Uniwersytet Śląski
W Katowicach
Wydział Nauk Społecznych
Katedra Pedagogiki

Agnieszka Balicka

ROZPRAWA DOKTORSKA

Terapia taktylna jako metoda stymulacji indywidualnego funkcjonowania dziecka z autyzmem

Napisana pod opieką naukową:
Prof.zw.dr hab. Adama Stankowskiego

Katowice 2022

Pragnę złożyć wyrazy wdzięczności

Panu Prof. zw. dr. hab. Adamowi Stankowskiemu

za cierpliwość, serdeczność, opiekę naukową i merytoryczne

wsparcie na każdym etapie tworzenia pracy

Szczególne podziękowania składam na ręce moich bliskich

OŚWIADCZENIE AUTORA PRACY

1. Ja, niżej podpisany/a:

imię (imiona) i nazwisko – Agnieszka Balicka

autor/ka pracy dyplomowej pt. Terapia taktylna jako metoda stymulacji indywidualnego funkcjonowania dziecka z autyzmem

Oświadczam, że ww. praca dyplomowa:

- została przygotowana przeze mnie samodzielnie,
- nie narusza praw autorskich w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jednolity Dz. U. z 2006 r. Nr 90, poz. 631, z późn. zm.) oraz dóbr osobistych chronionych prawem cywilnym,
- nie zawiera danych i informacji, które uzyskałem/łam w sposób niedozwolony, nie była podstawą nadania stopnia doktora nauk, dyplomu wyższej uczelni lub tytułu zawodowego ani mnie, ani innej osobie.

Oświadczam również, że treść pracy dyplomowej zapisanej na przekazanym przeze mnie jednocześnie nośniku elektronicznym jest identyczna z treścią zawartą w wydrukowanej wersji pracy.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

26.04.2022rok

--- ---

Miejscowość, data Podpis autora pracy

3:2926728319

STRESZCZENIE

Prezentowana praca poświęcona została psychopedagogicznej problematyce wpływu terapii taktylnej na stymulację rozwoju dziecka ze spektrum autyzmu. Zmieniające się na przestrzeni lat stanowisko naukowe wskazuje na złożoność zjawiska, zmierzając do prób jego wyjaśnienia. Problematyka rozwoju i funkcjonowania dziecka z autyzmem stanowi niewątpliwie interesujące zagadnienie badawcze. Jako obszar otwiera szerokie możliwości do wszelkich poszukiwań pomocy, wsparcia i terapii popartych wieloletnimi badaniami. Przenikająca się triada symptomologiczna pozwala na podjęcie psychopedagogicznej oceny i wdrażanie wciąż nowych metod poprawiających funkcjonowanie dzieci z ASD. Wczesne wspomaganie rozwoju oparte na przesłankach terapeutycznego oddziaływania stwarza nowe możliwości usprawniania. W przeprowadzonych badaniach podkreślono znaczenie terapii taktylnej, jako metody stymulującej i usprawniającej dane funkcje.

W przedmiocie badań ukazano poziom funkcjonowania dzieci z autyzmem na wczesnym wspomaganiu rozwoju dziecka. Za cel badań przyjęto: ustalenie i określenie rozwoju dziecka autystycznego oraz jego funkcjonowania w zakresie poszczególnych sfer rozwoju, dla którego Cel teoretyczny to: określenie stopnia autyzmu oraz indywidualnego funkcjonowania badanych dzieci, a praktyczny :to sformułowanie przesłanek do pracy terapeutycznej.

Badaniami objęto 40 dzieci z diagnozą ze spektrum autyzmu (autism spectrum disorders – ASD). Wyróżniono wśród nich dwie grupy: Grupę eksperymentalną (E) – 20 dzieci w wieku 6-7 lat (5 dziewcząt i 15 chłopców) oraz Grupę kontrolną (K) – 20 dzieci w wieku 6-7 lat (5 dziewcząt i 15 chłopców).

Do oceny posłużyły następujące narzędzia:

Kwestionariusz wywiadu z rodzicami dziecka autystycznego – część I- zawiera dane ogólne dotyczące rodziny i dziecka autystycznego. Część II- dotyczyła terapii i część III- dane dotyczyły zachowań społecznych dziecka. Opracowany przez Polskie Stowarzyszenie Terapii Behawioralnej Kornela Grzegorczyk – Dłuciak.

Zastosowano i wykorzystano: Skale CARS – Childhood Autism Rating Scale (Skala Oceny Autyzmu Dziecięcego E. Schoplera, R. Richlera, B. Renner, 1988, która określiła stopień autyzmu od lekkiego-umiarkowanego do znacznego oraz wykorzystano Profil Psychoedukacyjny PEP-R - E. Schoplera, R. Reichera, A. Bashford, M.D. Lansing, Lee M. Marcus. Profil Psychoedukacyjny, dotyczył dwóch aspektów oceny funkcjonowania dziecka- (Skali Rozwoju) oraz do jego zachowania (Skali Zachowań) i posłużył do mierzenia postępów w rozwoju i terapii.

4:5037662050

W oparciu o analizę zgromadzonego materiału dane zebrane poddano analizie statystycznej. W oparciu o oprogramowanie R, w wersji 4.0.5. i przyjęto poziom istotności wynoszący 0,05.

Weryfikacja wpływu terapii taktylnej (zastosowanej tylko w grupie eksperymentalnej) na poziom autyzmu (mierzony kwestionariuszem CARS) oraz na Profil Psychoedukacyjny dzieci (mierzony kwestionariuszem PEP-R) została wykonana za pomocą dwuczynnikowej analizy ANOVA w schemacie mieszanym. Analiza ta stosowana jest w przypadkach występowania zarówno czynnika międzygrupowego (w niniejszym badaniu – terapii taktylnej), jak i czynnika wewnątrzgrupowego (w niniejszym badaniu - dwa różne momenty pomiaru / badania).

Przeprowadzona analiza potwierdziła, że zastosowanie terapii taktylnej poprawia jakość funkcjonowania badanych na zajęciach Wczesnego Wspomagania Rozwoju.

Słowa kluczowe: autyzm, wczesne wspomaganie, terapia taktylna,

5:1523002728

ABSTRACT

The presented paper is devoted to the psycho-pedagogical problem of the influence of tactile therapy on the stimulation of the development of children on the autism spectrum. The scientific position that has changed over the years shows the complexity of the phenomenon, aiming at attempts to explain it. The issue of the development and functioning of a child with autism is undoubtedly an interesting research problem. As an area, it opens up wide opportunities for search for help, support and therapy aided by many years of research. The overlapping symptomological triad allows for a psycho-pedagogical assessment and the implementation of new methods to improve the functioning of children with ASD. Early development support based on the premises of a therapeutic effect creates new opportunities for improvement. The conducted research emphasized the relevance of tactile therapy as a method that stimulates and improves given functions.

The subject of study shows the level of functioning of children with autism in the early support of child development. The aim of the research was to establish and define the development of an autistic child and their functioning in the scope of particular areas of development, whose theoretical goal is: to determine the degree of autism and individual functioning of the studied children; and the practical one: to formulate the premises for therapeutic work.

The study included 40 children diagnosed with autism spectrum disorders (ASD). Two groups have been distinguished among them: Experimental group (E) - 20 children aged 6-7 (5 girls and 15 boys) and Control group (C) - 20 children aged 6-7 (5 girls and 15 boys).

The following tools were used for assessment:

The questionnaire for an interview with the parents of an autistic child - part I - contains general data concerning the family and the autistic child. Part II - concerned therapy and part III - data concerned the child's social behavior. Developed by the Polish Association of Behavioral Therapy (Kornela Grzegorczyk-Dłuciak).

The following were applied and used: CARS - Childhood Autism Rating Scale (E. Schopler, R. Richler, B. Renner, 1988), which determined the degree of autism from mild-moderate to severe, and the Psychoeducational Profile PEP-R - E. Schopler, R. Reicher, A. Bashford, M.D. Lansing, Lee M. Marcus. The Psychoeducational Profile concerned two aspects of the assessment of a child's functioning - (Development Scale) and their behavior (Behavior Scale) and was used to measure the progress in development and therapy.

6:5744684092

The collected data was subjected to statistical and comparative analysis. Based on the analysis of the collected material, the collected data was subject to statistical analysis. Based on R software version 4.0.5., the statistical significance was set at 0.05.

Verification of the impact of tactile therapy (used only in the experimental group) on the level of autism (measured with the CARS questionnaire) and on the Psychoeducational Profile of children (measured with the PEP-R questionnaire) was performed using a two-way ANOVA analysis in a mixed scheme. This analysis is used when there is both an intergroup factor (in this study - tactile therapy) and an intragroup factor (in this study - two different measurement/study times).

The conducted analysis confirmed that the use of tactile therapy improves the quality of functioning of the respondents in the Early Development Support classes.

Keywords: autism, early support, tactile therapy,

7:2139754544

Spis treści

Streszczenie……4

Abstract……..6

Wstęp ……..……..……...10

Rozdział pierwszy

Autyzm w świetle literatury przedmiotu (Interpretacja Psychopedagogiczna)……12

1.1. Etiologia zjawiska – wybranych koncepcji ……...……...……21

1.2. Symptomy zaburzeń autystycznych i próba ich klasyfikacji …….…….…..31

1.3. Ocena funkcjonowania dzieci z ASD – interakcje społeczne, poznawcze, komunikacja…….…….…42

Rozdział drugi

Wczesne wspomaganie w świetle modeli naukowych……..…...…..50

2.1. Wczesne wspomaganie jako szansa rozwoju dla dzieci z ASD……..…...57

2.2. Charakterystyka metod wykorzystywanych w terapii autyzmu……..……...62

2.3. Założenia terapii taktylnej jako metody usprawniającej rozwój ruchowy, poznawczy, społeczny i emocjonalny dzieci z ASD…….……....68

Rozdział trzeci

Charakterystyka metodologiczna pracy……..……...…....73

3.1. Przedmiot i cel badań, problemy i hipotezy badawcze…….…….....73

3.2. Zmienne i ich wskaźniki……..….……77

3.3. Strategie i metody badań…….….….…81

3.4. Techniki i narzędzia badawcze……...……...84

3.5. Organizacja i przebieg badań…….……...…87

3.5.1. Program zajęć – Terapia taktylna stanowi podstawę oddziaływań eksperymentalnych……....88

3.5.2. Część szczegółowa programu, procedury osiągania celów, zakładane osiągnięcia i ewaluacja…….88

3.6. Dobór i charakterystyka badanej grupy…….……..…..91

Rozdział czwarty

Terapia taktylna jako metoda stymulacji indywidualnego funkcjonowania dziecka z autyzmem w świetle badań własnych……...…..93

4.1. Charakterystyka ogólna grupy eksperymentalnej i kontrolnej……...……....94

4.1.1. Analiza porównawcza struktura rodziny w grupie eksperymentalnej

8:2238541621

i kontrolnej……..…..96
4.1.2. Wyniki II sekcji kwestionariusza wywiadu dotyczące terapii w grupie eksperymentalnej i kontrolnej……...…….100
4.1.3. Wyniki III sekcji kwestionariusza wywiadu dotyczące zachowań społecznych w grupie eksperymentalnej kontrolnej……....106
4.2. Ocena stopnia autyzmu badanych w grupach eksperymentalnych i kontrolnych przed eksperymentalnych i poeksperymentalnych……..122
4.2.1. Ocena stopnia autyzmu pomiędzy badanymi grupami……...123
4.3. Profil Psychoedukacyjnego PEP-R -ogólny rozwój w grupie eksperymentalnej i kontrolnej…….…126
4.3.1. Ocena poziomu ilorazu rozwoju PEP-R w grupie kontrolnej i eksperymentalnej……...130
4.3.2. Ocena poziomu dla skali zachowań w grupach eksperymentalnych i kontrolnych……132
4.3.3. Ocena poziomu poszczególnych umiejętności skali rozwoju psychoruchowego PEP-R w grupach eksperymentalnych i poeksperymentalnych……..….140
4.4. Przykładowe raporty z badania dziecka przy pomocy testu – Profil Psychoedukacyjny PEP-R …….….155

Rozdział piąty

5.1. Zakończenie pracy i postulaty dla praktyki pedagogicznej…….....177
Bibliografia ……182
Źródła multimedialne……...…….187
Akty prawne …….…….188
Spis tabel …….....189
Spis wykresów……...….192
Załącznik 1. Kwestionariusz wywiadu – część I, II, III. Opracowany przez Polskie Stowarzyszenie Terapii Behawioralnej Kornela Grzegorczyk – Dłuciak…….193
Załącznik 2. Skala CARS – Childhood Autism Rating Scale (Sklala Oceny Autyzmu Dziecięcego E. Schoplera, R. Richlera, B. Renner, 1988…….202
Załącznik 3. Profil Psychoedukacyjny PEP-R - E. Schoplera, R. Reichera, A. Bashford, M.D. Lansing, Lee M. Marcus…….211

9:9546698277

Wstęp

Mimo licznych badań i naukowych publikacji w zakresie autyzmu, zaburzenie wciąż owiane jest tajemnicą. Nieprawidłowości ze spektrum autyzmu do niedawna definiowano jako doświadczanie trudności o charakterze neurorozwojowym. Liczne badania ukierunkowane na potwierdzenie słuszności modelu medycznego oscylowały wokół poszukiwania markerów zaburzenia. Z czasem analizując liczne przeprowadzone badania Światowa Organizacja Zdrowia i Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne sklasyfikowały triadę objawów autystycznych. Dysfunkcje zaburzeń ze spektrum autyzmu dotyczyły trudności w zakresie interakcji społecznych, komunikowania się, oraz specyficznych, sztywnych wzorców zachowania i zainteresowań. Pomimo zaklasyfikowania zaburzenia, jako neurorozwojowego, to etiologiczna i definicyjna analiza była nieco bardziej skomplikowaną sprawą. Trudności etiologiczne okazały się być wielopłaszczyznową kwestią. Wydawać by się mogło, że przyczyn niejasności należało poszukiwać w istocie ASD. [1]

Na temat funkcjonowania dzieci ze spektrum autyzmu powstało wiele międzynarodowych publikacji naukowych, popartych wieloletnimi badaniami. Jednak kontrowersje, jakie pojawiły się wokół etiologicznych i symptomologicznych kwestii, wciąż nie zostały do końca wyjaśnione. [2]

Wieloprzyczynowość spektrum autyzmu zmierzało do postawienia kluczowego pytania, jak zatem traktować autyzm, jako chorobę, symptom, czy zaburzenie. Skomplikowało to proces diagnostyczny. Psychopedagogiczna analiza diagnostyczna wskazywała, że do najbardziej istotnych symptomów należały specyficzne reakcje na bodźce, problemy z komunikowaniem społecznym, przy jednoczesnym sztywnym wzorcu zachowań i schematycznej rutyny. [3]

Analizując wciąż rosnące statystyki dzieci ze spektrum autyzmu, oraz nieharmonijny profil zaburzenia zrozumiałym było, że przysparzał badaczom wielu problemów w zakresie swej istoty. Mimo postępów w tym obszarze wciąż wspomaganie dzieci ze spektrum autyzmu budziło kontrowersje. Współcześni specjaliści położyli duży nacisk na wczesne wspomaganie rozwoju, które otworzyło szanse na poprawę jakości życia osobom z ASD. Dzieci autystyczne rozwijały się przeważnie nieharmonijnie, a proces ich rozwoju mógł ulec regresowi. Dlatego, im wcześniej rozpoczęto realizację programu wczesnego wspomagania, tym większe były szanse na prognostyczny sukces. U małego dziecka plastyczny system nerwowy pozwala na

[1] E. Pisula, Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010, s. 14 - 15
[2] Š. Vašek, A. Stankowski, Zarys pedagogiki specjalnej, Katowice 2006, s. 164
[3] A. Stankowski, Autyzm, jako jednostka nozologiczna w obszarach badań pedagogiki specjalnej, [w:] Wybrane aspekty funkcjonowania osób z niepełnosprawnością. Tom III, Katolicka Univerzita Rużomberok, Rużomberok 2009

10:4290922044

szybszy proces uczenia się i nabywania nowych umiejętności. Zatem założyć by należało, że w odniesieniu do dzieci autystycznych podejmowane wielokierunkowe, skoncentrowane działań w zakresie wczesnego wspomagania z czasem usprawniają obszary dysfunkcyjne. Istotnym było nie tylko samo wykrycie przypadków nieprawidłowości, ale przede wszystkim, jak najszybsze opracowanie, oraz wdrożenie wielospecjalistycznych programów wspomagania. [4]

Szybki rozwój technologii i nauki, przy jednoczesnym wzroście społecznej świadomości, stały się dobrymi predyktorami w procesie wspomagania dysharmonijnego rozwoju dzieci, poprzez wdrożenie działań o charakterze interwencyjnym i terapeutycznym. [5]

Poniższa praca ma charakter empiryczny. Sformułowano problem badawczy w kwestii zależności pomiędzy metodami stosowanymi na zajęciach wczesnego wspomagania, a ich wpływem na jakość życia dzieci z ASD. Postawiono hipotezę, że terapia taktylna ma istotny wpływ na stymulację indywidualnego funkcjonowania dziecka z autyzmem na zajęciach wczesnego wspomagania rozwoju. Założono, że wspomaganiu ulegają funkcje naśladowania i komunikowania się, percepcja wzrokowo - słuchowa, motoryka, koordynacja wzrokowo - ruchowa, oraz funkcje poznawcze.

Praca składa się z pięciu rozdziałów. Dwa pierwsze mają charakter teoretyczny.

Rozdział pierwszy zawiera teoretyczne rozważania nad autyzmem, przy jednoczesnych próbach usystematyzowania etiologicznej i klasyfikacyjnej problematyki. Zaprezentowano publikacje badawcze, które podejmują próby optymalizacji dotychczasowych oddziaływań terapeutycznych w stosunku do dziecka z ASD.

W drugim rozdziale przedstawiono dyskursywne refleksje o procesach wczesnego wspomagania i jego roli w przypadku zaburzeń ze spektrum autyzmu. Pokrótce dokonany przegląd niektórych metod uzasadnia istotność wdrożenia wczesnego wspomagania rozwoju.

W rozdziale trzecim zaprezentowano metodologiczne podstawy badań własnych.

Rozdział czwarty zawiera szczegółową analizę materiału badawczego, natomiast w rozdziale piątym zawarto zakończenie pracy i postulaty dla praktyki pedagogicznej.

[4] G. Walczak, Wczesna interwencja wczesne wspomaganie rozwoju - kwestie terminologiczne, [w:] M. Bielska - Łach (red.), Pedagogika specjalna. Różne poszukiwania - wspólna misja, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2009, s. 232 - 238

[5] B. Cytowska, B. Winczura (red.), Wczesna interwencja wspomaganie rozwoju małego dziecka, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2016, s. 10

11:8986606842

Rozdział pierwszy
Autyzm w świetle literatury przedmiotu
(Interpretacja Psychopedagogiczna)

Psychopedagogiczna analiza spektrum autyzmu oscyluje wokół zagadnień związanych z nieprawidłowymi wzorcami relacji i komunikowania się z ludźmi, stereotypowym zachowaniem w postaci rytuałów, tworząc autystyczną triadę. Wszechstronne, naukowe publikacje pogłębiły znacznie wiedzę na temat etiologicznych i symptomologicznych aspektów autyzmu wskazując kierunek rozwoju myśli i kompleksowego rozumienia problemu. [6]

Charakterystyka zaburzenia i sporne kryteria diagnostyczne wskazały złożoność i wieloaspektowość problemu. Poniższa analiza dostępnych publikacji naukowych pozwoliła doprecyzować kwestię definicyjną i etiologiczną. [7]

Zainteresowanie zaburzeniami ze spektrum rozwoju dzieci i młodzieży związane jest z rozwojem psychopatologii rozwojowej, która stara się spajać zintegrowaną wiedzę z zakresu różnorodnych dziedzin - psychiatria, psychologia, neuroanatomia, czy genetyka. Zaburzenia autystyczne zakłócają prawidłowy rozwój dziecka w obrębie różnych funkcji psychicznych – poznawczych, społeczno – emocjonalnych, językowych. Ekspresja w zakresie ich nieprawidłowości implikuje zmiany na odpowiednich poziomach rozwoju rzutując na jakość całego życia, szczególnie w zakresie realizacji zadań rozwojowych. Zaburzenia z zakresu spektrum autystycznego współcześnie stanowią coraz częstszą diagnozę specjalistów. [8]

Spektrum zaburzeń autystycznych (autism spectrum disorder) ASD obejmuje nieprawidłowości rozwojowe w zakresie interakcji społecznych, oraz porozumiewania się, przy jednoczesnym stereotypowym repertuarem zachowań, oraz zainteresowań. Zaburzenia mowy u pacjenta autystycznego skupiają się głównie wokół obszarów semantycznych, prozodycznych, a także pragmatycznych. Często występują również współistniejące globalne nieprawidłowości w zakresie funkcji poznawczych, które skutkują odbieganiem od normy prawidłowej dla wieku umysłowego dziecka. Te nieprawidłowości stanowią również podstawę diagnostyczną, gdyż obraz kliniczny często jest zafałszowany poprzez występowanie zaburzeń współtowarzyszących.[9]

---

[6] S. Goldstein, J. A. Naglieri, S. Ozonoff, Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu, WUJ, Kraków 2017, s. 19
[7] E. Pisula, Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010, s. 15
[8] E. Pisula, Wspomaganie osób z zaburzeniami należącymi do autystycznego spektrum w perspektywie psychologii rozwojowej, [w:] J. Trempała (red.), Psychologia rozwoju człowieka, PWN, Warszawa 2011, s. 446
[9] St. Pużyński, J. Wciórka (red.), Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD – 10, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków – Warszawa 2000, s. 209

12:6475933739

Rozumienie zaburzeń ze spektrum autyzmu zmieniało się w miarę pozyskiwania wciąż nowych przesłanek w zakresie definiowania problemu. Treść pojawiających się prób definiowania autyzmu odzwierciedla zatem naukowy styl myślenia w odniesieniu do teoretycznych aspektów zagadnienia. Szwajcarski psychiatra Paul Eugen Bleuler w 1910 roku zastosował po raz pierwszy pojęcie „autyzm", które zostało na stałe wprowadzone do psychiatrii. Autyzm rozumiany był, jako alienacja w świecie własnych przeżyć, skłaniająca do unikania interakcji ze środowiskiem. Ów termin Bleuler zaczerpnął od greckiego słowa *autos*, które oznacza „sam", wskazując tym na preferowaną przez autystę konieczność izolowania się, czy zamykania. Hermetyczność takiego rozumienia terminu autyzm utrzymywała się przez długi czas. Badania prowadzone przez psychiatrów dziecięcych wskazywały na konieczność podejmowania pierwszych prób usystematyzowania kryteriów diagnostycznych, jako nowej jednostki nozologicznej. Takie prace prowadziła między innymi Suchariewa. [10]

W połowie XX wieku problematyka autyzmem wzbudzać zaczęła coraz większe zainteresowanie. Jednym z prekursorów badań prowadzonych w tym zakresie był Leo Kanner, który postulował o konieczność wyodrębnienia autyzmu wczesnodziecięcego, jako samodzielnej jednostki nozologicznej. Kilka lat później (1952) Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne wydało klasyfikację zaburzeń DSM-I, w której wyróżniono autyzm klasyfikując do psychoz dziecięcych występujących na tle emocjonalnym. Rozumienie autyzmu ewoluowało i w kolejnym wydaniu klasyfikacji zaburzeń (DSM –II) powiązano go z kontekstem schizofrenicznym. Pod koniec XX wieku liczne badania przeprowadzone wśród pacjentów autystycznych, i coraz częściej pojawiające się publikacje naukowe skłoniły Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne do wyodrębnienia zaburzeń ze spektrum autyzmu i doprecyzowania kategorii nieco szerszej, nazwanej całościowym zaburzeniem rozwoju. Trzecia wersja DSM zrewidowana zarysowała obraz kliniczny autyzmu wskazując na skonkretyzowane kryteria diagnostyczne. Przede wszystkim należało wykluczyć schizofrenię, jako synonimu autyzmu. Deficyty w diagnozie autystycznej ujawniać miały się przed 30 miesiącem życia dziecka. Przejawiały się zwłaszcza w postaci braku reakcji na świat zewnętrzny, oraz pogłębione deficyty rozwoju języka. Wskazówką były również pojawiające się w mowie echolalie, nieadekwatnie używana odwracalność zaimków, czy też deficytami w stosowaniu języka metaforycznego. W reakcjach behawioralnych zauważalne dziwaczne schematy, ale także otwarty opór wobec pojawiających się zmian w stałych repertuarach.[11]

---

[10] E. Furgał, Własnym głosem o spektrum autyzmu, 2018, https://krytykapolityczna.pl/nauka/wlasnym-glosem-o-spektrum-autyzmu/ , dostęp 14.02.2022

[11] E. Pisula, Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010, s. 11 – 12, 19 - 21

13:1626323171

W nawiązaniu do prac Kannera psychiatra wiedeński Hans Asperger przeprowadził własne badania dotyczące grupy pacjentów o nieco odmiennym wzorcu kryterialnym. Diagnozując pacjentów, którzy wykazywali zwykle wysoki iloraz inteligencji, posiadali rozbudowany słownik, ale w sytuacjach behawioralnych wykazywali lęk przed zmianami, a w kontaktach interpersonalnych problemem stawało się dla nich nawiązanie relacji. Opracowane wyniki własnych badań implikowały konieczność wyszczególnienia syndromu zwanego Zespołem Aspergera. Zatem, termin autystyczny posiada pewne kontinuum objawów, które mogą pojawiać się z różnym nasileniem i w różnych konstelacjach. Sugeruje to złożoność problemu, jego wielokierunkowość i różnorodność diagnostyczna. Pacjenci ze spektrum autystycznego mogą charakteryzować się zatem poziomem inteligencji odpowiadającym im normom wiekowym, a także wyższym. Jest to tak zwany autyzm wysoko funkcjonujący (HFA). Takie uszczegółowienie pozwoliło na rozwikłanie problemów diagnostycznych osób przejawiających cechy HFA, a jednocześnie nie posiadających deficytów w zakresie komunikacji werbalnej.[12]

Zaprzestanie utożsamiania autyzmu ze schizofrenią skończyło się w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku. Wcześniej specjaliści diagnozując używali często terminu schizofrenia wieku dziecięcego, stawiając niejako znak równości pomiędzy trudnościami ze spektrum autystycznego, jak i zaburzeń psychotycznych. Wnikliwe badania pacjentów przejawiających owe trudności wykazały, że są to dwie odrębne jednostki nozologiczne. [13]

Początkowe uplasowanie autyzmu w kanonach psychiatrycznych zmieniło się wraz z rosnącą liczbą badań w tym zakresie. Pod koniec XX wieku zaprzestano pojmowania autyzmu, jako zaburzenia związanego z dysfunkcjami procesów myślowych. Współczesne teorie opierają się o dualistyczny system diagnozowania, co jednoznacznie pozwoli na zastosowanie terminu „zaburzenia ze spektrum autyzmu", który umożliwi zastosowanie tych różnic diagnostycznych, które sprawiały wcześniej problem klasyfikacyjny.[14]

Diagnozując zaburzenia ze spektrum autyzmu obecni specjaliści opierają się o systemy DSM IV i ICD – 10. Zaklasyfikowane, jako całościowe zaburzenie rozwojowe określa istotę dysfunkcji, która ma początek w okresie wczesnodziecięcym, oraz charakteryzuje się jakościowymi odchyleniami w zakresie komunikowania, interakcji społecznych, a także

[12] S. Baron – Cohen, Is Asperger Syndrome/high-functioning autism necessarily a disability?, „Development and Psychopatology", t 12(3), 2000, s. 489 - 500

[13] S. Goldstein, J. A. Naglieri, S. Ozonoff, Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu, WUJ, Kraków 2017, s. 23

[14] K. Williams, J. Roberts, Zrozumieć autyzm. Przewodnik dla rodziców, Harmonia Universalis, Gdańsk 2019, s. 11 - 13

14:5563364889

zachowania i zainteresowań. Zaburzenia ze spektrum autyzmu mają zatem niejednorodny charakter, zarówno pod kątem etiopatogenezy, jak i głębokości zaistniałych dysfunkcji. Najściślej przebadaną formą jest autyzm dziecięcy, mimo, że diagnoza wciąż przysparza wiele trudności. Postawienie wczesnej diagnozy w tym przypadku ma przeważnie charakter retrospektywny, opierając się o dane, które pozyskuje się od rodziców pacjenta, szczególnie w sytuacjach, w których zauważają oni, że dziecko nie reaguje na głośne bodźce, a odbiera ciche, albo nie reaguje na imię, choć symptom nie jest warunkiem u każdego pacjenta ze spektrum autyzmu. W dalszej kolejności zauważane są osiowe wskaźniki, które są manifestowane poprzez dysfunkcje w komunikacji, interakcjach społecznych, sztywnych aspektach behawioralnych, z charakterystyczni repertuarami zachowań. W odniesieniu do niemowląt wskazówką staje się zaburzona komunikacja, oraz kompetencje społeczne. Typowym przykładem jest brak koncentracji wzroku dziecka na twarzy matki, przy jednoczesnej manifestacji tak zwanego „pustego spojrzenia", oraz nie reagowania na głos. [15]

Problemy diagnostyczne są także związane z indywidualizmem rozwoju dzieci. Każda jednostka ludzka ma własne tempo rozwoju, zatem część objawów może być w pewien sposób zamaskowana. Być może dlatego u niektórych dzieci cechy autystyczne są widoczne w wieku od 12 do 18 miesięcy, jednak właściwa diagnoza stawiana jest przeważnie w wieku 2 – 3 lat. Częstą przyczyną diagnostycznych opóźnień jest w miarę prawidłowa mowa, typowa dla rozwoju wiekowego. [16]

Teoretyczne rozważania na temat spektrum autyzmu na obecnym poziomie rozwoju wiedzy pozwala zdefiniować triadę autystyczną o charakterze zaburzeń neurorozwojowych. Do pierwszej grupy zalicza się trudności w komunikowaniu i zachowań związanych z interakcjami społecznymi. Problem ten implikuje dysfunkcje na poziomie emocjonalno – społecznych reakcji. Ponadto piętrzące się deficyty w zakresie niewerbalnej komunikacji komplikowały tworzenie i utrzymywanie zdrowych relacji międzyludzkich analizowanych na odpowiednim poziomie wiekowym. Druga grupa dotyczy zachowań z zakresu behawioralnych reakcji. Osoby ze spektrum autyzmu charakteryzują się stereotypowością zachowania i zainteresowań. Stereotypowość dotyczy nie tylko czynności stricte motorycznych, ale także mowy, czy używania przedmiotów. Tworzenie stałych repertuarów dnia pozwala zachować względny spokój, zaś naruszenie stałego porządku budzi lęk, który wyciszy powrót do rutyny. Wiele osób, które doświadczają problemów ze spektrum autyzmu wykazuje nietypowość sensoryczną

[15] H. Jaklewicz, Całościowe zaburzenia rozwojowe, [w:] I. Namysłowska, Psychiatria dzieci i młodzieży, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, s. 110 – 111, 117
[16] J. Ball, Autyzm a wczesna interwencja, Harmonia Universalis, Gdańsk 2008, s. 28

15:4903163889

w obszarze hiper, bądź hipo wrażliwości. Aby zatem dokonać właściwej diagnozy opartej na autystycznej triadzie wskazanym byłoby uwzględnienie trudności, bądź deficytów w obszarze obu sfer. Pojedynczy objaw może wskazywać na wystąpienie rozwojowych nieprawidłowości, lecz nie spełnia on kryteriów pełnej diagnozy. Ustalenia wskazujące na rozumienie spektrum autyzmu wciąż podlegają licznym badaniom. Badania są poszerzone o wprowadzenie najnowszych osiągnięć z zakresu funkcjonowania mózgu. Precyzyjność terminologiczna spektrum autyzmu powinna zatem zawierać szerokie spektrum o charakterze osiowym, jako kontinuum, na którym można by wskazywać stopień deficytów i tworzyć wzorce, które w procesie diagnostycznym rzutowały by na usprawnienie możliwości życiowych. [17]

Funkcjonowanie mózgu ma ścisły związek z zaburzeniami ze spectrum autyzmu. Wpływa na wszystkie obszary życia i funkcjonowania człowieka. Prawidłowo funkcjonujące struktury anatomiczne ludzkiego mózgu mają wpływ na sprawność wyższych procesów poznawczych (pamięć, spostrzeganie, uwaga, mowa, uczenie się, koncentracja), ale także na emocje i zachowanie. Dokładne powiązania opisane wnikliwie w wielu pracach, między innymi w publikacjach Aleksandra Łurii, wskazywały na złożoność struktur i ich funkcjonalność. Każdy układ anatomiczny mózgu ma swą reprezentację w postaci zintegrowanych funkcji działających jak precyzyjna całość. Uszkodzenie w obrębie pewnego obszaru może trwale upośledzić jakąś funkcję z nią powiązaną. [18]

Wzajemne powiązania funkcjonowania mózgu z cechami ze spektrum autyzmu warunkuje rozwój umiejętności, z którymi jednostka zmagać się będzie w ciągu życia. Dotyczy wielu obszarów, między innymi relacji społecznych, komunikacji werbalnej i niewerbalnej, czy też zachowania. Teorie neuronalne zakładają, że płynące przez ścieżki mózgowe informacje nie są przesyłane i nie łączą się właściwie. Inaczej mówiąc, doświadczanie dysfunkcji ze spektrum autyzmu hamuje u dzieci prawidłowe przesyłanie informacji ścieżkami neuronalnymi, czyli nie dochodzi do właściwego uczenia się. Doświadczanie dodatkowych trudności, które mogą obciążyć mózg – niepełnosprawność umysłowa, czy też padaczka w diagnozie traktuje się je, jako współistniejące. [19]

Ludzki mózg tworzy pojęcia będące podstawą do poznawczej reprezentacji świata. Mózg dzieci autystycznych nie odzwierciedla reprezentacji w oczywisty sposób. Ponadto pojawiające się dysfunkcje w zakresie werbalnej i niewerbalnej komunikacji implikują trudności

