, ile wysiłku włożyli studenci, by zmienić swoje przyzwyczajenia podczas przeprowadzenia tego ćwiczenia. Ponieważ jako sposób podążania najczęściej wybierali naśladowanie lub przyłączania się do aktywności najlepiej udawało się wykonać to zadanie z małym dzieckiem. Oto ich wypowiedzi:

„Moje podążanie polegało na oddaniu inicjatywy w zabawie synowi i realizowaniu jego pomysłów (bez krytykowania), kopiowaniu jego działań i zachowań, poddaniu się jego przewodnictwu. Powiedział mi: „Mamo, ja będę szefem-murarzem, a ty będziesz moim pomocnikiem. Dobry pomysł?” Mam poczucie, że od tej wspólnej zabawy rozpoczęliśmy budowę nowej jakościowo relacji”.

„Nie starałam się porządkować zabawy i wprowadzać swoich zasad, nowych elementów tylko naśladowałam dziecko, jego ruchy i gesty. Wykonywałam to, o co mnie prosiło. Wyzwolilo to u mnie radość działania i poczułam się jakbym wróciła do lat swojego dzieciństwa, gdzie miałam swobodę działania i kierowałam się własną wyobraźnią.”

„Dziewczynka zaproponowała żebyśmy zrobiły kwiatki, powiedziała: Pani Jadziu, teraz zrobmy kwiatki, ja mój pomarańczowy i ty swój też dobrze? Zgodziłam się, zrobiliśmy po pomarańczowym kwiatku. Iwonka ucieszyła się. Mnie natomiast ucieszyło pewne spostrzeżenie. Kiedy Iwonka zobaczyła, że nie narzucam jej koloru kwiatuszka czy długości łodyżki, nie używała już stwierdzenia twój kwiatek / mój kwiatek, ale nasz kwiatek”.

„Janka wrzuciła kolejną figurkę do wody. Chwilę po tym znieruchomiła oczekując mojej reakcji na rozlaną wodę na stole. Widząc mnie powtarzającą tę samą czynność roześmiała się i powiedziała: „Mamo, nie denerwujesz się, że wylałam wodę na stół?”. Odpowiedziałam: „Nie lubię takiego rozchlapywania wody na stole, ale właściwie nic złego się nie dzieje i możemy sobie na to pozwolić, a po zabawie wytrzymamy stół”. Córka była bardzo zdziwiona moją reakcją. Ja natomiast czułam się dosyć nieswojo, jednak podekscytowanie Blanki rekompensowało mi wszystko. Zazwyczaj podczas zabawy przemyślałam swoje teksty, propozycje zabaw, aspiracje itp. Tym razem bawiliśmy się tak, jak życzyła sobie moja córka.”

„Podążanie za dzieckiem nie jest proste, wiele razy chciałam zwrócić mu uwagę, że tak się nie robi, że źle coś wykonał, jednak zacisnęłam zęby i pozwoliłam mu objąć dowodzenie w tych zabawach. Dla mnie to była także lekcja pokory, cierpliwości.”

„Wcale się nie krępowałam mówiąc do dziecka infantylnym językiem, robiąc głupie miny czy wydając dziwne odgłosy. Byłam spontaniczna. Czerpałam radość z zabawy, chociaż gdzieś jeszcze czasami myślałam o rzeczach na dziś do zrobienia. Zauważyłam, że nie zrzędzę „że szybciej, że nie ma czasu”. Zmiana sposobu myślenia, zmieniła moje emocje.”

Jak widać przeżyte doświadczenie dla dorosłych też miało skutek terapeutyczny. Nie wszystkim udało się tak konsekwentnie zrezygnować z własnych inicjatyw. Jednym z powodów było postawienie sobie dodatkowego celu w ćwiczeniu: „Kiedy zostałam z uczennicą sama próbowałam nawiązać z nią dobry kontakt i zdobyć jej zaufanie. Dlatego też dążyłam do rozpoczęcia rozmowy”. „Zaczęłam proponować różne rozwiązania i pomysły. Chciałam zobaczyć, czy jest na nie otwarta.” Kolejnym

powodem może być obawa, że dziecko może nie mieć pomysłu, czym się zająć. „Naprawdę chciałam podążać za swoim dzieckiem, ale gdy dołączałam do jakiejś czynności, którą ono inicjowało, to łapałam się na tym, że ciągle próbuję coś w niej modyfikować, zmieniać (może dlatego, że ma dopiero 2 lata i jeszcze nie wie, jak się bawić, trzeba mu często inicjować zabawę)”. Każdy ma prawo wyboru swoich metod pracy i metod wychowawczych. Dlatego z szacunkiem przyjmowałam też takie wypowiedzi „Uważam, że każde dziecko powinno mieć ten czas, kiedy to ono może decydować, wybierać, kierować, oczywiście w rozsądny i kontrolowany przez nas sposób”. „Myślę, że podejmując współdziałanie z dzieckiem warto jest wprowadzać zasady w działaniu i należy ich konsekwentnie przestrzegać.” „Podążanie wymaga pokory, zupełnego zapomnienia o sobie, o swoim „ja”, swoich potrzebach, wyciszenia swoich emocji i nastawienia na przyjęcie tego, czego nie zawsze my byśmy chcieli”.

Studenci szczerze pisali o swoich trudnościach. Na przykład, gdy podczas zajęć rewalidacyjnych uczeń posługuje się kartami pracy, mało ma okazji do wykazywania własnej inicjatywy. Jeżeli większość jego zajęć jest zaprogramowana przez nauczyciela, staje bezradny w sytuacji, gdy może sam wymyślić sobie jakieś zajęcie. Pochopnie można go ocenić, że jest mało kreatywny. Gratulacje dla studentki, która wyciągnęła z tego wniosek do swojej pracy: „Powinnam bardziej rozwijać jego kreatywność, żeby wykorzystać potencjał ucznia. Wnioski te dotyczą również innych osób, z którymi będę pracować.” Inne spostrzeżenia zgłosili studenci, którzy naśladowali zdrowe starsze dzieci a nawet osoby dorosłe i doświadczyli ich irytacji. „Gdy chodziłam za córką (6 lat) zbierając z podłogi te same klocki co ona, podejrzliwie dopytywała: „Mamo, czy ty mnie papugujesz? Czytasz mi w myślach?” „Starałam się podążać za mężem, jednak ilekroć szłam za nim i go naśladowałam, to dziwnie się na mnie patrzył. Pytał się, czy ze mną wszystko w porządku.”

Podczas kolejnych zajęć rozmawialiśmy, na czym w takiej sytuacji może polegać podążanie. Nazywanie zachowania, emocji, potrzeb, intencji, które rozpoznajemy, spokojne patrzenie w kierunku danej osoby, czekanie na komunikat z jej strony, przyjmowanie jej wypowiedzi - takie propozycje podawali studenci.

Dla większości uczestników było to pierwsze świadomie przeprowadzone doświadczenie bycia responsywnym. Byli zaskoczeni swoimi reakcjami i reakcjami partnerów. Odkryli, że „tak też można”, że ma to wartość dla dziecka. „Pomyślałam, jak wiele daje sama obecność i akceptacja. Przez te 20 minut nie użyliśmy ani jednej zabawki!” Oczywiście byli uczestnicy, którzy tak właśnie pracowali od dawna i odwoływałam się do ich doświadczenia podczas zajęć.

A na koniec, jako podsumowanie, refleksje jednej ze studentek: „Mam wrażenie, że nam nauczycielom, a paniom przedszkolankom szczególnie, przydałoby się nieco odpuścić, zdać się na dziecko w różnych kwestiach, czy to koloru kwiatka czy miejsca na kartce, na którym według nas powinno być namalowane słońeczko. Mamy głowy pełne pomysłów, czego absolutnie nie uważam za coś złego, jednak mam wrażenie, że czasem tak bardzo chcąc, aby wszystko było jak najlepiej, nie dajemy dziecku zrobić tego, czego ono tak naprawdę chce, czego potrzebuje. Czy będzie czymś złym, jeśli słońeczko będzie w lewym, a nie prawym rogu, a kwiatek niebieski zamiast kolorowego?”

Zakończenie

Celem tego artykułu nie było udowodnienie skuteczności podejścia responsywnego w terapii dziecka ze spektrum autyzmu. Omówienie badań można znaleźć np. w pracy prof. Hanny Olechnowicz (Olechnowicz, Wiktorowicz (2012)) oraz prof. Stanleya Greenspana (Greenspan, Wieder 2014). Chciałam się podzielić doświadczeniami terapeutów i nauczycieli Maltańskiego Centrum Pomocy Niepełnosprawnym Dzieciom i Ich Rodzinom w Krakowie.

Pisałam z perspektywy praktyka-obszernika i entuzjasty tego podejścia. Moje przekonanie utwierdzają wypowiedzi rodziców i nauczycieli.

„Krzyś jest w terapii od 5 lat. Korzystaliśmy z różnych form, każda przyniosła pozytywne efekty. Ale żadna nie dała mu tego, co metoda 3i – wzrostu ufności wobec ludzi i wzrostu akceptacji świata zewnętrznego.”

Anna, mama 8 letniego chłopca.

„Obserwując trzy lata pobytu Wojtka w przedszkolu widać jego ogromny rozwój w zabawie i komunikacji – na pewno sprawdziło się tutaj podejście „3i”. Krok po kroku, od dziecka, które większość czasu spędzało na układaniu torów pociągowych i nikomu nie pozwalało się do nich zbliżyć, stał się chłopcem, który bawi się tematycznie z drugą osobą i wypróbowuje na nas swoje dowcipy. Podczas zabaw terapeutycznych wprowadzaliśmy drobne urozmaicenia i zabawy, które na pewno ogromnie przyczyniły się do rozwoju Wojtka. Pomogły mu też poprawić integrację sensoryczną.”