[17] E. Pisula, Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010, s. 11 - 15
[18] K. Walsh, D. Darby, Neuropsychologia, GWP, Gdańsk 2008, s. 413 - 414
[19] J. Ball, Autyzm a wczesna interwencja, Harmonia Universalis, Gdańsk 2008, s. 29

16:1150886494

komunikacji i intuicyjną, osobistą wiedzę o świecie. Niepełnosprawność intelektualna, występująca często jako współtowarzysząca trudność, wydaje się być warunkowana zaburzoną komunikacją, oraz postaci zaburzonej interioryzacji społecznych sygnałów. Teoria przemawiająca za brakiem rozumienia emocjonalnej i poznawczej perspektywy innych ludzi wskazuje na konotacje teorii umysłu z neurofizjologicznymi jego substratami. [20]

Całościowe zaburzenia rozwojowe, leżące u podstaw dysfunkcji neurorozwojowych obejmują również deficyty w zakresie rozwoju mowy i języka, a także grupę przypadków określanych jako SZRUS (specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych). Ich ścisły związek z ontologicznym dojrzewaniem mózgu wpływa na wiele obszarów funkcjonowania dzieci. Szerokie spektrum symptomologiczne wymaga rozumienia istoty całościowych zaburzeń rozwojowych. W przypadku niektórych schorzeń (na przykład Zespół Retta) następuje widoczny regres, który skutkuje spadkiem napięcia mięśniowego, zatem, stawianie trafnej diagnozy nie sprawia specjalistom takiego problemu. Z kolei diagnozy różnicowe, które są wymogiem wykluczenia Zespołu Aspergera, bądź autyzmu wysoko funkcjonującego przysparzają wątpliwości. Rodzice dzieci diagnozowanych chętniej przyjmują diagnozę Zespołu Aspergera, który jest społecznie bardziej akceptowany. [21]

Podsumowując rozważania teoretyczne nad autyzmem zauważa się charakterystyczny układ trudności behawioralnych, komunikacyjnych, oraz społecznych. Owo zagadkowe, nawet jak na współczesne czasy, zaburzenie stało się bohaterem wielu badań naukowych publikacji i konieczności doszukiwania się skutecznych możliwości interwencyjnych i terapeutycznych. Duża część specjalistów skłania się do uplasowania zaburzeń ze spektrum autyzmu, jako zdeterminowanego biologicznie repertuaru zachowań o różnorodnym nasileniu i postaciach. Badania przeprowadzane przez Christophera Gillberga i Schumanna (1982) wskazują, że częściej występuje u chłopców, niż u dziewczynek. Ponadto socjoekonomiczne warunki, w jakich rozwija się dziecko nie mają tu istotnego znaczenia. Rutter w swych pracach z 1974 wskazał, że przynajmniej co czwarte dziecko z ASD cierpi na współistniejące dolegliwości fizyczne (między innymi padaczka), a ponad połowa z nich przejawia intelektualne deficyty. Z kolei Lotterw świetle przeprowadzonych przez siebie badań wskazał na tendencję spadkową deficytów intelektualnych. Zjawisko tłumaczy wzrastającą wiedzą na temat autyzmu i coraz skuteczniejszą interwencją. Interakcja, jaka zachodzi pomiędzy intelektualnym poziomem

[20] T. Pietras, A. Witusik, P. Gałecki, Autyzm - epidemiologia, diagnoza i terapia, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010, s. 17

[21] J. Komender, G. Jagielska, A. Bryńska, Autyzm i Zespół Aspergera, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, s. 62

17:4724606379

funkcjonowania, a poziomem rozwoju mowy funkcjonalnej ma tu istotne znaczenie, jeśli usprawnienie odbywa się do 5 roku życia dziecka. Wówczas w obliczu ontogenetycznego rozwoju można wnioskować, że wiek jest dobrym predyktorem rozwoju. [22]

Wzorzec deficytów poznawczych u dzieci z ASD co do zasady różni się w stosunku do dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Trudności dzieci ze spektrum autyzmu dotyczą zwykle języka, zwykle sferze semantyczno - leksykalnej i pragmatycznej. Badania Michaela Ruttera wskazują, że deficyty skupiają się wokół konkretyzacji rzeczowników, czy czasowników, pojawiają się parafazje semantyczne, oraz fonetyczne. Obserwowane są także perseweracje, neologizmy, formalizmy, oraz pedantyczność, czy repetytywność wypowiedzi (Zespół Aspergera). Często pojawiające się echolalie w wypowiedziach, schematyzmy, czy sztywne rozumienie pojęć. [23]

Dostępne publikacje naukowe wskazują także na trudności z zakresu percepcji, związane z procesami poznawczymi. Na uwagę zasługuje ontologiczny proces rozwoju umysłowego, który w przypadku pacjentów ze spektrum autyzmu jest dość trudny do diagnozy. Problemy, z jakimi borykają się specjaliści to przede wszystkim brak chęci współpracy przy badaniu, czy brak rozumienia poleceń i terminów. Prowadzone liczne prace badawcze dotyczące ustalenia tak zwanego profilu zdolności umysłowych osób a ASD pozostały w fazie dyskusji. Badacze są zgodni co do nieharmonijności rozwojowej, oraz co do przewagi wyników skal niewerbalnych, nad werbalnymi. Świadczy to o lepszych możliwościach w wykonywaniu zadań, które nie wymagają komunikacji słownej. Przy czym, zauważa się w miarę dobrze rozwinięte umiejętności wzrokowo - przestrzenne. Jednak, wskazując na dość wysoki indywidualizm osób z ASD trudno jednoznacznie określić, czy można stworzyć profil zdolności umysłowych osób a ASD, na tyle uniwersalny, by posiadał wartość naukową. [24]

W odniesieniu do publikacji Leo Kannera na temat autyzmu ograniczenia związane ze społecznym funkcjonowaniem zdają się mieć charakter obligatoryjny. Szeroko pojęte społeczne interakcje są w myśl badań autora najsilniejszym predyktorem do postawienia trafnej diagnozy. Całokształt relacji z innymi ludźmi przebadano pod kątem ilościowym i jakościowym. Stały się głównym wymiarem profilu osobowościowego spektrum autyzmu. Same zaś relacje są ujmowane wielowymiarowo. To nie tylko sam kontakt z drugim człowiekiem, ale także umiejętność zabawy, oraz związane z nim funkcje motywacyjno -

[22] S. Goldstein, J. A. Naglieri, S. Ozonoff, Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu, WUJ, Kraków 2017, s. 24
[23] R. Rutter, Cognitive deficits in the pathogenesis of autism, "Journal of Child Psychology and Psychiatry", Nr 24(4), 1983, s. 513 - 531
[24] E. Pisula, Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010, s. 81 - 82

18:6782776299

emocjonalne, czy też zaradcze. Profil dotyczący interakcji społecznych osób z ADS wskazuje (badania przeprowadzone między innymi przez Hobsona, 1989), że dzieci ze spektrum autyzmu nie mają zdolności czytania społecznych, czy tez emocjonalnych sygnałów. Cecha ta dotyczy także dzieci lepiej funkcjonujących. Jest to poniekąd powiązane z poznawczym aspektem i przysparza wiele trudności o charakterze społecznym w relacjach z ludźmi. Publikacja badań podważyła istniejącą wcześniej teorię, że osoby lepiej funkcjonujące radzą sobie w relacjach społecznych, oraz, że nie przejawiają w tym zakresie poznawczych deficytów, co oznacza, że potrafiłyby odczytywać społeczne sygnały. Nowe badania skutkowały rozszerzeniem diagnostycznych kryteriów o profil dotyczący interakcji społecznych osób z ADS. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne ostatecznie zdecydowało, że ustalenia terminologiczne dotyczące autyzmu powinny uwzględniać aspekt niezdolności do odczytywania społecznych sygnałów, czy też umiejętności zrozumienia innej osoby (postawienia się w jej położeniu). Trudności te są ściśle związane z poznawczymi deficytami i emocjonalno - motywacyjnymi odzwierciedleniami. Upośledzone umiejętności społeczne, na co wskazują publikacje między innymi Volkmara, są istotniejszym predyktorem diagnostycznym niż opóźnienia komunikacyjne. [25]

Jedną z najczęściej współcześnie cytowanych definicji autyzmu jest koncepcja oparta na publikacjach S. Barona - Cohena (2003). Teoria zakłada dwuróżnicowość zdolności. Osoby z ASD stosunkowo dobrze radzą sobie z zadaniami logicznymi, opierając swe analizy na procesach schematyczno - funkcjonalnych. Natomiast słabo rozwinięte umiejętności psychologiczne, które wykraczają poza schematyczne rozumienie. Brak im zatem zdolności przeżywania, czy wyobrażania sobie myśli drugiego człowieka. Badania te uściśliły istniejącą już teorię profilu interakcji społecznych osób z ASD. Ponadto deficyty osób ze spektrum autyzmu w zakresie empatyzowania powodują wiele trudności z zakresu prawidłowych relacji z innym człowiekiem, które polegają na braku umiejętności rozumienia działań innych.[26]

Analizując powyższe rozważania można wnioskować, że zaburzenia ze spektrum autyzmu wymagają trafnego i istotnego rozpoznania diagnostycznego, który jest kompleksowym zestawieniem stanowisk specjalistów wielu dziedzin. Uwzględnianie to uwidacznia się w kompleksowej oceny funkcjonowania, wraz z zaistniałymi deficytami o charakterze neuropsychologicznym, behawioralnym, poznawczym, komunikacyjnym, intelektualnym, oraz emocjonalno - motywacyjnym. Problemy związane z procesem diagnostycznym często mają swe odzwierciedlenie w różnorodności terminologicznej.

[25] S. Goldstein, J. A. Naglieri, S. Ozonoff, Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu, WUJ, Kraków 2017, s. 25
[26] E. Pisula, Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010, s. 86

19:7309386811

Diagnostyka musi zatem opierać się o obserwację, szczegółowe wywiady i sytuacje ustrukturyzowane, oraz nieustrukturyzowane, które znajdą swe odbicie w aktualnych kryteriach diagnostycznych. [27]

Problematyka związana z autyzmem budzi coraz większe emocje z powodu rosnącej liczby zdiagnozowanych przypadków. Lata dziewięćdziesiąte ubiegłego wieku przyniosły wysoki, jak na owe czasy, wskaźnik osób ze spektrum autyzmu, ponadto wciąż utrzymuje się tendencja wzrostowa. Statystyki wskazują, że potwierdzającą diagnozę otrzymuje1 na 88 dzieci, z czego większość stanowią chłopcy. Stąd konieczność przeprowadzania badań i tworzenia publikacji naukowych, licząc, że z czasem zagadkowe zaburzenie zostanie rozwiązane.[28]

Przeprowadzane badania epidemiologiczne powinny ocenić, jaka jest częstotliwość rozpowszechniania się zaburzeń ze spektrum autyzmu, oraz, jakie jest ryzyko jego wystąpienia. Aby analiza była rzetelna ustalono wspólne kryteria diagnostyczne w stosunku do różnych populacyjnie obszarów, a także wyznaczono zbieżne grupy wiekowe. Problemem okazał się również wiek rozpoznania diagnostycznego. według części epidemiologów granicą rozpoznania był 30 miesiąc życia, według innych graniczny okres 3 roku życia. Podając za Jaklewicz (1993), autyzm występuje częściej u chłopców (w stosunku 4:1). Proporcje pozyskanych wyników w różnych populacjach nie odbiegały od uśrednionej normy. Wyjątkiem były rezultaty uzyskane w Japonii, które szacowały się w stosunku 9:1. [29]
Opracowane przez specjalistów dane epidemiologiczne spektrum autyzmu wskazują, że prócz szacowania skali rozpowszechnienia zawierają cenny wskaźnik prognostyczno - profilaktyczny. W świetle danych pozyskanych w 2009 roku szacuje się, że w Polsce było około 10 000 dzieci i młodzieży przejawiających trudności ze spektrum autyzmu. [30]

[27] S. Goldstein, J. A. Naglieri, S. Ozonoff, Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu, WUJ, Kraków 2017, s. 46
[28] R. Melillo, Autyzm, Harmonia Universalis, Gdańsk 2017, s. 30 - 33
[29] H. Jaklewicz, Autyzm wczesnodziecięcy, GWP, Gdańsk 1993, s. 13 - 14
[30] T. Pietras, A. Witusik, P. Gałecki, Autyzm - epidemiologia, diagnoza i terapia, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010, s. 11

20:1022433928

1.1. Etiologia zjawiska – wybranych koncepcji

Specyfika funkcjonowania osób autystycznych od wielu lat stanowi wyzwanie dla specjalistów różnych dziedzin. Jednym z kluczowych pytań jest aspekt etiologiczny. Powstało wiele teorii skupionych wokół genetycznych uwarunkowań, działania patogennych mechanizmów, warunków środowiskowych, czy czynnika psychogennego. Nie udało się ustalić jednej obligatoryjnej teorii, która tłumaczyłaby specyfikę autystów. Lata przeprowadzonych badań wskazują na wielokierunkowość i wieloczynnikowość etiologiczną. Wpisanie autyzmu do zaburzeń neurorozwojowych ukierunkowało badania poszukując przyczyn głównie w budowie, oraz funkcjonowaniu mózgu. Jednocześnie podkreślać zaczęto rolę środowiska, genetyki, oraz psychologicznego rozwoju dzieci. [31]

Wraz z pozyskiwaniem wiedzy o autyzmie wśród badaczy coraz częściej pojawiać zaczęło się pytanie, jakie są przyczyny zaburzenia, a nade wszystko, jak się owe przyczyny przekładają na rozwój ontologiczny i prawidłowy rozwój kamieni milowych. Koncepcji prawdopodobnie jest tak wiele, jak wiele jest podejść i przeprowadzonych badań. Istotną sprawą jest obalenie teoretycznych mitów, zwłaszcza tych, które piętnują rodziców, czy dokładniej matki. W latach 50-tych powszechnie rozpowszechniona była koncepcja związana z "zimnymi matkami". Zakładała, że owe matki nie wykazywały właściwej uwagi i miłości dzieciom, co było przyczyną ich trudności. Obalenie tej teorii po przeszło dekadzie nie przyszło łatwo. Co jakiś czas pojawia się wciąż nowa forma koncepcji wskazująca rodzica, jako osoby odpowiedzialnej za problem dziecka. [32]

Jedną z najstarszych psychologicznych prób tłumaczenia przyczyn autyzmu jest psychoanalityczna koncepcja. Założeniem zrozumienia jego istoty było umiejscowienie go wśród zaburzeń psychogennych, jako efekt konfrontacji *ja* dziecka a niechcianego środowiska. Życie płodowe pozwala dziecku nabywać kolejne stadia samoświadomości, aż do osiągnięcia poczucia *ja* w odróżnieniu od innych napotkanych obiektów. W okresie tym dziecko poddaje analizie różne mechanizmy o charakterze emocjonalnym, poznawczym i behawioralnym. Koncepcja psychogenna tłumacząca pojawienie się autyzmu to skutek traumy, jaką doświadczyło w tym okresie dziecko. Przeważnie dotyczy ono relacji *ja* - figura przywiązania, czyli relacji dziecka z matką. [33]

---

[31] E. Pisula, Małe dziecko z autyzmem, GWP, Sopot 2010, s. 22
[32] J. Ball, Autyzm a wczesna interwencja, Harmonia Universalis, Gdańsk 2008, s. 39
[33] M. Talaroska, A. Florkowski, P. Gałecki, K. Zboralski, Psychologiczne koncepcje rozwoju autyzmu, [w:] T. Pietras, A. Witusik, P. Gałecki (red.), Autyzm - epidemiologia, diagnoza i terapia, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010, s. 350

21:4107078188

Sytuacją, która wywołującą traumę może być sam moment porodu, rozłączenie po porodzie matki i dziecka, konieczność umieszczenia dziecka w inkubatorze, długi pobyt dziecka w szpitalu po urodzinach, psychiczne, lub fizyczne odrzucenie dziecka przez matkę. Być może nie bez znaczenia była wspomniana już koncepcja "zimnych matek". Twórcą owej koncepcji był mocno zakorzeniony w psychoanalitycznych tradycjach Leo Kanner. Przez wiele lat prowadził on badania, który skutkowały stworzeniem psychologicznego profilu rodzica dziecka autystycznego. Rodzic, a zwłaszcza matka przejawiać miała sztywność w zachowaniu, chłód emocjonalny, oraz zachowania obsesyjne. Taka matka deprywuje naturalne, emocjonalne potrzeby nowo narodzonego własnego dziecka, jest zimna i racjonalna. Postawa jej mogłaby być, w ocenie Kannera przyczyną zachowań autystycznych u dziecka, które nie potrafiłoby w spontaniczny sposób formować naturalne kontakty interpersonalne oparte na emocjonalnych więzach. Koncepcję swoją Kanner wzbogacił o aspekt neurobiologiczny. Podejście owo zostało poddane krytyce, jednak w kręgach psychoanalitycznych do dziś wiąże się profil osobowości zimnej matki z wystąpieniem cech autystycznych u dziecka. [34]

Zachowania o charakterze autystycznym zdaniem Bettelheim są mechanizmem obronnym. Nawiązując do myśli Kannera opublikował pracę, w której powiązał profil osobowości zimnej matki z wystąpieniem ASD. Dziecko doświadczając skrajnego zagrożenia ze strony osoby istotnej w swoim życiu implikuje taki mechanizm obronny, by łatwiej uporać się z zaistniałą traumą. Cechy autyzmu są zatem odpowiedzią na sytuację, czyli mają charakter funkcjonalny. Dzieci doświadczając ze strony matki emocjonalnej deprywacji i odrzucenia tracą zaufanie do świata zewnętrznego (nawiązanie do rozwoju psychoseksualnego Freuda), w efekcie izolują się i kształcą swój wewnętrzny świat. [35]

Kolejną koncepcją, która próbowała doszukać się etiologicznych podstaw autyzmu była psychoanalityczna teoria M. Klein oparta na relacji z obiektem. W jej mniemaniu przyczyn cech autystycznych należy doszukiwać się w słabo zintegrowanym *ego* dziecka. Psychotyczne etapy rozwoju noworodka mają charakter rozwojowy. Pierwsza faza paranoidalno - schizoidalna wiąże się z silnym lękiem i pojawia się, jako efekt projekcji i introjekcji ego. Obiekt istotny - matka postrzegana jest fragmentarycznie (głos, pierś). Kolejna faza - depresyjna pozwala dziecku postrzegać obiekt całościowo nie tylko fragmentarycznie. Zaburzenie relacji ja - figura przywiązania (dziecka z matką) na tym etapie powoduje

[34] A. Wojciechowska, Koncepcje autyzmu i problemy diagnostyczne - przegląd literatury, [w:] W. Dykcik, A. Twardowski (red.), Poznańska pedagogika specjalna. Tradycje - osiągnięcia - perspektywy, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2006, s. 314

[35] L. Bobkowicz - Lewartowska, Autyzm dziecięcy, zagadnienia diagnozy i terapii, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2000, s. 27

22:9560399969

doświadczanie silnego lęku, który wymaga wdrożenia mechanizmów obronnych w postaci zachowań autystycznych. Jeśli relacja zaburzona zostanie na stałe wówczas dziecko za implikuje stan adaptacji schizoidalnej izolując się w kontaktach interpersonalnych. Zatem, wystąpienie cech autystycznych jest efektem traumy, jakiej dziecko doświadczyło w okresie wczesnego dzieciństwa. [36]

Jedną z najbardziej współczesnych koncepcji tłumaczących autyzm jest teoria Tustin, również zakorzeniona w nurcie psychoanalitycznym. Jej zdaniem cechy autystyczne są pierwszym etapem rozwoju każdego narodzonego dziecka. W momencie porodu dziecko traci bezpieczne środowisko w łonie matki i musi poradzić sobie w nowej, szokującej dla niego sytuacji. Poniekąd dziecko czuje się, jakby traciło własne ciało. Doświadczenie utraty obiektu naraża dziecko na frustrację *ego*. Lęk, jakiego doświadcza przed obcym i niebezpiecznym dla niego światem wymaga mechanizmów obronnych, które mają charakter cech autystycznych. Jedne dzieci poradzą sobie, a u innych pozostaną w formie patologii. Nowatorska koncepcja Tustin zasługuje na uwagę, gdyż stara się znaleźć "złoty środek" pomiędzy teoriami psychoanalitycznymi a neurobiologicznymi. Autyzm jawi się, jako reakcja OUN na przeżywaną traumę, której dziecko doświadcza w okresie wczesnego dzieciństwa. [37]

W latach siedemdziesiątych pojawiła się teoria, że przyczyny autyzmu należy doszukiwać się w problemach genetycznych. Przeprowadzano liczne badania, by teorię potwierdzić i "znaleźć" wadliwy gen. [38]

Współczesne koncepcje wskazują, że czynnik genetyczny ma umiarkowany wpływ na spektrum autyzmu, jednak żaden konkretny gen nie jest z nią powiązany. Badania przeprowadzone wśród rodzeństwa dzieci ze spektrum autyzmu wykazały zgodność wyższą, niż w grupach kontrolnych. Była to dla specjalistów wskazówka, że być może za wystąpienie autyzmu jest odpowiedzialna mutacja jakiegoś genu. Wyniki badania bliźniąt jednojajowych wykazały zgodność w 60%. Zaś po rozszerzeniu spektrum trudności o charakterze poznawczym i społecznym zgodność wykazała 92% u jednojajowych, natomiast 10% u dwujajowych. [39]

Analizując garnitur genowy specjaliści zauważyli, że wśród osób z autyzmem pojawia się odziedziczona wspólna odmienność genów, które mogą być przyczyną autyzmu. Wykazano około 15 różnych genów, najbardziej zaś prawdopodobne zdają się być geny na 2, 7, 15, czy

---

[36] tamże, s. 21

[3737] M. Talaroska, A. Florkowski, P. Gałecki, K. Zboralski, Psychologiczne koncepcje rozwoju autyzmu, [w:] T. Pietras, A. Witusik, P. Gałecki (red.), Autyzm - epidemiologia, diagnoza i terapia, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010, s. 102

[38] R. Melillo, Autyzm, Harmonia Universalis, Gdańsk 2017, s. 39

[39] J. Komender, G. Jagielska, A. Bryńska, Autyzm i Zespół Aspergera, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, s. 19 - 20

23:3269743912

też 17 chromosomie. Badaniom podlegają również geny, które biorą udział w rozwoju kory mózgowej, móżdżku i dróg neuronalnych, oraz neuroprzekaźnictwo. Ponadto kombinacje genów mogą odpowiadać za pojawiające się utrudnienia w interakcjach społecznych, oraz behawioralnych wzorcach zachowań. Inne teorie wskazują jeden gen, który podlega mutacjom. Kolejną koncepcją, nad którą pracowali specjaliści, był jakieś inne schorzenie, na przykład stwardnienie guzowate, zespół kruchego chromosomu X. Ostatnią z teorii były zmiany epigenetyczne, które mogły zmieniać działanie genów w DNA. Współczesne prace skupiają się także wokół genów, które są związane z międzyneuronalnym przekaźnictwem. Szczególną uwagę przywiązywano do dopaminy, serotoniny, acetylocholiny, czy GABA. Wykazano związek pomiędzy podwyższonym wydzielaniem przekaźnika a objawami autystycznymi. Koncepcje te dowodzą, że zmiany mogą prowadzić do autyzmu, lecz teorie te nie są wystarczająco zadawalające, by zyskały obligatoryjną wartość naukową. [40]

Czynniki genetyczne w myśl tych koncepcji mają istotne znaczenie dla etiologii autyzmu, jednak główny argument o roli jednego genu nie został potwierdzony. Dyskusje dotyczące interakcji genów również nie zostały jednoznacznie potwierdzone, pozostały jednak w fazie dużej przypuszczalności. Spektrum autyzmu warunkuje duże zróżnicowanie pod kątem klinicznym, zatem teoria istnienia dla populacji autystów wspólnych genetycznych uwarunkowań zdaje się posiadać wartość pewnej przesłanki naukowej. Postulat Ruttera wskazujący na deficyty poznawcze i problemy komunikacyjne (opóźnienia mowy, niepełnosprawność intelektualna, czy trudności w uczeniu się) również zostały potwierdzone częściowo badaniami, choć poddane krytyce. Przypuszczalność teorii wskazuje na tendencje predysponujące. [41]

Deficyty poznawcze w uwarunkowaniach genetycznych przypuszczalnie mogą implikować spektrum autyzmu. Dziedziczenie odbywa się jednak na zasadzie nabywania predyspozycji, co tłumaczyłoby fakt, dlaczego czasem dzieci przejawiają cechy autystyczne, a czasem nie. Warto przytoczyć badania Boutin'a, który ustosunkował się do tezy dziedziczenia predyspozycji. Publikacje z 1997 wskazują, że istotnie dzieci mogą dziedziczyć predyspozycje do autyzmu, jednak siła deficytów i skłonności do manifestowania cech autystycznych jest spójna z niskim ilorazem inteligencji ich rodziców, czy krewnych. Badania dotyczące deficytów poznawczych poddane zostały krytyce, gdyż badania dotyczyły populacji osób

[40] K. Williams, J. Roberts, Zrozumieć autyzm. Przewodnik dla rodziców, Harmonia Universalis, Gdańsk 2019, s. 15 - 16

[41] M. Rutter, A. Bailey, E. Simonoff, A. Pickles, Genetic influences and autism, [w:] D. J. Cohen, F. R. Volkmar (red), Handbook of autism and developmental disorders, John Wiley & Sons, New York 1997, s. 370 - 385

24:5518230484

z zaniżonym poziomem inteligencji, brak było obiektywnego punku odniesienia w postaci grupy kontrolnej. [42]

Osoby autystyczne przejawiają także deficyty w zakresie funkcji wykonawczych, które dotyczą czynności, które podejmowane są przez jednostkę w sytuacja rozwiązywania problemów. Funkcje wykonawcze, należące do procesów poznawczych, wymagają planowania, a następnie generowania odpowiedniej sekwencji czynności, przy jednoczesnym poznawczym pobudzeniu i koncentracji. Podtrzymanie tego stanu wymaga także monitorowania własnego działania, a w razie konieczności modyfikowania czynności. Badano jednocześnie dzieci autystyczne i ich rodziców w zakresie funkcji wykonawczych (Hueghes) i stwierdzono, że w 25% rodzice dzieci autystycznych przejawiają trudności w zakresie funkcji wykonawczych. Teoria ta ma słabe przesłanki, jednak prace w tym zakresie trwają. Współczesne teorie dotyczące genetycznych predyspozycji biorą ją pod uwagę, gdyż pomimo małej trafności nie jest jeszcze do końca przebadana. [43]

Rozważając etiologiczne przemyślenia na temat genetycznych uwarunkowań autyzmu można wnioskować, że wskazanym byłoby rozpatrywanie ich w zakresie predyspozycji, niż dziedziczenia w sensie dosłownym. Niewątpliwie genetyka ma wpływ na zakres społecznego rozwoju, poznawczego i komunikacyjnego funkcjonowania. Jednak, jak bardzo owe predyspozycje prowadzą do powstania zaburzeń specjaliści nie są zgodni. Pozostają one jeszcze w fazie badań. Przypuszcza się, że w obliczu nowych osiągnięć technologicznych, rozwoju wiedzy z zakresu badania mózgu wkrótce uda się doprecyzować teorie związane z genetycznymi predyspozycjami. [44]

Inną teorią tłumaczącą etiologię autyzmu jest znaczenie patogenów, które uszkadzają układ nerwowy w okresie prenatalnym, lub perinatalnym. W myśl owych koncepcji jednym z czynników ryzyka jest wiek rodziców, krwawienia w pierwszym, lub drugim trymestrze ciąży, przyjmowanie przez matkę leków, które mają szkodliwe działania. Innymi czynnikami, które również mieszczą się w grupie ryzyka są poród pośladkowy, bądź niska waga

[42] P. Boutin, M. Maziade, Ch. Merette, M. Mondor, Ch. Bedard, J. Thivierge, Famili history of cognitive disabilities in first - degree relatives of autistic and mentally retarded children, "Journal of Autism and Developmental Disorders", No 27, 1997, s. 165 - 175

[43] C. Hueghes, M. Leboyer, M. Bouvard, Executive function in parents of children with autism, :Psychological Medicine", No 27, 1997, s. 209 - 220

[44] K. Williams, J. Roberts, Zrozumieć autyzm. Przewodnik dla rodziców, Harmonia Universalis, Gdańsk 2019, s. 18 - 19

25:5874631842

urodzeniowa. Pewnym zagrożeniem są również poród zbyt wczesny, lub opóźniony (ciąża przenoszona). [45]

Innymi czynnikami z grupy ryzyka zarówno prenatalnego, jak i perinatalnego są problemy zdrowotne, z jakimi zmaga się ciężarna (cukrzyca ciążowa, zatrucie ciążowe), groźba utraty płodu, wodzone wady, toksyny i wirusy działające na geny, infekcje wewnątrz łonowe (różyczka w trakcie ciąży), niezgodność Rh matki i dziecka, palenie papierosów w okresie ciąży. Wyszczególniono tu niektóre z możliwych czynników uszkadzających, pomimo, że lista ich jest zdecydowanie dłuższa. Kolejnym bodźcem, który może skutkować ryzykiem wystąpienia spektrum autyzmu jest stres prenatalny, który może wpłynąć na procesy rozwojowe kształtującego się mózgu i układu nerwowego. Badania wskazują, że najistotniejszy jest okres od 21 do 32 tygodnia ciąży - okres krytyczny dla rozwoju struktur mózgu i jego późniejszego funkcjonowania. [46]

Działanie stresora wpływa destrukcyjnie na zdrowie człowieka.
W biopsychospołecznym modelu zdrowia i choroby uzasadnione zostało działanie wydarzeń stresowych, które destrukcyjnie wpływają na układy i organy ludzkiego organizmu. Polietiologizm chorób i somatycznych dysfunkcji szkodliwie wpływa na całokształt funkcjonowania i obniża dobrostan układu prowadząc do różnorodnych zaburzeń. [47]

Stres, jakiego doświadcza kobieta ciężarna wpływa na płód, u którego dochodzi do zaburzenia rozwoju struktur mózgowych, jako efekt podniesienia poziomu leukocytów, oraz glikokortykoidów we krwi. Zatem należałoby wnioskować, iż czynnik ten jest wysoce prawdopodobny, lecz nadal stanowi tylko składową torii etiologicznej. [48]

W zakresie działania czynnika prenatalnego i perinatalnego, jako przyczyny wystąpienia autyzmu badali między innymi S. Baron - Cohen i inni. Zgodzili się, że są przesłanki, by uznać tą grupę czynników, jako prawdopodobne, jednak nie można w sposób absolutny wnioskować o ich prawdziwości. Badania wykazały, że tylko u części z badanych dzieci autystycznych wyniki są zgodne ze stawianą hipotezą. Dlatego zawnioskowano, by czynniki z grupy prenatalnej i perinatalnej uznać za mogące mieć wpływ u pewnych jednostek, u ktorych

[45] A. Wojciechowska, Koncepcje autyzmu i problemy diagnostyczne - przegląd literatury, [w:] W. Dykcik, A. Twardowski (red.), Poznańska pedagogika specjalna. Tradycje - osiągnięcia - perspektywy, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2006, s. 320
[46] P. Gołaska, Etiologia zaburzeń ze spektrum autyzmu. Przegląd wybranych koncepcji, "Psychiatria i psychologia kliniczna", Nr 1, 2013, s. 10
[47] I. Heszen, Psychologia stresu, PWN, Warszawa 2013, s. 290
[48]E. Pisula, Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010, s. 67

26:1459402041

pewnością przyczynić się mogą do powstania deficytów rozwojowych, a które mogą rzutować na wystąpienie autyzmu. [49]

Od niedawna, koncepcja, która próbuje dokonać implikacji wystąpienia cech autystycznych w wyniku działania zaburzeń metabolicznych, oraz grzybiczych, czy wirusowych infekcji. Przeprowadzone badania w zakresie współzależności nasilenia objawów autystycznych a deficytami immunologicznymi dowodzą, że zachodzi względna spójność. Dzieci autystyczne od najmłodszych lat życia przejawiają słabszy system odpornościowy. Podobne badania przeprowadzono w odniesieniu do zakażeń grzybiczych (zwłaszcza candidą albicans), oraz wirusowych. W świetle publikacji U. Frith zauważa się silną korelację pomiędzy zakażeniami wirusowymi zwłaszcza wirusem różyczki, opryszczkowego zapalenia mózgu, czy cytomegalii, a nasilaniem się cech autystycznych. Wirusy tego typu mają, jak tłumaczy, wpływ na zakażenia OUN, oraz trwałego uszkodzenia mózgu, zarówno w okresie prenatalnym, okołoporodowym, jak i po porodzie. W efekcie ich działania mogą doprowadzić do spektrum autyzmu. [50]

Bezsprzecznie przyczyną wystąpienia autyzmu są nieprawidłowości w budowie, lub funkcjonowaniu mózgu. Anomalie budowy pewnych struktur są widoczne podczas neuroobrazowania. Problem dotyka zazwyczaj obszaru kory przedczołowej, tak zwanego mózgu społecznego (płaty czołowe, ciało migdałowate), część skroniowo - potyliczną, a także móżdżku, oraz układu limbicznego. Specjaliści zauważają również anomalie związane z budową dendrytów, jak i w samej wielkości i masie mózgowia. [51]

Uszkodzenie mózgu i zmiany neurologiczne mają coraz większe znaczenie w spektrum autyzmu. Opublikowane prace wskazują na nieprawidłowości obserwowane w budowie i funkcjonowaniu mózgu, jako jedną z głównych przyczyn spektrum autyzmu. Zmiany, jakie są widoczne w płatach czołowych u autystów mogą skutkować trudnościami w zakresie zachowania, nieumiejętnością zapamiętania sekwencji czynności, problemami w zakresie mowy (opóźnienia, bądź brak rozwoju), czy problemy z dokonaniem wyboru. Nieprawidłowości w płatach skroniowych mogą u dzieci z ASD być przyczyną ograniczeń w rozumieniu mowy, agramatyzmów, zaburzeń słuchu o charakterze fonetycznym, oraz prozodii. Podczas neuroobrazowania specjaliści zwracają uwagę na tak zwaną hipoplazję móżdżku, która w przypadku dzieci autystycznych może być powodem zaburzonych relacji

[49] S. Baron - Cohen, P. Bolton, Autyzm. Fakty, Wydawnictwo JAK, Kraków 1999, s. 35
[50] U. Frith, Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy, GWP, Sopot 2008, s. 99
[51] J. Komender, G. Jagielska, A. Bryńska, Autyzm i Zespół Aspergera, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, s. 17 - 31

27:4155762409

interpersonalnych, dysfunkcji motorycznych (również problem z utrzymaniem równowagi), słabej, bądź zupełnie nieistniejącej przerzutowości uwagi, czy nieadekwatnych reakcji na zasłyszane bodźce słuchowe. [52]

W przypadku zaistniałych nieprawidłowości tworu siateczkowatego, lub pnia mózgu dzieci ze spektrum autyzmu mogą doświadczyć deficytów poznawczych, zwłaszcza w zakresie wyobrażeń, czy uwagi. Uszkodzenia te wpływają również na wykazywanie nieumiejętności, bądź całkowity brak umiejętności tworzenia pojęć. [53]

Badania, które opublikował pod koniec XX wieku Edelson wykazały dysproporcje z zakresie rozmiaru ciała migdałowatego pomiędzy dziećmi z ASD a odpowiednią grupą kontrolną. Konsekwencją uszkodzenia ciała migdałowatego jest manifestacja zachowań agresywnych, przy jednoczesnej "płaskości emocjonalnej" i preferowanej izolacji społecznej. Nieprawidłowości w tym obszarze wskazywać mogą na przymusowe zachowania i problemy adaptacyjne w szerokim znaczeniu. [54]

W neuroobrazowaniu mózgowia dzieci autystycznych zauważa się nieproporcjonalnie małe spoidło wielkie stosunku do zwiększonej wielkościowo kory. Przyczyną jest agenezja ciała modzelowatego polegająca na zredukowaniu w nim ilości aksonów. Konsekwencją uszkodzenia w jego obszarze są pojawiające się trudności w relacjach interpersonalnych, zarówno dotyczących samych interakcji, jaki komunikacji. Ponadto pojawiają się wyraźne trudności związane z kojarzeniem. [55]

W przypadku dzieci z ASD zauważa się zaistniałe nieprawidłowości w budowie i funkcjonowaniu układu limbicznego. Widoczne są wyraźnie mniejsze i bardziej zagęszczone neurony, które w efekcie mogą skutkować trudnościami w nawiązywaniu kontaktu wzrokowego, rozpoznawania emocji, bądź stanów emocjonalnych, zwłaszcza o charakterze społecznym. [56]

Osoby ze spektrum autyzmu przejawiają również nieprawidłowości w rozmiarach hipokampa, których efektem jest przede wszystkim nieumiejętność w zakresie gromadzenia nowych informacji w pamięci. Przekłada się to na brak trudności w asymilacji nowych

---

[52] K. Walsh, D. Darby, Neuropsychologia, GWP, Gdańsk 2008, s. 147

[53] B. Winczura, Jak funkcjonuje mózg dzieci z autyzmem? Neurobiologiczne ścieżki zaburzeń autystycznych, [w:] B. Cytowska, B. Winczura (red.), Dziecko chore. Zagadnienia biopsychiczne i pedagogiczne, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2007, s. 286 - 287

[54] E. Pisula, Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010, s. 75

[55] K. Walsh, D. Darby, Neuropsychologia, GWP, Gdańsk 2008, s. 72

[56] B. Winczura, Jak funkcjonuje mózg dzieci z autyzmem? Neurobiologiczne ścieżki zaburzeń autystycznych, [w:] B. Cytowska, B. Winczura (red.), Dziecko chore. Zagadnienia biopsychiczne i pedagogiczne, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2007, s. 289

28:1808120426

informacji z tymi, które już dziecko posiadało. W rezultacie kształtują zachowania autostymulacyjne i stereotypowe. [57]

To zestawienie wskazuje silną korelację koncepcji neurologicznych z wystąpieniem cech autystycznych. Opublikowane badania wskazują, że przesłanki dotyczące związku autyzmu z nieharmonijnym rozwojem poszczególnych obszarów i struktur w mózgu już na etapie prenatalnym mają wartość naukową. Zatem anomalie w zakresie mózgowia z pewnością można uznać za etiologiczny czynnik ASD. [58]

Teoria neurologiczna ma silne podstawy potwierdzające. Stosowane od 4 miesiąca badania *in vivo* pozwalają specjalistom dokonania wnikliwych pomiarów masy i wielkości mózgu, jak i prawidłowości rozwojowych. Nawet, jeśli nie znamy prawidłowej przyczyny spektrum autyzmu neuroobrazowanie może być potraktowane w tym przypadku, jako metoda profilaktyczna w stosunku do wiedzy rodzica. [59]

Pod koniec XX wieku pojawiła się przesłanka, że zbyt późne zaszczepienie dziecka potrójną szczepionką (MMR) - świnka, różyczka, odra, może być przyczyną regresu rozwojowego, oraz, pojawieniem się u dziecka cech autystycznych. W składzie tej szczepionki znajduje się rtęć, co dało badaczom wskazówkę, że być może czas podania jej ma tu znaczenie. Podstawą do takich rozważań była kombinacja czynników o charakterze biochemicznym, oraz genetycznym, które znacznie obniżyły poziom usunięcia owej rtęci z organizmu dziecka. Teoria nowatorska i budząca kontrowersje, ostatecznie została podważona poprzez liczne badania wskazujące, że czas podania szczepionki MMR nie ma w tym przypadku istotnego znaczenia. Szczególnie mocno interweniowała w tej kwestii WHO, która uznała szczepionkę za konieczną i bezpieczną dla większości populacji w tym przedziale wiekowym. [60]

Kończąc rozważania na temat przyczyn występowania autyzmu należałoby wspomnieć o koncepcji Ayers. W myśl autorki teorii zaburzenia integracji sensorycznej prowadzą do wystąpienia zaburzeń autystycznych. Nieprawidłowe przetwarzanie informacji kanałami sensorycznymi jest efektem nieprawidłowej pracy procesów poznawczych. Z technicznego punktu widzenia pozyskane nowe informacje nie są w stanie zintegrować się z już posiadanymi, co powoduje niewłaściwe reakcje na bodziec aktualnie działający. Najczęściej procesy te

[57] E. Pisula, Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010, s. 74
[58] J. Komender, G. Jagielska, A. Bryńska, Autyzm i Zespół Aspergera, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, s. 26
[59] R. John, A reviev of recent reports on autism: 1000 studies published in 2007. "Hughes, Epilepsy & Behavior", No 13, 2008, s. 425 - 437
[60] J. Komender, G. Jagielska, A. Bryńska, Autyzm i Zespół Aspergera, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, s. 25

29:8282317305

dotyczą koncentracji, napięcia mięśniowego, nadwrażliwości na bodźce dźwiękowe, świetlne, dotykowe. [61]

Trudności w odbieraniu bodźców u dzieci ze spektrum autyzmu są spowodowane dysfunkcjami układu siatkowatego w pniu mózgu. Tam odbywa się wstępny dobór i przetwarzanie bodźców o charakterze taktylnym, proprioreceptywnym, oraz westybularnym. Mózg w zaburzeniach związanych z integracją sensoryczną nie może przetworzyć pozyskanych impulsów bodźcowych, by dostarczyć jednostce reprezentatywnych informacji o niej samej, oraz o świecie, który ją otacza. Dane percepcyjne mają zdezorganizowany charakter w zakresie:

- integracji (organizowane informacji w zakresie modalności zmysłowej, kojarzenie wielomodalnych informacji)
- transponowanie (informacje odbierane jednym kanałem są transponowane na informacje o innej modalności)
- koordynowanie procesu (funkcje motoryczne i percepcyjne są integrowane). [62]

Najwcześniej dojrzewającymi są zmysł taktylny, proprioreceptywny, i równowagi. W ontologicznym rozwoju odgrywają one zasadniczą rolę. Zauważalne dysfunkcje w odbiorze sensorycznym zauważyła Ayres u dzieci autystycznych. Są nimi unikanie dotyku, różnicowanie w zakresie doznań czuciowych, czy niepewność grawitacyjna. [63]

W świetle zaprezentowanych koncepcji można uznać, że etiologia spektrum autyzmu ma wieloczynnikowy charakter. Specjaliści w precyzyjny sposób bronią własnego stanowiska, popierając go licznymi badaniami. Z pewnością rozwój nowych technologii, zwłaszcza w zakresie neuroobrazowania rzuci nieco więcej światła na wciąż zagadkowe zaburzenie. Prowadzone dalsze rozważania z pewnością przyniosą wyższą trafność diagnostyczną, terapeutyczną i rehabilitacyjną.

---

[61] B. Winczura, Jak funkcjonuje mózg dzieci z autyzmem? Neurobiologiczne ścieżki zaburzeń autystycznych, [w:] B. Cytowska, B. Winczura (red.), Dziecko chore. Zagadnienia biopsychiczne i pedagogiczne, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2007, s. 291

[62] L. Bobkowicz - Lewartowska, Autyzm dziecięcy, zagadnienia diagnozy i terapii, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2000, s. 46

[63] tamże, s. 46

30:8947526514

1.2. Symptomy zaburzeń autystycznych i próba ich klasyfikacji

Liczne badania nad autyzmem, mające na celu uskutecznić proces diagnostyczny pozwoliły uściślić kryteria diagnostyczne. Zaznaczyć trzeba jednak, że pacjenci autystyczni charakteryzują się w tym zakresie dużą rozbieżnością. Nasilenie objawów, ich ekspresja warunkowane są zmianami rozwojowymi, jakie zachodzą w procesie ontologicznego rozwoju jednostki. Dlatego ustalenia diagnostyczne są skomplikowanym i wielopłaszczyznowym działaniem. [64]

W celu określenia symptomów będących przesłankami do diagnozy należałoby określić obszary funkcjonowania, w obrębie których dochodzi do powstania deficytów. Jako zaburzenie neurobehawioralne problemy, z jakimi borykają się dzieci ze spektrum autyzmu dotykają społecznego rozwoju, komunikowania się, a także ograniczonych behawioralnych wzorców. Nazywa się je autystyczną triadą. Klasyfikacje ICD - 10, oraz DSM - IV wskazują na kryteria diagnostyczne, które tworzą profil dziecka z ASD, przy czym, zakładają różnorodność i rozbieżności w tym zakresie. [65]

Funkcjonowanie społeczne

Obserwowane deficyty rozwoju społecznego są pierwszym z symptomów omawianych w przypadku dzieci z ASD. Biorąc pod uwagę rozbieżności profilowe jakościowe i ilościowe interakcje mogą się różnić i wahać nasileniem. Badania wskazują, że deficyty w relacjach społecznych oscylują na osi stanowiącej kontinuum od łagodnych objawów wycofania i izolacji, do całkowitego braku wchodzenia w interakcje. Objaw ów może być obserwowany w okresie wczesno niemowlęcym. Rodziców niepokoi wówczas brak reakcji ze strony dziecka na inicjowane interakcje. [66]

Deficyty w relacjach społecznych uznaje się przeważnie, jako pierwszy symptom niepokojący w procesie rozwoju dziecka. W świetle publikacji uznać go należy za pierwotny i najwcześniejszy, choć rzadko zauważany przez rodziców, którzy koncentrują się na rozwoju mowy. Relacje interpersonalne dotyczą inicjowania kontaktu, oraz podtrzymywania

[64] M. Skórczyńska, Wczesne diagnozowanie autyzmu - perspektywy i dylematy, [w:] B. Winczura (red.), Autyzm. Na granicy zrozumienia, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2009, s. 13 - 32

[65] F. Cuxart, Różnorodność objawów autystycznych, "Impuls Krakowski", Nr 21, 2004, s. 29 - 45

[66] M. Skórczyńska, Wczesne diagnozowanie autyzmu - perspektywy i dylematy, [w:] B. Winczura (red.), Autyzm. Na granicy zrozumienia, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2009, s. 13 - 32

31:7823649945

i właściwego dla kultury, w jakiej dziecko się wychowuje, kończenia. Zróżnicowany charakter relacji komplikuje poniekąd proces diagnostyczny. Wśród dzieci z ASD są takie, które posiadają umiejętność nawiązania relacji, nawet, jeśli większość czasu spędzają samotnie. [67] Deficyty społeczne, których doświadczają dzieci autystyczne powinny być rozumiane wielopłaszczyznowo. Ich jakościowy charakter wskazuje na deficytowe regulacje emocjonalne, sztywność zachowań i brak spontaniczności, oraz brak odwzajemniania emocji (na przykład nieumiejętność dzielenia się radością). Jak wskazują badania, wczesne symptomy zaburzonych relacji społecznych obserwowane są od 6 miesiąca życia do roku. Część z dzieci z ASD do 6 miesiąca wykazywało w miarę prawidłowy rozwój reagując na kontakt wzrokowy, czy manifestację uśmiechu. Regres, lub zatrzymanie następowało po 6 miesiącu życia. [68]

Okres ten związany jest również z objawami takimi, jak brak reagowania na własne imię, brak umiejętności okazania przywiązania (także w stosunku do figury przywiązania), dysonans emocjonalny pomiędzy dzieckiem, a pozostałymi osobami, uboga wokalizacja. Deficyty zauważa się również w zabawach symbolicznych, wspólnych czynnościach o charakterze społecznym, w ekspresji mimicznej i odwzajemniania uśmiechu społecznego. W obrazie klinicznym zauważana jest także słabsza uwaga, koncentracja i aktywność w społecznym kontekście. Analizując jednak publikacje, ze niezaprzeczalny symptom uznać należałoby nie patrzenie na inne osoby. Nawet, jeśli początkowo objaw ów jest subtelny, z czasem może się nasilić. Pomiędzy 9 a 12 miesiącem życia w relacjach społecznych obserwowany jest u dzieci z ASD brak reakcji społecznych (słaba orientacja wzrokowa), unikanie dotyku, czy też opóźniona reakcja na własne imię. [69]

Do innych symptomów wskazujących na problemy autystyczne o charakterze społecznym uwzględnić należy ograniczone zdolności do naśladowania, ignorowanie obecności innych osób w otoczeniu, lub wykazywanie słabego nimi zainteresowania. Dzieci z ASD nie angażują się w zabawy społeczne, preferują samotność. Nasilenie i specyfika powyższych symptomów różni się u badanych, co oznacza, że każdy z nich tworzy swój własny profil społecznych zachowań. Część z dzieci z ASD przejawia zachowania poniekąd związane

[67] E. Pisula, Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010, s. 43

[68] A. M. Steiner, T. R. Goldsmith, Przewodnik dla praktyków dotyczący oceny zaburzeń ze spektrum autyzmu u niemowląt i małych dzieci, "Journal of Autism and Developmental Disorders", No 42 (6), 2012, s. 1183 - 1196

[69] G. Baranek, Autyzm w okresie niemowlęcym: retrospektywna analiza wideo zachowań sensoryczno - ruchowych i społecznych w wieku 9 - 12 miesięcy , "Dziennik Autyzmu i Zaburzeń Rozwojowych", Nr 29, 1999,
s. 213 - 234

32:5756059648

z regulacją sensoryczną (badanie różnych przedmiotów ustami, zwiększona drażliwość na zaistniałe środowiskowo bodźce). [70]

Reasumując powyższe rozważania w świetle przeprowadzonych badań nad niemowlętami i małymi dziećmi doświadczającymi trudności ze spektrum autyzmu można stwierdzić, że do najbardziej typowych objawów dysfunkcji związanych ze sferą społeczną należą:

- zdolność do nawiązywania kontaktu wzrokowego, oraz utrzymywania go (w badaniach obserwowane około 6 miesiąca życia)
- ograniczone, sztywne zainteresowanie drugim człowiekiem, ignorowanie ludzi,
- w zabawach; wydaje się, jakby "bawiły się obok" (w badaniach obserwowane około 1 roku życia)
- upośledzone umiejętności podtrzymywania, nawiązywania interakcji społecznych, mała przerzutowość w ich zakresie (w badaniach obserwowane przed 6 miesiącem życia)
- brak okazywania emocjonalnych reakcji społecznych, odwzajemniania społecznego uśmiechu (w badaniach obserwowane przed 6 miesiącem życia)
- brak emocjonalnej synchronizacji w sytuacjach społecznych, okazywania społecznej radości (w badaniach obserwowane przed 6 miesiącem życia)
- brak reakcji na komunikaty rodzica (w badaniach obserwowane przed 6 miesiącem życia)
- niechęć do przytulania, do bycia branym na ręce (w badaniach obserwowane po 6 miesiącu życia)
- różnorodne reakcje, które w badaniach są obserwowane nieco później, a należą do nich brak rozumienia społecznie aprobowanych gestów (na przykład "pa pa"), brak zsynchronizowanych reakcji, które wymagają wodzenie wzrokiem, dostosowania mimiki, gestu i tonu głosu

Cechy powyższe zostały sklasyfikowane w kryteria diagnostyczne, jako zestawienie trudności z obszaru funkcjonowania społecznego. Odnosząc się do etiologicznych podstaw autyzmu zauważa się dysonans w zakresie ich funkcjonowania. Symptomy te są już bardzo wyraźne około 2 roku życia. Rodzice zauważają wówczas nietypowość zachowania. Dziecko sprawia wrażenie, jakby nie zauważało obecności rodzica, samo nie jest zdolne do inicjowania zabawy, nie potrafi również bawić się "na niby", lub w naśladowanie. Preferuje zabawy w samotności,

[70]E. Pisula, Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010, s. 46 - 48

33:4386943892

nie jest zainteresowane zabawami społecznymi z innymi dziećmi. Więź z rodzicami przejawia się nietypowym przywiązaniem o charakterze rutyny, brak jest emocjonalnego aspektu relacji ze spontanicznymi ekspresjami.[71]

Wzorzec społecznego funkcjonowania ma kluczowe znaczenie w symptomologii zaburzenia. Obserwowane w toku ontologicznego rozwoju niepokojące oznaki mogą się zmieniać, przyjmować charakter regresu, bądź braku harmonijności rozwojowej. Nie mniej jednak dysfunkcje społecznego funkcjonowania są jednym z ważniejszych predyktorów diagnozy. [72]

Komunikowanie się

Podobnie, jak w przypadku społecznego funkcjonowania zaburzenia w rozwoju mowy i języka są bardzo zróżnicowane. Niewątpliwie opóźnienia w zakresie rozwoju mowy, lub jej brak są cechą charakterystyczną dla dzieci z ASD. Trudności komunikacyjne silnie korelują z funkcjonowaniem społecznym. Brak tendencji do porozumiewania się jest spójny z brakiem manifestowania mimiki i gestów społecznych, a także braku inicjowania, oraz podtrzymywania interakcji.[73]

Podając za Pisula, prawie połowa dzieci autystycznych nie używa mowy do porozumiewania się (2010). Nie wynika to z braku chęci i motywacji, co więcej, jest niezależne od poziomu rozwoju umysłowego, czy od wieku. Brak inicjowania społecznych interakcji nie pozwala dziecku zauważyć wpływu, jaki wywierana innych (na przykład domaganie się przytulania, bądź podania konkretnej zabawki), czy poprzez dopominanie się uwagi. Drugą sprawą jest symbolizm języka (gesty, słowa, czy ustalone znaki), który stanowi podstawę nabywania umiejętności komunikacji językowej. Dysfunkcyjność ich u dzieci z ASD może się pojawić w toku rozwoju. Ponadto problematyka komunikacji obejmuje również niewerbalną sferę (brak inicjowania potrzeb wokalizacją, czy gestami, nie potakiwanie głową, nie dostrajanie mimiki, oraz brak manifestacji emocjonalnych gestów w postaci uśmiechu. [74]

Ograniczenia komunikacyjne dotyczą dysfunkcyjnego reagowania na komunikaty słowne, w różnym stopniu opóźniony rozwój języka. Rodzice najczęściej zauważają u dzieci brak umiejętności gaworzenia, gdy nie pojawiają się słowa klucze ("mama"), lub, gdy następuje regres. Dotyczy to zarówno komunikacji werbalnej, jak i niewerbalnej. Rozwój języka na

[71] A. Wolski, Diagnoza autyzmu u małego dziecka - implikacje do pracy w rodzinie, "Rewalidacja" Czasopismo dla nauczycieli i terapeutów, Nr 2 (28), 2010, s. 24 - 44
[72] E. Pisula, Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010, s. 51 - 52
[73] M. Skórczyńska, Wczesne diagnozowanie autyzmu - perspektywy i dylematy, [w:] B. Winczura (red.), Autyzm. Na granicy zrozumienia, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2009, s. 13 - 32
[74] E. Pisula, Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010, s. 53

34:1117361825

wczesnym poziomie wymaga umiejętności naśladowania, rozumienia symboli, dostrzegania relacji ja - przedmiot, oraz implikowania pola uwagi. U dzieci autystycznych umiejętności te są upośledzone i najczęściej skutkują brakiem okresu gaworzenia. Pierwsze słowa pojawiać się mogą około 4 roku życia, natomiast w toku rozwoju zdania proste, najczęściej dwuwyrazowe pojawiać sie zaczynają około 6 roku życia. Stąd tak istotnym jest postawienie wczesnej diagnozy i wdrożenie metod terapeutycznych, które proces ten w miarę możliwości usprawnią. [75]

Analizując powyższe rozważania zauważa się pewne wspólne aspekty, które mogą stanowić podstawy do diagnozy ASD. Są to:

- brak rozumienia wypowiadanych słów (w badaniach obserwowane po 1 roku życia),
- brak wypowiadanych prostych, dwuwyrazowych zdań po ukończeniu 24 miesiąca życia,
- obserwowany brak rozwoju mowy do komunikowania się z innymi ludźmi, bądź regres w jego obszarze,

Zatem początków deficytów w rozwoju języka należałoby poszukiwać w pierwszych etapach życia dziecka, w których dominująca jest komunikacja prewerbalna. Przykładem może być brak reakcji na głos matki, czy brak komunikowania się z matką postaci emocjonalno - wokalnych ekspresji. Z czasem manifestacja opóźnień językowych dotyczyć będzie braku gaworzenia i wypowiadania pojedynczych słów (9 - 12 miesiąc życia dziecka). Na dalszych etapach rozwoju zauważalne będą brak używania gestów społecznych, zubożała prozodia językowa. Pojawiać się będzie również nietypowa fonacja w postaci mruków, pisków. [76]

Mowa dzieci autystycznych posiada zachowania językowe o charakterze stereotypowym. Niektóre frazy, słowa, zdania, zasłyszane w reklamach, filmach, programach są wielokrotnie powtarzane. Nie mają one na celu komunikowanie się, czy przekazanie informacji, ale mogą być, szczególnie dla rodzica, cenną wskazówką dotyczącą stanu emocjonalnego, w jakim dziecko się znajduje. W mowie autystycznej często pojawiają się echolalie, które polegają na powtarzaniu zasłyszanych słów od innej osoby. Echolalie wśród autystów są swojego rodzaju sposobem komunikowania się. Ponadto mowa autystyczna jest odmiennie dostrojona melodycznie, używane jest atypowe tempo, rytm, czy intonacja. Specyfika dotyczy również

[75] tamże, s. 63
[76] M. Skórczyńska, Wczesne diagnozowanie autyzmu - perspektywy i dylematy, [w:] B. Winczura (red.), Autyzm. Na granicy zrozumienia, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2009, s. 13 - 32

35:4513763293

używania zaimków osobowych, mówienia o sobie w trzeciej osobie (on), nadając wypowiadanym słowom nadmierną konkretyzację i sztywność. [77]

Opóźnienia w rozwoju mowy, bądź jej brak u małych dzieci są często kompensowane w postaci zachowań autoagresywnych, bądź agresywnych, lub poprzez krzyk, płacz, uderzenie się głowę. Nie potrafią dostroić mimiki do sytuacji, nie sprawdzają reakcji (na przykład matki) na swoją manifestację. Niektóre z dzieci autystycznych rozumieją społecznie akceptowane gesty, czy symbole, jednak same rzadko się nimi posługują. Jeszcze większy problem (starszym dzieciom) sprawia rozumienie słów o znaczeniu abstrakcyjnym (kocie łby, jako bruk), przenośni, czy idiomów. [78]

Współczesne badania wskazują, że największy problem dzieciom autystycznym sprawiają zaburzenia sfery semantycznej, pragmatycznej i prozodycznej. Problemy o charakterze semantycznym oscylują wokół nieumiejętności różnicowania wyrazów znaczeniowo. Są one uzależnione od kontekstu ich używania, tak językowego, jak i pozajęzykowego. Trudności skupiają się głównie wokół żartów, frazeologów, sloganów językowych, czy przysłów, oraz znaczeń o charakterze potocznym. Sfera pragmatyczna ma wielokierunkowe znaczenie, zwłaszcza w odniesieniu do dzieci z ASD. Dotyczy ona deficytów, które ujawniają się w społecznych kontaktach. Mają zatem charakter czynny. W Zespole Aspergera przejawiają się pojawiającymi się trudnościami w dopasowaniu formy zdania, zarówno interakcyjnego, jak i sytuacyjnego. Trudności obejmują również brak spontanicznych reakcji odróżniania tego co istotne, od tego co nieistotne. Dotyczą one również nadawania znaczenia ludzkim zachowaniom, słabszym, niż u grupy kontrolnej rozumienia reguł (zwłaszcza o charakterze społecznym), niechęcią do wchodzenia w interakcje, szczególnie zaś, gdy ową interakcję muszą zainicjować. Problemy dzieciom z ASD sprawia nieumiejętność podtrzymania relacji komunikacyjnej, utrzymywana wzrokowego kontaktu, rozumienia kontekstów znaczeniowych i mowy niewerbalnej. Trudności o charakterze prozodycznym zaś oscylują wokół emocjonalnego wysycenia wypowiedzi. Są to mowa intonowana, ujawniająca emocje, bądź nie, monotonna i ożywiona. To także zmiany tembru głosu, tempa, czy modulacja, które nie są rozumiane przez dzieci z ASD, bądź sprawiają im trudności. Obszary, w których zauważana jest dysfunkcja często nie sposób rozpatrywać oddzielnie, gdyż sfery te przenikają się nawzajem tworząc spójność obrazu. [79]

---

[77] E. Pisula, Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010, s. 63 - 64

[78] J. Komender, G. Jagielska, A. Bryńska, Autyzm i Zespół Aspergera, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, s. 39

[79] J. Panasiuk, Skala do oceny profilu zaburzeń językowych zespole Aspergera, [:] M. Kurowska, E. Wolańska (red.) Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii, Warszawa 2015, s. 155 - 182

36:7899199549

Rozwijanie zdolności komunikacyjnych (werbalnych i niewerbalnych) poprawia dobrostan funkcjonowania. Dysfunkcje w zakresie rozwoju języka i mowy u dzieci z ASD wskazują na wiele rozbieżności. Deficyty są podstawą do postawienia diagnozy, ale jako obszar badawczy. Wcześnie rozpoznane nieprawidłowości w zakresie języka wskazują na lepsze możliwości rozwojowe. [80]

Wzorzec komunikacyjny w spektrum autyzmu ostatnimi czasy dla logopedii stał się celem samym w sobie. Trudności komunikacyjne powodują wśród dzieci z ASD typowość objawową, zatem, zrozumiałe jest zainteresowanie specjalistów diagnozą owych obszarów i w miarę możliwości usprawniania ich w celu poprawy ich jakości życia. Teorie logopedyczne kładą naciska na językowo - komunikacyjny, oraz poznawczy ich poziom. [81]

Wzorce behawioralne

Osoby ze spektrum autyzmu mają przeważnie ograniczone, sztywne i stereotypowe wzorce zachowań, które są powtarzane na zasadzie repertuaru. Analiza profilowa wzorców behawioralnych wskazuje na zindywidualizowany ich charakter. Uwarunkowana jest poziomem intelektualnym i wiekiem. Podając za Błeszyńskim, po ukończeniu 1 roku życia stereotypie stosowane są sytuacjach związanych z lękiem, niepokojem. Związane są przeważnie z ruchami głowy, bądź dłoni. Po ukończeniu 2 roku życia stereotypie są kluczowym zachowaniem dla osiągnięcia autostymulacji. Są bogate repertuarowo, a ponadto posiadają schematyczny charakter. Dotyczą ruchów całego ciała - kręcenie się, wirowanie, wprowadzanie rzeczy ruch wirowy. Istotną rolę odgrywa tu ruch wirowy, który nie jest spontanicznym zachowaniem. Ma na celu doświadczenia niezmienności sytuacji, zachowania rytmu, który jest przewidywalny. [82]

W publikacjach naukowych jest wiele rozbieżności dotyczących stereotypowych wzorów zachowania. Ponadto, stosuje się również zamienną terminologię (manieryzmy, stereotypie, perseweracje, fiksacje, dziwaczne, powtarzające się czynności). Podstawą do ich diagnozy są nie tylko ruchy, ale także specyfika w zakresie myślenia. Należą do nich złożone czynności, takie jak chodzenie na palcach, machanie rękoma, złożone ruchy ciała. Badacze zjawiska wskazują, że repertuar zachowań autystycznych jest uwarunkowany wiekiem dziecka, jego poziomem rozwoju umysłowego, oraz współistniejącymi problemami natury neurologicznej,

[80] E. Pisula, Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010, s. 66

[81] S. Grabias, Mowa i jej zaburzenia. "Audiofonologia", T. 10, 1997, s. 30 - 31, http://ptnzs.org.pl/audiofonologia/AUDIOFONOLOGIA_TOM_X_1997/art1.pdf , pobrano 19.02.2022

[82] J. J. Błeszyński, Autyzm a niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie w rozwoju, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2011, s. 97

37:1035524229

bądź psychicznej. Są też autostymulacją rozładowującą napięcie w sytuacjach silnego pobudzenia emocjonalnego, doświadczania stresu, czy sensorycznego przeciążenia (zarówno o ładunku dodatnim, jak i ujemnym). Na podstawie przeprowadzonych badań można wnioskować, że dzieci, którym poziom intelektualnego rozwoju jest zaniżony sztywne zachowania mają częściej charakter sensomotorycznych doznań, związanych z lizaniem, wąchaniem, dotykaniem. Z kolei dzieci, które prezentuje wyższy poziom rozwoju intelektualnego wdrażają bardziej złożone repertuary, zwykle oparte o sekwencję ruchową. Układają szeregi, rzędy, czy też zespalają jedne i te same puzzle. Starsze dzieci lepiej funkcjonujące starają się stereotypie ukrywać, by wpasować się w akceptowany społecznie układ. Jednak w sytuacjach silnego pobudzenia emocjonalnego zachowania te nasilają się. [83] Wdrażanie czynności stereotypowych nasilają się także w sytuacjach, w których podczas zabawy inne dzieci wymuszają modyfikację (innowacje), która staje się odstępstwem od sztywnego, znanego repertuaru. Same z siebie dzieci autystyczne nie są w stanie modyfikować zabawy. [84]

Dzieci ze spektrum autyzmu przejawiają również stereotypowe zachowania autostymulacyjne o charakterze sensorycznym. Zaistniałe dysfunkcje tak w odbieraniu, jak i przetwarzaniu bodźców mogą wpływać na nieadekwatny odbiór rzeczywistości. Niekompatybilny odbiór sensoryczny może implikować poczucie lęku, niepokoju, czy też stopniowej izolacji. Nad odbiorem bodźców, jak i nad własnymi stereotypowymi zachowaniami autyści nie panują. [85]

Przetwarzanie sensoryczne bodźców u dzieci ze spektrum autyzmu jest uwarunkowane deficytami w zakresie rozwoju i budowy układu nerwowego. Prawidłowo działający system odbiera i przetwarza liczne informacje sensoryczno - integracyjne otrzymywane z receptorów czuciowych i rozsyła je następnie w odpowiednich kierunkach. Dysfunkcje w tym zakresie obserwuje się u dzieci autystycznych między innymi w postaci obronności dotykowej. Head (1920), jako prekursor w tej dziedzinie postawił hipotezę, że istnieją doznania czuciowe protopatyczne, epikrytyczne. Pierwsze z nich pozwalają w sposób ogólny odczuwać dotyk, drugie go różnicują. Obronność dotykowa przejawia się ogólną awersją dotykową - przed myciem, czesaniem, przytulaniem, brakiem tolerancji na wełniane swetry, czy dopasowane ubrania. Niektóre z tych czynności można zrewidować, lecz pozostałe jawią się, jako niezbędne, na przykład te związane z toaletą. Obronność dotykowa to również istotny problem

[83] U. Frith, Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy, GWP, Sopot 2008, s. 7 - 48
[84] tamże, s. 212
[85] B. Winczura, Dlaczego on tak ciągle się kołysze i macha rękami?, "Rewalidacja", Nr 2, 2012, s. 20

38:3441109488

w zakresie rozwijania percepcji. Niechęć do dotykania substancji ziarnistych, lepkich, wilgotnych, zbyt miękkich, czy chropowatych. Unikanie ich stanowi problem w zakresie doświadczeń poznawczych, oraz społecznych. [86]

Niepewność grawitacyjna to kolejna odsłona zaburzeń ze spektrum integracji sensorycznej. Przejawami jej są występujące lęki przed wysokością, obracaniem się, wchodzeniem po schodach, czy też zabawy z drabinkami. Ponadto, jak zauważyła Ayres bodźce dystalne mogą być ignorowane, bądź nie rejestrowane w większym stopniu, niż inne bodźce. Zatem, u większości dzieci ze spektrum autyzmu zauważa się pojawiające się w różnym nasileniu problemy z zakresie integracji sensorycznej bodźców percepcyjnych, zwłaszcza związanych z dotykiem, dystalnych, oraz w zakresie smaku i węchu. [87]

Manieryzmy dzieci z ASD mają zwykle charakter specyficznego chodzenia, oddalania się, bądź zbliżania do obiektu, trzepotania, lub machania rękoma. W chwilach podekscytowania mogą chodzić w kółko, bądź kiwać się. Zdarza się, że rzucają przedmiotami, bądź wkładają je w inne. Rozrzucanie przedmiotów częściej zdarza się u dzieci komunikacyjnie zablokowanych. Zachowania te mają charakter manifestacji własnej ekspresji. Dzieci nie posiadając spójnej reprezentacji samego siebie, postrzegają świat w sposób odmienny, jako zbiór szczegółów. Dezintegracja nasila się w sytuacjach silnego napięcia emocjonalnego. [88]

U dzieci z ASD, zwłaszcza tych młodszych, stereotypie w zachowaniach są widoczne w zabawach. Brak prawidłowych umiejętności społecznych, przy jednoczesnej nieumiejętności naśladowania powoduje, że nie potrafią one bawić się z innymi dziećmi. Prezentowana przez nich zabawa ma charakter rutynowych czynności. Wybrana, stereotypowa aktywność zabawowa pochłania je. Brak symbolicznego myślenia ograniczają możliwości zabawowe, zwłaszcza, że nie potrafią bawić się tematycznie. U dzieci tych zabawa nie jest rozwojowa, jej celem jest podtrzymanie sztywnego wzorca zachowania. Izolacja ma pełnić funkcje symulacji napięcia emocjonalnego i zapewnienia bezpieczeństwa. Dominuje zafascynowanie telewizją, zwłaszcza reklamami, migocącym światłem, wirowaniem, czy też przedmiotami o nietypowej fakturze. [89]

---

[86] L. Bobkowicz - Lewartowska, Autyzm dziecięcy, zagadnienia diagnozy i terapii, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2000, s. 47 - 48
[87] tamże, s. 49
[88] H. Olechnowicz, Wokół autyzmu. Fakty, skojarzenia, refleksje, WSiP, Warszawa 2004, s. 41 - 42
[89] M. Skórczyńska, Wczesne diagnozowanie autyzmu - perspektywy i dylematy, [w:] B. Winczura (red.), Autyzm. Na granicy zrozumienia, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2009, s. 51

39:1113391245

Osoby ze spektrum autyzmu charakteryzuje także ukierunkowany, ograniczony charakter zainteresowań. Niemniej jednak, zdarzają się też dzieci, które preferują jednokierunkowe, dość osobliwe zainteresowania, w związku z którymi posiadają czasem bardzo szeroką wiedzę.
Z drugiej zaś strony, autyści łatwo przechodzą z jednej dziedziny, która je fascynuje na inną. Repertuar zainteresowań jest przeważnie adekwatny do rozwoju intelektualnego, oraz do wieku rozwojowego (choć często przybiera infantylny charakter). W przypadku niepełnosprawności intelektualnej dzieci ze spektrum autyzmu często ograniczają się do zainteresowania jedzeniem. [90]

Osoby ze spektrum autyzmu często preferują dość ograniczoną, czy monotonną dietę. Behawioralny wzorzec spożywania posiłków często oscyluje wokół potraw o określonym kolorze, konsystencji, bądź takich dań, które są reklamowane. Spożywanie posiłków również jest objęte stereotypowymi rytuałami - jedzenie z konkretnych naczyń, o określonej godzinie, w określonym miejscu. Wzorzec zachowań w tym zakresie różni się u różnych osób, jednak ponad połowa dzieci z ASD ma z nim problem. [91]

Podsumowując powyższe rozważanie na temat symptomów, które mogą być obecne w obrazie klinicznym u dzieci z ASD specjaliści zalecają, by rodzice wnikliwie obserwowali niepokojące zachowania, które mają miejsce w okresie wczesnego dzieciństwa. Nie wszystkie z objawów będą świadczyć o spektrum autyzmu, ale również część z nich będzie miała charakter regresowy w ontologicznym procesie rozwoju. Stąd koniecznym jest obserwacja. Najnowsze publikacje nie wskazują konkretnych granic wiekowych, w których można spostrzegać niepokojące zachowania. Indywidualizm rozwojowy jest podstawą do wdrożenia właściwych działań o wielokierunkowym charakterze, zwłaszcza w przypadku wczesnego wspomagania rozwoju. Pojawiające się niepokojące rodziców objawy nie muszą być w pełni widoczne, choć w procesie wspomagania mogą wyrównać szanse rozwojowe, bądź usprawnić w miarę najskuteczniej, tak, by poprawić jakość funkcjonowania. Niektóre z trudności mogą pojawić się dużo później, dopiero wówczas, gdy dziecko znajdzie się w grupie rówieśniczej i natrafi na dysonans na przykład o charakterze komunikacyjno - społecznym. W wielu przypadkach symptomy nie są zauważane przez rodziców, lub są zauważane stosunkowo późno. Jest to często uwarunkowane wciąż słabą wiedzą na temat spektrum autyzmu.