Nauczycielka przedszkola MCP

Bibliografia

- Broniewska M., Srzednicka U. (2016), Terapia dziecka z autyzmem niedyrektywną metodą 3iz włączeniem elementów zajęć gordonowskich w proces terapeutyczny – pierwsze doświadczenia. W: B. Pazur (red). *Język muzyki dla osób (nie tylko) ze świata autyzmu*. Lublin: Wydawnictwo Muzyczne POLIHYMNIA. s. 119–131.
- De La Presle C., Valeton D. (2010). *Lettres à un petit prince sorti de sa bulle. Une clé pour l'autisme?* Paryż: L'Harmattan.
- Gardziel A., Ozaist P., Sitnik E. (2015). Metoda 3i w terapii zaburzeń spektrum autystycznego. *Psychoterapia 1 (172)*, s. 37–45.
- Głodzik B. (2014). Metoda Marii Montessori a terapia niedyrektywna w autyzmie W: A. Prokopiak (red.), *Niedyrektywność i relacja. Terapia osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*. Warszawa–Lublin: Fraszka Edukacyjna i Fundacja Alpha.
- Greenspan S.I., Wieder S. (2014). *Dotrzeć do dziecka z autyzmem. Jak pomóc dzieciom nawiązywać relacje, komunikować się i myśleć. Metoda Floortime*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kaczmarek-Maderak A. (2007). Teoretyczne podstawy Wideotreningu komunikacji. W: Reczek E., Srzednicka U., Kaczmarek-Maderak A. *Zobaczyć, zrozumieć, zmienić. Wideotrening komunikacji*. Kraków: Wydawnictwo PLUS, s. 24–47.
- Olechnowicz H. (2004). *Wokół autyzmu. Fakty, skojarzenia, refleksje*. Warszawa: WSiP.
- Olechnowicz H. (2010). *Dziecko własnym terapeutą*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Olechnowicz H., Wiktorowicz R. (2012). *Dziecko z autyzmem. Wyzwalanie potencjału rozwojowego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ozaist P.(2014). Metoda 3i – intensywny program pomocy terapeutycznej. W: A. Prokopiak (red.), *Niedyrektywność i relacja. Terapia osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*. Warszawa–Lublin: Fraszka Edukacyjna i Fundacja Alpha, s. 127–139.
- Prokopiak A. (2010). Podążanie za osobą z autyzmem. W: A. Kiciński (red) *Człowiek i autyzm. Autyzm i Lubelszczyzna*. Lublin: Gaudium, s. 43–51.
- Prokopiak A. (2014). Niedyrektywność w terapii autyzmu W: J. Kossewska (red) *Osoba ze stanami ze spektrum autyzmu. Możliwości aktywnego życia*. Kraków: Wyd. JAK, s. 87–96.
- Srzednicka U.(2014). Metoda wspierająca inicjatywy dziecka – Wideotrening komunikacji. W: A. Prokopiak (red.), *Niedyrektywność i relacja. Terapia osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*. Warszawa–Lublin: Fraszka Edukacyjna i Fundacja Alpha, s. 127–139.

Abstract

Podążanie za dzieckiem, odpowiadanie na jego sygnały, czekanie na jego inicjatywy to zadania osoby responsywnej. Podczas responsywnej terapii 3i poprzez wspieranie rozwoju w zakresie komunikacji i samoświadomości przygotowuje się dziecko do udziału w grupie rówieśniczej w placówce edukacyjnej.

Słowa kluczowe: autyzm, responsywność, rozwój, podążanie, inicjatywa dziecka, regresja terapeutyczna

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Paedagogica 11 (2018)

ISSN 2299-2103

DOI 10.24917/22992103.11.14

Kludzia Piotrowska-Madej

Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy nr 3 w Krakowie

PECS w terapii dziecka ze spektrum autyzmu

Wstęp

Każde dziecko niezależnie od tego czy jest pełnosprawne czy niepełnosprawne, porusza się na wózku inwalidzkim czy na własnych nogach, potrzebuje porozumiewać się z otoczeniem za pośrednictwem mowy lub innych dostępnych mu dróg komunikacji. Różnorodność poszczególnych osób jest ogromna, natomiast ich podstawowe potrzeby są zazwyczaj zbliżone lub nawet takie same, szczególnie jeżeli dotyczy to zagadnienia komunikacji. Każdy, niezależnie od płci, wieku, koloru skóry, kultury lub języka czy rodzaju niepełnosprawności pragnie nadawać komunikaty, być zrozumianym i móc zrozumieć otaczający go świat. Do tych dzieci, młodzieży i dorosłych zaliczane są również osoby ze spektrum autyzmu, które komunikują się z otoczeniem za pośrednictwem zarówno komunikacji werbalnej jak i wspomagających czy alternatywnych metod komunikowania się. Każdy z terapeutów, który napotkał w swej karierze osobę ze spektrum autyzmu wie, że czasem trudno jest znaleźć i dostosować określony system komunikacji dla danego dziecka czy też dorosłego. Wśród wspomnianej grupy osób często zdarzają się również jednostki, które są określane przez otoczenie jako te, które „nie mają wielkich potrzeb komunikacyjnych” lub te, które „nie chcą się z innymi komunikować”. Postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne w tych przypadkach jest niezwykle trudne a dostosowanie i znalezienie skutecznej ścieżki komunikacji jest ogromnym wyzwaniem dla terapeutów. Wówczas warto jest wypróbować różne dostępne metody lub też poszukiwać takie rozwiązania, które doprowadzą do opanowania umiejętności skutecznego porozumiewania się, co jest nadrzędnym celem każdej terapii osoby z autyzmem. Wśród wiodących, ale też najbardziej efektywnych z punktu widzenia osiągniętych rezultatów, w postaci uzyskania skutecznych form komunikowania się, jest metoda PECS. Picture Exchange Communication System została przygotowana i opracowana przez Andy Bondy i Lorie Frost. Od wielu lat z pozytywnym rezultatem była i jest stosowana w Stanach Zjednoczonych a od kilkunastu lat jest również używana w Polsce.

1. Komunikacja osób ze spektrum autyzmu

Zdolność doświadczenia świata przy jednoczesnej możliwości werbalizowania myśli, odczuć i pragnień warunkuje samodzielność człowieka w przeżywaniu, rozwoju, istnieniu. Kontakt z drugim człowiekiem wymaga wsłuchania się w jego słowa i potrzeby. [...] Bez słów/komunikacji nie jest możliwe poznanie myśli drugiego człowieka (Kochanowska, Skibska, Wojciechowska 2013:30). Problem porozumiewania się dzieci, młodzieży i dorosłych ze spektrum autyzmu jest złożony, ponieważ wiele z tych osób nie rozwija komunikacji werbalnej bądź występująca mowa nie jest zrozumiała z punktu widzenia społecznego. Wśród dzieci z zdiagnozowanym spektrum autyzmu ponad połowa nie rozumiewa się za pośrednictwem mowy. Stała część wysyła komunikaty werbalne ale dominują w nich echolalie, problemy z użyciem języka lub jego pragmatyką. Mowa tych osób jest często agramatyczna i brak w niej kategorii semantycznych (Kazanowska 2011: 38). Wówczas niejednokrotnie niezbędne jest wprowadzenie oraz stałe stosowanie metod komunikacji wspomagającej i alternatywnej. Jednakże zazwyczaj nauka komunikacji z wykorzystaniem AAC (z ang. Augmentative and Alternative Communication) jest procesem długim, w którym sukcesy często wynikają z bardzo wielu godzin intensywnej i wyczerpującej pracy. Nie mniej jednak takie podejście jest konieczne, bowiem tylko odpowiednie wsparcie komunikacyjne dziecka ze spektrum autyzmu zapewni mu pełne funkcjonowanie w środowisku rodzinnym, szkolnym ale też w społeczeństwie. Osoby ze złożonymi trudnościami w porozumiewaniu się, do których należą osoby ze spektrum autyzmu, wymagają wielu pozytywnych doświadczeń komunikacyjnych, bowiem tylko wtedy możliwe jest osiągnięcie kompetencji w tym zakresie (Grycman 2014: 7).

2. Skuteczne komunikowanie się

W życiu każdego człowieka niezmiernie ważna jest umiejętność komunikowania się. Wspomniany proces jest złożonym, wielopłaszczyznowym zjawiskiem pomiędzy nadawcą i odbiorcą. Stanowi komunikację słowną i pozasłowną myśli jakiej nadawca chce przekazać odbiorcy, w taki sposób aby ten mógł ją odkodować (Klonowska-Senderska 2014:41). Pierwotny w stosunku do komunikacji werbalnej, wykształconej na przestrzeni wieków był kod komunikacyjny niewerbalny, realizowany poprzez wokalizację, gest i obraz. Dzięki niemu człowiek mógł zaspokajać swoje najbardziej prymarne potrzeby, ale także poczucie bezpieczeństwa, przynależności, zdobywać wiedzę o świecie a tym samym rozwijać siebie, być niezależnym i samodzielnym (Fromkin, Rodman 1988; Yule 1985 za: Czyż 2015:26).