---

[90] J. J. Błeszyński, Autyzm a niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie w rozwoju, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2011, s. 97
[91] E. Pisula, Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010, s. 113

40:2817925390

W przypadku małych dzieci z grupy podwyższonego ryzyka wskazane są badania przesiewowe, które określą prawdopodobieństwo wystąpienia anomalii rozwojowych. [92]

Różnorodność symptomologiczna wymaga również uściślenia typologicznego, by zrozumieć wielopłaszczyznowość zjawiska. Zaburzenia autystyczne, jako całościowe zaburzenia rozwoju są sklasyfikowane w grupie zaburzeń o charakterze neurorozwojowym. Klasyczna triada objawów obejmująca trudności w zakresie rozwoju mowy i języka, jak i zaburzenia typu SZRUS (specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych). Owe dysfunkcje rozpoczynają się w okresie wczesnodziecięcym. Istotną cechą w ich zakresie są powiązania z rozwojowym dojrzewaniem mózgu. Szerokie spektrum objawów, duża dysproporcja nasilenia wskazuje, że w grupie całościowych zaburzeń rozwoju ulokować można zróżnicowane przypadki. Pod względem klasyfikacyjnym zalicza się tu kategorie takie jak autyzm dziecięcy, atypowy, Zespół Aspergera, Zespół Retta, a także zaburzenia dezintegracyjne. [93]

Pierwotna typologia Kannera ukierunkowana była na diagnozowanie autyzmu dziecięcego. Jednostka nozologiczna pozostawała w formie klasycznego syndromu klinicznego. Współcześnie jest on rozumiany, jako ciężka postać zaburzenia z licznymi deficytami w sferze społecznego funkcjonowania, przy jednoczesnym braku mowy czynnej. W swych dalszych pracach Kanner zastosował termin uściślający - autyzm wczesnodziecięcy, który obecnie ma historyczne znaczenie. [94]

Autyzm dziecięcy jest zaburzeniem, którego obraz zmienia się z wiekiem. Jest uzależniony od intelektualnych możliwości, rozwoju mowy, zdolności komunikacyjnych. Ontologiczny rozwój zaburzony jest od najwcześniejszych momentów życia, które uwidoczniają się przed upływem trzeciego roku życia. Jednym z pierwszych oznak jest brak społecznego uśmiechu, wspólnie podzielanej uwagi, nie utrzymywanie kontaktu wzrokowego, w relacjach z matką przejawianie osłabionych więzi o charakterze lęku separacyjnego. [95]

Zaburzenie Aspergera jest ściśle osadzone we wzorcach profilu autystycznego. Podstawą diagnostyczną jest stwierdzenie prawidłowego rozwoju poznawczego (iloraz inteligencji wynosi powyżej 70, przy jednoczesnym właściwym rozwojem mowy). Obserwowane są jednak

---

[92] tamże, s. 101 - 102

[93] J. Komender, G. Jagielska, A. Bryńska, Autyzm i Zespół Aspergera, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, s. 17 - 18

[94] E. Pisula, Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010, s. 16

[95] J. Komender, G. Jagielska, A. Bryńska, Autyzm i Zespół Aspergera, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, s. 33- 37

41:6699329341

nieprawidłowe interakcje społeczne, rutynowe zachowania behawioralne o charakterze rytuałów, a ponadto nieadekwatne rozumienie mowy (w zakresie pragmatyki, semantyki i prozodii) i jej ekspresja. [96]

W diagnozach różnicowych autyzm to zaburzenie różniące się w odniesieniu do Zespołu Retta, czy dziecięcego zaburzenia dezintegracyjnego przede wszystkim sprawnością intelektualną. Diagnozowanie niepełnosprawności intelektualnej nie jest podstawą w autyzmie (może być obniżona lub w normie), z kolei w Zespole Retta, czy dziecięcym zaburzeniu dezintegracyjnym upośledzenie umysłowe mieści się w granicach znacznego, lub głębokiego. W zakresie diagnoz różnicowych wymagane są konsultacje psychiatryczne i psychologiczne, a w razie konieczności specjalistów konsultantów. [97]

1.3. Ocena funkcjonowania dzieci z ASD – interakcje społeczne, poznawcze, komunikacja

Podstawą do zdiagnozowania dysfunkcji ze spektrum autyzmu w celu dokonania wielospecjalistycznej oceny funkcjonowania jest odwołanie się do kryteriów zawartych w DSM - IV, oraz ICD - 10. W klasyfikacji zaproponowanej w DSM - IV diagnoza oscyluje wokół osiowych symptomów odwołujących się do społeczno - komunikacyjnych deficytów, oraz sztywnych i ograniczonych wzorców behawioralnych i zainteresowań. [98]

Ocena funkcjonowania rozwoju dzieci z ASD polega zintegrowaniu opinii wydanych przez wielu specjalistów - psychiatrów, psychologów, logopedów, pedagogów, oraz wielu innych, odpowiednich dla współistniejących trudności dziecka. W myśl koncepcji Jerzego Brzezińskiego słusznym zdaje się być odwołanie się do modelu funkcjonalno - interakcyjnego, opartego na powiązaniach wielu ocen z dziedzin. [99]

Ocena taka powinna przede wszystkim zawierać istotne i obiektywne dane o stanie zdrowia, funkcjonowania i rozwoju dziecka w środowisku rodzinnym i pozarodzinnym (przedszkolnym. szkolnym) pozyskane od prawnych opiekunów, wychowawców, nauczycieli, oraz pedagogów. Ponadto w miarę rzeczowy sposób załączony powinien być obraz kliniczny

---

[96] S. Goldstein, J. A. Naglieri, S. Ozonoff, Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu, WUJ, Kraków 2017, s. 131

[97] J. Komender, G. Jagielska, A. Bryńska, Autyzm i Zespół Aspergera, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, s. 61 - 63

[98] K. Krzysztofik, Specjalne potrzeby edukacyjne uczniów z zaburzeniami z autystycznego spektrum (ASD) - teoretyczne podstawy i praktyczne wskazania, [w:] W. Otrębski, K. Mariańczuk (red.) Przepis na rehabilitację. Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością, Harmonia, Gdańsk, 2016, s. 76

[99] M. Klaczak, P. Majewicz, Diagnoza i rewalidacja indywidualna dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnego, Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków 2006, s. 8

42:7660886945

dziecka poparty dokumentacją lekarską, szpitalną, rehabilitacyjną. Dane dotyczące obrazu klinicznego zaistniałych u dziecka trudności powinny zawierać dane etiologiczne, symptomologiczne, oraz wskazania leczenia. Dodatkowym elementem jest psychopedagogiczny aspekt wskazujący na problematykę dysfunkcji, oraz jej istotę. Przy sporządzeniu wielopoziomowej diagnozy stosuje się specjalistyczne narzędzia psychometryczne i pedagogiczne, by móc w miarę szczegółowy sposób ocenić poszczególne obszary funkcjonowania. Do najważniejszych należą: emocjonalno - motywacyjna, instrumentalna (duża i mała motoryka, percepcja, poziom intelektualny, wytwory pracy), społeczna. Po dokonaniu oceny wyżej wymienionych obszarów specjaliści dokonują sformułowania diagnostycznej hipotezy, która zainicjuje hipotezę prognostyczną, jako rokowania do dalszego rozwoju dziecka. Tak sporządzona ocena staje się podstawą dla wskazówek do działań rewalidacyjnych, rehabilitacyjnych, bądź terapeutycznych. [100]

Niemowlęta posiadają zdolność do szybkiego uczenia się i wdrażania zachowań naśladowanych ze środowiska, w którym się rozwijają. W odniesieniu do dzieci ze spektrum autyzmu zauważyć należy doświadczanie przez nie trudności w zakresie osiągania kamieni milowych. Ich społeczne zachowania w ocenie różnią się od rówieśników rozwijających się prawidłowo, głównie pod kątem jakościowym. U niektórych z dzieci z ASD silnie akcentuje się ograniczenie niewerbalnych zachowań, takich jak patrzenie w oczy, regulacja interakcji społecznych, zubożała, bądź nieadekwatna mimika. Wiele z nich nie jest w stanie w spontaniczny sposób inicjować, oraz podtrzymywać relacji społecznych. Szczególnie trudnym dla rodzica jest fakt, że duża część dzieci z ASD preferuje postawę braku emocjonalnego odwzajemniania, niechęć do dotykania, czy przytulania, a także brak umiejętności dzielenia się emocjami, na przykład radością. Taka ocena nasuwa przemyślenia, że trudno być rodzicem dziecka autystycznego, kiedy pozostaje ono obojętne i niechętne na naturalne emocjonalne okazania troski i miłości. [101]

Dokonując oceny funkcjonowania społecznego niemowląt z ASD na pierwszy plan wysuwają się dysfunkcje związane z rozwojem sensomotorycznym, w zabawie symbolicznej, oraz w realizowanych wspólnie z opiekunem czynnościach społecznych. Dzieci te rzadko reagują na własne imię (ocenie podlega po wykluczeniu wad słuchu), słabo orientują się w odniesieniu do bodźców wzrokowych, są niechętne na dotyk, nie uśmiechają się. Badania przeprowadzone wskazują również na nieadekwatną reakcję na zaistniałe w środowisku bodźce

[100] tamże, s. 12
[101] S. Goldstein, J. A. Naglieri, S. Ozonoff, Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu, WUJ, Kraków 2017, s. 181 - 182

43:6574553149

sensoryczne, oraz nietypowe zainteresowanie zabawkami i zróżnicowanie w zakresie zabawy. W ocenie funkcjonowania społecznego pod uwagę trzy obszary: funkcje społeczne, symboliczne i mowa. Zachowania związane komunikowaniem się, emocjami, czy też spojrzeniami są istotą w profilu dzieci autystycznych. W zakresie funkcji symbolicznych ocenie podlegają między innymi posługiwanie się przedmiotami i rozumienie. W zakresie mowy ocenie podlegają dźwięki, oraz słowa. [102]

Wśród zachowań społecznych podlegających ocenie przy procesach diagnostycznych u dzieci z ASD należy również przywiązanie, oraz funkcje, jakie odgrywa ono w życiu rodziny. Przez wiele lat wśród badaczy krążyła fałszywa przesłanka, że dzieci autystyczne nie rozpoznają własnych rodziców. Przywiązanie, które jest uznawane za specyficzną więź, którą niemowlę nawiązuje z rodzicem, najlepiej jest widoczne odniesieniu do układu dziecko - matka. Większość badań wskazuje, że dzieci autystyczne potrafią stworzyć ufną więź z matką. Niemniej jednak ich przywiązanie nosi znamiona dezorganizacji, a one same są także mniej zaangażowane w tą relację. [103]

Zatem, w ocenie niemowląt i małych dzieci nieprawidłowości rozwojowe zauważa się w licznych sferach rozwojowych. Na uwagę zasługują wskazania do analizowania jakości relacji społecznych, oraz procesów komunikacyjnych, w których zauważa się liczne anomalie rozwojowe. Analizy tych obszarów dostarczają cennej wiedzy w zakresie reagowania na społeczne interakcje ze strony otoczenia, kształtowanie się percepcji pola wodzenia, regulacji i autoregulacji emocji, naśladowania reakcji emocjonalnych, społecznych i motorycznych. Deficyty w zakresie ekspresji i wysycenia emocji, oraz rzadsze ich manifestowanie zdaje się być punktem wyjścia dla diagnozy i oceny w odniesieniu do interwencji usprawniającej. [104]

Charakterystyczne dysfunkcje sfery komunikacyjnej stają się istotnym kryterium oceny spektrum autyzmu. Indywidualizm w zakresie komunikacji wskazują na dużą dysharmonię w jego zakresie. Pierwszeństwo niewerbalnej mowy objawia się poprzez zaburzoną więź z matką. Przedjęzykowy etap w ocenie wskazuje na nieprawidłowości w obniżonych reakcjach na własne imię i mowę. Badania prezentują pogląd, że trudności te są związane z funkcjonalnym rozumieniem mowy. Ponadto zastosowanie nietypowych form porozumiewania się (płacz, autoagresja, krzyk) świadczy o ograniczonych reakcjach w tym zakresie, oraz niejako przenoszą odpowiedzialność za nawiązanie kontaktu na rodzica (krzyczą,

---

[102] tamże, s.186
[103] tamże, s. 197
[104] G. Baranek, Autyzm w okresie niemowlęcym: retrospektywna analiza wideo zachowań sensoryczno - ruchowych i społecznych w wieku 9 - 12 miesięcy, "Dziennik Autyzmu i Zaburzeń Rozwojowych", Nr 29, 1999, s. 213 - 224

44:6500826751

aż rodzic domyśli się o co dziecku chodzi). W odniesieniu do dzieci autystycznych można zasugerować hipotezę, że ich mowa oscyluje na granicy niewerbalnej i werbalnej komunikacji (parajęzyk). Zastosowanie w przekazie zindywidualizowanych dźwięków (sapanie, krzyki, jęki, przydźwięki) pozwalają rozładować skumulowane napięcie, bądź wypełnić komunikacyjne luki w wypowiedziach. Badania przeprowadzone przez Katarzynę Markiewicz wskazują, że emocjom konotacjach negatywnych najczęściej towarzyszą krzyki i płacz, zaś emocjom o konotacjach pozytywnych cmokanie, popiskiwanie, czy chrząkanie. W ocenie dzieci autystycznych zauważa się słabsze umiejętności w zakresie rozumienia i nadawania niewerbalnych komunikatów. [105]

Poddanie analizie mowy i języka dzieci autystycznych podlega ocenie w wielu obszarach: semantyka, składnia, fonologia, pragmatyka, czy morfologia. Zestawy trudności, jakie są widoczne u dzieci przybierają różnorodne formy i stopień nasilenia. Trudności z artykulacją, jak wskazują badania nie są w ocenie cechą dzieci autystycznych, chociaż takie deficyty mogą implikować. W zasobie słownictwa prace wskazują na dużą nieharmonijność. Zdaje się, że każde z dzieci ma swój indywidualny rytm i specyfikę. Jeśli tematyka leży w spektrum zainteresowania autysty zasób słownictwa pod kątem ilościowym i jakościowym jest bogatszy niż w sferach, które go nie interesują. Kolejnym problemem, który w ocenie wskazuje na specyfikę zaburzenia jest nieumiejętność przekazu posiadanej wiedzy na adekwatnym poziomie. Deficytom podlega również problem kodowania i dekodowania. Kwestia ta dotyczy między innymi używania zaimków, opanowania reguł semantycznych, lub fleksyjnych. [106]

W ocenie funkcjonowania obszaru komunikacyjnego na pierwszy plan wysuwają się echolalie. Rozumiane jako natychmiastowe, bądź odroczone reakcje powtarzania słów, fraz lub zdań zasłyszanych od innych osób. Długość echolalii jest zróżnicowana, a dziecko często nie do końca rozumie znaczenia ich. Problematyka związana z funkcjami, jakie pełnią echolalie jest kontrowersyjna i nie ma jak dotąd ujednoliconego stanowiska. [107]

Stereotypie w ocenie funkcjonowania dziecka ze spektrum autyzmu pełnią rolę podobną do stereotypowych zachowań, i zazwyczaj nie pełnią żadnej konkretnej roli komunikacyjnej. Są to zwykle powielane w różnych sytuacjach fragmentów posłyszanych filmach,

[105] K. Markiewicz, Możliwości komunikacyjne dzieci autystycznych, Wydawnictwo UMCS, Lublin, 2004, s. 136
[106] L. Bobkowicz - Lewartowska, Autyzm dziecięcy, zagadnienia diagnozy i terapii, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2000, s. 60
[107] E. Sadowska, Zachowania komunikacyjne dzieci z autyzmem, Wydawnictwo UW, Warszawa 2020, s. 98

45:3576988691

w reklamach, czy programach telewizyjnych. Stosowane są zwykle w sytuacjach stresowych, napięcia, czy lęku. [108]

Skuteczność terapeutyczna stosunku do dziecka z ASD warunkuje wczesny czas oddziaływania. Wówczas efekty są najbardziej efektywne. Badania wskazują, że najlepszym czasem jest okres pomiędzy 18 a 40 miesiącem życia. W ocenie utrzymuje się, że większość dzieci z ASD przejawia trudności w zakresie koncentracji i uwagi. Stąd koniecznym jest stopniowe usprawnienie tej funkcji. Dokonanie właściwej oceny sprzyja wdrożeniu programów wspomagania, które poprawią jakość funkcjonowania. Kolejnym etapem zdaje się być opracowanie zindywidualizowanego programu wspomagania rozwoju. Szerokie spektrum symptomologiczne i rozbieżność w zakresie ich nasilenia wymaga dostosowania planu wspomagania do konkretnego dziecka, który należy systematycznie ewaluować i aktualizować. Zaplanowane działania powinno mieć charakter zintegrowany, to jest, powinny obejmować wszystkie dziedziny aktywności dziecka. Zatem w ocenie wspomagania na plan pierwszy wysuwa się jego celowość i priorytetowość. Tak sformułowane działania pozwolą usprawnić sferę komunikowania się, rozwijania kompetencji emocjonalno - społecznych, umiejętności zabawy z całym społecznym aspektem, oraz proaktywnego zachowania o charakterze behawioralnym. Jeśli program działania, jego ocena i ewaluacja odbywa się w sposób ciągły i systematyczny ma szanse na osiągnięcie terapeutycznego progresu.

W procesie wspomagania stosowane są różnorodne metody, które stosowane kompleksowo mogą być skuteczne. [109]

W myśl powyższej teorii uznać należy, że w odniesieniu do niemowląt skutecznym zdaje się być obserwacja kontrolna, zwłaszcza z audio - wizualnym zarejestrowaniem. Jest to najprostsze i w miarę skuteczne narzędzie oceny funkcjonowania. W odniesieniu do tak małych dzieci eksperci wskazują, bu ocena dokonana była przez doświadczonych specjalistów z powodu nieharmonijności rozwoju i indywidualizmu w tym zakresie. Właściwie dokonana ocena obszarów poznawczych, aspektów funkcjonowania behawioralnego i komunikowania się staje się podstawą do diagnoz różnicowych. U dzieci poniżej 2 roku życia ocena społecznego funkcjonowania tworzona jest zwykle na materiale pozyskanym od rodziców (prawnych opiekunów). Istnieją także znormalizowane, psychometryczne narzędzia dokonywania oceny, na przykład ADOS (AutismDiagnosticObservation Schedule). Istotą narzędzia jest próba sprowokowania dziecka badanego do określonych zachowań o charakterze społecznym.

---

[108] L. Bobkowicz - Lewartowska, Autyzm dziecięcy, zagadnienia diagnozy i terapii, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2000, s. 160

[109] E. Pisula, Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010, s. 134 - 138

46:6609780866

Badający obserwują naturalnie aktywowane interakcje. Elastyczność narzędzia pozwala na definiowanie kryteriów oceniania obszarów uwzględnionych w triadzie autystycznej w sposób zindywidualizowany. Pomimo, że najtrafniejsze jest zastosowanie narzędzia w stosunku do dzieci, u których wiek umysłowy osiągnął 15 miesięcy, to mimo wszystko w stosunku do dzieci młodszych jest także skuteczne, choć mniej swoiste. [110]

Z kolei ocena zdolności adaptacyjnych u małych dzieci ze spektrum autyzmu dokonywana może być przy pomocy Skali Zachowań Adaptacyjnych Vineland: II profil małych dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Dysfunkcje adaptacyjne są kluczowym obszarem w profilu autystycznym. Dane pozyskane z narzędzia dostarczają cennych informacji na temat poznawczych przejawów codziennego funkcjonowania.[111]

Ponadto skonstruowanych zostało wiele narzędzi diagnostycznych stosowanych do oceny ekspresji i rozumienia mowy, zachowań behawioralno naśladowczych podczas zabawy, czy rozumienia gestów i słów. Przed ostateczną oceną i postawieniem diagnozy dzieci należy poddać specjalistycznym badaniom odnośnie do ujawnionych trudności (wykluczyć problemy ze słuchem, opóźnienie rozwoju w obszarze psychomotoryki, problemy o charakterze zburzeń psychotycznych). Mimo takiej puli dostępnych narzędzi postawienie celnej diagnozy i wystawienie wnikliwej oceny funkcjonowania w przypadku dzieci poniżej 2 roku życia jest to duże wyzwanie. Stąd koniecznym zdaje się być wnikliwa obserwacja i prowadzenie badań kontrolnych. [112]

Analizując powyższe rozważania należy zauważyć, że im wcześniejsze wykrycie dysfunkcji ze spektrum autyzmu, tym lepsze rokowania dla dziecka. Stosowanie badań przesiewowych w grupach ryzyka, a także wczesne wspomaganie, które wdroży najcelniejsze strategie terapeutyczne i interwencyjne przyniesie lepsze rokowania. Im młodsze dziecko, tym jego układ nerwowy jest bardziej plastyczny, zwłaszcza w obrębie mózgu. Kompleksowość działań pozwoli na dokonanie się zmian obrębie tych struktur mózgu i sieci neuronalnych, które rozwijały się w sposób dysfunkcyjny. Pozwoli to na prognozowanie lepszego rozwoju umiejętności społecznych, funkcji poznawczych, oraz językowych. Odwołując się do badań z 2008 roku przeprowadzonych przez Dowson można wnioskować, że skoro niemowlęta rozwijają swe umiejętności percepcyjne poprzez wspólne pole uwagi z opiekunem, zatem

[110] K. Chawarska, A. Klin, R. Paul, F. Volkmar, Zaburzenia ze spektrum autyzmu drugim roku: stabilność i zmiana ekspresji zespołu, "Journal of Autism and Developmental Disorder", No 48 (2), 2007, s. 128 - 138
[111] S. Yang, J. Paynter, Skale Zachowań Adaptacyjnych Vineland: II profil małych dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, "Dziennik Autyzmu i Zaburzeń Rozwojowych", Nr 46, 2016, s. 64 - 73
[112] K. Chawarska, A. Klin, R. Paul, F. Volkmar, Zaburzenia ze spektrum autyzmu drugim roku: stabilność i zmiana ekspresji zespołu, "Journal of Autism and Developmental Disorder", No 48 (2), 2007, s. 128 - 138

47:1641499334

rozwój ich związany jest z doświadczeniem. Odbywa się to w odniesieniu do czynności codziennych, na przykład związanych z opiekowaniem się niemowlęciem. Kompleksowo dokonana ocena jest silnym predyktorem dla wdrożenia wczesnej interwencji opartej o program terapeutyczny stymulujący obszary objęte deficytem. Dowson uważa, że wczesna interwencja ma większe szanse powodzenia, kiedy jest implikowana przed 3 rokiem życia. Współcześnie dostępnych jest wiele metod, które zawierają programy terapeutyczne dla dzieci ze spektrum autyzmu. Publikacje, wsparte licznymi badaniami wskazują, że nie metoda ma kluczowe znaczenie w zakresie powodzenia, lecz okres rozpoznania, oraz możliwości intelektualne dziecka. [113]

Na uwagę zasługuje również Skriningowy Test w Autyzmie przystosowany do badania małych dzieci (STAT). To wystandaryzowane narzędzie przeznaczone do badania dzieci od 24 do 36 miesiąca życia. Celem badania było dokonanie oceny kompetencji społecznych w zakresie zabawy funkcjonalnej, kierowania uwagi, a także w sferze naśladowania. Wybrane, najbardziej reprezentatywne aktywności oscylowały wokół zabawy (2 wybrane aktywności), proszenia (2 wybrane aktywności), kierowania uwagi (4 wybrane aktywności), oraz naśladowania (4 wybrane aktywności). Każda z nich powinna być w odpowiedni sposób przeprowadzona, zgodnie z protokołem i zakodowana. Końcowa ocena wskazuje, czy dziecko jest w grupie ryzyka zaburzeń ze spektrum autyzmu. [114]

Ocena funkcjonowania dzieci autystycznych w wieku przedszkolnym jest również powiązana z procesami rozwojowymi. W grupie przedszkolnej zwraca uwagę odmienność zachowania dziecka, naleganie na zachowania rutynowe, opór przed innowacją w działaniu. Stereotypowe zabawy wykluczają czynności związane z naśladowaniem, czy używaniem wyobraźni. Mała spontaniczność i sztywność przypuszczalnie czynią z nich mało atrakcyjnych partnerów do zabawy w odniesieniu do innych dzieci. Stąd konieczna jest duża wrażliwość i wyczucie opiekunów, by dziecko z ASD nie było wykluczane w grupie i izolowane.
W grupach przedszkolnych, szkolnych w zakresie wypowiadania się dzieci autystyczne nie rozumieją społecznego aspektu przekazu i empatycznego podejścia w stosunku do partnerów interakcji. Wypowiedzi ich mają stereotypowy i prozodyczny charakter. Jeśli dziecko przejawia dysfunkcje związane z Zespołem Aspergera na uwagę zasługuje formalizm wypowiedzi, dosłowność i brak rozumowania symbolicznego. W zakresie aktywności ruchowej zauważa się

[113] G. Dowson, Early behavioral intervetion, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder, "Developmental Psychopathology", No 20, 2008, s. 775 - 803
[114] W. L. Stone, E. E. Coonrod, L. M. Turner, S. L. Pozdol, Psychometric properties of the STAT for early autism screeming, "Journal of Autism & Developmental Disorders", No 34 (6), 2004, s. 691- 701

48:1025004557

sztywność funkcjonowania z charakterystycznymi stereotypiami. Całokształt funkcjonowania warunkuje u nich dystansowanie się w stosunku do pozostałych dzieci, a nawet bierność w relacjach z nimi. [115]

Dokonując kompleksowej oceny funkcjonowania dzieci ze spektrum autyzmu należy zwrócić uwagę na ciągłość procesów diagnostycznych, terapeutycznych, oraz edukacyjnych. Ustalenia jednostki nozologicznej stają się kluczowymi w dalszych ustaleniach wspomagających obserwowane dysfunkcje. W procesie diagnostycznym może się okazać, że koniecznym staje się doprecyzowanie zaburzeń współistniejących. Na ich kanwie można dokonać dalszych ustaleń, zwłaszcza możliwości intelektualnych dziecka (razie konieczności ustalenie rozmiaru niepełnosprawności intelektualnej). Do jej oceny stosuje się najczęściej u dzieci z ASD takie, które będą zrozumiałe proceduralnie i wystandaryzowane dla osób z trudnościami specyficznymi. [116]

Skuteczność działań w obrębie usprawniania uwidacznia się we wzroście wskaźnika zmian w rozwoju intelektualnym. Wspomaganie rozwoju funkcji poznawczych, intelektualnych wykazuje wzrost mierzalny za pomocą ilorazu. Badania przeprowadzone w 1995 roku monitorowały stymulowany poziom inteligencji u dzieci autystycznych w dwóch grupach wiekowych. U dzieci w wieku przedszkolnym iloraz utrzymywał się na stałym poziomie, z kolei u dzieci w wieku 2 - 3 roku życia obserwowano wzrost. Wnioski płynące z badań wskazują, że stymulowany rozwój intelektualny ma szansę na stopniową kompensację dysfunkcji. Ważnym predyktorem zmian jest wiek, im młodsze jest dziecko, tym większe szanse na ich usprawnienie. Mierzenie ilorazu nie jest jednak zmienną niezawodną. Dlatego stosowanie metod powinno mieć charakter wielokierunkowy. Uczenie się przez zabawę i stymulowanie do rozwijania komunikacji niewerbalnej są również dobrymi prognostykami prorozwojowymi. [117]

---

[115] J. Komender, G. Jagielska, A. Bryńska, Autyzm i Zespół Aspergera, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, s. 43 - 45

[116] J. Kossesewska, Kompleksowe wspomaganie rozwoju uczniów z autyzmem i zaburzeniami pokrewnymi, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2009, s. 48 - 50

[117] J. J. Błeszyński (red.), Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2004, s. 24

49:3670083946

Rozdział drugi

Wczesne wspomaganie w świetle modeli naukowych

Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci w świetle literatury naukowej wskazuje na interwencyjny i terapeutyczny aspekt wsparcia dla rodzin z dziećmi rozwijającymi się nieharmonijnie, bądź nieprawidłowo. Oddziaływania stanowią istotną bazę dla usprawniania funkcji i zapobiegania ewentualnemu pogłębianiu się nieprawidłowości. Analiza publikacji wskazuje na wielorakość metod. [118]

Istotność wczesnego wspomagania zakłada stosowanie konkretnych działań pobudzających, bądź stymulujących rozwój. Postrzeganie dziecka w sposób całościowy pozwala na respektowanie jego wrodzonego potencjału, a także przeżyć i ograniczeń. Istotą zajęć jest bazowanie na jego mocnych stronach, które zezwoli na indywidualizację potrzeb i możliwości. [119]

W XX wieku przy wczesnych interwencjach dominującym był model medyczny. Rodzice stanowili rolę drugorzędną, gdyż uznano, że nie posiadają oni właściwej wiedzy, by móc wspomagać dziecko z deficytami. Rola ta została przypisana specjalistom, którzy przejmowali całościową sferę wspomagania deficytów dziecka. Rodzice zaś stawali się wykonawcami przygotowanego ścisłego programu terapeutycznego. Ponadto, praca z dziećmi dysfunkcyjnymi oscylowała głównie wokół fizycznej rehabilitacji, usprawniania deficytów związanych z mową, jednak interwencja pomijała poznawczy i emocjonalny aspekt. Rodzice chcąc pomóc dziecku musieli uczestniczyć w różnorakich zajęciach u specjalistów, którzy rzadko współpracowali ze sobą. Budziło to wiele problemów zwłaszcza w zakresie realizacji zaleceń. Rodzice ci często zniechęcali się po napotkaniu trudności. [120]

Z początku XXI wieku medyczny paradygmat ustąpił miejsca modelowi skoncentrowanemu na rodzinie. Interakcja rodzic - dziecko stały się kluczowymi oddziaływaniami w usprawnianiu dysfunkcji. Wzorzec skoncentrowany na rodzinie opierał się kilku istotnych założeniach. Specjaliści, którzy współpracowali z rodzicami skupiali się na kształtowaniu w nich zaangażowania w pracę, czy poczucia skuteczności w odniesieniu do

---

[118] T. Serafin, Wybrane aspekty dotyczące możliwości prowadzenia działań wspierających rozwój małych dzieci zagrożonych niepełnosprawnością lub niepełnosprawnych oraz ich rodziny, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2012, s. 55 - 61

[119] I. Wiśniewska, Wspomaganie rozwoju dziecka z niepełnosprawnością intelektualną, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2010, s. 195

[120] A. Twardowski, Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami w środowisku rodzinnym, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2012, s. 10

50:8143433282

przekonania, że ich praca jest wartościowa i ma sens. Podstawą do wspomagana rozwoju dziecka są codzienne sytuacje o charakterze rodzinnym. Środowisko rodzinne jest pierwotnym i najbardziej naturalnym środowiskiem, zatem w nim właśnie dziecko ma szanse na usprawnienie własnych dysfunkcji. Pomiędzy specjalistami a rodzicami istnieje relacja o charakterze podmiot - podmiot. Zatem stają się oni partnerami w osiąganiu wspólnego celu. Akceptowana jest wiedza, że rodzice najlepiej znają własne dziecko, zatem specjaliści udzielają im zindywidualizowanej i elastycznej pomocy. Każdy program wspomagania powinien posiadać indywidualny styl postępowania, gdyż każde dziecko jest inne i posiada własny wzorzec dysfunkcji. [121]

Współczesne teorie wczesnego wspomagania opierają się o wzajemną interakcję pomiędzy dzieckiem wymagającym oddziaływań, jego rodzicami, oraz specjalistami. Jakość relacji dziecka z jego opiekunem prawnym stanowi istotę usprawniania deficytów. Twardowski w swoich publikacjach tłumaczy wczesne wspomaganie rozwoju, jako systematyczne i zaplanowane oddziaływania, które mają tak przekształcić relacje dziecko - rodzic, by poprawić społeczne, fizyczne i psychiczne funkcjonowanie. Działanie te są skierowane do dzieci przejawiających dysfunkcje od chwili wszczęcia procesu diagnostycznego, aż do rozpoczęcia nauki szkolnej. [122]

Psychologiczny aspekt wczesnego wspomagania rozpatruje ontologiczny rozwój dziecka pod kątem:

- uczenia się nowych kompetencji w rodzinnym środowisku
- optymalizowanie naturalnych warunków rozwoju dziecka
- przygotowania do realizowania nowych zadań o charakterze terapeutycznym.