Tworzenie umiejętności porozumiewania się jest jak dojazd do wybranego celu z dwóch różnych stron, bowiem wysyłane sygnały i otrzymywane odpowiedzi tworzą wzór relacji służących do komunikowania się. Brak tych aktywności i wpływania na własne życie oraz niemożność przeżywania satysfakcjonującego kontaktu z drugim człowiekiem powodują przedłużającą się sytuację odizolowania (Grycman 2014: 17). Zatem odkąd istnieje ludzkość człowiek dążył i przekazywał komunikaty oraz je odbierał, co stanowiło podstawę jego egzystencji i istnienia jako jednostki

niezależnej i samodzielnej. Mowa ludzka jest niewątpliwie najbardziej powszechnym i pożądanym środkiem do wymiany informacji. Nie zawsze jednak porozumiewanie się jest możliwe przy pomocy komunikacji werbalnej, czasem z pomocą przychodzą metody komunikacji wspomagającej i alternatywnej dzięki, której osoby niemówiące mogą komunikować swoje potrzeby, pragnienia i spełniać marzenia (Rygielska 2017: 86). Każdy użytkownik AAC posługuje się różnymi metodami w zależności od indywidualnych możliwości i potrzeb. Znalezienie najbardziej efektywnej metody komunikowania się dla danej osoby jest podstawą jego dalszego kształcenia (Warrick 1999: 85). Znalezienie właściwej drogi do skutecznego porozumiewania się jest zadaniem specjalisty AAC, który poszukuje rozwiązań polepszających efektywność porozumiewania się osób ze złożonymi trudnościami w komunikacji, ale również przygotowuje partnerów do rozmowy z użytkownikami AAC. Relacja pomiędzy specjalistą AAC a użytkownikiem przyczynia się do rozwijania systemu porozumiewania się dziecka (Grycman 2014: 357). Równoległa i wielotorowa praca nad rozwijaniem umiejętności językowych ma na celu ich poprawę w toku porozumiewania się dziecka. Zakłada ona ciągłe użycie wspomagających sposobów w interakcji z różnymi partnerami. Posługiwanie się przez dziecko znakami graficznymi, manualnymi i werbalnymi wzmacnia kontakt z partnerem komunikacyjnym. Celem oddziaływań jest pomaganie w przezwyciężeniu występujących trudności w porozumiewaniu się i umożliwienie dziecku kontaktu z drugim człowiekiem (Grycman 2014: 269; Warrick 1999: 75). Natomiast istotnym czynnikiem warunkującym skuteczne porozumiewanie się jest właściwe odkodowywanie informacji przez partnera komunikacyjnego, które jest motywacją do wykonywania kolejnych aktywności, a w efekcie osiągnięcia skutecznego porozumiewania się.

3. PECS jako metoda komunikacji AAC

PECS to system porozumiewania się przez wymianę obrazków. Został stworzony przez doktora Andy'ego Bondy'ego i Lori Frost w latach 1980–1989 w ramach Delaware Autistic Program jako metoda nauczania wczesnych umiejętności komunikacyjnych dla osób z autyzmem (Charlop-Christy, Carpenter, Le, LeBlanc, Kellet 2002: 213; Borzęcka 2016: 156-157; Kazanowska 2011: 41). Obecnie z powodzeniem jest stosowany również u innych osób mających trudności w nabywaniu i spontanicznej komunikacji. Protokół szkolenia PECS opiera się na założeniach i procedurach Stosowanej Analizy Zachowania (z ang. Applied Behavior Analysis – ABA). Podejście to kładzie nacisk na rozwijanie funkcjonalnych umiejętności porozumiewania się, niezależnie od modalności komunikacyjnej. W celu stworzenia solidnych fundamentów dla procesu nauczania, „Podejście Pyramid” skupia się na funkcjonalnych działaniach, funkcjonalnej komunikacji, silnych wzmocnieniach oraz planach interwencji behawioralnej. Specyfika nauczania wymaga czterech elementów strukturalnych: konkretne typy lekcji, strategie podpowiadania, strategie poprawy błędów i plany generalizacji (Frost, Bondy 2013: 47; Zielińska, Piotrowska-Madej 2017: 127). W PECS umiejętności językowe i komunikacyjne uznawane są za zachowanie, które jak każde inne może być kształtowane i wzmacniane, a ich nabywanie przebiega w wyniku uczenia się człowieka. System ten wykorzystując obrazki wyjaśnia

i pokazuje wizualnie na czym polega i jaką funkcję pełni komunikacja społeczna (Kaczmarek 2014: 101).

Założeniem autorów metody jest:

- Efektywne rozwijanie umiejętności porozumiewania się u dzieci, które nie potrafią się komunikować w inny sposób,
- Szybkie wycofanie podpowiedzi słownych,
- Umożliwienie dziecku zrozumienia zasad komunikowania się,
- Łatwe wykorzystanie procedury w warunkach codziennych (Kawa 2015: 256).

W PECS werbalne zachowania sprawcze uczone są stopniowo (w sześciu kolejnych fazach) oraz zgodnie z Piramidowym Podejściem do nauczania (z ang. Pyramid Approach to Education) – wyższe umiejętności budowane są na umiejętnościach niższych, wcześniej opanowanych, za pomocą odpowiednio stosowanych procedur podpowiadania (Kaczmarek 2015: 179; Suchowierska, Rupińska, Bondy 2013: 85–90).

Według zespołu Ekspertów składającego się z praktyków, naukowców i rodziców, PECS jest jedną z interwencji, które okazały się skuteczne w terapii dzieci ze spektrum autyzmu. Wytyczne pediatrów wyznaczające kierunek terapii wspomnianych osób opublikowane w Dzienniku Urzędowym Amerykańskiej Akademii Pediatrii sugerują aby osoby ze spektrum autyzmu, które nie posługują się mową lub posługują się nią w sposób ograniczony oraz te, które nie reagują na złożone interwencje, mające na celu poprawę komunikacji, powinny mieć możliwość korzystania z PECS. Ponadto, eksperci twierdzą, że dzieci ze spektrum autyzmu powinny mieć dostęp do kompleksowej interwencji, która w szczególności skierowana jest na rozwijanie komunikacji, złożonych umiejętności językowych, umiejętności zabawy oraz zachowań adaptacyjnych. PECS znajduje się na liście interwencji, które okazały się skuteczne (Maglione, Gans, Das Timbie, Kasari 2012: 169–178).

3.1. PECS (Picture Exchange Communication System)

Protokół PECS obejmuje fazę wstępną oraz sześć faz zasadniczych:

- Faza wstępna:
 - Poszukiwanie wzmocnień
- Faza I:
 - Inicjowanie komunikacji- wymiana fizyczna
- Faza II:
 - Odległość i wytrwałość-rozwijanie spontaniczności
- Faza III:
 - Różnicowanie ikon-rozróżnianie symboli
- Faza IV:
 - Struktura zdania
- Faza V:
 - Odpowiedz na pytanie „Co chcesz?”
- Faza VI:

Komentowanie/odpowiedz i spontaniczne komentowanie (Frost, Bondy 2013: 49- 240; Suchowierska, Rupińska, Bondy 2013: 85–90).

3.1.1. Faza wstępna

Celem fazy wstępnej jest zidentyfikowanie kilku przedmiotów lub aktywności będących silnym wzmocnieniem dla dziecka. Poprzez obserwację po co dziecko sięga, jakie przedmioty, czynności, pokarmy i napoje najbardziej lubi terapeuta oraz rodzice tworzą listę wzmocnień. Mając dobrane wzmocnienia, należy się upewnić, czy są one rzeczywiście wybrane przez dziecko. W tym celu z zestawu wzmocnień należy wybrać tylko jedną rzecz, położyć ją przed dzieckiem sprawdzić czy dziecko będzie się starało osiągnąć ten przedmiot poprzez wyciągnięcie ręki w jego kierunku (Borzęcka 2016:158).

3.1.2. Faza 1. „Jak” się porozumiewać – inicjowanie komunikacji, wymiana fizyczna

W pierwszej fazie dziecko uczy się podchodzenia do innej osoby i wykonania działania tj. podawania obrazka udostępnionego przez terapeutę oraz otrzymywania pożądanego wzmocnienia. Na tym etapie dziecko nie musi rozpoznawać obrazka, istotne jest to by nauczyło się podawać symbol osobie, z którą pracuje. Faza ta jest realizowana w asyście dwóch terapeutów: partnera komunikacyjnego i osoby podpowiadającej fizycznie czyli asystenta reakcji. Partner komunikacyjny znajduje się naprzeciwko dziecka i trzyma w rękach wysoce preferowany przez dziecko przedmiot. Asystent reakcji stojący za dzieckiem czeka na reakcję dziecka czyli sięgnięcie po preferowany przedmiot. W tym momencie gdy komunikacja zostaje zainicjowana osoba podpowiadająca sięga ręką dziecka po obrazek i upuszcza go w rękę partnera komunikacyjnego. Kiedy dziecko dokonuje wymiany preferowanego przedmiotu na ikonę, podaje ją do ręki terapeuty i natychmiast zostaje nagrodzone. Z czasem asystent reakcji wygasza swoje podpowiedzi aż do momentu, w którym dziecko samodzielnie poda obrazek uzyskując w zamian upragniony przedmiot lub aktywność. Na tym etapie nie może być wprowadzone żadna słowna podpowiedź. W trakcie treningu w pierwszej fazie dziecku pokazujemy tylko jeden symbol. Celem fazy pierwszej jest rozbudzenie w dziecku inicjatywy do kontaktu z innymi ludźmi (Kaczmarek 2015: 182; Bondy, Frost, 2013: 67–72; Białas-Paluch 2017:183).