Rozwój we wczesnym wspomaganiu to proces o charakterze dynamicznym. Wymaga spojrzenia na problem jednocześnie od strony przeszłości, teraźniejszości i przyszłości. Uwzględnia zatem genezę problemu, jej aktualną ocenę i wartość prognostyczną. [123]

We wczesnym wspomaganiu kluczowymi elementami są poczucie bezpieczeństwa i autonomii, tak ważne w pierwszych latach życia dziecka. Następnie kształtuje się umiejętność korzystania z pozyskanej już w procesie uczenia się wiedzy i bazowania na własnych zasobach. Aby wspomaganie posiadało wartość prognostyczną dziecko musi nauczyć się korzystać

[121] tamże, 10 i następne
[122] tamże, s. 131
[123] L. Wygotski, Nauczanie a rozwój w wieku przedszkolnym, [w:] L. Wygotski (red.), Wybrane prace psychologiczne, PWN, Warszawa 1971, s. 517 - 530

51:5878343056

z własnych mocnych stron, które będą pełnić nadrzędną rolę w stosunku do deficytów. Takie podejście pozwoli dziecku zbudować poczucie własnej sprawczości. Osobiste kompetencje są wsparciem, nie tylko w codziennym funkcjonowaniu, ale też w sytuacjach konfrontowania się z niepowodzeniami. Pod kątem psychologicznej analizy owe "mocne strony" pozwolą dziecku z deficytami rozwojowymi zachować psychologiczny dobrostan i radzić sobie w konfrontacji z tym, co nieznane i trudne. [124]

Aspekt psychologiczny wczesnego wspomagania zakłada, że jeśli w otoczeniu dziecka, zwłaszcza z dysfunkcjami pojawiają się trudności, należy pozwolić na konfrontację z nimi, a przy udzieleniu dodatkowego wsparcia ze strony opiekunów wdrażać zachowania zaradcze przy pomocy naturalnego potencjału. [125]

Z chwilą wszczęcia działań o charakterze usprawniania dysfunkcji rozwojowych zaczyna kształtować się myśl profilaktycznych działań zapobiegawczych. Jednak model wykonawczy był dla dzieci i ich rodziców wyzwaniem obciążającym formalnie, finansowo, oraz czasowo. W związku z tym, słusznym okazała się potrzeba zreformowania systemu z właściwymi regulacjami prawnymi w jego zakresie. [126]

W świetle europejskich projektów wspomagania i rozwoju dzieci ze specjalnymi potrzebami dokonano w Polsce podziału na wczesną interwencję i wczesne wspomaganie. Podział ów pozwolił na usystematyzowanie problematyczno - diagnostyczne i przyporządkowanie działań interwencyjnych resortowi zdrowia, a działań wspomagających resortowi edukacyjnemu. Dziecko po ustaleniu diagnozy rehabilitacyjnej zostaje skierowane na wczesną interwencję, natomiast w przypadku dysfunkcji rozwojowych - na wczesne wspomaganie. U podstaw teoretycznych współczesnych koncepcji wczesnego wspomagania zadania z zakresu wczesnego wspomagania powinny być realizowane w specjalistycznych ośrodkach, placówkach oświatowo - wychowawczych (publicznych i niepublicznych), poradniach psychologiczno - pedagogicznych. Zakres czynności reguluje ustawa z 7 września 1991 roku o systemie oświaty, wraz z późniejszymi zmianami. [127]

---

[124] A. I. Brzezińska, S. Jabłoński, B. Ziółkowska, Specyficzne i specjalne potrzeby edukacyjne, "Edukacja", Nr 2 (127), 2014, s. 37 - 52

[125] A. I. Brzezińska, Drogi dziecka ku samodzielności: między sprawnością a niepełnosprawnością, [w:] A. I. Brzezińska (red.), Droga do samodzielności. Jak wspomagać rozwój dzieci i młodzieży z ograniczeniami sprawności, GWP, Gdańsk 2009, s. 11 - 50

[126] B. Cytowska, B. Winczura (red.), Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2016, s. 16

[127] Ustawa z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty, Dziennik Ustaw z dnia 7 września 1991 roku, Nr 95, poz. 425

52:1907124602

W latach 2005 - 2007 powstał Program Rządowy skierowany dla dzieci z niepełnosprawnościami w szerokim znaczeniu. Założeniem jego było udzielanie wczesnej pomocy w oparciu o wyspecjalizowane ku temu narzędzia w trybie ciągłym i kompleksowym. Istotą tak udzielanego wspomagania dzieci były równocześnie odbywające się wzajemne oddziaływania realizowane systematycznie. Efekty mierzone ewaluacją okresową miały wykazywać obszary do skorygowania działań. Specjaliści zaangażowani w projekt wskazywali, że pomocy należy udzielać jak najwcześniej. Szybko wdrożone działania są silnym prognostykiem zmian progresywnych. [128]

Odwołując się do definicji Ireny Obuchowskiej (cytowane za A. Twardowski) [129], przez wczesne wspomaganie należy rozumieć wzmacnianie tych obszarów, które są korzystne, by móc poszukiwać nowych terapeutycznych rozwiązań. Zatem działania ze spektrum wczesnego wspomagania obejmować powinny wielokierunkowe działania usprawniające rozwój:

- sfery motorycznej
- orientacji przestrzennej
- rozumienia w zakresie mowy i języka
- stymulację o charakterze polisensorycznej
- komunikowania się
- samoobsługi

Takie rozumienie działań z zakresu organizowania wczesnego wspomagania zostało wnikliwie zawarte w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z 2012. Regulacja aktu normatywnego i podstawa prawna warunkują przeprowadzanie zajęć obejmujących wspomaganie pobudzania psychoruchowego, jak również społecznego rozwoju od najwcześniejszego momentu wykrycia dysfunkcji. Zajęcia z zakresu wczesnego wspomagania mogą być realizowane w gabinetach, domach rodzinnych, przedszkolach, czy pozostałych placówkach oświatowo - wychowawczych. Oznacza to, że mogą być kontynuowane i realizowane przez rodzica. [130]

Programy pilotażowe w zakresie międzyresortowych przedsięwzięć prognozują usprawnienie dysfunkcji rozwojowych, zapobieganie utrwalania się niepełnosprawności,

---

[128] B. Cytowska, B. Winczura (red.), Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2016, s. 16 - 17

[129] A. Twardowski, Znaczenie spuścizny naukowej profesor Ireny Obuchowskiej dla współczesnej polskiej pedagogiki specjalnej, "Człowiek - Niepełnosprawność - Społeczeństwo", Nr 3 (41) 2018, s. 88 - 90

[130] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 19 kwietnia 2012 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli oraz określania szkół i wypadków, w których można zatrudnić nauczycieli niemających wyższego wykształcenia lub ukończonego zakładu kształcenia nauczycieli, Dziennik Ustaw z dnia 19 kwietnia 2012, poz. 426

53:1966840481

modulowanie potencjalnych zasobów procesu rozwojowego, usprawniania procesów psychoruchowych, kompetencji emocjonalno - społecznych[131], oraz funkcji poznawczych. Poprawić mają zatem jakość życia i funkcjonowania dziecka z dysfunkcjami.

Zatem wczesne wspomaganie organizowane dla dziecka z ASD we wczesnym okresie jest uzależnione od rodziców, ponieważ zależy głównie od symptomów zauważanych przez nich, które postrzegają, jako anomalie rozwojowe. Do najczęstszych objawów zalicza się prężenie się i napinanie, brak reagowania na głosy, nie utrzymywanie kontaktu wzrokowego, czy zwracanie główki w jedną stronę. Kolejną grupą są nieadekwatne reakcje na światło, trudności związane z karmieniem, czy niechęć przed przytulaniem. Zauważając którąś z wyżej wymienionych trudności rodzic zwraca się do specjalistów w sprawie uzyskania pomocy w procesie usprawniania rozwoju. Wczesne wspomaganie ma celu wspomóc społeczny i psychoruchowy rozwój. [132]

Jako interdyscyplinarne podejście wczesne wspomaganie pozwala na zapewnienie dziecku z dysfunkcjami kompleksowej opieki już we wczesnych etapach życia. Udzielenie rodzicom wsparcia pozwala na uczynienie z nich aktywnych uczestników procesu usprawniania trudności. Do głównych zadań specjalistów należy opracowanie wielospecjalistycznego programu, który będzie mógł skorygować, bądź wyeliminować zauważone trudności, a także w miarę jak najskuteczniej wykluczyć ich następstwa. [133]

Wczesne wspomaganie rozwoju obejmuje dzieci, które

- urodziły się z niepełnosprawnościami, uszkodzeniami OUN, wadami genetycznymi, u tych dzieci dysfunkcje diagnozuje się wkrótce po urodzeniu
- dzieci, które dysfunkcje nabyły w wyniku urazu, czy choroby, pomimo, że początkowo ich rozwój przebiegał prawidłowo
- dzieci, których rozwój został opóźniony w jednej, bądź kilku sferach
- dzieci, których nieprawidłowości rozwojowe są wynikiem zakłóceń prawidłowego przebiegu ciąży, komplikacji porodowej, czy niskiej noty w skali Apgar

Dzieci z dwóch ostatnich grup należą do grup ryzyka. Prawdopodobieństwo, że wystąpią

---

[131] B. Cytowska, B. Winczura (red.), Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2016, s. 21 - 22

[132] R. Piotrowicz, Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka - kompleksowe wsparcie terapeutyczne dziecka i rodziny. Diagnoza a program, ORE, Warszawa, https://www.naszaklinika.com.pl/pliki/Dla%20Rodzicow%20wczesne%20wspomaganie%20rozwoju%20dziecka.pdf, pobrano 20.02.2022

[133] R. Piotrowicz, Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka - kompleksowe wsparcie terapeutyczne dziecka i rodziny. Diagnoza a program, ORE, Warszawa, https://www.naszaklinika.com.pl/pliki/Dla%20Rodzicow%20wczesne%20wspomaganie%20rozwoju%20dziecka.pdf, pobrano 20.02.2022

54:3309073036

u nich deficyty rozwojowe jest bardzo prawdopodobne, zatem powinny zostać objęte oddziaływaniami terapeutycznymi z zakresu wczesnego wspomagania. Proces ten będzie skuteczny, jeśli specjaliści będą współpracować nie tylko z rodzicami, ale także z tymi członkami rodzin, z którymi dziecko przebywa na co dzień, na przykład dziadkowie. Tak rozumiany proces wczesnego wspomagania powinien mieć wielokierunkowy charakter. Celem jest usprawnianie dysfunkcyjnych obszarów funkcjonowania. Przy czym wspomaganie zawsze zakłada progres rozwojowy i stałość właściwą sekwencjom rozwojowym. [134]

Program wczesnego wspomagania opracowuje grupa ekspertów, z których każdy dokonuje oceny dziecka pod kątem własnych specjalizacji. Są to:

- pedagog, który dokonuje oceny, a następnie prowadzi z dzieckiem zajęcia zakresie usprawniania małej i dużej motoryki, komunikacji, oraz deficytów poznawczych
- psycholog, który w procesie oceny prawidłowości rozwojowych analizuje emocjonalny i społeczny rozwój dziecka, wraz z jego poziomem intelektualnym i wrodzonym potencjałem; wspiera również rodzinę w pracy terapeutycznej, oraz w sytuacjach dla nich kryzysowych
- lekarz, który w świetle stawianych diagnoz wyznacza kierunek działań od strony medycznej, oraz dostarcza rodzinie fachowej wiedzy w procesie konsultacyjnym
- logopeda dokonujący specjalistycznej analizy czynności fizjologicznych związanych z aparatem mowy, oraz w procesie komunikacji
- fizjoterapeuta analizujący rozwój motoryczny dziecka i udzielający rodzinie wskazówek w tym zakresie
- inni specjaliści (w miarę potrzeb)

Tak zorganizowany zespół analizuje wszystkie pozyskane dane na temat dziecka tworząc harmonogram związany z udzieleniem wsparcia i wspomagania. Prawidłowo skonstruowany program obejmuje kompleksowo wszystkie zdiagnozowane dysfunkcje, które mogą wspomóc proces rozwojowy, a tym samym poprawić jakość życia dziecka. Zdarza się, że rozmiar trudności wymagać będzie rehabilitacji w specjalistycznych ośrodkach, bądź w innych formach wspomagania. Przygotowany program jest realizowany w stałych interakcjach z rodziną. Ważnym elementem planu wspomagania jest okresowa ewaluacja, która ma na celu monitorowanie skuteczności wdrożonych czynności.[135]

---

[134] G. Walczak, Wczesna interwencja wczesne wspomaganie rozwoju - kwestie terminologiczne, [w:] M. Bielska - Łach (red.), Pedagogika specjalna. Różne poszukiwania - wspólna misja, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2009, s. 232 - 238

[135] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 roku w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci, Dziennik Ustaw z dnia 24 sierpnia 2017, poz. 1635

55:2225507069

Proces wczesnego wspomagania powinien być realizowany w środowisku rodzinnym, natomiast odpowiedzialność za realizację planu terapeutycznego powinni ponosić wszyscy specjaliści zaangażowani w pracę zespołową. Dlatego istotnym jest, by współpracowali ze sobą i wzajemnie komunikowali się. Jako koordynatorzy muszą wspierać i instruować rodziców, którzy są bezpośrednimi realizatorami opracowanego przez nich programu. [136]

Stymulacja dzieci z dysfunkcjami we wczesnym wspomaganiu stanowi kluczowy aspekt, gdyż programy rehabilitacyjne mają większe szanse prognostyczne u młodszych dzieci. Zwiększona plastyczność mózgu we wczesnych etapach życia zwiększa podatność na bodźce ukierunkowane na zmiany. Dzieci ponadto bardziej przyswajają nawyki i umiejętności, a także czynią większe postępy w procesie usprawniania. Trzeba jednak zaznaczyć, że u dzieci, u których zaburzenia mają charakter postępujący może nastąpić zahamowanie w rozwoju zakłócające postęp rehabilitacyjny. [137]

Wczesna interwencja ma na celu usprawnianie obszarów dysfunkcyjnych, przy czym, im wcześniejszy wiek dziecka, tym większe szanse na progres ich przy jednoczesnym optymalizowaniu naturalnych, "mocnych" zasobów potencjalnych. Zatem im wcześniejszy wiek rozpoznania u dziecka zaburzenia, tym lepsze rokowania. [138]

Badania przeprowadzone przez T. Kaczan i R. Śmigiela wykazały, że brak więzi uczuciowych pomiędzy matką a dzieckiem skutkuje ubóstwem sensorycznych bodźców, co z kolei wpływa na rozwój małego dziecka hamująco. Relacja *ja* - figura przywiązania ma najbardziej istotne znaczenie w pierwszym roku życia dziecka. Nieprawidłowa relacja w tym okresie wpływa na obniżenie możliwości psychoruchowych, co poniekąd może warunkować rozwój intelektualny. [139]

Wspomaganie wczesnego rozwoju pozwala na wyrównanie deficytów i opóźnień rozwojowych. Zatem, im wcześniejsze wykrycie, tym większa szansa na zminimalizowanie zaistniałych trudności emocjonalnej, społecznej, intelektualnej i ruchowej sferze. [140]

---

[136] A. Twardowski, Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami w środowisku rodzinnym, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2012, s. 298 - 299

[137] R. Stefańska - Klar, Wczesna interwencja terapeutyczna - nadzieja i szansa na lepsze jutro, "Światło i Cienie", Nr 3, 1997, s. 11 - 13

[138] A. Twardowski, Nowa koncepcja wczesnego wspomagania rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami, "Forum Pedagogiczne", Nr 1, 2014, s. 15 - 33

[139] T. Kaczan, R. Śmigiel, Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju dzieci z chorobami genetycznymi, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2012, s. 186

[140] T. Serafin, Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka od chwil wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole. Poradnik dla organizatorów działań i terapeutów oraz dla rodziców, Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu, Warszawa 2005, s. 37

56:6409998111

2.1. Wczesne wspomaganie jako szansa rozwoju dla dzieci z ASD

W ostatnich latach coraz częściej prowadzone są dyskusje nad optymalizacją usprawniania i funkcjonowania osób ze spektrum autyzmu. Działania prowadzone jednocześnie w procesie terapeutycznymi, rehabilitacyjnym, oraz dydaktycznym wskazują na konieczność określania ich mianem terapii. Termin terapia ma tu znaczenie bardzo szerokie. Swym zasięgiem obejmuje całość funkcjonowania dziecka z ASD w obszarze psychologicznym, społecznym, edukacyjnym, czy też korekcyjno - kompensacyjnym. Zatem, są to wdrożone czynności, które mają przynieść ulgę i korzyść, oraz pomóc poradzić sobie. Terapia ma optymalnie wspomóc proces rozwoju, zwłaszcza, gdy przebiega nieharmonijnie, lub z opóźnieniami. Działania te są uwarunkowane czasem ich drożenia, trwaniem. specyfiką postępowania, nasileniem, formami i zakresem działania. Analizując kryteria diagnostyczne spektrum autyzmu zrozumiałym zdaje się być indywidualizacja terapeutyczna uzależniona profilem zaburzenia i specyfiką sprzężeń. [141]

Rozwój nie zawsze przebiega w sposób harmonijny, stąd szansą usprawniającą dla dzieci ze spektrum autyzmu są działania ze spektrum wczesnego wspomagania. Podczas zajęć wczesnego wspomagania usprawnieniu stymulacji podlegają obszary związane z ruchem, emocjami, aspektami poznawczymi, oraz kompetencjami społecznymi. Wielorakość zajęć (praca indywidualna, z rodzicami, grupowa) pozwalają osiągnąć maksymalizację korzyści. [142] Do niedawna jeszcze powszechnym był pogląd, że jeśli dzieci z ASD korzystają z zajęć niewiele z nich korzystają. Kontrowersje wokół tego problemu skorygowane zostały licznymi badaniami, a ponadto wszczęto monitorowanie organizowanych zajęć z wczesnego wspomagania. Oczywistym jest fakt, że dysharmonijny rozwój nie zacznie być prawidłowy, lecz w procesie wspomagania można w jego zakresie uzyskać znaczny postęp. Miarodajnością efektów będzie wówczas polepszenie funkcjonowania dziecka z ASD.[143]

Profil funkcjonowania dziecka ze spektrum autyzmu jest uwarunkowany nie tylko samą specyfiką dysfunkcji, ale także współistniejącymi trudnościami takimi jak niepełnosprawność intelektualna, zaburzenia depresyjno - lękowe, obsesyjno - kompulsywne, oraz inne problemy natury zdrowotnej. Stąd zajęcia wczesnego wspomagania nie tylko są szansą na rozwijanie potencjału, poprawy jakości życia, ale także na usamodzielnienie się. [144]

---

[141] J. J. Błeszyński, Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2004, s. 11 - 13
[142] J. Kossewska, Kompleksowe wspomaganie rozwoju uczniów z autyzmem i zaburzeniami pokrewnymi, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2009, s. 91 - 92
[143] J. J. Błeszyński, Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2004, s. 23
[144] E. Pisula, Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010, s. 131 - 132

57:5792051011

Minimalizowanie pojawiających się trudności w zakresie dysfunkcyjnych obszarów życia uzależnione jest od jak najszybszego rozpoznania. Zatem, wszczęcie postępowania terapeutycznego pomiędzy 18 a 40 miesiącem życia wydaje się najtrafniejsze, wówczas zastosowane oddziaływania mają najwyższą wartość prognostyczną. Ponadto, w odniesieniu do dzieci ze spektrum autyzmu istotne znaczenie ma ich stan emocjonalny. Moduluje on wysycenie emocji, często negatywnych, które są powiązane z aspektem społeczno - motywacyjnym, co również wymaga zastosowania programu wczesnego wspomagania, najlepiej zindywidualizowanego, uwzględniającego naturalny potencjał i sytuację życiową, która wpływa na jego potrzeby i skuteczność terapeutyczną. [145]

Terapeutyczna skuteczność wczesnego wspomagania jest powiązana z sytuacją rodzinną dziecka z ASD. Pojawienie się w rodzinie dziecka autystycznego jest nie tylko trudną lekcją dla rodziców, ale wręcz reorganizuje ich codzienne funkcjonowanie. Model funkcjonowania takiej rodziny jest zbieżny z profilem, jaki prezentują rodziny z dzieckiem przewlekle chorym. Do najtrudniejszych problemów rodziny w zakresie funkcjonowania należałoby uwzględnić przechodzenie przez symboliczne etapy żałoby po utracie "zdrowego" dziecka, poczucie winy rodziców (wybuchy gniewu, obwinianie się nawzajem), strach przed izolacją (obawa, że krewni, znajomi będą się od nich odsuwać). Na pierwszy rzut oka są to błahe, nic nie znaczące problemy. Jednak po dokładnej analizie zauważa się dysfunkcjonalność rodziny. Zatem, wczesna interwencja przejawia również wartość terapeutyczną w odniesieniu do rodziców. Psychoedukacja rodzica ma znaczenia nie tylko pedagogiczne, ale także kompensacyjną dla negatywnych stanów emocjonalnych, które mogły by doprowadzić do depresji, lęków, nerwic. Uczą się oni na nowo poradzić sobie z trudną sytuacją. [146]

Rodziny z dzieckiem autystycznym przejawiają dwa typy funkcjonowania - kryzys i fazę przewlekłą. Kryzys związany jest z okresem około diagnostycznym. W obliczu diagnozy przeżywają w indywidualny sposób żałobę po "śmierci" przed chorobowej tożsamości rodziny. Wstępna reorganizacja życia wymaga skorzystania z metodycznej psychoedukacji związanej z wczesnym wspomaganiem. Faza chroniczna pozwala pogodzić się z diagnozą, życiem w nowych okolicznościach, a z kolei wzajemne emocjonalne powiązania dziecka z ASD i rodziców wskazują na słuszność zajęć usprawniających funkcjonowanie całego systemu rodzinnego. Psychoedukacyjny aspekt wspomagania implikuje u rodzin z dzieckiem

[145] tamże, s. 134 - 135
[146] T. Pietras, A. Witusik, P. Gałecki, Autyzm - epidemiologia, diagnoza i terapia, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010, s. 220

58:8503878467

autystycznym nową świadomość w zakresie poradzenia sobie w sytuacjach trudnych, kompensacji emocji, koncentrację na poprawie funkcjonowania. [147]

Rodzice uczestniczący w zajęciach z wczesnego wspomagania uczą się nabywać nowych cech, opartych na świadomym rozumieniu umiejętności w zakresie trudności, jakie towarzyszą rozwojowi ich dziecka. Nowe interakcje, jakie zachodzą pomiędzy dzieckiem a rodzicem sprzyjają akceptacji, rozumieniu i pogłębianiu więzi. [148]

Opiekun dziecka autystycznego oczekuje zawsze od terapeutów całkowitego wyleczenia. Dlatego w procesie wczesnego wspomagania należy uświadomić rodzicom cele terapii i wskazać realne możliwości usprawniające, a także uzmysłowić im, że całkowity sukces terapeutyczny pojawia się bardzo rzadko. Celem wczesnego wspomagania jest zatem realistyczne poznanie możliwości dziecka, oraz dostosowanie do nich metod, które są najbardziej efektywne w ocenie specjalistów. Wykształceniu rodziców poczucia zadowolenia z każdego, nawet małego sukcesu dziecka pozwoli na poprawę relacji rodzinnych, ale także na umocnienie się wiary w potencjał dziecka. [149]

Terapeuci pracujący z dziećmi autystycznymi korzystającymi z form wczesnego wspomagania realizują programy zgodnie z najkorzystniejszą w ich ocenie metodą. To działania zaplanowane, kontrolowane, których celem jest usprawnianie dysfunkcji. Modyfikacja nieprawidłowych zachowań małych dzieci odbywa się przeważnie w procesie uczenia się. Zajęcia mają charakter reedukacji psychomotorycznej, działań psychoterapeutycznych, oraz zajęć terapeutycznych. Cała praca z małym dzieckiem jest zogniskowana wokół pedagogicznych oddziaływań i zaspakajania istotnych potrzeb dziecka. Określone ściśle cele i zasady pozwolą uniknąć przypadkowości w doborze metody. [150]

Wczesne wspomaganie jest ukierunkowane także na sytuację rodziny dzieci z autyzmem. Wychowywanie i uczenie dziecka autystycznego jest często dla rodziców wyzwaniem. Nie wszyscy opiekunowie radzą sobie z zaakceptowaniem faktu odmienności dziecka, niejednokrotnie przeżywając kryzysy psychiczne. Stąd też istotną rolę odgrywają specjaliści, którzy na nowo pomogą rodzicom zaakceptować sytuację, poszanować godność i intymność dziecka prezentującego odmienny profil funkcjonowania. Posiadanie dziecka autysty wymaga od rodzica elastyczności, cierpliwości i konsekwencji w działaniu. Nie zawsze sami potrafią

---

[147] tamże, s. 222
[148] E. Pisula, Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010, s. 139
[149] T. Pietras, A. Witusik, P. Gałecki, Autyzm - epidemiologia, diagnoza i terapia, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010, s. 172 - 173
[150] B. Cytowska, B. Winczura (red.), Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2016, s. 66 - 68

59:8726378893

temu sprostać. Często koniecznym zdaje się być ukierunkowanie opiekunów przez terapeutę, by mogli w sposób pełny i aktywny wspomagać dziecko i przygotować go do edukacji szkolnej. [151]

Pierwszy rok życia dziecka to krytyczny okres dla kształtowania przeobrażeń w obrębie układu nerwowego i procesu jego mielinizacji. Jeśli procesy te zachodzą nieharmonijnie, bądź są zakłócone przez czynniki dystraktujące wskazana jest stymulacja. We wczesnym wspomaganiu przez stymulację rozumie się pobudzanie do wyrównana odchyleń i doskonalenie tego systemu poprzez działania zmierzające do aktywności, wzmacniania, bądź wzbogacania. Funkcje rozwojowe dzieci dojrzewają w systemach. Motoryka, czyli sprawność ruchowa rozwija się wraz z rozwojem psychicznym (koordynacja ruchowo - wzrokowa). Rozwój społeczny i komunikacyjny (mowa) rozwijają się wraz motywacją do wchodzenia w interakcje społeczne i komunikowaniem się z innymi ludźmi. Owa fazowość ściśle związana z upływem czasu charakteryzuje sekwencyjność rozwojową. Pierwszym przejawem rozwoju społecznego jest budowanie kontaktu wzrokowego. Krótkotrwała fiksacja wzrokowa wskazuje, że toku rozwoju owej umiejętności dziecko będzie kształtować społeczne kompetencje. Fiksacja wzrokowa inicjuje koordynację wzrokowo - ruchową na zasadzie oko - ręka. Te z kolei prowadzą do chwytania przedmiotu i manipulacji nim. Wcześnie obserwowane deficyty na różnym etapie rozwoju stymulowane wczesnym wspomaganiem mają szansę na usprawnienie trudności. Podczas zajęć dziecko kształtuje wykorzystywanie bodźców wzrokowych, na przykład poprzez podpowiedzi wzrokowe, czy instrukcje obrazkowe.[152]

Wiele dzieci z ASD przejawia trudności w zakresie sensoryki. Odbiór bodźców zmysłowych implikuje przetwarzanie informacji o charakterze sensorycznym. Im dziecko jest młodsze, tym niewłaściwie odbierane przez niego bodźce sensoryczne bardziej wpływają na funkcjonowanie. Problem z prawidłowym odczytywaniem sygnałów sensorycznych wymaga zajęć z zakresu integracji, co może być zrealizowane podczas wczesnego wspomagania. [153]

Istotnym dla zajęć z usprawniania deficytów rozwojowych jest by stymulować występujące u dzieci z ASD deficyty kompetencji komunikacyjnej. Sprawność artykulacyjna analizuje się pod kątem elizji (brak jakiegoś fonemu), substytucji (paralalia), oraz deformacji wymowy (Tadeusz Kania, 1982). Badania, jakie przeprowadzono wykazują, że tradycyjne metody przy użyciu kwestionariusza obrazkowego nie były skuteczne i miarodajne odniesieniu

[151] J. Komender, G. Jagielska, A. Bryńska, Autyzm i Zespół Aspergera, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, s . 91 - 92
[152] B. Cytowska, B. Winczura (red.), Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2016, s. 102 - 103
[153] J. J. Błeszyński, Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2004, s. 32

60:3273022284

do dzieci autystycznych, tylko dla grupy kontrolnej. Jednak pozyskany materiał dostarczył cennych informacji na temat dysfunkcji psycholingwistycznych u dzieci z ASD.[154]

Kolejnym aspektem uzasadniającym celowość wczesnego wspomagania jest praksja ruchowa. Precyzyjna motoryka ręki, oraz mowa to czynności, które wymagają wyższych procesów mózgowych, ponieważ odgrywają bardzo istotną rolę w aktywności człowieka. Zdolność do precyzyjnych i celowych ruchów implikuje funkcje manualne, organizację mózgową, oraz czynności związane z mową. Analizując mapę mózgowia zauważa się, że pola ruchowe ręki, jak i narządy artykulacyjne są zlokalizowane w pobliżu siebie. Istotą mowy jest zdolność do porozumiewania się, zatem ludzie posługują się wspólnym kodem językowym. Szczególny związek precyzyjnych ruchów ręki, myślenia i mowy utwierdza specjalistów w konieczności usprawniania motoryki małej i dużej. Kod językowy nie istniałby bez funkcji umysłowych, zatem każde opóźnienie, lub zaburzenie w ich zakresie wpływa na aktywność dziecka, oraz jego rozwój. Wzajemność tych procesów odnosi się do opracowania prawidłowej oceny dziecka. Zajęcia z wczesnego wspomagania mogą usprawniać dysfunkcje zaistniałe w ich zakresie. Celowość zajęć manualnych ma wpływ na pobudzanie rozwoju mowy, poprawia koncentrację, kreatywność i motywację. [155]

Wspomaganie rozwoju w zakresie komunikowania się jest z jednym z priorytetów idei tych działań. Związane z określaniem terapeutycznego celu i prognozowaniem usprawniania procesów rozwojowych zdają się być kluczem do późniejszej edukacji szkolnej. Każde dziecko z ASD posiada indywidualny profil dysfunkcji, zatem procesy wspomagania są oparte o zastosowanie takich metod terapeutyczno - pedagogicznych, by móc osiągnąć założenia programowe. Korekcie poddane są najczęściej:

- zachowanie, oraz wszelkie jego aspekty
- usprawnienie funkcji poznawczych, wraz z oddziaływaniem edukacyjnym
- kompetencje emocjonalno - społeczne

W zajęciach z wczesnego wspomagania wymagające korekty obszary są analizowane przez specjalistów i komasowane w postaci wielospecjalistycznych programów wspomagania. [156]

Kontakt z dziećmi autystycznymi przeważnie jest utrudniony i wymaga nawiązania kontaktu terapeutycznego, a następnie przełamania fizycznych barier. W myśl teorii "podążaj za dzieckiem" wskazanym jest naśladowanie go, by móc ukierunkować relację na spontanicznie

[154] E. Sadowska, Zachowania komunikacyjne dzieci z autyzmem, Wydawnictwo UW, Warszawa 2020, s. 141
[155] T. Kaczan, R. Śmigiel, Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju u dzieci z chorobami genetycznymi, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2012, s. 145 - 154
[156] T. Pietras, A. Witusik, P. Gałecki, Autyzm - epidemiologia, diagnoza i terapia, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010, s. 195 - 196

61:9737007148

inicjowane interakcje. Pokonanie owych wstępnych barier stworzy podczas zajęć osiągnięcie poziomu motywacyjno - wykonawczego. Wówczas będzie można zastosować terapeutyczne cele uwzględniające wychowawczo - pedagogiczny aspekt. [157]

2.2. Charakterystyka metod wykorzystywanych w terapii autyzmu

Proces diagnostyczny polegający na rozpoznaniu zaburzeń ze spektrum autyzmu związany jest z wyborem i zastosowaniem odpowiednich metod korekcyjnych. Sam sposób działania jest uwarunkowany występującymi zaburzeniami i ich stopniem. W proces terapeutyczny, w myśl współczesnych koncepcji, włączony jest system rodzinny, który współuczestniczy w procesie wspomagania. Rozbieżności etiologiczne i ich wielorakość stawia przed zespołem wczesnego wspomagania konieczność doboru metod syndromolitycznych (objawowe leczenie tego zaburzenia neurorozwojowego). Współwspomaganie funkcji poznawczych, kompetencji emocjonalnych, społecznych i psychoedukowanie rodzin jawią się celem samym w sobie. Dzieci autystyczne mogą uczestniczyć terapiach farmakologicznych (lekarze psychiatrzy, neurolodzy), oraz psycho socjoterapeutycznych. Psychologiczne metody ukierunkowane na pracę z pacjentem autystycznym są związane z nurtem behawioralnym, jak i systemowym. Większość z nich ma jednak charakter pedagogiczny. W Polsce pojawiają się także niekonwencjonalne metody, takie jak akupunktura, czy też terapia czaszkowo - krzyżowa. Cieszą się one umiarkowanym zainteresowaniem, lecz ich pojawienie się świadczy o bezradności rodziców, jak i przejściowym kryzysie zaufania w stosunku do racjonalnych metod, które posiadają mocne podstawy empiryczne. [158]

Wieloobjawowość autystyczna wymaga wdrożenia holistycznych działań. Indywidualny profil zaburzenia wskazuje, że każde dziecko z ASD wymaga własnego programu wspomagania. Wśród metod psychologicznych najczęściej stosowana jest terapia behawioralna. Ogniskuje ona swe założenia wokół procesu uczenia się i warunkowania sprawczego. W oparciu o teoretyczne podstawy nurtu behawioralnego można uznać, że w terapii z dzieckiem autystycznym redukuje się zachowania niepożądane, przy jednoczesnym utrzymaniu takich, które są uznane za właściwe i pożądane. Redukowanie zachowań, które są uznane za niepożądane odbywa się za pomocą wygaszania, wykluczania, oraz hiperkorekcji.

[157] T. Pietras, A. Witusik, P. Gałecki, Autyzm - epidemiologia, diagnoza i terapia, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010, s. 231
[158] T. Pietras, A. Witusik, P. Gałecki, Autyzm - epidemiologia, diagnoza i terapia, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010, s. 171 - 172

62:9539276809

W procesie generalizacji zachowań terapeuta prowadzi do uogólniania bodźca i reakcji. Jest to rodzaj metody indywidualnej. Zajęcia odbywają się w relacji dziecko - terapeuta. [159]

Terapią opartą na zabawie są terapie niedyrektywne, które są realizowane myśl zasady "podążaj za dzieckiem". Ufność i wiara w dziecko pozwala na stworzenie relacji opartej na bezpieczeństwie. Odrzucenie proponowanych form aktywności przez dziecko jest akceptowane przez terapeutę, a w efekcie zmierza do stymulowania rozwoju.[160]

Metoda Opcji

Przykładem terapii niedyrektywnej jest również alternatywna Metoda Opcji. Szeroki kontekst filozoficzny życia i obcowania z osobą autystyczną pozwala na pełną akceptację zachowań. Założeniem jej jest aprobata i motywacja do pracy dziecka, przy jednoczesnym budowaniu poczucia bezpieczeństwa. Podejmowane przez terapeutę działania zmierzają do nawiązani kontaktu z dzieckiem. Dziecko autystyczne w naturalny sposób stymuluje bodźce, zatem nie jest zmuszane do pracy. Inicjowanie kontaktu z dzieckiem jest uwarunkowane zaakceptowaniem tej relacji przez dziecko. Zachowania schematyczne są kluczem do zrozumienia autystycznego świata przez terapeutę. Natomiast stymulowana efektywna socjalizacja jest warunkowana entuzjazmem dziecka i akceptowaniem całego procesu terapeutycznego. [161]

Metoda Holding

Metoda Holding (wymuszonego kontaktu) nawiązuje do psychoanalitycznej więzi, jaka kształtuje się pomiędzy matką a dzieckiem. Założeniem dysfunkcji, których doświadczają dzieci autystyczne jest brak wsparcia i bezpieczeństwa w relacji z figurą przywiązania. Emocjonalno - społeczne kompetencje budowane są poprzez kontakt fizyczny. Matka, która stopniowo się z owego kontaktu wycofuje jest uznana przez dziecko za słabą, gdyż nie jest w stanie zapewnić mu bezpieczeństwa. Dlatego metoda polega na zademonstrowaniu przez figurę przywiązania swej siły, co w efekcie wymusi na dziecku poczucie zaufania. Reakcje te wiążą się z nawiązaniem prawidłowych reakcji interakcyjnych. Jednak zauważyć należy, że relacje powinno się rozpatrywać dwukierunkowo. Zarówno matka, jak i dziecko kształtują w sobie prawidłowe więzi, które pozwalają na powrót do najwcześniejszych faz życia poprzez fizyczny kontakt. Dziecko wysyła sygnały instynktownie. Jeśli zostaną zrozumiane przez matkę prawidłowo pozwoli to na przełamanie emocjonalnych barier. Wielokrotność

[159] tamże, s. 197 - 198
[160] L. Bobkowicz - Lewartowska, Autyzm dziecięcy, zagadnienia diagnozy i terapii, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2000, s. 93
[161] tamże, s. 198- 199

63:6156527337

wymuszonych kontaktów fizycznych kształtuje w dziecku kompetencje społeczne. Ponadto silne więzi, jakie kształtują się w relacji matka- dziecko implikują najbardziej intymne emocje. Sesje są bardzo dynamiczne. Kiedy matka próbuje przytulać dziecko autystyczne reaguje ono ekspresywnie (płacz, krzyk, czasem zachowania agresywne). Matka utrzymuje kontakt fizyczny, a dziecko próbuje go zerwać. Demonstracja siły matki i zaprzestanie oporu dziecka doprowadza w efekcie do relaksacji. Sesja jest skuteczna, gdy więź zostanie utrzymana. Trzy etapy metody - konfrontacja, odrzucenie i rozwiązanie budzi wiele kontrowersji. Zwłaszcza, że wymaga demonstracji siły. Redukcja lęku u dziecka daje mu poczucie bezpieczeństwa i psychiczne wsparcie. Efektem metody jest

- postęp w zakresie kompetencji społeczno - emocjonalnych
- postęp w zakresie używania mowy
- stosowanie jej jako formy komunikowania się.

Terapia jest tym skuteczniejsza, im młodsze jest dziecko. Zatem wiek jest dobrym predyktorem w zakresie modulowania dysfunkcji. [162]

Metody Integracji Sensorycznej

W pracy indywidualnej często wykorzystuje się często naukę schematu ciała opartą o stymulację sensoryczną, stymulację wzroku, a także zajęcia usprawniające komunikowanie się, edukacyjne i logopedyczne. Praca grupowa ma na celu wspierać aspekt socjalizacyjny, zwłaszcza w formie gier i zabaw, a także współdziałania w grupie. [163]

Wyrównywanie deficytów sensorycznych u osób ze spektrum autyzmu może wymagać zastosowania Metody Integracji Sensorycznej. Celem metody nie jest niwelowanie dysfunkcji rozwojowych, ale konfrontowanie dziecka z nowymi doświadczeniami w zakresie uczenia się i przetwarzania bodźców percepcyjnych. [164]

Integracja sensoryczna jest czynnością o charakterze neurobiologicznym w obrębie ludzkiego ciała. U prawidłowo rozwijającego się dziecka bodźce sensoryczne przenoszone są do mózgu w sposób zorganizowany. Jednak u dzieci autystycznych są niewłaściwie przetwarzane, dlatego efektem takiego działania są zaburzenia w obrębie percepcji, samoobsługi, zabawy, zdolności ruchowych, oraz zachowań. Metoda w ujęciu Anny Jean Ayres opiera się o teorię zakłócenia przetwarzania zmysłowego, która dezorganizuje reakcje

[162] H. Jaklewicz, Autyzm wczesnodziecięcy, GWP, Gdańsk 1993, s. 75 - 86
[163] J. Kossewska, Kompleksowe wspomaganie rozwoju uczniów z autyzmem i zaburzeniami pokrewnymi, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2009, s. 91 - 92
[164] L. Bobkowicz - Lewartowska, Autyzm dziecięcy, zagadnienia diagnozy i terapii, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2000, s. 98

64:2196940168

organizmu. Wyodrębniła ona cztery typy zakłóceń w obrębie praksji, równowagi, spostrzeganie wizualne i reakcje obronne na bodźce taktylne. [165]

Zakłócenia praksji odnoszą się do schematu ciała i planowania ruchu, które są powiązane ze spostrzeżeniami taktylnymi, z systemem westybularnym, oraz wrażeniami czucia głębokiego. Ważnym jest, aby obraz własnego ciała, a także jego możliwości ruchowe nabrały charakteru struktury. Zakłócenia równowagi, w który zaangażowany jest układ przedsionkowy odpowiadają za wzmożone napięcie, niepewność grawitacyjną, oraz lęk przed zmianą położenia ciała. System taktylny związany jest z odczuwaniem dotyku, przy czym dzieci autystyczne niektóre z bodźców taktylnych, które są przez nie nieprawidłowo interpretowane postrzegają odmiennie. Dysfunkcje w przestrzennym spostrzeganiu zakłóceń sensorycznych związanych ze stosunkami przestrzennymi. Reasumując powyższe informacje uznać należy metodę Integracji Sensorycznej, jako odpowiednie narzędzie diagnostyczne i terapeutyczne w powiązaniu doznań, które płyną z ciała, bądź są odbierane zmysłami. [166]

Zabawa

Zabawa to relacja interpersonalna, której celem jest uczenie się. W trakcie zabawy dzieci w naturalnym toku asymilują emocje, wartości, reguły i akceptowanie innowacji. To czynność nastawiona na cel. Pełni ona wiele funkcji o charakterze psychoedukacyjnym. Są to między innymi

- uczą się akceptowania innych
- odraczania własnych potrzeb w czasie
- naśladowania zaobserwowanych czynności
- przyjmowania porażki
- cieszenia się z wygranej

Wszystkie te umiejętności kształtują się w procesie komunikowania się z innymi dziećmi. Dla młodszych dzieci zabawa stanowi interaktywny sposób społecznego uczenia się. Zwłaszcza, że wymaga ona zaangażowania dużej i małej motoryki, integracji kinestetycznej, sensomotorycznej, oraz emocjonalnej. Zabawa wymaga od dziecka spójnej i całościowej integracji wszystkich bodźców sensorycznych wspomaganych doświadczeniem, by w celowy sposób usprawniać proces uczenia się. [167]

Metoda związana z rozwojem ruchowym

---

[165] J. J. Błeszyński, Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2004, s. 31 - 32

[166] J. Kruk - Lasocka, Autyzm, czy nie autyzm, Wydawnictwo Dolnośląskiej Szkoły Wyższej Edukacji, Wrocław 1999, s. 78

[167] J. Kossewska, Kompleksowe wspomaganie rozwoju uczniów z autyzmem i zaburzeniami pokrewnymi, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2009, s. 92

65:1025888989

Na zajęciach wczesnego wspomagania często rozwijaną sferą jest mała i duża motoryka. Rozwijanie ruchu stanowi istotę równowagi. Stymulowanie skoordynowanego płynnego ruchu jawi się jako działanie niezbędne do kształtowania precyzyjnych ruchów ręki, także grafomotoryki. Wspomaganie umiejętności ruchowych jest związane z formowaniem się wszystkich obszarów ekspresji ruchowej. Z kolei samo opanowanie grafomotoryki jest uwarunkowane wcześniejszym opanowaniem czynności w zakresie samoobsługi, chwytu pęsetowego, oraz dłoniowego. Niektóre dzieci mogą nieadekwatnie reagować na pewne bodźce sensoryczne (nadwrażliwie, bądź z obniżoną relatywnością). Podczas zajęć z wczesnego wspomagania w formie zabawy implikuje się elementy Integracji Sensorycznej. Metoda związana z rozwojem ruchowym ma za zadanie utrzymywać dziecko w ciągłej gotowości, przy jednoczesnej różnorodności technicznej (siedzenie, zabawa ruchowa). [168]

Metoda Planów Aktywności

Dzieci ze spektrum autyzmu często przejawiają brak samodzielności w codziennym funkcjonowaniu. Deficyty w tym zakresie są wzmacniane dysfunkcjami społecznymi, nieumiejętnościami w zakresie budowania i podtrzymywania interakcji. Odpowiedzią na usprawnienie tej trudności jest Metoda Planów Aktywności. Celem metody jest kształtowanie samodzielności przy pomocy wskazówek wizualnych. Mają one charakter zapisków, które usprawniają funkcjonowanie. Aby metoda przynosiła terapeutyczny skutek ważnym jest sprawdzenie, czy dziecko jest w stanie odróżnić obiekt od tła na zdjęciach. [169]

Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne

Fizjoterapeutka W. Sherborne opracowała metodę ruchu rozwijającego, który stosowany jest, jako narzędzie wspomagające w terapii zaburzeń rozwoju. Celem jej było wykształcenie świadomości własnego ciała, przestrzeni wokół niego, jak również dzielenia się ową przestrzenią z innymi, oraz nawiązywania z nimi bliskich interakcji. Dodatkowym elementem w metodzie jest odpowiednio dobrana muzyka. Efektem zajęć jest usprawnianie koncentracji i utrzymania prawidłowego tempa oddychania. [170]

Mobilna Rekreacja Muzyczna

Podczas zajęć wspomagania często stosuje się metodę terapii muzyką. Celem muzykoterapii jest korekcja zaburzonych funkcji, kompensacja napięć psychofizycznych

---

[168] tamże, s. 93 - 94

[169] T. Pietras, A. Witusik, P. Gałecki, Autyzm - epidemiologia, diagnoza i terapia, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010, s. 199

[170] L. Bobkowicz - Lewartowska, Autyzm dziecięcy, zagadnienia diagnozy i terapii, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2000, s. 108

66:6691178933

i regulowania doświadczeń społecznych. Terapeutyczne działanie muzyki wpływa na cały psychofizyczny organizm modulując emocje, oczekiwania, czy dążenia. Dodatkowym elementem jest muzyczna ekspresja, która wyrażana jest ruchem, śpiewem, czy gestem.

W przypadku dzieci autystycznych, których świat wewnętrznych przeżyć psychicznych jest dysfunkcyjny niewerbalne ekspresje mają większe znaczenie niż werbalne. Jedną z form muzykoterapii jest Mobilna Rekreacja Muzyczna. Celem zajęć jest:

- odreagowanie
- zrytmizowanie
- uwrażliwienie na wartości estetyczne
- relaksacja
- oraz aktywizacja ruchowa

Zajęcia mogę być prowadzone wśród dzieci autystycznych w grupach do 5 osób. Ważnym aspektem narzędzia jest, by grupy były sprofilowane wiekowo, temperamentalnie i jednorodne psychomotorycznie. Szczególnym rodzajem zajęć dla dzieci autystycznych jest terapia kreatywna. Zajęcia muzyczne wzbogacane są o dodatkowe formy ekspresji - gra na instrumentach, taniec, zajęcia plastyczne, czy zabawa. [171]

Terapia kontaktowa z wykorzystaniem zwierząt

W terapii z dzieckiem autystycznym czasem wykorzystuje się zwierzęta - psy lub konie. Dogoterapia to forma terapii kontaktowej, która polega na kontakcie dziecka autystycznego z psami, z kolei hipoterapia to forma terapii kontaktowej, która polega na pracy z końmi. Działania te mają na celu poprawę funkcjonowania w sferze fizycznej, poznawczej, oraz w obszarze kompetencji emocjonalno - społecznych. [172]

Psychopedagogika rozumnego działania dłoni

Pod koniec XX wieku Felicja Affolter opracowała metodę, która polegała na poszukiwaniu przez osoby ze spektrum autyzmu bodźców czuciowych. Celem jej było eksplorowanie, oraz zrozumienie i przekształcanie rzeczywistości. Proces terapeutyczny rozgrywa się w ścisłym kontakcie dotykowym terapeuty z autystą. Przebiega pięcioma etapami: wycofanie się, oswajanie, rozpoznanie, oczekiwanie, oraz realizacja zadań. Ucząc się środowiska wzbogaca się sensorycznie zachowania sprawcze w rozwiązywaniu codziennych problemów. Prognostyczne cele metody mają korygować u dzieci autystycznych:

---

[171] J. J. Błeszyński, Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2004, s. 65 - 67

[172] T. Pietras, A. Witusik, P. Gałecki, Autyzm - epidemiologia, diagnoza i terapia, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010, s. 207 - 208

67:2126464164

- udział w życiu rodziny, prowokowanie do spontanicznych kontaktów emocjonalnych (wzrokowych, słuchowych, dotykowych, werbalnych)
- usprawnianie mechanizmów przywiązania
- problemy z zakresu nadwrażliwości na bodźce sensoryczne

W sesjach dziecko prowokowane jest do działania wymuszonego przez kontakt taktylny. Przy systematycznej pracy Affolter przewidywała integrację odbioru sensorycznego. [173]

Metoda treningu słuchowego (stymulacja audio - psycho - lingwistyczna)

Badający uszkodzenia słuchu o charakterze zmysłowo - nerwowym Alfred Tomatis zwrócił uwagę na specyfikę powiązań procesu słuchem a głosem. Rozdzielił słyszenie (proces bierny związany z recepcją dźwięku), i słuchanie (aktywny proces związany z uwagą słuchową). Odbierany przez obwodowy układ słuchowy dźwięk wymaga recepcji dźwięku. Z kolei, jak wskazał w publikacjach z 1957 roku zaburzenia słuchania są zależne od prawidłowości procesów, które zachodzą w OUN mogą być związane z niewłaściwym działaniem struktur za nie odpowiedzialnych. Metoda treningu słuchowego jest skuteczna w przypadku zaburzeń uwagi słuchowej. [174]

2.3. Założenia terapii taktylnej jako metody usprawniającej rozwój ruchowy, poznawczy, społeczny i emocjonalny dzieci z ASD

Neurokinezjologiczna terapia taktylna Swietłany Masgutowej jako metoda powstała w drugiej połowie XX wieku to wspomagająca technika masażu i stymulacji skóry. Zatwierdzona w 2005 roku jako certyfikowana terapia przez Międzynarodowy Instytut Neurokinezjologii Rozwoju Ruchowego i Integracji Odruchów. Założeniem jej jest holistyczne spojrzenie na człowieka, jego całokształt rozwojowy, oraz doświadczenie. Uniwersalizm terapii wskazuje, ze można zarówno traktować ją jako

- samodzielnie stosowaną technikę
- jako wspomaganie zindywidualizowanego programu
- jako element współdziałania różnych metod

W czasie masażu, czy stymulacji skóry aktywizowane są funkcje mózgowe, oraz funkcje układu nerwowego. Termin "taktylna" pochodzi od łacińskiego terminu *tactilis*, co oznacza

[173] J. J. Błeszyński, Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2004, s. 145 - 150
[174] T. Pietras, A. Witusik, P. Gałecki, Autyzm - epidemiologia, diagnoza i terapia, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010, s. 211-212

68:9152014062

dotyk. Opiera się zatem o założenie, że stymulowanie zmysłu dotykowego implikuje wykorzystanie odpowiednich neurologicznych zasobów ruchowej aktywności człowieka. [175]

Dotyk, podając za Anetą Giczewską, to pierwsze wrażenie człowieka, którego doświadcza jeszcze w okresie prenatalnym. Postęp myśli socjotechnicznej w naturalnym procesie osłabił stymulowanie dotyku co wpłynęło na integrację sensoryczną. Brak, lub niedosyt bodźców sensomotorycznych wpływa na deficyty w odbiorze percepcyjnym. [176]

W procesie rozwoju u autystów pojawić się mogą różnorodne rodzaje zaburzeń sensorycznych. Każdy z układów może pojawić się o ładunku nadwrażliwości, bądź niedowrażliwości. W ramach układu przedsionkowego nadwrażliwość generuje objawy wegetatywne, pojawić się może nietolerancja na ruchy obrotowe głowy, oraz niepewność grawitacyjna. Niedowrażliwość reprezentowana jest w postaci nadmiernej aktywności ruchowej, a ponadto generuje problemy z koncentracją. W obrębie proprioreceptywnym nadwrażliwości się nie obserwuje. Z kolei w ramach niedowrażliwości zauważa się chaotyczne i niekontrolowane ruchy, zbyt silny nacisk manipulacyjny, nieskoordynowane podskakiwanie. W obszarze taktylnym nadwrażliwość manifestowana jest unikaniem bliskości, dotyku, niechęć do kontaktu z niektórymi substancjami, mycia się, czesania, czy noszenia ubrań. Niedowrażliwość przejawia się autostymulacją w postaci obijania się o przedmioty, uderzania się po głowie, lub innych częściach ciała. [177]

Zmysł taktylny jest ściśle związany z odbiorem bodźców ze skóry. Pojawia się w 6 - 8 tygodniu życia płodowego. Dwa jego elementy zostały zbadane przez Henrego Head'a. W myśl jego koncepcji układ taktylny związany jest z systemem protopatycznym, oraz epikrytycznym. Starszy ontologicznie system ostrzegawczy broni przez uszkodzeniami. Później rozwija się układ różnicujący, który ma związek z wyższymi układami nerwowymi. [178]

Jednym z obszarów, który odpowiada za rozwój schematu ciała, oraz za planowanie ruchu są spostrzeżenia taktylne. W toku rozwoju przekształcają się od globalnego, ogólnego odczuwania bodźców dotykowych, aż do ich szczegółowego zróżnicowania. Odczuwanie ruchów ciała jest istotną funkcją organizmu. Rozwój w zakresie spostrzeżeń taktylnych stopniowo wykształca u dziecka wyobrażenia o jego schemacie ciała. Zablokowany, bądź

---

[175] S. Masgutowa, Neurokinezjologiczna Terapia Taktylna dr Swietłany Masgutowej, Rosja - Polska 2005, s. 9

[176] A. Giczewska, Fenomen dotyku, Warszawa 2021, s. 18 - 20

[177] T. Pietras, A. Witusik, P. Gałecki, Autyzm - epidemiologia, diagnoza i terapia, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010, s. 202

[178] A. Giczewska, Fenomen dotyku, Warszawa 2021, s. 33

69:1131822650

nieprawidłowy rozwój doznań taktylnych może spowodować nieprawidłowości w zakresie postrzegania własnego ciała, a co się z tym wiąże, rozwoju ruchowego. [179]

Terapia taktylna jest powiązana ze zmysłem dotyku na receptorach skórnych. Optymalizuje ona funkcjonowanie układu nerwowego poprzez połączenia między synaptyczne. Ponadto badania wskazują, że dotyk wpływa na rozwój kory mózgowej, półkul mózgowych, śródmózgowia, oraz tyłomózgowia. Pośrednio wpływa również na stymulację hormonalną i regulacje procesów funkcjonowania i dojrzewania poszczególnych struktur. Wspierając koordynację systemu ciało - mózg terapia taktylna może być wykorzystana do pracy z różnymi dysfunkcjami, zwłaszcza z pacjentem autystycznym, z porażeniem mózgowym, nadpobudliwością psychoruchową, czy zaburzeniami mowy. [180]

Diagnoza spektrum autyzmu przejawia się obserwowanymi symptomami triady autystycznej. Charakterystyka funkcjonowania dzieci autystycznych obejmuje pewne grupy zachowań:

- nadwrażliwość lub niedowrażliwość sensoryczna
- trudności komunikacyjne i słabe kompetencje emocjonalno - społeczne, nieumiejętne naśladownictwo
- zaburzenia rozwoju funkcji psychicznych
- nietypowe, sztywne reakcje behawioralne, stereotypowość
- skupienie się we własnym mikroświecie
- kompensacyjna autostymulacja
- nieadekwatne funkcje adaptacyjne
- słabe rozłożenie tonusu mięśniowego
- słaba koordynacja w zakresie ruchu, mimowolna chaotyczność w obrębie ruchów

Trudności rozwojowe, z jakimi boryka się dziecko autystyczne jest związane z nieadekwatnym napięciem mięśniowym i brakiem równowagi w mechanizmie ruchu. Z jednej strony mięśnie dziecka autystycznego mogą być nadmiernie napięte, a drugiej zaś strony mogą przejawiać charakter hipotoniczny. Specyfika napinania mięśni cechuje naprzemienność rozluźniania i napinania. Z wiekiem ruchy te mogą przeobrazić się w reakcję behawioralną. Niestabilność ruchowa dotyczy również stylu oddychania, pracy mięśni, ruchów, oraz pracy oczu. [181]

---

[179] J. J. Błeszyński, Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2004, s. 33
[180] S. Masgutowa, Neurokinezjologiczna Terapia Taktylna dr Swietłany Masgutowej, Rosja - Polska 2005, s. 51
[181] tamże, s. 86 - 87

70:5747150123

Program terapii powinien być opracowany zgodnie z kryteriami diagnostycznymi (uwzględniać wieloobjawowość zaburzenia), oraz indywidualizm profilowy. Celem tak opracowanego programu terapeutycznego są:

- integracja pierwotnych odruchów niemowlęcych
- holistyczny system ruchu ciała
- wspomaganie emocjonalno - społeczne
- wspomaganie poznawczego systemu

Programy powinny uwzględniać fizyczne obciążenia, które utrzymałoby napięcie psychofizyczne. Usprawnianie dużej motoryki pełni nie tylko funkcje usprawniania koordynacji ruchowej, ale także wspomaga funkcje komunikacji społecznej, natomiast usprawnianie funkcji małej motoryki ma za zadanie usprawnić świadomość kinestetyczną i pamięć. [182]

Podczas stosowania terapii taktylnej do skóry dostarczana jest kontrolowana ilość bodźców dotykowych i proprioreceptywnych. Terapeuta, bądź rodzic przesuwa dłonie po poszczególnych częściach ciała dziecka. Kolejne segmenty ciała są nazywane, czasem masowane, bądź wibrowane. W ten sposób dziecko odbiera zróżnicowane czasowo i naciskowo bodźce tworząc model własnego ciała. Doświadcza własne ciało odczuwając jego kształt, granice, czy położenie przestrzenne. Stymulacja taktylna powinna być dostosowana do odbiorcy dotyku, może uwzględniać głaskanie, masaż, uciskanie, czy wibrację. Pobudzanie receptorów taktylnych i propriocepcji ma istotne znaczenie dla funkcjonowania układu nerwowego. Ważnymi wskazówkami dla terapii taktylnej są:

- delikatny i stanowczy dotyk
- płynny i rytmiczny ruch dłoni
- utrzymywany kontakt wzrokowy
- nazywanie części ciała

Stymulacja taktylna obejmuje uaktywnianie rąk i obręczy barkowej, nóg i obręczy biodrowej, głowy i bocznych krawędzi ciała, brzucha, centrum ciała, twarzy (czoło, brwi, oczy, nos, policzki, usta, uszy), dłoni, stóp. [183]

Ustalenia diagnostyczne w obrębie metody taktylnej obejmują kilka etapów. Postępowanie badawcze wymaga badania w celu sformułowania i zweryfikowania hipotezy,

[182] tamże s. 90
[183] A. Giczewska, Fenomen dotyku, Warszawa 2021, s. 125 - 165

71:4477966925

która będzie podstawą do sformułowania diagnozy. Po uzyskaniu dokumentacji diagnostycznej można rozpocząć proces wspomagania. [184]

[184] S. Masgutowa, Neurokinezjologiczna Terapia Taktylna dr Swietłany Masgutowej, Rosja - Polska 2005, s. 97 - 99

72:7795435478

Rozdział trzeci
Charakterystyka metodologiczna pracy

W literaturze pedagogicznej i psychologicznej znaleźć można wiele informacji na temat samego autyzmu, zaburzeń, utrudniających prawidłowy rozwój dziecka w obrębie sfer poznawczych, psychicznych, społecznych i emocjonalnych.
Poruszane problemy znajdują się w obszarze zainteresowań wielu dyscyplin naukowych m in. pedagogiki, zwłaszcza specjalnej, logopedii, psychologii i medycyny.
Problematyka rozwoju i funkcjonowania dziecka z autyzmem stanowi niewątpliwie interesujące zagadnienie badawcze. Jako obszar otwiera szerokie możliwości do wszelkich poszukiwań pomocy, wsparcia i terapii popartych wieloletnimi badaniami.
Na temat funkcjonowania dzieci ze spektrum autyzmu powstało wiele publikacji naukowych. Jednak kontrowersje , jakie pojawiły się wokół etiologicznych i symptomologicznych kwestii, wciąż nie zostały do końca wyjaśnione.[185]
Jak już wspomniałam autyzm to zaburzenie rozwoju emocjonalnego i społecznego, ma bardzo zróżnicowany obraz i przebieg o przyczynach nie do końca znanych. „Analiza rozwoju dziecka pozwala wyróżnić specyficzne zachowania, których intensywność i występowanie są zindywidualizowane (zdeterminowane np.; przez rozwój intelektualny, czas pojawienia się pierwszych objawów oraz nasilenie.[186] Zamiarem moim jest ukazanie ogólnego funkcjonowania dziecka autystycznego.

3.1. Przedmiot i cel badań, problemy i hipotezy badawcze

Przedmiot badań naukowych wywodzi się zwykle z problematyczności aspektu, oraz jego odzwierciedlenia w naukowych publikacjach. Metodologia w obszarze pedagogiki wskazuje, by zaprojektować skuteczne badanie empiryczne. A wskazanym byłoby skłonić się ku refleksji badawczej. [187]

[185] Š. Vašek, A. Stankowski, Zarys pedagogiki, Katowice 2006, 164
[186] L.Bobkowicz-Lewartowska: Autyzm dziecięcy; Zagadnienia diagnozy i terapii, Wyd. Impuls Kraków 2005, s.57
[187] R. Schulz, Wykłady z pedagogiki ogólnej, T. III, Wydawnictwo UMK, Toruń 2009, s. 222

73:5394882028

Według definicji Hanny Komorowskiej[188], która wskazuje przedmiot jako pewne zjawiska mieszczące się w problematyce teorii i praktyki danej subdyscypliny pedagogicznej i wyodrębnione w celach badawczych za **przedmiot badań niniejszej pracy** uznaję poziom funkcjonowania dzieci z autyzmem na wczesnym wspomaganiu rozwoju dziecka.

Badania naukowe muszą odnosić się do podstawowych funkcji, jakie pełni nauka w odniesieniu do celu przedsięwzięcia empirycznego. Przede wszystkim problem badany powinien spełniać cel diagnostyczny. Pozyskane procesie badawczym dane powinny służyć rozpoznaniu stanu, bądź wskazywać na tendencje prognostyczne w tym zakresie. Wyjaśnianie rozpoznanych zależności o charakterze przyczynowo - skutkowym pozwoli na prognozowanie kierunku zmian, a co się z tym wiąże modyfikowaniu rozwiązań. Jednak, prócz oczywistego aspektu instrumentalno - metodologicznego metodologia nauk pedagogicznych pełni także funkcje psychologiczne, oraz kulturowe. Poznawanie i rozumienie świata, którym człowiek egzystuje rzutuje na zasady rozwoju, pochodzenie i kierowanie ludzkim życiem. Celem zatem badań jest weryfikacja, rozumienie, prognozowanie kierunku zmian, oraz działanie w każdym obszarze aktywności człowieka. [189]

Celem badań jest odzwierciedlenie takiego sposobu myślenia, by podjął próby wyjaśnienia postawionego problemu badawczego. To ciągłe poszukiwania o charakterze ontologicznym, oraz epistemologicznym, które pozwalają zaplanować strategię badań, oraz je zrealizować. Metodologia zatem, to postępowanie badawcze, powiązane częściowo z procesem diagnostycznym. [190]

Celem głównym badań jest ustalenie i określenie rozwoju dziecka autystycznego oraz jego funkcjonowanie w zakresie poszczególnych sfer rozwoju.

Celem teoretycznym jest określenie stopnia autyzmu oraz indywidualnego funkcjonowania badanych dzieci.

Celem praktycznym natomiast, jest określenie wskazań do pracy terapeutycznej w odniesieniu do badanych osób jak również sformułowanie wniosków dotyczących dalszej terapii.

---

[188] H.Komorowska:Metody badań empirycznych w glottodydaktyce; Warszawa 1982,s.77

[189] T. Pilch, Zasady badań pedagogicznych, s. 13, https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/43488585/Zasady_badan_pedagogicznych_-_Tadeusz_Pilch-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1647167626&Signature=VV8cX86UnrozWiR8yK-eD-o6Eep-jKB3esWzY9S~tUfSWXPvIAdcFy45GE18EXMB-yR4ynJT6cswetJwt3nzd-ufB7OeMhmggs3u9kVcqdkLVpgCdTtVH0dbMEYPct~uWLyMVjKcPEyoRy3hQDl13MMkSJGlo4GjVog-Pm4V1sghJfbbdmZnCdfAZUWUcclb0dkTonizWtRn7G2AJ0sncJP8coK5fMQcVxO5xdU1B5ZWN0uZg7Nwi1~7P3SQgW4uw2B3i-Gs97oKjY0Uj5hX9lQY43IzjmVzTT1ooSsFJftCumrE1lS1uCiVTWTXi2r-cHhb-ybeIwc~MiXM-3ARBA__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA, pobrano 13.03.2021

[190] D. Kubinowski, M. Nowak, Metodologia pedagogiki zorientowanej humanistycznie, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2006, s. 7

74:2993657475

Prowadzone badania mogą być zaliczone do badań weryfikacyjnych i diagnostycznych[191] - jest to ukazanie związku pomiędzy indywidualnym funkcjonowaniem dziecka na zajęciach wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, a stopniem autyzmu oraz zastosowaną terapia taktylną. **Celem badań weryfikacyjnych** jest umożliwienie i sprawdzenie działania czynnika wprowadzonego celowo do badanego układu, określenie skutków, siły, znaczenia, i jakości działania wybranej zmiennej w celu wywołania korzystnych zmian, którego istotę i oddziaływanie chcemy poznać.[192]

Problemy badawcze

W badaniach pedagogicznych ważną rolę odgrywają problemy badawcze, niezależnie od jakościowego, bądź ilościowego podejścia.