3.1.3. Faza 2. Odległość i Wytrwałość - rozwijanie spontaniczności

Celem fazy drugiej jest nauczenie dziecka podchodzenia do książki komunikacyjnej, odczepiania z niej obrazka, podejście do partnera komunikacyjnego, zwrócenie jego uwagi i danie mu obrazka w celu osiągnięcia upragnionej rzeczy czy aktywności. W fazie drugiej nauka komunikowania się i porozumiewania występuje w sytuacjach naturalnych, dziecko musi być spontaniczne i wytrwałe w tym do czego dąży, bowiem rozszerza ono swoje zdolności w sytuacjach życia codziennego. Faza II trwa cały czas, ponieważ w toku dalszej terapii nadal będzie ćwiczona umiejętność pokonywania odległości i wytrwałość (Bondy, Frost 2013: 93, Białas-Paluch 2017: 183). Na tym etapie nie jest stosowana podpowiedź słowna ani komentowanie. Nie jest również konieczne aby dziecko znało symbol, ważne jest natomiast żeby podchodziło do partnera komunikacyjnego i potrafiło użyć obrazka. Należy pamiętać, że aby komunikowanie było skuteczne dziecko powinno wchodzić w sytuacje komunikacyjne przynajmniej z trzema partnerami komunikacyjnymi. W fazie tej występują cztery kroki postępowania terapeutycznego:

- Odrywanie ikony z książki komunikacyjnej,
- Zwiększanie odległości między terapeutą a dzieckiem,
- Zwiększanie odległości między dzieckiem a książką komunikacyjną,
- Ocenianie i likwidowanie dodatkowych podpowiedzi (Bondy, Frost 2013:96–101).

3.1.4. Faza 3. Różnicowani ikon - rozróżnianie symboli

Faza ta składa się z dwóch etapów: Fazy IIIa oraz IIIb. W fazie IIIa dziecko uczy się rozróżniać ikony przedmiotów preferowanych od tych niepożądanych, natomiast w Fazie IIIb dziecko uczy się rozróżniania dwóch obrazków przedstawiających wzmocnienia. W fazie tej dziecko prosi o przedmiot wybierając odpowiednią ikonę z zestawu, a następnie podchodzi do partnera komunikacyjnego i podaje mu ją. Na tym etapie dziecko powinno już rozróżniać od 1-20 symboli. Zadaniem terapeuty jest stwarzać jak najwięcej okazji do wyrażania spontanicznych prośb dziecka w sytuacjach dnia codziennego. Ikony w książce do komunikacji powinny być ciągle zmieniane miejscami, by nie doszło do mechanicznego sięgania. Do następnego etapu można przejść gdy dziecko spontanicznie posługuje się symbolami, które są ułożone tematycznie bądź wtedy gdy są używane w danej sytuacji. W celu korygowania błędów zalecane jest stosowanie 4 stopniowej procedury korekty błędu (Bondy, Frost 2002: 123–130, Białas-Paluch 2017:183) Procedura ta obejmuje następujące kroki:

- Modelowanie /pokaz prawidłowej odpowiedzi (np. wskazanie na prawidłowy symbol),
- Wsparcie (zadanie pytania „Co chcesz?” w posłuszeniu się właściwym symbolem,
- Zmiana („kłaśnij”, „dotknij nosa”) lub opóźnienie (odsunięcie książki dalej od dziecka),
- Powtórzenie (powrót do początkowej części sesji i zadanie pytania „Co chcesz?”)(Bondy, Frost 2013: 193).

3.1.5. Faza 4. Struktura zdaniowa

W fazie czwartej dziecko konstruuje, wymienia i „czyta” pasek zdaniowy w celu wyrażenia swojej prośby, np. „ja chcę banana”. Celem fazy czwartej jest to, aby dziecko prosiło o rzeczy, które znajdują się w jego zasięgu, ale także i te, których nie widzi. Jest to istotny etap dla rozwijania umiejętności zrozumienia struktury języka (Bondy, Frost 2013: 159, Białas-Paluch 2017:183). Celem końcowym fazy IV jest nauczenie dziecka proszenia o przedmioty za pomocą wielowyrazowych fraz poprzez użycie (wymianę) paska zdaniowego z sentencją „Ja chcę” + „wzmocnienie”. Pod koniec tej fazy dziecko posługuje się 20 lub więcej symbolami graficznymi z różnymi partnerami (Bondy, Frost 2013: 159).

Faza IV procedury PECS została podzielona na 4 etapy:

- Krok 1 : pasek zdaniowy i symbol wzmocnienia

Nauka rozpoczyna się z symbolem frazy wyjściowej przyczepionym do paska zdaniowego i – analogicznie jak w poprzednich fazach – od spontanicznej i samodzielnej inicjacji dziecka. Asystent reakcji (podobnie jak w fazie I) fizycznie podpowiada dziecku, kierując jego ręką, aby umieściło symbol preferowanego przedmiotu na pasku zdaniowym obok symbolu: „Ja chcę”. Następnie prowadzi je w stronę partnera

komunikacyjnego, aby podało pasek zdaniowy. W odpowiedzi partner obraca pasek w stronę dziecka i wskazuje na każdy symbol, odczytuje werbalnie np. „Ja chcę banana”, następnie podaje dziecku upragniony przedmiot. Dziecko osiąga ten etap, gdy potrafi dołączyć symbol preferowanej rzeczy do paska zdaniowego („Ja chcę”), podejść do partnera komunikacyjnego i podać pasek bez podpowiedzi.

- Krok 2 posługiwanie się symbolem „Ja chcę”

Dziecko uczy się budowania zdania z symbolem „Ja chcę”. Symbol wyjściowy należy odkleić od paska zdaniowego i położyć z lewej strony książki komunikacyjnej. Dziecko musi samodzielnie zainicjować czynność przez sięgnięcie po symbol upragnionej rzeczy. W tym momencie należy zablokować jego ruch i fizycznie podpowiedzieć mu, żeby najpierw podniosło symbol „Ja chcę” i umieściło na pasku zdaniowym. Następnie dziecko powinno samodzielnie zakończyć budowę i wymianę paska. Partner komunikacyjny nadal odczytuje dziecku podany pasek zdaniowy.

- Krok 3 – czytanie paska zdaniowego

Kiedy dziecko samodzielnie buduje i podaje pasek zdaniowy partnerowi, ten odwraca pasek w stronę dziecka i fizycznie podpowiada, aby ono wskazywało na każdy „czytany” przez partnera symbol. Z czasem podpowiedź jest wygaszana. Kolejna umiejętność, która jest w tym kroku usprawniana, to dostarczenie dziecku możliwości mówienia podczas wymiany (Bondy, Frost 2013: 162–181).

3.1.6. Faza 5. Odpowiedź na pytanie „Co chcesz?” (reagowanie, wyrażeniem prośby)

W fazie piątej dziecko nadal uczy się by swobodnie prosić o rzeczy, które potrzebuje. Należy pamiętać o fizycznym jak i słownym wzmacnianiu każdej dobrej reakcji. Stwarzanie możliwości reakcji na pytanie typu „co chcesz?” i możliwości wyrażania spontanicznych prośb jest bardzo ważne. W tej fazie dziecko już potrafi się komunikować z wieloma osobami jak i w różnych środowiskach. W dalszym ciągu zachęcanie i stwarzanie okazji do spontanicznej komunikacji jest podstawą skutecznych oddziaływań terapeutycznych (Bondy, Frost 2013: 209–214; Borzęcka 2016:158; Kawa 2015: 257).

3.1.7. Faza 6. Komentowanie- odpowiadanie i spontaniczne komentowanie

W fazie szóstej dziecko uczy się odpowiedzi na pytania „Co chcesz?”, „Co widzisz?”, „Co masz?”, „Co słyszysz?”, „Co to jest?”. Uczy się w dalszym ciągu wyrażania spontanicznych prośb i spontanicznego komentowania. Komentowanie powinno mu towarzyszyć zawsze nie tylko w trakcie nauki, ale i w codziennych czynnościach. Komentowanie jest reakcją na jakieś ciekawe wydarzenie, a skutkiem jest społeczne albo edukacyjne wzmocnienie (Bondy, Frost 2013: 223–229; Borzęcka 2016:158; Kawa 2015: 257).

W PECS ważne jest by jak najwięcej osób z otoczenia dziecka komunikowało się z nim zachowując kolejne elementy procedury PECS i przestrzegając porządku wprowadzania Faz. Celem jest skuteczne komunikowanie się z otoczeniem za pośrednictwem symboli graficznych niezależnie od ich ilości i rodzaju.

3.2. Umiejętności kluczowe

Podczas uczenia PECS istotną rolę odgrywają umiejętności kluczowe, dzięki którym dziecko jest niezależne w różnych sytuacjach społecznych, w domu, szkole czy

w grupie rówieśniczej. Pierwsza grupa umiejętności kluczowych dotyczy efektywnego pozdumiewania się tzn. umiejętności, których dziecko używa, żeby skutecznie porozumiewać się z innymi. Są to:

- prośba o wzmocnienie,
- prośba o pomoc,
- prośba o przerwę,
- wyrażanie „nie” na pytanie „Czy chcesz...?”,
- wyrażanie „tak” na pytanie „Czy chcesz...?”.

Druga grupa umiejętności kluczowych dotyczy reagowania dzieci na komunikaty innych. Do umiejętności tych zalicza się:

- reakcja na „czekaj”,
- reakcja na zasygnalizowane zmiany aktywności,
- wykonywanie funkcjonalnych instrukcji,
- działanie zgodnie z planem (Bondy Frost 2013: 243; Borzęcka 2016: 157-158).

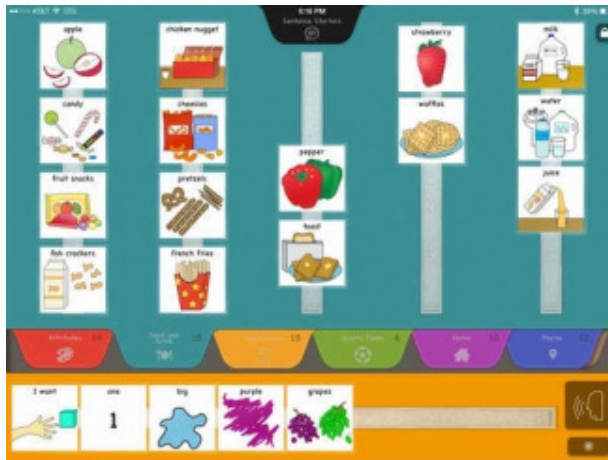
3.3. Program PECS IV+

Program ten jest dedykowany dla dzieci i młodzieży, którzy opanowali etapy od I do IV systemu Picture Exchange Communication System® przy użyciu tradycyjnych książek PECS (Rys. 1). Pozwala on użytkownikom na skonstruowanie wielostronicowego Sentence Strip™ za pośrednictwem dedykowanej strony Sentence Starter™ i do 20 cyfrowych stron książki PECS (Rys. 2). Aplikacja dostępna jest obecnie w języku angielskim, trwają jednak prace nad przygotowaniem polskiej wersji językowej (Piotrowska-Madej, Wójcik, Madej 2018: w druku; <http://www.appyautism.com/en/app/pecs-iv-2/>, dostęp: 25.10.2018).



Rys. 1. PECS IV +

Źródło: <http://www.appyautism.com/en/app/pecs-iv-2/>



Rys. 2. PECS IV + tablica programu.

Źródło: <http://www.appyautism.com/en/app/pecs-iv-2/>

3.4. PECS w praktyce

Dziecko, które nie ma możliwości porozumiewania się nie może w pełni uczestniczyć w życiu rodzinnym, społecznym oraz edukacji (Borzecka 2016: 159). Jak już wspomniano, PECS jest obecnie jedną z najbardziej skutecznych metod nauczania komunikowania się wśród dzieci ze spektrum autyzmu, jeżeli żadne inne metody komunikacji nie przyniosły oczekiwanych rezultatów. Niewątpliwie do podstawowych zalet PECS należy to, że dziecko robi postępy szybko, ponieważ natychmiast po zainicjowaniu komunikacji otrzymuje wzmocnienie w postaci przedmiotu lub aktywności. To staje się motywacją do podejmowania kolejnych inicjatyw komunikacyjnych (Przebinda 2004: 2). Bazując na wzmocnieniach pozytywnych dziecko szybko wie, że jeżeli będzie inicjowało komunikację z partnerem komunikacyjnym to otrzyma wzmocnienie. W procedurze PECS można używać różnych symboli w zależności od potrzeb i możliwości dziecka. Mogą być to symbole graficzne PCS, PIC, własne obrazki, fotografie lub rysunki narysowane odręcznie. Ikony mogą być zebrane w postaci tablic lub książek, do których można je przykleić za pomocą rzepów (Borzecka 2016:157). Jest to również niewątpliwą zaletą PECS, ponieważ można dostosować symbole graficzne do potrzeb i możliwości dziecka, a także punktem początkowym terapii mogą być ikony już znane i rozpoznawane przez dziecko. Przykłady rozwiązań stosowanych podczas wprowadzania PECS ilustrują rysunki 3,4,5.



Rys. 3. Segregator czynności z symbolami graficznymi PECS

Źródło: <http://www.pecs-poland.com/catalog/>



Rys. 4. Segregator z symbolami graficznymi PCS

Źródło: materiały własne



Rys.5. Tablica z fotografiami przedmiotów rzeczywistych

Źródło: materiały własne

Pamiętać jednak należy, że rozwijanie systemu komunikacji dziecka wymaga tworzenia sytuacji według opracowanego planu postępowania, który sprzyja temu rozwojowi (Grycman, 2014: 18). Bardzo ważne jest przygotowanie środowiska dziecka, włączanie członków w oddziaływania terapeutyczne i bieżąca współpraca nad nowymi umiejętnościami. Nabywanie kompetencji językowych i operacyjnych jest procesem rozwijającym się nierównomiernie. Każdy element systemu, wymaga odrębnego planu postępowania, identyfikacji obszarów i dokonywania ewaluacji. Osiągnięcie wyższych umiejętności w zakresie kompetencji komunikacyjnej musi oprzeć się na fundamencie wcześniejszej umiejętności (Grycman 2014: 359).

Podsumowanie i wnioski

Współczesne podejście do osoby z niepełnosprawnością wiąże się z odejściem od koncentracji na dysfunkcji jednostki na rzecz uwzględnienia jej mocnych stron, zainteresowań, potrzeb oraz szeroko rozumianego procesu normalizacji życia (Jakoniuk-Diallo, 2015:119). Wszystkie osoby, których mowa czasowo lub stale nie wystarcza do satysfakcjonującej komunikacji, jak również osoby, których mowa jest bardzo zaburzona, przez co niemożliwe jest pełne wyrażanie swoich komunikatów stają się użytkownikami wspomagających i alternatywnych metod komunikowania się- AAC (za ang.) Alternative and Augmentative Comunication. (Grycman 2004: 7). Obecnie metody AAC to szeroki zakres różnorodnych pomocy do osiągnięcia umiejętności komunikowania się (Rygielska 2017:86). PECS stał się jednym z wiodących w Polsce i zagranicą metod komunikacji AAC, które w wieku przypadkach prowadzi do skutecznej komunikacji osób ze spektrum autyzmu. Nauka umiejętności porozumiewania się jest żmudnym zajęciem wymagającym wielu umiejętności i zaangażowania zarówno ze strony terapeuty jak i dziecka. Procesy

nabywania kompetencji komunikacyjnej daje dziecku wiele satysfakcji i wzmacnia poczucie własnej wartości (Grycman 2014: 358). Osoby ze złożonymi zaburzeniami komunikacji, do których niewątpliwie zaliczane są osoby ze spektrum autyzmu, każdego dnia pokonują bariery, dzięki którym możliwa jest komunikacja. Powstałe schematy interakcji komunikacyjnych wymagają od osób wchodzących w relację z dzieckiem wielkiej otwartości i determinacji w zakresie porozumiewania się. Na swej drodze do skutecznego porozumiewania się napotykają wiele przeszkód, trudności a również doświadczają uczucia zwątpienia. Niejednokrotnie rodzice muszą się zmierzyć z wieloma frustrującymi odczuciami, lękami i obawami związanymi z nabywaniem przez dziecko umiejętności komunikacyjnych. Dzieci niemówiące i ich rodziny chcą uczestniczyć w życiu społecznym. Niejednokrotnie natomiast odczuwając same niepowodzenia wycofują się z aktywnego życia społecznego izolując się w świecie, który znacząco i negatywnie wpływa na emocje, postrzeganie siebie i świata zewnętrznego. Porozumiewanie się umożliwia zbudowanie autonomicznego poczucia siebie, stanowiącego rdzeń osobowości człowieka. Porozumiewanie się daje jednostce niezależność i kontrolę własnego życia co gwarantuje zdolność do adaptacji w środowisku społecznym. Brak komunikacji oznacza pogłębianie się wykluczenia społecznego często spowodowane jest również obawą osób pełnosprawnych przed wejściem w relację z osobą porozumiewającą się w niestandardowy sposób (Grycman 2014: 275-276).

Bibliografia

- Białas-Paluch K. (2017). Rozwijanie kompetencji komunikacyjnych u dzieci z autyzmem za pomocą PECS (Picture Exchange Communication System). W: J.J. Błęszyński, D. Baczała (red.), *Spółczesność włączająca a komunikacja*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, s. 173–196.
- Borzęcka A. (2016). Komunikacja alternatywna i wspomagająca w pracy z dzieckiem ze spektrum autyzmu. *Konteksty Pedagogiczne*, 2(7)/2016, s. 151–161.
- Charlop-Christy M.H., Carpenter M., Le L., LeBlanc L.A., Kellet K. (2002). Using the Picture Exchange Communication System (PECS) with children with autism: Assessment of PECS, acquisition, speech, social-communicative behavior and problem behavior. *Journal Of Applied Behavior Analysis*, 35, s. 213–231.
- Czyż A. (2015). Nowoczesne rozwiązania protetyczne dla zwiększenia możliwości rozwojowo-komunikacyjnych osób z uszkodzonym narządem słuchu. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Paedagogica V*, 184, s. 27–34.
- Frost L., Bondy A. (2013). *The Picture Exchange Communication System*. Poznań: AGPA.
- Grycman M. (2004). Teoretyczne podstawy komunikacji wspomagającej i alternatywnej. W: M. Grycman, A. Smyczek (red.), *Wiem, czego chcę!* Kraków: Stowarzyszenie Mówić bez Słów.
- Grycman M. (2014). *Porozumiewanie się z dziećmi ze złożonymi zaburzeniami komunikacji*. Kwidzyn: Copyright ©by Magdalena Grycman.
- Jakoniuk-Diallo A. (2015). Sytuacja nie(do)słyszających studentów Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, jako wymiar wsparcia i autonomii. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Paedagogica V*, 184, s. 119–130.