Prawidłowo sformułowany problem badawczy powinien uwzględniać zakres niewiedzy w danym obszarze i skutecznie go uzupełniać. Ponadto, powinien wyjaśniać i opisywać zależności, jakie występują pomiędzy zmiennymi, co stosunkowo ściśle zawęzi obszar badań. Problem badawczy w toku badań powinien być rozstrzygalny, co wskaże na jego aspekt praktyczny. O prawidłowości sformułowania problemu badawczego świadczy sam proces empiryczny, oraz późniejsze wnioskowanie przyczynowo - skutkowe. W dalszym procesie problemy empiryczne stają się podstawą do stworzenia hipotez, które niejednokrotnie stają się gramatyczną transformacją postawionych problemów naukowych. [193]

Problem badawczy brzmi:

1. **Jak terapia taktylna określa indywidualne funkcjonowanie dziecka z autyzmem na zajęciach wczesnego wspomagania rozwoju dziecka ?**

Aby udzielić odpowiedzi na tak sformułowane pytanie wyłoniono szereg problemów szczegółowych i ujęto je w postaci pytań:

Problemy szczegółowe:

1. Jaki stopień autyzmu prezentują dzieci ?
2. Jak terapia taktylna wpływa na poziom:

   2.1. Umiejętności w zakresie określonych sfer badanych i czy wykazuje związek ze stwierdzonym stopniem autyzmu ?

   2.2. Umiejętności w zakresie naśladowania ?

   2.3. Umiejętności w zakresie percepcji wzrokowo-słuchowej ?

---

[191]S. Juszczyk: Metodologia badań empirycznych w naukach społecznych; Katowice 2001,s.22-23
[192]T. Pilch, T. Bauman; Zasady badań pedagogicznych, Wyd. Akademickie Żak Warszawa 2001,s.36
[193] tamże, s. 24 - 25

75:2846158859

2.4. Umiejętności w zakresie motoryki małej - dużej oraz koordynacji wzrokowo-ruchowej ?

2.5. Umiejętności w zakresie czynności poznawczych ?

3. Jakie zmiany zachodzą w zachowaniu badanych pod wpływem terapii taktylnej ?

3.1. W zakresie komunikowania i rozwoju kontaktów społecznych ?

3.2. W zakresie rozwijania różnych form zabawy ?

3.3. W zakresie reagowania na bodźce sensoryczne (np. dotykowe, słuchowe, wzrokowe, smakowe, zapachowe) ?

Hipotezy robocze

Autorzy podkreślają, iż w procesie badawczym wymaga się, by osoba stawiająca problemy przekształciła je w zbiór hipotez tj, proponowanych odpowiedzi na pytania zawarte w przyjętym problemie[194].

Hipoteza robocza dla potrzeb tej pracy ma postać następującą:

Zastosowana terapia taktylna poprawi jakość funkcjonowania badanych na zajęciach wczesnego wspomagania rozwoju, w zależności od stwierdzonego stopnia, mogąc również powodować zmianę stopnia autyzmu.

Hipotezy szczegółowe:

1. Badani prezentują zindywidualizowany stopień autyzmu, lekki, umiarkowany bądź znaczny
2. Zajęcia terapeutyczne wpłyną pozytywnie na rozwój:

2.1. Umiejętności w zakresie określonych sfer (skal) i wykażą związek ze stopniem Autyzmu

2.2. Pod wpływem oddziaływań terapeutycznych nastąpi sprawniejsze odwzorowywanie czynności wynikających z stosowanych ćwiczeń

2.3. Zajęcia terapeutyczne wpływają na zwiększenie poziomu uważności percepcji słuchowo-wzrokowej

2.4. Zajęcia terapeutyczne wpływają na osiągnięcie wyższego poziomu w zakresie motoryki małej (sprawne używanie kredki) – dużej (równowaga, rytm, harmonia) oraz koordynacji wzrokowo-ruchowej (układanie puzzli)

2.5. Pod wpływem terapii nastąpi zwiększenie poziomu rozwoju czynności poznawczej (rozumienie i wykonywanie poleceń)

[194]M.Łobocki: Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych; Wyd. Impuls, kraków 2001,s.125

76:9265624295

3. Zajęcia terapeutyczne wpłyną pozytywnie na zachowanie:

3.1. Zastosowana terapia taktylna, dynamizuje komunikacje werbalną i niewerbalną zmieniając interakcje społeczne

3.2. Zajęcia terapeutyczne rozwijają zainteresowania badanych przedmiotami, wyzwalają i wpływają na uruchomienie ciekawości nowymi formami zabaw

3.3. Normalizuje charakter czucia odbioru sensorycznego

3.2. Zmienne i ich wskaźniki

M. Łobocki definiuje zmienne jako (…) próbę uszczegółowienia głównego ich przedmiotu, czyli problemów badawczych, jakie zamierza się rozwiązać i hipotez roboczych, jakie pragnie się potwierdzić lub odrzucić. Są nimi podstawowe cechy, symptomy, przejawy charakterystyczne dla danego faktu, zjawiska czy procesu, albo też różnego rodzaju czynniki będące przyczyną lub skutkiem[195].

W oparciu o przedstawione założenia metodologiczne ustalono zmienne zależne i niezależne. Dobrane zmienne mają zarówno charakter opisowy, jak i ilościowy.

[195] M. Łobocki: wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych; Wyd.Impuls, Kraków 2001, s.135

77:1143894413

Tabela 1. Zmienna niezależna główna wprowadzona do procedury eksperymentalnej

ZMIENNA NIEZALEŻNA	
GLOBALNA	**SZCZEGÓŁOWE**
Program zajęć terapii taktylnej	Ćwiczenia: - Stymulacja czucia dotykowego przedniej powierzchni ciała. - Rozciąganie kończyn górnych. - Rozciąganie kończyn dolnych. - Stymulacja-głaskanie bocznych powierzchni ciała. - Stymulacja brzucha. - Uświadomienie ciału kierunku wzrostu skóry. - Uciskanie kończyn-aktywizacja czucia głębokiego. - Rotacja stawów kończyn górnych i dolnych. - Leniwa ósemka biodrami. - Stymulacja przepony oraz ruchowych schematów Gallanta i Pereza. - Leniwa ósemka na klatce piersiowej. - Rozciąganie przedniej powierzchni tułowia naprzemiennie. - Głaskanie-stymulacja skóry głowy. - Leniwa ósemka głową. - Stymulacja czucia dotykowego tylnej powierzchni ciała. - Leniwe ósemki w obszarze krzyżowym. - Stymulacja czucia głębokiego dotykowego tylnej powierzchni ciała. - Rozciąganie tylnej powierzchni tułowia-naprzemiennie. - leniwa ósemka na łopatkach. - Rotacja kolan.

78:1072479745

Tabela 2. Zmienna pośrednicząca i wskaźniki zmiennych

Typ zmiennych	Wskaźniki zmiennych
Zmienna pośrednicząca Stopień autyzmu: 1. lekki 2. umiarkowany 3. głęboki	**Wyniki liczbowe uzyskane w testach, skala CARS** I. Kontakty społeczne II. Naśladownictwo III. Reakcje emocjonalne IV. Posługiwanie się ciałem V. Posługiwanie się przedmiotami VI. Adaptacja do zmian VII. Reakcje wzrokowe VIII. Reakcje słuchowe IX. Smak, węch, dotyk X. Lęk i niepokój XI. Komunikacja werbalna XII. Komunikacja niewerbalna XIII. Poziom aktywności XIV. Poziom harmonijności rozwoju Intelektualnego XV. Ogólne wrażenia

79:7907358141

Tabela 3. Zmienne zależne i ich wskaźniki

Typ zmiennych	Wskaźniki zmiennych
Zmienna zależna Indywidualne umiejętności w zakresie funkcjonowania dziecka z autyzmem	Wyniki liczbowe uzyskane w skali – kwestionariusz PEP-R I. Naśladowanie II. Percepcja III. Motoryka mała IV. Motoryka duża V. Koordynacja wzrokowo-ruchowa VI. Czynności poznawcze VII. Komunikacja, mowa czynna
Zmienna zależna Indywidualne zachowania badanych	I. Nawiązywanie kontaktów i reakcje emocjonalne II. Zabawa i zainteresowanie Przedmiotami III. Reakcje na bodźce IV. Mowa Dane uzyskane w trakcie wywiadu.

80:1101775774

3.3. Strategie i metody badań

Warunkiem skutecznego rozwiązania problemu badawczego jest zastosowanie odpowiedniej strategii i sposobów postępowania badawczego, czyli doboru odpowiednich metod, technik i narzędzi badawczych.

W swojej pracy badawczej wykorzystałam przesłanki z pozycji metodologicznych Tadeusza Pilcha i Teresy Bauman p.t. Zasady badań pedagogicznych[196] i zastosowałam strategie **ilościową i jakościową**[197]. Jakościowy opis faktów i analiz faktów, zjawisk lub procesów odbywa się głównie w formie narracyjnej lub eseistycznej, z wykluczeniem na ogół wszelkich zestawień liczbowych i obliczeń statystycznych[198]. Współczesne badania jakościowe uważa się na ogół za wyraźnie przeciwstawne podejściu ilościowemu[199] .

W badaniach jakościowych badacz nie tyle odżegnuje się od teorii, ile pozwala, by uprzednia teoria odcięła się od całości badanego obiektu, w konkluzji można stwierdzić, że badania ilościowe i jakościowe mają charakter komplementarny[200].

Badania zaprezentowane i omówione w niniejszej pracy przeprowadzono w oparciu o **metodę sondażu diagnostycznego**, jest ona sposobem gromadzenia wiedzy o atrybutach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych, opiniach i poglądach wybranych zbiorowości, nasilaniu i kierunkach rozwoju określonych zjawisk i wszelkich innych zjawiskach instytucjonalnie nie zlokalizowanych – posiadających znaczenie wychowawcze – w oparciu o specjalnie dobraną grupę reprezentującą populację generalną, w której badane zjawisko występuje[201].

Według M. Łobockiego o ile metoda odnosi się do ogólnych dyrektyw czy norm postępowania badawczego, o tyle technika tożsama jest z bliżej skonkretyzowanymi wskazaniami, określającymi możliwie dokładnie i szczegółowo przebieg organizowanego z jej pomocą procesu badawczego[202]. Technika badań to czynność poznawcza, a wszystko inne to narzędzia służące tym czynnościom, czyli kwestionariusze do ankietowania, skale do testowania, itd.[203].

---

[196]T.Pilch, T.Bauman: Zasady badań pedagogicznych; Wyd. Żak, Warszawa 2001
[197]Tamże, s.267
[198] S. Juszczyk: Metodologia badań empirycznych w naukach społecznych; Wyd. Katowice 2001, s.15
[199] Tamże, s.15
[200]S. Juszczyk: Metodologia badań empirycznych w naukach społecznych; Wyd. Katowice 2001, s.16
[201]T. Pilch, T. Bauman: Zasady badań pedagogicznych; Wyd. Żak, Warszawa 2001, s.80
[202] M. Łobocki: Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych; Wyd. Impuls,
[203] Tamże, s.85-86

81:9057533581

Techniki przyporządkowane metodzie sondażu diagnostycznego, które zostały uwzględnione w niniejszej pracy to: **wywiad, obserwacja i analiza dokumentacji psychologiczno- pedagogicznej**.

Narzędziem badawczym był kwestionariusz wywiadu i skala CARS – Childhood Autism Rating Scale (Skala Oceny Autyzmu Dziecięcego) E. Schoplera, R. Reichlera, B. Renner.

Badania przeprowadzone metodami ilościowymi (kwantytatywnymi) i jakościowymi (kwalitatywnymi)[204]. Osobami badanymi są jednostki o wysokim stopniu samoświadomości, posiadające dużą zgodność, bądź przeciwnie, gdy są one niezdolne[205].

W badaniach jakościowych podejmujemy tematy związane z tym co jednostkowe[206].

W mojej pracy badawczej dotyczy to poziomu funkcjonowania dzieci autystycznych.

Obok sondażu diagnostycznego w badaniach wykorzystano także **metodę eksperymentu pedagogicznego**. Według W. Zaczyńskiego eksperyment to metoda badająca określony wycinek rzeczywistości, polegający na wywoływaniu lub tylko zmienianiu przebiegu procesów przez wprowadzenie do nich jakiegoś czynnika i obserwowaniu zmian powstałych pod jego wpływem[207]. Badania zostały przeprowadzone w oparciu o próbę eksperymentalną, zakładającą:

1. Wprowadzenie do badanych zjawisk **nowego czynnika** i obserwowanie zmian powstałych pod jego wpływem (W. Zaczyński 1968).
2. Określenie na drodze badań ilościowych lub jakościowych zmian wywołanych przez ten czynnik[208].

Technika wykrywania zależności pomiędzy zmienną niezależną, a innymi elementami badanego układu opiera się o zasady przyczynowości i rozumowania indukcyjnego według J.ST. Milla w postaci słynnych pięciu kanonów: kanonu jedynej różnicy, jedynej zgodności, różnicy i zgodności, zmian towarzyszących oraz kanonu reszt[209].

W związku z przedstawionymi **kanonami Milla** niniejszej pracy na uwagę zasługuje **kanon jedynej różnicy.** Oznacza on wprowadzenie czynnika eksperymentalnego (zmiennej niezależnej) do jednej tylko grupy eksperymentalnej .

---

[204] Š. Vašek , A. Stankowski: Zarys pedagogiki specjalnej; Wyd. Uniwer. Śląski, Katowice 2006, s.78-79
[205] T. Pilch, T. Bauman: Zasady badań pedagogicznych; Wyd. Żak, Warszawa 2001, s.279
[206]Tamże, s.278
[207] Tamże, s. 73
[208] S. Palka: Pedagogika w stanie tworzenia; Wyd. UJ, Kraków 1999
[209] S. Juszczyk: Metodologia badań empirycznych w naukach społecznych, Wyd. Katowice 2001, s.80

82:5259955047

W badaniach własnych **zastosowano technikę grup równoległych**, zwaną także techniką grup porównawczych, zakłada ona konieczność uwzględnienia w czasie przeprowadzonego eksperymentu[210]:

1. dwojakiego rodzaju grup (eksperymentalnej i kontrolnej), równoważnych w stopniu mało różniącym się na przykład pod względem składu osobowego, czyli poziomu umysłowego, płci, wieku i różnych ogólnych uwarunkowań zewnętrznych,
2. określenie czynników eksperymentalnych (zmiennych niezależnych) wprowadzonych tylko w grupie eksperymentalnej,
3. badań początkowych i końcowych mających na celu kontrolę zmiennych zależnych, a nierzadko również zmiennych pośredniczących[211].

Tabela 4. Plan eksperymentalny z podwójnym pomiarem: początkowym i końcowym zmiennej zależnej[212]:

Grupy		**Badania początkowe**	**Warunki**	**Badania końcowe**	**Wyniki**
I-	**pierwsza Kontrolna**	**Tw1**	**C**	**Tw2**	**W1**
II-	**druga Eksperymentalna**	**Tw1**	**Cx**	**Tw2**	**W2**

Tw- testy wiadomości, C-czynniki badane w grupie kontrolnej, Cx- czynniki badane w grupie eksperymentalnej, W- wyniki: różnica stwierdzona w badaniu początkowym i końcowym. Tw2-Tw1.

Przy przeprowadzeniu eksperymentu posłużyłam się dwoma zbiorami osób grupą eksperymentalną i grupą kontrolną. Zastosowałam również odpowiednie techniki i narzędzia badawcze pozwalające na dokonanie pomiaru zmiennej zależnej.

[210]M. Łobocki: Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych, Wyd. Impuls, Kraków 2006, s.239
[211] M. Łobocki: Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych, Wyd. Impuls, Kraków 2010, s.239
[212]W. Zaczyński: Praca badawcza nauczyciela [W]; S. Juszczyk: Metodologia badań empirycznych w naukach społecznych 2001, s.80

83:7474453935

Narzędziem badawczym był profil psychoedukacyjny PEP-R – E. Schoplera i skala CARS – Childhood Autism Rating Scale (Skala Oceny Autyzmu Dziecięcego) E. Schoplera, R. Reichlera, B. Renner.

3.4. Techniki i narzędzia badawcze

W badaniach zastosowałam następujące techniki badań.

1. Wywiad z rodzicami dziecka autystycznego – w formie wywiadu skategoryzowanego

Wywiad jest rozmową badającego z respondentem według opracowanych wcześniej dyspozycji lub w oparciu o specjalny kwestionariusz[213]. J. Sztumski wywiadem nazywa taką rozmowę, poprzez którą badający chce uzyskać od respondenta dane określone celem badań[214]. Wywiad skategoryzowany jest techniką charakteryzującą się tym, że badający prowadząc rozmowę według opracowanych wcześniej dyspozycji, kieruje się ustaloną kolejnością pytań a nawet słów użytych w pytaniach[215]. W Wywiadzie zastosowano pytania otwarte i zamknięte. Pytania otwarte – w których w wykropkowanym miejscu należy udzielić własnej odpowiedzi. Pytania zamknięte – w których należy dokonać wyboru jednej lub wielu spośród podanych odpowiedzi. Wywiad składa się z trzech części. Celem części pierwszej było zebranie danych ogólnych na temat struktury formalnej badanych rodzin, stanu zdrowia dziecka autystycznego, członków rodziny i obciążeń dziedzicznych.

Część druga wywiadu dotyczyła zajęć ze specjalistą, programu i form terapii w przeszłości i aktualnie, sposobu i czasu realizacji, kto realizuje program terapii.

Część trzecia wywiadu dotyczyła zachowań społecznych dziecka autystycznego, posiadania świadomości istnienia innych osób, uczuć, umiejętności naśladowania innych, elementów zabawy, zachowania, rozpoznawanie w zachowaniu innych, elementów zabawy, zachowania, rozpoznawanie w zachowaniu innych elementów o znaczeniu społecznym i emocjonalnym, umiejętność utrzymywania kontaktu wzrokowego, spontaniczne okazywanie uczuć, poziom empatii, nawiązywanie spontanicznych kontaktów z rówieśnikami, podejmowanie i inicjowanie zabaw interakcyjnych z innymi dziećmi.

2. Obserwacja jest najbardziej złożoną i wszechstronną techniką gromadzenia materiału,

[213] S. Juszczyk: Metodologia badań empirycznych w naukach społecznych; Wyd. Katowice 2001, s.71
[214] J.Sztumski: Wstęp do metod i technik badań społecznych, PWN, Katowice 1995, s.120
[215] Z. Gostkowski, red.; Podręcznik ankietera. Łódź 1972, s. 24-44 [W:] S. Juszczyk, Metodologia badań empirycznych w naukach społecznych; Wyd. Katowice 2001, s. 71

84:8170102330

dlatego też przez niektórych badaczy bywa traktowana jako metoda badawcza. Obserwację można zdefiniować jako czynność badawczą polegającą na gromadzeniu danych drogą spostrzeżeń[216]. W prezentowanych badaniach obserwacja miała charakter systematyczny i bezpośredni. Dane empiryczne były gromadzone z wykorzystaniem skali CARS.

- Ogólny plan obserwacji:
- Obserwacja zachowania badanych,
- Obserwacja badanych w obszarze naśladownictwa,
- Sprawdzenie stopnia reakcji emocjonalnej,
- Obserwowanie stopnia zainteresowania się zabawkami bądź przedmiotami,
- Obserwacja zachowania badanych w reakcji na zmianę,
- Sprawdzenie reakcji wzrokowych, słuchowych i w obrębie pozostałych zmysłów,
- Określenie stopnia komunikacji werbalnej i niewerbalnej oraz aktywności,
- Określenie poziomu funkcjonowania.

3. Analiza dokumentacji – poddane zostały przede wszystkim orzeczenia i opinie wydane przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną.

Ze względu na podjętą w pracy problematykę badawczą materiał zostanie przeanalizowany pod kątem:

- poziomu rozwoju badanych,
- właściwości rozwoju psychoruchowego,
- stanu zdrowia, sytuacji rodzinnej,
- oceny rozwoju i zachowania badanych

Podczas badań wykorzystane zostały następujące narzędzia

1. Kwestionariusz wywiadu z rodzicami dziecka autystycznego – część I- dane ogólne dotyczące rodziny i dziecka autystycznego. Opracowany przez polskie Stowarzyszenie Terapii behawioralnej Kornela Grzegorczyk –Dłuciak
2. Kwestionariusz wywiadu z rodzicami dziecka autystycznego – część II- dane dotyczące terapii. Opracowany przez Polskie StowarzyszeniaTerapii Behawioralnej Kornela Grzegorczyk – Dłuciak
3. Kwestionariusz wywiadu z rodzicami dziecka autystycznego – część III- dane dotyczące zachowań społecznych dziecka. Opracowany przez Polskie Stowarzyszenie Terapii Behawioralnej Kornela Grzegorczyk – Dłuciak.
4. Skala CARS – ChildhoodAutism Rating Scale (Sklala Oceny Autyzmu Dziecięcego

[216] S. Juszczyk: Metodologia badań empirycznych w naukach społecznych; Wyd. Katowice 2001, s.67

85:2445057104

E. Schoplera, R. Richlera, B. Renner, 1988.

Skala określa stopień autyzmu od lekkiego-umiarkowanego do znacznego i można ją stosować dzieciom w dowolnym wieku. Obserwator ocenia zachowanie dziecka na 4-ro stopniowej skali, określającej stopień ciężkości w danym obszarze. Obejmuje 15 – cie obszarów takich jak: (stosunek do ludzi, naśladowanie werbalne i niewerbalne, reakcje emocjonalne, posługiwanie się ciałem, posługiwanie się przedmiotami, przystosowanie się do zmian, reakcje wzrokowe i słuchowe, reakcje w obrębie pozostałych zmysłów, lęk lub nerwowość, komunikacja werbalna i niewerbalna, poziom aktywności, poziom rozwoju intelektualnego i ogólne wrażenia). Ocena ogólna (suma punktów):

- Nie ma autyzmu (15-29,5)
- Autyzm lekki-umiarkowany (30- 36,5)
- Autyzm znaczny (37-60)

5. Profil Psychoedukacyjny PEP-R - E. Schoplera, R. Reichera, A. Bashford, M.D. Lansing, Lee M. Marcus. Powstał w Instytucie Psychiatrii Akademii Medycznej Uniwersytetu Północnej Karoliny w chapel Hill w USA pod kierunkiem prof. EricaSchoplera. Zapoczątkowany w 1966 roku stał się programem ogólnostanowym od 1972 roku. Obecnie jest programem ogólnokrajowym . To narzędzie diagnostyczne, służy do mierzenia postępów w rozwoju i terapii. Profil psychoedukacyjny dotyczy dwóch aspektów oceny funkcjonowania dziecka- odnosi się do poziomu rozwoju psychoedukacyjnego i służy do mierzenia postępów w rozwoju i terapii - (Skala Rozwoju) oraz do jego zachowania (Skala Zachowań).

Test składa się z następujących skal:

a) Skala Rozwoju (131 zadań testowych), podzielona jest na siedem sfer, kluczowych dla rozwoju dziecka. Dzięki ocenie w poszczególnych sferach mamy możliwość rozwoju badanych. Rodzaje sfer:

- Naśladowanie – 16 zadań sprawdzających umiejętność naśladowania dźwięków i ruchów,
- Percepcja – 13 zadań sprawdzających umiejętność percepcję wzrokową i słuchową,
- Motoryka mała – 16 zadań, np.; cięcie papieru, nawlekanie kulek na nitkę,
- Motoryka duża – 18 zadań, np.; wchodzenie po schodach, łapanie piłki,
- Koordynacja wzrokowo-ruchowa – 15 zadań, np.; wodzenie palcem po śladzie, układanie klocków,
- Czynności poznawcze – 26 zadań, np.; wskazywanie wymienionej części ciała, rozpoznawanie figur,
- Komunikacja i mowa czynna – 27 zadań, np.; czytanie, rozpoznawanie liter,
- W kolumnach dotyczących rozwoju badający wstawia oceny: zal. (zaliczone), ob.

86:9866167041

(obiecująca), n.zal. (nie zaliczone),

b) Skala Zachować PEP-R składa się z 43 zadań podzielonych na cztery części. Ma na celu rozpoznanie nietypowych zachowań:

- Nawiązywanie kontaktów i reakcje emocjonalne,
- Zabawa i zainteresowanie przedmiotami,
- Reakcje na bodźce,
- Mowa

W kolumnach dotyczących zachowania badający wstawia oceny: odp. (odpowiednie), um. (umiarkowanie nieodpowiednie), zn. (w znacznym stopniu nieodpowiednie).

PEP-R jest skutecznym środkiem do oceny możliwości dziecka z zaburzeniami rozwoju, ponieważ: 1) elastyczność w przeprowadzaniu testu pozwala na przystosowanie go do specyficznych zachowań dziecka 2) poszczególne zadania testowe nie są ograniczone czasowo. Należy nadmienić iż test Profil Psychoedukacyjny i Skala Oceny Autyzmu Dziecięcego była wykorzystywana przez polskich autorów do badania stopnia autyzmu i poziomu rozwoju i zachowania dziecka autystycznego.

3.5. Organizacja i przebieg badań

Praca badawcza obejmuje następujące etapy:

1. Analiza literatury przedmiotu.
2. Opracowanie i obrona koncepcji badań.
3. Dobór i weryfikacja narzędzi badań w oparciu o badania pilotażowe.
4. Opracowanie programu zajęć
5. Pomiar wstępny, przeprowadzenie eksperymentu, pomiar końcowy.
6. Statystyczne opracowanie uzyskanego materiału badawczego.
7. Analiza materiału empirycznego.

Badania testowe odbywały się na terenie placówki, do której uczęszczają badani. Każdy z badanych uczestniczył w spotkaniu indywidualnie, - przed i po eksperymencie.

Główny etap badań stanowiła realizacja programu- Terapia Taktylna. Program uwzględniał spotkania z dziećmi z grupy eksperymentalnej w ramach Wczesnego wspomagania rozwoju dziecka. Zajęcia prowadzone były raz w tygodniu trwały 1 godzinę i trwały przez okres sześciu miesięcy. (wrzesień 2018 roku - marzec 2019 roku). Uczestniczyć w tych zajęciach będzie 20 dzieci objętych eksperymentem.

87:5600087126

3.5.1. Program zajęć – Terapia taktylna stanowi podstawę oddziaływań Eksperymentalnych

Program – Terapia Taktylna był przeznaczony dla dzieci z autyzmem. Zajęcia odbywały na Wczesnym wspomaganiu rozwoju dziecka w Nowym Sączu. W zajęciach uczestniczyła dwudziestoosobowa grupa dzieci w wieku 6-7 lat z autyzmem. Program ten proponował techniki masażu i stymulacji skóry, które aktywizują rozwój i funkcjonowanie[217].
Założeniem metody jest uruchomienie naturalnych mechanizmów rozwoju, program terapii taktylnej składa się z następującego aspektu[218]. Polega na pracy zmysłu dotyku specjalnymi technikami, dzięki którym stymulujemy receptory znajdujące się w skórze. Stymulacja receptorów odbywa się zgodnie z ich funkcjami

3.5.2. Część szczegółowa programu[219]

Tematyka ćwiczeń[220]:

1.Stymulacja czucia dotykowego przedniej powierzchni ciała.

- Cel: Uświadomienie dziecku długości, rozmiaru i granic ciała, aktywizacja kinestetycznej i świadomości i granic własnego fizycznego ja.

2. Rozciąganie kończyn górnych.

- cel: uświadomienie i zróżnicowanie długości, rozmiaru i granicy każdej kończyny osobno.

3. Rozciąganie kończyn dolnych.

- Cel: uświadomienie i zróżnicowanie długości, rozmiaru i granicy każdej kończyny osobno.

4. Stymulacja- głaskanie bocznych powierzchni ciała.

- Cel: stymulacja kinestetycznej świadomości bocznych powierzchni ciała, uświadomienie miejsca (strefy), w którym łączą się przód i tył ciała.

---

[217]S. Masgutowa, J.Kowal, G.Mazur, D.Masgutow: Neurokinezjologiczna Terapia Taktylna dr S. Masgutowej– Metoda pracy z dziećmi i dorosłymi z wyzwaniami w psychoruchowym rozwoju; Warszawa 2005, s.9
[218] Tamże, s.9-10
[219] (Załącznik 1) zawierać będzie wybrane zdjęcia dzieci uczestniczących w terapii taktylnej
[220] S. Masgutowa, J. Kowal, G. Mazur, D. Masgutow: Neurokinezjologiczna Terapia Taktylna dr S. Masgutowej- Metoda pracy z dziećmi i dorosłymi z wyzwaniami w psychoruchowym rozwoju; Warszawa 2005 s.103-116

88:6160332823

5. Stymulacja brzucha.

- Cel: uświadomienie środka ciała, stymulacja funkcjonowania organów wewnętrznych, aktywizacja mechanizmu balansowania i wewnętrznej równowagi.

6. Uświadomienie ciału kierunku wzrostu skory.

- Cel: aktywizacja układu krążenia i limfatycznego, aktywizacja sensoryki (dotykowych odczuć) kończyn dolnych i górnych, uaktywnienie oddychania skórnego, stymulacja skóry i mięśni przy zaburzeniach sensorycznych.

7.Uciskanie kończyn-aktywizacja czucia głębokiego.

- Cel: stymulacja układu proprioreceptywnego, aktywizacja interakcji między: skórą a mięśniami, mięśniami a ścięgnami, ścięgnami i kośćmi, złagodzenie sensorycznych zaburzeń.

8. Rotacja stawów kończyn górnych i dolnych.

- Cel: poprawa ruchomości stawów, aktywizacja rotacji (rozluźnienie stawów, kończyn), aktywizacja odruchu balansowania – znalezienie punktu równowagi.

9. Leniwa ósemka biodrami.

- Cel: zwiększenie mobilności ciała i stymulacja rotacji, rozluźnienie kinestetycznej pamięci stresowej.

10. Stymulacja przepony oraz ruchowych schematów odruchów Gallanta i Pereza.

- Cel: stymulacja układu proprioreceptywnego, stymulacja przepony i mechanizmu interakcji między odruchami Persa i Gallanta, pobudzenie i normalizacja pracy układu pokarmowego.

11. Leniwa ósemka na klatce piersiowej.

- Cel: stymulacja mięśni oddechowych, usuwa napięcie i działa uspokajająco, pobudza receptory skórne.

12. Rozciąganie przedniej powierzchni tułowia naprzemiennie.

- Cel: wzmocnienie sensomotorycznego odczuwania schematu odruchu pełzania, aktywizacja odruchu skracania i rozluźniania mięśni tułowia.

13. Głaskanie-stymulacja skóry i głowy.

Cel: aktywizacja oddychania skórnego, stymulacja rytmu czaszki (mikroruchy między połączeniami kości czaszki), ruch ten działa uspokajająco i usuwa napięcie z okolic głowy, aktywizacja kinestetycznej świadomości rozmiarów i granic głowy.

14. Leniwa ósemką głową.

- Cel: zwiększenie ruchomości odcinka szyjnego kręgosłupa, rozluźnienie napięcia mięśni w okolicy karku, aktywizacja schematu odruchu ustalenia głowy.

89:5297619997

15. Stymulacja czucia dotykowego tylnej powierzchni ciała.

- Cel: uświadomienie długości i rozmiaru kończyn oraz granic ciała, rozluźnienie odruchu ścięgien.

16. Leniwe ósemki w obszarze krzyżowym.

- Cel: pobudzenie sensoryki w okolicy bioder i pośladków, działanie uspokajające, usunięcie napięcia mięśniowego w okolicy krzyża i bioder, stymulacja odruchu Persa i odruchu stabilności.

17. Stymulacja czucia głębokiego dotykowego tylnej powierzchni ciała.

- Cel: aktywizacja odruchów grzbietowych Gallanta i Persa, pobudzenie sensoryki tylnych powierzchni ciała.

18. Rozciąganie tylnej powierzchni tułowia-naprzemiennie.

- Cel: aktywizacja pierwszej strategii ruchowego rozwoju, promieniowania od środka ciała, aktywizacja odruchów grzbietowych Gallanta i Pereza.

19. Leniwa ósemka na łopatkach.

- Cel: dostarczenie wrażeń kinestetycznych i sensorycznych, uświadomienie segmentarnej budowy ciała.

20. Rotacja kolan.

- Cel: aktywizacja ruchomości w stawie kolanowym i biodrowym.

Procedury osiągania celów:

Program terapii taktylnej proponuje różne techniki, dzielimy je na[221]:

1. Lekki, stymulujący masaż naskórka i skóry właściwej.
2. Średni, z wykorzystaniem średniej siły ucisku, skierowany na stymulację receptorów odbierających bodźce.
3. Głęboki, docierający do głębokich struktur skóry właściwej i tkanki podskórnej, skierowany na aktywizację mechanizmu interakcji związków skóry z mięśniami, ścięgnami i kośćmi.

Wybór masażu zależy od potrzeb układu taktylnego (zmysłu dotykowego) i będzie skierowany na aktywizację[222]:

[221]S. Masgutowa, J. Kowal, G. Mazur, D. Masgutow: Neurokinezjologiczna Terapia Taktylna dr S. Masgutowej- Metoda pracy z dziećmi i dorosłymi z wyzwaniami w psychoruchowym rozwoju; Warszawa 2005 s.101

[222] S. Masgutowa, J. Kowal, G. Mazur, D. Masgutow: Neurokinezjologiczna Terapia Taktylna dr S. Masgutowej- Metoda pracy z dziećmi i dorosłymi z wyzwaniami w psychoruchowym rozwoju; Warszawa 2005 s.101

90:8135084597

1. Receptorów skóry odpowiedzialnych za odbiór powierzchniowego lub głębokiego dotyku.
2. Kierunku wzrostu skóry i pracy mięśni zapewniającej prawidłowe ich ruchy.
3. Dotykowej wrażliwości i jej wpływ na emocje i uczucia.

W realizacji założonych celów istotnymi elementami były również:
- stworzenie swobodnej, przyjaznej atmosfery podczas masażu,
- terapeuta wykonujący masaż powinien być spokojny i rozluźniony,
- trzeba zadbać o wygodną pozycję dla dziecka i terapeuty,
- masaż można wykonywać przy spokojnej muzyce (np.; Mozarta).