- Kaczmarek B.B. (2014). System PECS w nauczaniu symboli graficznych Makatonu. W: B.B. Kaczmarek (red.), *Makaton w rozwoju osób ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Kaczmarek B.B. (2015). *Obraz narzędziem komunikacji-znaki i strategie wizualne w usprawnianiu społecznego zrozumienia i komunikacji osób z ASD*. W: B.B. Kaczmarek, A. Wojciechowska (red.), *Autyzm i AAC*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Kawa R. (2015). Picture Exchange Communication System (PECS) jako metoda rozwijania umiejętności komunikowania się dzieci z zaburzeniami ze spectrum autyzmu. W: B.B. Kaczmarek, A. Wojciechowska (red.), *Autyzm i AAC*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Kazanowska J. (2011). Zastosowanie wspomagającej i alternatywnej komunikacji w terapii dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. *Integracja sensoryczna*, nr 2, s. 37–44.
- Klonowska-Senderska I. (2014). *Błędy i deficyty w komunikacji przyczynkiem stygmatyzacji i ostracyzmu społecznego nieletnich niedostosowanych społecznie*. W: D. Baczała, J.J. Błęszyński (red.), *Komunikacja w logopedii*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Kochanowska E., Skibska J., Wojciechowska J. (2013). Indywidualne potrzeby dziecka – ucznia z autyzmem. Komunikacja – interakcje społeczne – edukacja. *Konteksty Pedagogiczne. Spektrum autyzmu*, 2013, nr 1, s. 29–44.
- Maglione M.A., Gans D., Das L., Timbie J., Kasari C. (2012). For the Technical Expert Panel, and HRSA Autism Intervention Research- Behavioral (AIR-B) Network Nonmedical Interventions for Children With ASD: Recommended Guidelines and Further Research Needs. *Pediatrics*, 130, s.169–178.
- Piotrowska-Madej K., Wójcik P., Madej Ł. (2018). Programy komputerowe do komunikacji alternatywnej (AAC) w terapii Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Paedagogica*, w druku.
- Przebinda E. (2004) Picture Exchange Communication System. *Biuletyn Stowarzyszenia Mówić bez Słów*, s. 2–4.
- Program PECS IV+. Pobrano z: <http://www.appyautism.com/en/categories-tutorial/> (25.10.2018)
- Rygielska A. (2017). *Komunikacja alternatywna i wspomagająca*. W: J.J. Błęszyński, D. Baczała (red.), *Spółczesność włączająca a komunikacja*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, s. 85–101.
- Segregator czynności. Pobrano z: <http://www.pecs-poland.com/catalog/> (25.10.2018)
- Suchowierska M., Rupińska M., Bondy A. (2013). Picture Exchange Communication System (PECS): A Short “tutorial” for the doctors. *Postępy Nauk Medycznych*, t. XXVI, nr 1, s. 85–90.
- Warrick A. (1999). *Porozumiewanie się bez słów*. Warszawa: Stowarzyszenie na Rzecz Propagowania Wspomagających Metod Porozumiewania się „Mówić bez słów”.
- Zielińska J., Piotrowska-Madej K. (2017). Komunikacja AAC w terapii osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną. W: J.J. Błęszyński, D. Baczała (red.), *Spółczesność włączająca a komunikacja*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, s. 121–131.

Abstrakt

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie PECS jako wspomagającego i alternatywnego sposobu komunikacji osób ze spektrum autyzmu. Artykuł prezentuje założenia teoretyczne PECS (z ang. Picture Exchange Communication System) oraz przykłady zastosowania postępowania terapeutycznego w praktyce.

Słowa kluczowe: AAC, PECS, komunikacja wspomagająca i alternatywna, spektrum autyzmu

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Paedagogica 11 (2018)

ISSN 2299-2103

DOI 10.24917/22992103.11.15

Agnieszka Radwan

Uniwersytet Jagielloński

Autyzm i jego tajemnice

Autyzm jako całościowe zaburzenie rozwojowe jest relatywnie młodym zaburzeniem. Pierwszy kliniczny opis przypadku – Victora, chłopca znalezionej w lasach Aveyron we Francji na przełomie XVIII i XIX wieku, został dokonany przez Jean Itard'a. Jednak jak pokazuje książka A. Brauner i F. Brauner (1993) już w starych baśniach i legendach pojawiają się wzmianki o autyzmie, co dowodzi o istnieniu tego zaburzenia od dawna, zdecydowanie wcześniej niż wspomniany wiek XVIII.

Leo Kanner jest autorem pierwszego naukowego opisu autyzmu. W 1943 roku w swoim artykule *Autistic disturbances of affective contact* opisał obszernie i szczegółowo historię jedenaścioru dzieci. Zaobserwował u nich specyficzny wzorzec zachowania, którego nie dało się zaklasyfikować do znanych wówczas jednostek chorobowych. Wśród tych zachowań wymienił niezdolność do nawiązywania zdrowych relacji z innymi ludźmi, która przejawia się od narodzin i jest to jednocześnie najważniejsza cecha autyzmu. L. Kanner nazwał to zaburzenie autyzmem wczesnodziecięcym (*autos* z greckiego oznacza „sam”).

Jak zdiagnozować autyzm? Obecnie jest on rozpoznawany na podstawie listy symptomów zawartych w dwóch najpowszechniejszych klasyfikacjach chorób i problemów zdrowotnych – *DSM – 5* (APA, 2016) oraz *ICD – 10* (WHO, 1992). ICD – 10 ujmuje kluczowe cechy autyzmu, nazywane tzw. triadą autyzmu, która dotyczy trzech podstawowych obszarów: upośledzonej zdolności tworzenia interakcji społecznych, zaburzeń w porozumiewaniu się oraz ograniczonych, sztywnych i stereotypowych wzorców zachowań. W najnowszej klasyfikacji *DSM – 5* odnotowuje się zmiany w odniesieniu do autyzmu i jego cech kluczowych. Powstała kategoria „zaburzenia neurorozwojowe”, do której zaliczamy pięć różnorodnych zaburzeń: niepełnosprawność intelektualną, zaburzenia języka, zaburzenia mowy, ADHD oraz ASD (Autism Spectrum Disorder). Pojęcie „zaburzenie neurorozwojowe” wskazuje na występowanie w okresie rozwojowym szkodliwych czynników etiopatogenetycznych, wpływających negatywnie na Ośrodkowy Układ Nerwowy (OUN), obserwuje się także zaburzenia w trzech podstawowych sferach: poznawczej, emocjonalnej oraz społecznej. Według *DSM – 5* kluczowe cechy autyzmu widoczne są w dwóch obszarach: upośledzonych interakcjach społecznych i zaburzeniach

w porozumiewaniu się, które traktowane są jako jeden obszar oraz sztywnych i powtarzających się zachowaniach. Objawy te muszą wystąpić we wczesnym dzieciństwie, ale nie muszą się objawiać w pełni, dopóki oczekiwania społeczne nie przekroczą ograniczonych możliwości dziecka.

Proces diagnostyczny autyzmu opiera się na rozpoznawaniu symptomów widocznych w zachowaniu, jak wskazują powyższe klasyfikacje. Nie rozpoznano dotychczas żadnych jego zewnętrznych oznak np. w postaci innej budowy ciała czy zmian w poruszaniu się, jak może mieć to miejsce w innych zaburzeniach rozwojowych np. w zespole Retta, w którym widoczny jest regres w rozwoju ruchowym oraz w kontroli motorycznej (WHO, 1992). Należy także zwrócić uwagę, że autyzm nie jest trwale związany z upośledzeniem umysłowym. Statystyki podają, że u 75% autystów występuje upośledzenie umysłowe.

Kim są dzieci autystyczne? Rozpowszechnienie autyzmu jest stosunkowo rzadkie, mieści się w przedziale od 0,7 do 20,7 na 10 000 urodzeń (Pilecki, 2007), najczęściej jednak utrzymuje się na poziomie 4–5 urodzeń na 10 000 (Kendall, 2015). Autyzm występuje u obu płci, jednak stosunek autystycznych chłopców do autystycznych dziewczynek wynosi 4–5:1 (Pilecki, 2007).

Autyzm to zaburzenie o złożonej etiologii. Wystąpienie autyzmu jest wypadkową czynników genetycznych, biologicznych oraz środowiskowych. Dotychczasowe badania jednoznacznie pokazują, że u osób autystycznych występuje nieprawidłowy rozwój mózgu. Najczęściej badano płaty czołowe i skroniowe, spoidło wielkie, mózdzek, ciało migdałowate oraz układ limbiczny (Giedd, Shaw, Wallace, Gogtay i Lenroot, 2006). Obecnie do najbardziej potwierdzonych i jednocześnie najmniej dyskusyjnych faktów należy zwiększona objętość mózgu osób autystycznych. Już L. Kanner jako jeden z pierwszych wskazał na ten biologiczny aspekt autyzmu – u pięciorga dzieci odnotował przekraczające normę wymiary głowy (Bryńska, 2012). Pomimo przeprowadzenia szeregu badań na autyzmem, nie udało się określić genów, które niewątpliwie przyczyniają się do jego powstawania. Dotychczas przedstawiono i udokumentowano różnorodne anomalie chromosomalne, występujące w autyzmie – np. translokacje, inwersje, delecje i duplikacje (Bonora i in., 2006). Jednakże do tej pory, pomimo podejmowanych prób przez wielu badaczy, nie udało się odkryć genu, który można by nazwać „genem autyzmu”. Badania 21 par bliźniąt jednojajowych oraz dwujajowych dostarczają dowodów na pewne genetyczne uwarunkowania autyzmu (Folstein i Rutter, 1978). W badaniu przyjęto dwa oddzielne kryteria: surowe kryterium diagnostyczne autyzmu, które spełniało jedno z bliźniąt oraz mniej ostre kryterium (autystyczne spectrum – zaburzenie poznawcze i językowe). W przypadku pierwszego kryterium w odniesieniu do bliźniąt jednojajowych u 36% par obie osoby były autystyczne, natomiast wśród bliźniąt dwujajowych w żadnym wypadku nie wystąpiła taka zgodność. Przy zastosowaniu drugiego kryterium aż 82% par bliźniąt jednojajowych były zgodne pod względem autyzmu, przy zaledwie 10% par bliźniąt dwujajowych. Badacze starali się powiązać autyzm z neuronami lustrzanymi i wysunięto hipotezę, iż główną przyczyną autyzmu są zaburzenia układu neuronów lustrzanych w korze przedczołowej. Jeśli wspomniane neurony pracują prawidłowo umożliwiają nam odczuwanie empatii, naśladowanie mimiki, odczytywanie intencji drugiej osoby, umiejętność zabawy w udawanie

oraz uczenie się języka. Badania z wykorzystaniem EEG V.S. Ramachandrana, E. Altschulera oraz J. Pineda (Ramachandran, 2012) dotyczące na początku jednego chłopca z autyzmem, a później kilkudziesięciu innych dzieci autystycznych udowodniły postawioną hipotezę. U dzieci z autyzmem podczas siedzenia bezczynnego występuje rytm μ , który zanika, co jest prawidłowe, gdy zostaną poproszone o wykonanie różnych aktywności. Jednakże co ważne, nie zanika, pomimo, że powinien, gdy obserwują osobę wykonującą podobne ruchy i aktywności. Wyniki te wskazują na zaburzony układ neuronów lustrzanych. Dotychczasowe badania wskazują także na możliwość uszkodzeń prenatalnych, które zakłócają rozwój. Te obszary są jednak wciąż niepoznane i poddawane badaniom. Jednocześnie należy pamiętać, że zmianom neuroanatomicznym towarzyszą także zaburzenia ośrodkowej neurotransmisji, które dotyczą przekaźnictwa serotoninowego, dopaminowego oraz gabaergicznego i glutaminergicznego. Jednakże wyniki badań z tych obszarów są bardzo niespójne i z pewną dozą ostrożności należy wysuwać wnioski na ten temat.

Sprawa jest niemniej trudna w odniesieniu do przyczyn środowiskowych. Na początku, w latach 50. i 60. XX, prym wiodła teoria psychoanalityczna. Poglądy Bettelheima (1967, za: Kendall, 2015) winiły osobę opiekuna – szczególnie matki – za powstawanie autyzmu. Jego zdaniem „zimny”, niekochający i chłodny rodzic powodował wycofywanie się dziecka ze świata i zamykanie się w swoim wewnętrznym świecie. Jednak żadne badania, prowadzone w tamtym czasie ani żadne późniejsze nie dostarczyły naukowych dowodów na słuszność tezy Bettelheima. Obecnie wiemy, że sama osoba opiekuna nie przyczynia się do powstania autyzmu. Wśród przyczyn podaje się czynniki psychogenne, do których zaliczamy patogeny wpływ rodziny, jednak jest to obszar nieustannie badany. Współcześnie badacze podejmują próby łączenia czynników genetycznych, biologicznych oraz psychogennych w wyjaśnianiu przyczyn powstania autyzmu i najprawdopodobniej jest to ich wypadkowa.

Niekiedy w literaturze można spotkać się z hasłem „charakterystyka typowego autysty”. Czy można używać określenia „typowy” w odniesieniu do tego zaburzenia? Odpowiedź brzmi nie. Już pod koniec lat 70. XX wieku psychiatra z Wielkiej Brytanii Lorna Wing, jednocześnie matka dziewczynki z autyzmem zwróciła uwagę na wewnętrzną różnorodność osób autystycznych oraz różne nasilenie zachowań i trudności specyficznych dla nich. Zaproponowała określenie „autystyczne kontinuum”, które w odpowiedni sposób ilustruje i pozwala patrzeć na wspomniane trudności jako pewien ciągły wymiar (Pisula, 2014).

Jak wykazano autyzm przejawia się w różny sposób u różnych ludzi. Występują jednak pewne charakterystyczne cechy i zachowania w określonych obszarach, które są wspólne dla większości tych osób, jeśli nie dla wszystkich.

Funkcjonowanie społeczne

Największe trudności osoby autystyczne ujawniają w relacjach z innymi ludźmi, które dotyczą inicjowania kontaktu, podtrzymywania go oraz kończenia. Zdolności społeczne są bardzo zróżnicowane w tej grupie – od całkowitej izolacji do okresowego spontanicznego nawiązywania kontaktu (Pisula, 2014). Już w pierwszym półroczu

życia można zaobserwować pewne wczesne oznaki zaburzonego funkcjonowania społecznego. Dziecko nie wykazuje zainteresowania ludźmi, nie reaguje lub reaguje słabo na kierowane do niego bodźce np. słowa lub uśmiech, nie wykazuje synchronii emocjonalnej. Dostrzega się brak reakcji antycypacyjnej i brak lęku separacyjnego, który jest ważnym wskaźnikiem więzi. U dziecka zaburzone jest naśladowanie oraz wskazywanie, ma problem z działaniem w jednej przestrzeni z drugą osobą oraz w tworzeniu jednego pola uwagi. Autysta ma niską lub brak motywacji do wchodzenia w interakcję, szczególnie z rówieśnikiem. Osobę dorosłą i starsze dzieci traktuje jak przedmiot – potrzebny do osiągnięcia określonego skutku np. otwarcia pudełka. Dziecko ma niską umiejętność zabawy symbolicznej, „na niby” i zabawy społecznej, nie czerpie radości z zabawy, ma także trudność w uczestniczeniu w grach, opartych na przemienności (Pisula, 2014) Jednocześnie obserwuje się zaburzoną empatię – częstą reakcją na płacz drugiego dziecka jest agresja i złość. Brak kontaktu wzrokowego jest jedną z najbardziej charakterystycznych cech osób autystycznych. Oznacza trudność z patrzeniem w oczy w określonym celu komunikowania się np. okazania zainteresowania czy podtrzymania kontaktu podczas rozmowy. Należy jednak pamiętać, że stopień nasilenia zaburzenia kontaktu wzrokowego jest zróżnicowany (Pisula, 2014).

Komunikacja werbalna

Zaburzenia mowy to jeden z osiowych zaburzonych obszarów, występujący w autyzmie. Mają one rozległy charakter – od braku posługiwania się mową poprzez posługiwanie się nią w sposób ograniczony aż do pełnego i poprawnego mówienia. W autyzmie występuje opóźnienie rozwoju mowy, zaburzone jest gaworzenie, pierwsze słowa pojawiają się około 4 lub 5 roku życia (Pisula, 2014). Częstym zjawiskiem występującym w komunikacji werbalnej autystów są eholalie: bezpośrednie lub odwleczone – dziecko powtarza jako echo słowa, zdania lub całe fragmenty rozmów zasłyszane od innych osób i niekiedy jest to ich główny sposób wypowiedzania się (Randall, Parker, 2010). W mowie tej grupy dzieci występują także stereotypie językowe – wielokrotne powtarzanie fragmentów tekstów reklam, filmów czy programów telewizyjnych, zazwyczaj nie służą do komunikowania się (Pisula, 2014) oraz odwracanie zaimków – często o sobie mówią „ty”, myślą też zaimki określające inne osoby. Obserwuje się przesadny konkretyzm – jedno określone słowo oznacza jedno określone znaczenie lub dany obiekt np. słowo „pies” w odniesieniu do jednego konkretnego psa, spotkanego na ulicy. Odmienność mowy w tej grupie dotyczy także ubożego słownictwa, zarówno w mowie czynnej jak i biernej, nietypowej intonacji, tempa oraz rytmu wypowiedzi. Często głównym narzędziem komunikacji jest krzyk i płacz.

Komunikacja niewerbalna

Nieodłącznym elementem werbalnego komunikowania się jest komunikacja niewerbalna, do której zaliczamy kontakt wzrokowy, mimikę, gestykulację, intonacja wypowiedzi. U autystów dostrzegamy problemy związane z rozumieniem

komunikatów tzn. odczytywaniem mimiki twarzy oraz odbieranie znaczenia płynącego z kontaktu wzrokowego np. nawiązywanie kontaktu, kierowanie wzroku na określony przedmiot czy tzw. „przewracanie oczami” jako wyraz dezaprobaty. Osoby z autyzmem charakteryzują się ubogą gestykulacją, najczęściej pojawia się rozkładanie rąk w geście bezradności. Ich twarz jest amimiczna, inaczej nazywana kamienną, w której z trudem należy doszukiwać się oznak najmniejszej emocji, natomiast bez trudu dostrzega się specyficzna intonację podczas rozmowy.

Sztywność zachowań i aktywności

Charakterystycznym elementem w przedszkolu lub szkole dla dzieci autystycznych są plany dnia, które powodują odbieranie tego środowiska jako bezpieczne i zrozumiałe. Autyści dążą do przestrzegania stałego planu dnia, zmiany są nieakceptowalne, powodują płacz, złość, protest. Sztywność występuje także w sposobie wykonywania określonych czynności np. rozdrabnianie pożywienia na małe, bardzo drobne części, w scenariuszach określonych sytuacji np. jedna ściśle określona trasa na spacer w parku oraz podczas zabawy np. układanie zawsze identycznej wieży z klocków o określonym kolorze. Rozwiązaniem, którego próbują terapeuci są specjalnie tworzone albumy danych czynności lub aktywności, pomagające w obliczu pojawiających się trudnych sytuacji. Dzieci autystyczne posiadają sztywne przyzwyczajenia, które dotyczą również przedmiotów: jedzenia np. jedzą tylko i wyłącznie czerwone zupy oraz ubrania. W ich zachowaniu widoczny jest brak elastyczności, niechęć do zmian, nasilone jest wychwytywanie tego co nieznanne, nowe, a to w dalszej konsekwencji powoduje lęk. Najbardziej widoczne w zachowaniu są stereotypie ruchowe, czyli powtarzanie ruchów w określonej sekwencji np. kołysanie się (Pisula, 2010).

Zaburzenia sensoryczne

Dzieci z autyzmem często dotykają różnorodne zaburzenia sensoryczne, chociaż występują one także u dzieci z innymi zaburzeniami. Jak sama nazwa wskazuje, zaburzenia te dotyczą odbioru oraz przetwarzania określonych bodźców, które pochodzą ze wszystkich zmysłów: dotyku, słuchu, wzroku, smaku węchu, zmysłu równowagi oraz propriocepcji czyli tzw. czucia głębokiego pochodzącego ze stawów i mięśni.

W obszarze dotyku może występować nadwrażliwość lub niedowrażliwość. W przypadku nadwrażliwości dziecko nie lubi dotykania i głaskania. Unika bliskiego kontaktu z drugą osobą. Nie dotyka przedmiotów o określonej fakturze, ma trudność z ubraniem części garderoby ze względu na rodzaj materiału. Nadwrażliwość może dotyczyć konkretnych części ciała np. dłoni czy szyi. Często pojawia się nadwrażliwość wokół ust, która utrudnia jedzenie lub całkowicie uniemożliwia spożywanie pewnych pokarmów. Niedowrażliwość powoduje, że dziecko preferuje wąskie miejsca, przez które musi się przeciskać, chce, aby mocno go przytulać, lubi leżeć pod wieloma warstwami koca. Dzieci z niedowrażliwością w placówkach terapeutycznych często ubrane są w kamizelki obciążeniowe lub leżą pod kocykami

obciążeniowymi, które je dostymulowują. W odniesieniu do drugiego zmysłu – słuchu – podobnie wyróżnia się nadwrażliwość lub niedowrażliwość na dźwięki. Jeśli dziecko ma nadwrażliwy słuch zatyka uszy w sytuacjach, gdzie jest gwar, jest głośno lub ucieka z niego. Pomocne są wówczas słuchawki wygłuszające. Czasami nadwrażliwość jest wybiórcza i dotyczy tylko dźwięku o określonym tonie lub wysokości. Niedowrażliwość powoduje preferowanie wysokich dźwięków, niekiedy dziecko wsłuchuje się w pewne dźwięki. Przejawem zaburzeń związanych ze wzrokiem jest między innymi fascynacja jaskrawymi kolorami, migającymi światłkami, które dostarczają większej ilości bodźców. Zdarza się, że dziecko patrzy na przedmioty pod określonym kątem i wówczas skupianie wzroku na danej linii powoduje stymulację. Dziecko używa widzenia peryferyjnego tzn. patrzy tzw. kątem oka, umieszcza dany obiekt w skrajnej części pola, nie patrzy wprost (Pisula, 2014). Problem sensoryczny związany ze smakiem konotuje jedzenie potraw tylko o określonym smaku. Zdarza się, że dziecko nie akceptuje nowych smaków lub zjada rzeczy niejadalne np. klej, ciastolinę. Zaburzenia związane z węchem powodują, że dziecko specyficznie reaguje na określone zapachy np. mięty czy goździka. Wówczas na twarzy dziecka pojawia się zadowolenie, uśmiech, pewien rodzaj ekscytacji. Niektóre dzieci w chwili wysokiego pobudzenia potrzebują mocnych i ostrych zapachów, które obniżają ten poziom – dziecko jest wtedy do stymulowane. Zdarza się, że autyści unikają pewnych zapachów. Zmysł równowagi dotyczy z reguły preferowania ruchu obrotowego – dziecko wybiera huśtawki, dyski obrotowe, karuzele, aktywność ta jest bardzo nasiloną i w przypadku dziecka zdrowego spowodowałyby nudności.

Powyższy opis jest wyłącznie nakreśleniem pewnej grupy zaburzeń, które występuje wśród tych dzieci. Nie jest to jednak typowy opis, który mówi nam jakie zaburzenia ma każde napotkane dziecko z autyzmem. Mogą one występować w różnorodnym nasileniu oraz częstotliwości. Należy także pamiętać, że każda osoba z autyzmem ma swoją indywidualność, niepowtarzalność oraz potencjał rozwojowy. Co ważne, nie należy definiować dziecka przez posiadane przez niego zaburzenie.

Bibliografia

- American Psychiatry Association (2015). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5 th ed). Washington, DC: American Psychiatric.
- Bonora E., Lamb J.A., Barnby G., Bailey A., Monaco A.P. (2006). Genetic basis of autism. W: S.O. Moldin, J.L.R. Rubenstein (red.), *Understanding autism: From basic neuroscience to treatment* (s. 46–74). Boca Raton, FL: CRC Press.
- Brauner A., Brauner F. (1993). *Dziecko zagubione w rzeczywistości. Historia autyzmu od czasów baśni o wróżkach. Fikcja literacka i rzeczywistość kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Bryńska A. (2012). W poszukiwaniu przyczyn zaburzeń ze spektrum autyzmu – neuroobrazowanie strukturalne (część I). *Psychiatria Polska*, XLVI (6), 1053–1060.
- Folstein S., Rutter M. (1978). A twin study of individuals with infantile autism. W: M. Rutter, E. Schopler (red.), *Autism: A reappraisal of concepts and treatment*. New York: Plenum Press
- Giedd J.N., Shaw P., Wallace G., Gogtay N., Lenroot R.K. (2006). Anatomic brain imaging studies of normal and abnormal brain development in children and adolescents.

- W: D. Cicchetti, D.J. Cihen (red.), *Developmental psychopathology* (t. 2, s. 127–196). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Kanner L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *The Nervous child*, 2, 217–250.
- Kendall P.C. (2015). *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Pilecki M. (2007). Psychiatria wieku rozwojowego – wybrane zagadnienia. W: J. Heitzman (red.), *Psychiatria* (s. 211). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Pisula E. (2005). *Małe dziecko z autyzmem. Diagnoza i terapia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Pisula E. (2007). *Rodzice i rodzeństwo dzieci z zaburzeniami rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Pisula E. (2014). *Autyzm, przyczyny, symptomy, terapia*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Ramachandran V.S. (2012). *Neuronauka o podstawach człowieczeństwa. O czym mówi mózg?* Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Randall P., Parker J. (2010). *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- World Health Organization (1992). *Manual of the International Statistical Classification of the Disease, and related Health Problems* (wyd. 10), Geneva: World Health Organization.

Abstract

Autyzm jest całościowym zaburzeniem rozwoju, którego etiologia do tej pory jest dla nas tajemnicą. Nauka dostarcza nam wiedzy, że jest to wypadkowa co najmniej trzech czynników: genetycznych, środowiskowych oraz biologicznych. Każde dziecko czy osoba dorosła z autyzmem diagnostycznie zaliczana jest do grupy osób o podobnym zaburzeniu, ale grupa ta cechuje się bardzo dużym zróżnicowaniem, szczególnie w obszarach związanych z codziennym funkcjonowaniem.

Słowa kluczowe: autyzm, funkcjonowanie społeczne, komunikacja werbalna, komunikacja niewerbalna, sztywność zachowań i aktywności, zaburzenia sensoryczne

Agnieszka Radwan

– psycholog, pedagog specjalny, doktorantka Wydziału i Zarządzania Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego

Spis treści

Od Redaktorów	3
<i>Halyna Katolyk Viktorivna</i>	
Ontogenetic approach in the context of modern appreciation of the dynamics of formation of the i-concept of childhood psychotherapy	5
<i>Tamara Cierpiałowska</i>	
Dziecko z SLI – diagnoza logopedyczna, charakterystyka zaburzenia i programowanie terapii w oparciu o studium przypadku	12
<i>Diyana Paskaleva Georgieva</i>	
Development of social adaptation in children with Down syndrome	26
<i>Dimitrina Ivanova Branekova</i>	
Training students to create a supportive environment through computer technology used to facilitate access to education	35
<i>Zhana Atanasova Yankova</i>	
Inclusive education of children and students at kindergarten and school level	44
<i>Jolanta Zielińska</i>	
Wykorzystanie nowoczesnych technologii w rehabilitacji osób ze specjalnymi potrzebami – wybrane przykłady	51
<i>Anna Bombińska-Domżał</i>	
Teoretyczny model zawodowej współpracy nauczyciela wspomagającego i nauczyciela przedmiotu w kształceniu integracyjnym	63
<i>Katarzyna Lichtańska</i>	
Interakcja komunikacyjna w autyzmie. Egzemplifikacja trudności	75
<i>Barbara Cygan</i>	
Metoda integracji sensorycznej we wspomaganiu rozwoju dziecka z autyzmem	85
<i>Elżbieta Lubińska-Kościółek, Anna Motyka</i>	
Artystyczne i autorehabilitacyjne aspekty twórczości poetyckiej osoby z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ujęcie teoretyczne)	97

Justyna Nizińska, Ewa Oleksy

Wizualizacja jako nieodzowny aspekt terapii i edukacji osób
ze spektrum autyzmu **105**

Joanna Drozd-Kucz

„Uchwycić sens sztuki”, czyli neuroestetyczne aspekty terapii muzycznej
osób zaburzeniami ze spektrum autyzmu **113**

Urszula Szrednicka

Responsywność w postawie terapeuty oraz wychowawcy dziecka
z autyzmem. Z doświadczeń praktyka **121**

Klaudia Piotrowska-Madej

PECS w terapii dziecka ze spektrum autyzmu **134**

Agnieszka Radwan

Autyzm i jego tajemnice **148**