Zakładane osiągnięcia:

1. Zastosowana terapia poprawia:

- jakość odbioru sensorycznego (dotykowego, słuchowego, wzrokowego, węchowego i smakowego),
- nawiązywanie kontaktów i reakcje emocjonalne,
- społeczny,
- poznawczy,
- planowanie i kontrolę ruchów w zakresie motoryki małej i dużej,
- koordynację wzrokowo-ruchową,
- komunikację.

Ewaluacja

Za podstawowe narzędzia ewaluacji należy uznać testy: Skala CARS – Childhood Autism Rating Scale (Skala Oceny Autyzmu Dziecięcego) i Profil Psychoedukacyjny PEP-R.

3.6. Dobór i charakterystyka badanej grupy

Dobór próby badawczej ma charakter celowy, natomiast sposób próby badawczej jest doborem niepropabilistycznym, wg Stanisława Juszczyka uzasadniony jest podczas prowadzenia badań w celu uzyskania ogólnego wglądu w zjawisko (badania wstępne)[223]. Na tym etapie zależało badaczowi na zgromadzeniu wstępnych informacji na temat rodziny dziecka autystycznego i jego możliwości rozwojowych.

[223]S. Juszczyk: Badania ilościowe w naukach społecznych, Katowice 2005, s.128

91:4446847877

Dobór próby ma charakter dwustopniowy.

I etap. W pierwszej części badań metodą sondażu diagnostycznego zostały przeprowadzone badania w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym w Nowym Sączu na Wczesnym Wspomaganiu Rozwoju Dziecka. W tej placówce są prowadzone zajęcia o charakterze terapeutycznym. Oferta w tym Ośrodku dostarcza następujących zajęć:

- Logopedyczne,
- Neurologopedyczne,
- Surdopedagogiczne,
- Oligofrenopedagogiczne,
- Tyflopedagogiczne,
- Rehabilitacyjne,
- Zajęcia z psychologiem,
- Zajęcia integracji sensorycznej.

Badaniami objęto 40 dzieci w wieku od 6 – 7 lat, u których zdiagnozowano autyzm. Grupa eksperymentalna (E) liczyła 20 osób (5 dziewcząt i 15 chłopców), grupa kontrolna liczyła 20 osób (5 dziewcząt i 15 chłopców).

II etap. W drugiej części zastosowałam metodę eksperymentu pedagogicznego.

Przeprowadzone zostały badania Profilem Psychoedukacyjnym, i Skalą Obserwacji Zachowań Autystycznych.

Planowany czas realizacji miał miejsce w okresie od września 2018 roku – do marca 2019 roku.

92:6777620239

Rozdział IV

Terapia taktylna jako metoda stymulacji indywidualnego funkcjonowania dziecka z autyzmem w świetle badań własnych

Jednym z obszarów, który odpowiada za rozwój schematu ciała, oraz za planowanie ruchu są spostrzeżenia taktylne. [224] Terapia taktylna jest powiązana ze zmysłem dotyku, rozwija koordynację systemu ciało – mózg, jest wykorzystana do pracy z różnymi dysfunkcjami, zwłaszcza z pacjentem autystycznym. [225] Właściwej ocenie funkcjonowania dzieci ze spektrum autyzmu istotny jest proces diagnostyczny i terapeutyczny.

Do oceny poziomu funkcjonowania badanych grupy eksperymentalnej i kontrolnej w badaniach przedeksperymentalnych posłużył:
Kwestionariusz wywiadu z rodzicami dziecka autystycznego – część I- dane ogólne dotyczące rodziny i dziecka autystycznego. Część II- dane dotyczące terapii i część III- dane dotyczące zachowań społecznych dziecka. Opracowany przez Polskie Stowarzyszenie Terapii Behawioralnej Kornela Grzegorczyk – Dłuciak.

Natomiast u dzieci z grupy eksperymentalnej i kontrolnej w badaniach przed – i poeksperymentalnych zastosowano: Skale CARS – ChildhoodAutism Rating Scale (Sklala Oceny Autyzmu Dziecięcego E. Schoplera, R. Richlera, B. Renner, 1988, która określa stopień autyzmu od lekkiego-umiarkowanego do znacznego i stosuje się ją dzieciom w dowolnym wieku oraz Profil Psychoedukacyjny PEP-R - E. Schoplera, R. Reichera, A. Bashford, M.D. Lansing, Lee M. Marcus. Profil psychoedukacyjny, dotyczy dwóch aspektów oceny funkcjonowania dziecka- odnosi się do poziomu rozwoju psychoedukacyjnego i służy do mierzenia postępów w rozwoju i terapii - (Skala Rozwoju) oraz do jego zachowania (Skala Zachowań).
W Polskiej literaturze przedmiotu znaleźć można szereg przykładów zastosowania tych narzędzi. Skorzystali z nich między innymi (prof. Jacek Jarosław Obuchowski 2011).

[224] J. J. Błeszyński, Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2004, s. 33
[225] S. Masgutowa, Neurokinezjologiczna Terapia Taktylna dr Swietłany Masgutowej, Rosja - Polska 2005, s. 51

93:1071699126

4.1. Charakterystyka ogólna grupy eksperymentalnej i kontrolnej

W oparciu o analizę zgromadzonego materiału dane zebrane poddano analizie statystycznej. Wykorzystano w niej oprogramowanie R, w wersji 4.0.5. i przyjęto poziom istotności wynoszący 0,05.

Poszczególne zmienne opisano za pomocą statystyk odpowiednich dla danej skali pomiarowej. Zmienne jakościowe były prezentowane za pomocą liczby odpowiedzi (% grupy – odpowiednio eksperymentalnej lub kontrolnej). Zmienne ilościowe charakteryzowano miarami rozproszenia oraz tendencji centralnej. Założenia zastosowanych testów statystycznych (normalność rozkładu) sprawdzono za pomocą testu Shapiro-Wilka oraz za pomocą oceny poziomu skośności i kurtozy. Równość wariancji była weryfikowana testem Levena.

Analiza wyników kwestionariusza wywiadu odbyła się poprzez porównanie odpowiedzi pomiędzy ankietowanymi z grup eksperymentalnej i kontrolnej – wykorzystano dokładny test Fishera dla zmiennych jakościowych oraz test t-studenta dla zmiennych ilościowych.

Weryfikacja wpływu terapii taktylnej (zastosowanej tylko w grupie eksperymentalnej) na poziom autyzmu (mierzony kwestionariuszem CARS) oraz na profil Psychoedukacyjny dzieci (mierzony kwestionariuszem PEP-R) została wykonana za pomocą dwuczynnikowej analizy ANOVA w schemacie mieszanym. Analiza ta stosowana jest w przypadkach występowania zarówno czynnika międzygrupowego (w niniejszym badaniu – terapii taktylnej), jak i czynnika wewnątrzgrupowego (w niniejszym badaniu - dwa różne momenty pomiaru / badania). W analizie ANOVA wyznaczono dwa efekty główne: grupy oraz pomiaru, jak i efekt interakcji pomiędzy grupą i pomiarem. Efekt główny grupy miał na celu wykazanie istotnych różnic w wynikach pomiędzy grupami eksperymentalną i kontrolną bez uwzględniania, czyli niezależnie od czasu pomiaru. Efekt główny pomiaru miał za zadanie stwierdzić istnienie różnic pomiędzy badaniem I i II bez uwzględniania, czyli niezależnie od zastosowania terapii taktylnej. Z kolei efekt interakcji miał na celu odpowiedź na pytanie, czy różnice między obydwoma badaniami są istotne oddzielnie dla grupy eksperymentalnej i kontrolnej oraz czy różnice między wynikami grupy eksperymentalnej i kontrolnej są istotne osobno w badaniu I, jak i II. Z uwagi na równoliczność grup oraz wystarczająco dużą liczbę badanych ($n > 30$) ewentualne odchylenia rozkładów od rozkładu normalnego (analizowane testem Shapiro-Wilka) nie wpływały na wartość statystki F (statystyki testu ANOVA) i tym samym analiza ANOVA była możliwa również w przypadkach braku normalności rozkładu.

94:1109967638

Zależność pomiędzy poziomem autyzmu mierzonym kwestionariuszem CARS a profilem psychoedukacyjnym badanych dzieci w podziale na jego poszczególne obszary, mierzonym kwestionariuszem PEP-R, sprawdzano analizą korelacji Pearsona.

W pierwszej kolejności analizie poddano wyniki wywiadu przeprowadzonego wśród rodziców badanych dzieci.

Dzieci z grup eksperymentalnej oraz kontrolnej nie różniły się w sposób istotny statystycznie pod względem ogólnej charakterystyki (wiek, diagnoza podstawowa, inne zaburzenia współistniejące, osoba udzielająca wywiadu) – $p > 0,05$ dla każdej z analizowanych zmiennych. Średni wiek dzieci w obu badanych grupach wynosił 6,31 lat, najmłodsze badane dziecko miało 6 lat, zaś najstarsze 6,7 lat. Wszystkie dzieci w obu badanych grupach miały autyzm jako diagnozę podstawową. Zaburzenia współistniejące występowały u dwojga dzieci w grupie eksperymentalnej (była to padaczka), w grupie kontrolnej żadne z dzieci nie miało dodatkowych zaburzeń, przy czym różnica ta była nieistotna statystycznie ($p = 0,487$). Osobą udzielającą wywiadu były przede wszystkim matki (85% grupy eksperymentalnej oraz 95% grupy kontrolnej).

95:6626128459

Tabela 5. Charakterystyka ogólna badanych dzieci

Zmienna	Grupa eksperymentalna (n=20)	Grupa kontrolna (n=20)	p
Wiek dziecka w momencie wywiadu, lata, średnia ± odchylenie standardowe	6,31±0,25	6,31±0,24	0,974[1]
Diagnoza podstawowa dziecka			
Autyzm	20 (100,0)	20 (100,0)	>0,999
Inne zaburzenia współistniejące			
Brak	18 (90,0)	20 (100,0)	0,487
Padaczka	2 (10,0)	0 (0,0)	
Osoba(y) udzielająca(e) wywiadu			
Matka	17 (85,0)	19 (95,0)	
Matka i Ojciec	2 (10,0)	0 (0,0)	0,737
Ojciec	1 (5,0)	1 (5,0)	

Dane przedstawiono jako liczba dzieci n (% grupy)) o ile nie oznaczono inaczej. Porównanie obu grup za pomocą dokładnego testu Fishera lub testu t-studenta[1].

4.1.1. Analiza porównawcza struktury rodziny w grupie eksperymentalnej i kontrolnej.

Porównano strukturę rodziny grupy eksperymentalnej i kontrolnej – dla żadnej z analizowanych zmiennych nie potwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi grupami ($p > 0,05$ w każdym przypadku). Średni wiek matek wynosił 33,05 lat (od 27 do 42 lat) w grupie eksperymentalnej oraz 34,35 lat (od 27 do 42 lat) w grupie kontrolnej. Średni wiek ojców wynosił 35,74 lat (od 28 do 45 lat) w grupie eksperymentalnej oraz 36,45 lat (od 30 do 44 lat) w grupie kontrolnej. Wykształcenie zarówno matek jak i ojców badanych dzieci było mocno zróżnicowane w obu badanych grupach, żadna z grup wykształcenia nie wyróżniała się dominującą częstością. Stan zdrowia matek został oceniony jako dobry we wszystkich przypadkach w obu grupach. Z kolei stan zdrowia ojców oceniono jako dobry w 90% przypadków w grupie eksperymentalnej oraz u wszystkich ojców w grupie

96:4422291641

kontrolnej, różnica nieistotna statystycznie (p = 0,487). Dwóch ojców w grupie eksperymentalnej, którzy nie mieli dobrego stanu zdrowia, chorowało na chorobę serca oraz padaczkę. Rodzeństwo miało 70% dzieci w grupie eksperymentalnej oraz 55% dzieci w grupie kontrolnej, różnica nieistotna statystycznie (p = 0,948). Była to najczęściej jedna siostra lub brat, nieco rzadziej dwoje rodzeństwa. Ankietowane rodziny zamieszkiwały wspólnie z jednym lub obydwojgiem dziadków w 35% przypadków w grupie eksperymentalnej oraz 45% przypadków w grupie kontrolnej, różnica nieistotna statystycznie (p = 0,815). Badane dzieci najczęściej pochodziły z rodzin pełnych (60% grupy eksperymentalnej oraz 65% dzieci z grupy kontrolnej), różnica nieistotna statystycznie (p = 0,814). Opiekę nad dzieckiem sprawowały przede wszystkim matki (60% przypadków dla obu grup), następnie matka wspólnie z babcią (20% przypadków z obu grup). Obecność chorób dziedzicznych w rodzinie zadeklarowało 75% ankietowanych z grupy eksperymentalnej oraz 85% badanych z grupy kontrolnej, różnica nieistotna statystycznie (p = 0,695). W grupie eksperymentalnej wskazywano na: 2 przypadki padaczki, 3 przypadki chorób psychicznych (depresja, schizofrenia, nerwica). Z kolei w grupie kontrolnej podano 3 przypadki chorób psychicznych: depresję, nerwicę oraz jedną nieokreśloną bliżej chorobę psychiczną.

Tabela 6. Struktura rodziny badanych dzieci

Zmienna	**Grupa eksperymentalna (n=20)**	**Grupa kontrolna (n=20)**	**p**
Wiek matki, lata, średnia ± odchylenie standardowe	33,05±4,42	34,35±4,84	0,381[1]
Wiek ojca, lata, średnia ± odchylenie standardowe	35,74±4,93	36,45±4,31	0,634[1]
Wykształcenie matki			
Zawodowe	6 (30,0)	6 (30,0)	>0,999
Średnie	7 (35,0)	6 (30,0)	
Wyższe	7 (35,0)	8 (40,0)	
Wykształcenie ojca			
Zawodowe	8 (40,0)	8 (40,0)	0,247
Średnie	9 (45,0)	5 (25,0)	

97:1988119724

Zmienna	Grupa eksperymentalna (n=20)	Grupa kontrolna (n=20)	p
Wyższe	3 (15,0)	7 (35,0)	
Stan zdrowia matki			
Dobry	20 (100,0)	20 (100,0)	>0,999
Stan zdrowia ojca			
Dobry	18 (90,0)	20 (100,0)	
Choroba serca	1 (5,0)	0 (0,0)	0,487
Padaczka	1 (5,0)	0 (0,0)	
Rodzeństwo			
Brak	6 (30,0)	9 (45,0)	
Brat	5 (25,0)	3 (15,0)	
Siostra	3 (15,0)	3 (15,0)	0,948
2 braci	1 (5,0)	1 (5,0)	
2 siostry	2 (10,0)	1 (5,0)	
1 brat i 1 siostra	3 (15,0)	3 (15,0)	
Inne osoby zamieszkujące wspólnie			
Babcia	2 (10,0)	5 (25,0)	
Dziadek	1 (5,0)	1 (5,0)	0,815
Babcia i dziadek	4 (20,0)	3 (15,0)	

Dane przedstawiono jako liczba dzieci n (% grupy) o ile nie oznaczono inaczej. Porównanie obu grup za pomocą dokładnego testu Fishera lub testu t-studenta[1].

Tabela 7. Zawód rodziców badanych dzieci

Zmienna	Grupa eksperymentalna (n=20)	Grupa kontrolna (n=20)
Zawód matki/ojca		
cukiernik/technik hotelarstwa	1 (5,0)	0 (0,0)
działalność gosp./rolnik	1 (5,0)	0 (0,0)
ekspedientka/budowlaniec	1 (5,0)	0 (0,0)
florystka/kierowca	1 (5,0)	0 (0,0)
fryzjerka/mechanik samochodowy	1 (5,0)	0 (0,0)

98:7469215044

fryzjerka/operator maszyn	1 (5,0)	0 (0,0)
handlowiec/kierowca	2 (10,0)	0 (0,0)
inżynier/inżynier	1 (5,0)	0 (0,0)
kelner/rolnik	0 (0,0)	1 (5,0)
kelnerka/mechanik samochodowy	1 (5,0)	0 (0,0)
Krawcowa	1 (5,0)	0 (0,0)
księgowa/fotograf	1 (5,0)	0 (0,0)
kucharz/rolnik	1 (5,0)	0 (0,0)
kucharz/stolarz	1 (5,0)	0 (0,0)
laborantka/informatyk	1 (5,0)	0 (0,0)
nauczyciel/nauczyciel	1 (5,0)	0 (0,0)
piekarz/rolnik	1 (5,0)	0 (0,0)
pielęgniarka/działalność gospodarcza	1 (5,0)	0 (0,0)
położna/policjant	1 (5,0)	0 (0,0)
sekretarka/elektronik	1 (5,0)	0 (0,0)
nauczyciel/inżynier	0 (0,0)	1 (5,0)
opiekun osób starszych/ fotograf	0 (0,0)	1 (5,0)
handlowiec/ budowlaniec	0 (0,0)	1 (5,0)
technik dietetyk/ślusarz	0 (0,0)	1 (5,0)
laborantka/elektryk	0 (0,0)	1 (5,0)
kelner/budowlaniec	0 (0,0)	1 (5,0)
kucharz/mechanik	0 (0,0)	1 (5,0)
kosmetyczka/ policjant	0 (0,0)	1 (5,0)
krawcowa/ kierowca	0 (0,0)	2 (10,0)
historyk/działalność gospodarcza	0 (0,0)	1 (5,0)
ekonomista/celnik	0 (0,0)	1 (5,0)
kadrowa/technik elektronik	0 (0,0)	1 (5,0)
pracownik biurowy/referent	0 (0,0)	1 (5,0)
nauczyciel/informatyk	0 (0,0)	1 (5,0)
pielęgniarka/ strażnik graniczny	0 (0,0)	1 (5,0)
położna/ informatyk	0 (0,0)	1 (5,0)
technik piekarz/rolnik	0 (0,0)	1 (5,0)
pracownik biurowy/rolnik	0 (0,0)	1 (5,0)

Dane przedstawiono jako liczba dzieci n (% grupy).

99:2143362406

4.1.2. Wyniki II sekcji kwestionariusza wywiadu dotyczące terapii w grupie eksperymentalnej i kontrolnej

Następnie analizie poddano wyniki II sekcji kwestionariusza wywiadu – dane dotyczące terapii badanych dzieci.

Diagnoza była podstawiona w wieku średnio 3,49 lat w grupie eksperymentalnej oraz 3,33 lat w grupie kontrolnej. Z kolei pierwsze wskazania terapeutyczne zostały wydane w wieku średnio 3,21 lat w grupie eksperymentalnej oraz 2,85 lat w grupie kontrolnej. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w wieku diagnozy oraz pierwszych wskazań terapeutycznych pomiędzy obiema badanymi grupami ($p > 0,05$ w obu przypadkach), tabela 8.

Tabela 8. Wiek diagnozy i wskazań terapeutycznych badanych dzieci

Zmienna	**Grupa eksperymentalna (n=20)**	**Grupa kontrolna (n=20)**	**p**
Wiek diagnozy, lata	3,49±1,13	3,33±0,72	0,597
Wiek otrzymania pierwszych wskazań terapeutycznych, lata	3,21±1,02	2,85±0,71	0,214

Dane przedstawiono jako średnia arytmetyczna ± odchylenie standardowe. Porównanie obu grup za pomocą testu t-studenta.

Najczęściej wykorzystywaną terapią w grupie eksperymentalnej była terapia psychologiczna (40% dzieci), podczas gdy w grupie kontrolnej z tej formy terapii korzystało 10% dzieci, różnica pomiędzy obiema grupami była bliska istotności statystycznej ($p = 0,065$). Z kolei w grupie kontrolnej najczęściej korzystano z terapii ogólnousprawniającej (40% przypadków w porównaniu do 15% dzieci w grupie eksperymentalnej), różnica nieistotna statystycznie ($p = 0,155$). Pozostałe formy aktualnej terapii podstawowej nie różniły się istotnie pod względem częstości korzystania pomiędzy obiema badanymi grupami ($p > 0,05$ dla każdej z nich), tabela 9.

100:9257750689

Tabela 9. Aktualna terapia podstawowa badanych dzieci

Z jakiej terapii dziecko aktualnie korzysta przede wszystkim?	**Grupa eksperymentalna (n=20)**	**Grupa kontrolna (n=20)**	**p**
Integracji sensorycznej terapia	3 (15,0)	0 (0,0)	0,231
Jednorazowa terapia	1 (5,0)	1 (5,0)	>0,999
Logopedyczna terapia	4 (20,0)	5 (25,0)	>0,999
Neurologopedyczna terapia	1 (5,0)	0 (0,0)	>0,999
Psychologiczna terapia	8 (40,0)	2 (10,0)	0,065
Ogólnousprawniająca terapia	3 (15,0)	8 (40,0)	0,155
Dogoterapia	0 (0,0)	2 (10,0)	0,487
Terapia ręki	0 (0,0)	2 (10,0)	0,487
Terapia rehabilitacyjna NDT - Bobath	0 (0,0)	1 (5,0)	>0,999

Dane przedstawiono jako liczba dzieci n (% grupy). Porównanie obu grup za pomocą dokładnego testu Fishera.

Dzieci z grupy eksperymentalnej istotnie częściej korzystały z terapii dodatkowej (95% dzieci) niż dzieci z grupy kontrolnej (45% dzieci), $p < 0,001$. W grupie eksperymentalnej najczęściej korzystano dodatkowo z: terapii ogólnousprawniającej (30% dzieci), terapii logopedycznej (25% dzieci) i terapii integracji sensorycznej (20% dzieci). Z kolei w grupie kontrolnej były to najczęściej: terapia logopedyczna, neurologopedyczna i ogólnousprawniająca (10% dzieci dla każdej z wymienionych terapii), tabela 10.

101:1068898171

Tabela 10. Aktualne terapie dodatkowe badanych dzieci

Z jakich form terapii dziecko aktualnie korzysta dodatkowo?	**Grupa eksperymentalna (n=20)**	**Grupa kontrolna (n=20)**	**p**
Integracji sensorycznej terapia	4 (20,0)	1 (5,0)	0,342
Logopedyczna terapia	5 (25,0)	2 (10,0)	0,408
Neurologopedyczna terapia	1 (5,0)	2 (10,0)	>0,999
Ogólnousprawniająca terapia	6 (30,0)	2 (10,0)	0,235
Psychologiczna terapia	1 (5,0)	1 (5,0)	>0,999
Terapia ręki	1 (5,0)	0 (0,0)	>0,999
Chce zacząć terapię	1 (5,0)	1 (5,0)	>0,999
Dodatkowo nie korzysta	1 (5,0)	11 (55,0)	0,001

Dane przedstawiono jako liczba dzieci n (% grupy). Porównanie obu grup za pomocą dokładnego testu Fishera.

W przypadku terapii, z których w przeszłości korzystały dzieci, nie potwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy obiema grupami ($p > 0,05$ dla każdej z terapii). Dla obu grup wskazywano najczęściej na terapię logopedyczną (odpowiednio 20% i 15% dzieci z grup eksperymentalnej i kontrolnej), tabela 11.

Tabela 11. Terapie wykorzystywane w przeszłości dla badanych dzieci

Z jakiej terapii dziecko korzystało w przeszłości?	**Grupa eksperymentalna (n=20)**	**Grupa kontrolna (n=20)**	**p**
Integracji sensorycznej terapia	1 (5,0)	0 (0,0)	>0,999
Logopedyczna terapia	4 (20,0)	3 (15,0)	>0,999
Metoda Vojty	2 (10,0)	0 (0,0)	0,487
Neurologopedyczna terapia	2 (10,0)	1 (5,0)	>0,999
Psychologiczna terapia	1 (5,0)	2 (10,0)	>0,999
Terapia rehabilitacji NDT - Bobath	1 (5,0)	1 (5,0)	>0,999
Terapia ręki	0 (0,0)	1 (5,0)	>0,999
Nie korzystało	10 (50,0)	12 (60,0)	0,751

Dane przedstawiono jako liczba dzieci n (% grupy). Porównanie obu grup za pomocą dokładnego testu Fishera

102:1060561557

Sprawdzono czas rozpoczęcia korzystania z obecnej terapii. W przypadku grupy eksperymentalnej był to średnio wiek 3,88 lat w porównaniu do średnio 2,76 lat w grupie kontrolnej, różnica istotna statystycznie ($p < 0,001$), tabela 12.

Tabela 12. Wiek rozpoczęcia obecnej terapii u badanych dzieci

Zmienna	**Grupa eksperymentalna (n=20)**	**Grupa kontrolna (n=20)**	**p**
Wiek rozpoczęcia korzystania z obecnej terapii, lata	3,88±1,17	2,76±0,59	0,001

Dane przedstawiono jako średnia arytmetyczna ± odchylenie standardowe. Porównanie obu grup za pomocą testu t-studenta.

Ankietowanych zapytano również o powody wybrania terapii, z której ich dzieci aktualnie korzystają. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy obiema grupami dla poszczególnych argumentów ($p > 0,05$ w każdym przypadku). W obu grupach najczęściej wskazywanymi czynnikami wyboru terapii dla dziecka było polecenie lekarza (30% grupy eksperymentalnej oraz 25% grupy kontrolnej) oraz polecenie innego specjalisty (30% obu grup), $p > 0,999$ w obu przypadkach, tabela 13.

Tabela 13. Powody wyboru aktualnej terapii badanych dzieci

Proszę uzasadnić wybór terapii, z której korzysta dziecko aktualnie przede wszystkim:	**Grupa eksperymentalna (n=20)**	**Grupa kontrolna (n=20)**	**p**
była to jedyna zaproponowana mi i dostępna terapia	3 (15,0)	1 (5,0)	0,605
słyszałam (em), że bywa skuteczna	3 (15,0)	4 (20,0)	>0,999
słyszałam (em), że to najlepsza metoda pracy z osobami z autyzmem	1 (5,0)	0 (0,0)	>0,999
wydaje się, że może pomóc w przezwyciężeniu problemów dziecka	1 (5,0)	1 (5,0)	>0,999

103:8209711253

Proszę uzasadnić wybór terapii, z której korzysta dziecko aktualnie przede wszystkim:	**Grupa eksperymentalna (n=20)**	**Grupa kontrolna (n=20)**	**p**
szukałam (em) jednej metody, która pozwoli na pracę nad wszystkimi zaburzonymi funkcjami u dziecka	4 (20,0)	5 (25,0)	>0,999
szukałam (em) metody, która umożliwia rozwinięcie umiejętności społecznych naśladowania, mowy, współdziałania)	4 (20,0)	2 (10,0)	0,661
polecił mi ją lekarz	6 (30,0)	5 (25,0)	>0,999
polecił mi ją inny specjalista	6 (30,0)	6 (30,0)	>0,999
inne powody	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999

Dane przedstawiono jako liczba dzieci n (% grupy). Porównanie obu grup za pomocą dokładnego testu Fishera.

Nie wykazano również istotnych statystycznie różnic pomiędzy obiema badanymi grupami dla sposobów realizacji zajęć terapeutycznych ($p > 0,05$ w każdym przypadku). W obu grupach zdecydowana większość rodziców wskazywała na grupę przedszkolną (75% grupy eksperymentalnej oraz 85% grupy kontrolnej), $p = 0,695$, tabela 14.

Tabela 14. Sposoby realizacji zajęć terapeutycznych u badanych dzieci

Z jakiego sposobu realizacji zajęć terapeutycznych dziecko korzysta?	**Grupa eksperymentalna (n=20)**	**Grupa kontrolna (n=20)**	**p**
nauczanie indywidualne w domu rodzinnym	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
nauczanie indywidualne w przedszkolu specjalnym	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
nauczanie indywidualne w przedszkolu masowym	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999

104:2959450973

Z jakiego sposobu realizacji zajęć terapeutycznych dziecko korzysta?	**Grupa eksperymentalna (n=20)**	**Grupa kontrolna (n=20)**	**p**
nauczanie indywidualne w przedszkolu masowym z elementami integracji	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
grupa przedszkolna	15 (75,0)	17 (85,0)	0,695
grupa integracyjna	3 (15,0)	4 (20,0)	>0,999
zajęcia ambulatoryjne	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
praca w jednym z powyższych z kontynuacją programu terapii w domu	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
praca wyłącznie w domu realizowana przez rodziców	2 (10,0)	2 (10,0)	>0,999
inne	2 (10,0)	0 (0,0)	0,487

Dane przedstawiono jako liczba dzieci n (% grupy). Porównanie obu grup za pomocą dokładnego testu Fishera.

Porównano pomiędzy obiema grupami czas poświęcany w ciągu tygodnia na realizację domową programu terapii dziecka. W grupie eksperymentalnej czas ten był istotnie krótszy (średnio 0,46 godzin) niż w grupie kontrolnej (średnio 1,42 godziny), p = 0,030, tabela 15.

Tabela 15. Tygodniowy czas realizacji terapii u badanych dzieci

Zmienna	**Grupa eksperymentalna (n=20)**	**Grupa kontrolna (n=20)**	**p**
Ile godzin tygodniowo realizowany jest w domu program terapii dziecka?	0,46±0,60	1,42±1,74	0,030

Dane przedstawiono jako średnia arytmetyczna ± odchylenie standardowe. Porównanie obu grup za pomocą testu t-studenta.

105:5239869128

Ostatnie pytanie z sekcji II kwestionariusza wywiadu dotyczyło osoby realizującej domowy program terapii. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy obiema grupami w podawanych odpowiedziach (p = 0,247). Jeśli terapia domowa była realizowana (co miało miejsce w 55% przypadków w grupie eksperymentalnej oraz 70% przypadków w grupie kontrolnej), to była to matka, czasem ojciec we wszystkich przypadkach grupy eksperymentalnej i 11/14 przypadków w grupie kontrolnej. Dla pozostałych 3 osób w grupie kontrolnej za realizację terapii domowej odpowiadał ojciec, tabela 16.

Tabela 16. Osoby realizujące domowy program terapii u badanych dzieci

Kto realizuje domowy program terapii?	**Grupa eksperymentalna (n=20)**	**Grupa kontrolna (n=20)**	**p**
matka czasem ojciec	11 (55,0)	11 (55,0)	0,247
ojciec	0 (0,0)	3 (15,0)	
brat/siostra	0 (0,0)	0 (0,0)	
zatrudnieni przez rodziców specjaliści	0 (0,0)	0 (0,0)	
wolontariusze	0 (0,0)	0 (0,0)	
inne osoby z rodziny	0 (0,0)	0 (0,0)	
inne osoby spoza rodziny	0 (0,0)	0 (0,0)	
program terapii nie jest realizowany w domu	9 (45,0)	6 (30,0)	

Dane przedstawiono jako liczba dzieci n (% grupy). Porównanie obu grup za pomocą dokładnego testu Fishera.

4.1.3. Wyniki III sekcji kwestionariusza wywiadu dotyczące zachowań społecznych w grupie eksperymentalnej i kontrolnej

Ostatnia część przeprowadzonego kwestionariusza wywiadu (sekcja III) dotyczyła zachowań społecznych dzieci. W poszczególnych pytaniach ankietowani mieli za zadanie wskazać stwierdzenia odpowiadające aktualnemu poziomowi funkcjonowania dziecka. Ankietowanych zapytano, czy ich dzieci posiadają świadomość istnienia innych osób. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupą eksperymentalną i kontrolną

106:5075967658

w udzielanych odpowiedziach (p > 0,05 dla każdej z odpowiedzi). Połowa badanych z grupy eksperymentalnej odpowiadała, że ma wrażenie, że ich dziecko zauważa dorosłych, ale czasem nie daje tego po sobie poznać, dla grupy kontrolnej odsetek ten wynosił 30%. W przypadku zauważania dzieci obie grupy również najczęściej odpowiadały, że mają wrażenie, że ich dziecko zauważa inne dzieci, ale czasem nie daje tego po sobie poznać (odpowiednio 25% i 30% grup eksperymentalnej i kontrolnej), tabela 17.

Tabela 17. Ocena ankietowanych świadomości istnienia innych osób u badanych dzieci

Posiada świadomość istnienia innych (np. zwraca na nich uwagę, gdy wchodzą do pokoju, potrafi wskazać daną osobę, obserwuje innych)	**Grupa eksperymentalna (n=20)**	**Grupa kontrolna (n=20)**	**p**
zawsze zauważa obecność dorosłych	2 (10,0)	3 (15,0)	>0,999
zawsze zauważa obecność innych dzieci	2 (10,0)	5 (25,0)	0,408
mam wrażenie, że zauważa dorosłych, ale czasem nie daje tego po sobie poznać	10 (50,0)	6 (30,0)	0,333
mam wrażenie, że zauważa inne dzieci, ale czasem nie daje tego po sobie poznać	5 (25,0)	6 (30,0)	>0,999
nigdy nie zwraca uwagi na osoby dorosłe	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
nigdy nie zwraca uwagi na inne dzieci	1 (5,0)	0 (0,0)	>0,999

Dane przedstawiono jako liczba dzieci n (% grupy). Porównanie obu grup za pomocą dokładnego testu Fishera.

Nie stwierdzono również istotnych statystycznie różnic w odpowiedziach dotyczących posiadania świadomości istnienia uczuć innych osób pomiędzy obiema badanymi grupami

107:1155456798

(p > 0,999 dla każdej z odpowiedzi). W obu grupach najczęściej udzielaną odpowiedzią była odpowiedź: „mam wrażenie, że zauważa odczucia dorosłych, ale czasem nie daje tego po sobie poznać” – 30% ankietowanych z obu grup, tabela 18.

Tabela 18. Ocena ankietowanych świadomości istnienia uczuć innych osób u badanych dzieci

Posiada świadomość istnienia uczuć innych osób (np. zwraca uwagę, jeżeli ktoś płacze, przestaje coś robić, jeżeli ktoś powie mu, że to zachowanie jest dla niego przykre, lubi sprawiać innym radość)	**Grupa eksperymentalna (n=20)**	**Grupa kontrolna (n=20)**	**p**
zawsze zwraca uwagę na uczucia dorosłych	4 (20,0)	5 (25,0)	>0,999
zawsze zwraca uwagę na uczucia innych dzieci	1 (5,0)	2 (10,0)	>0,999
mam wrażenie, że zauważa odczucia dorosłych, ale czasem nie daje tego po sobie poznać	6 (30,0)	6 (30,0)	>0,999
mam wrażenie, że zauważa odczucia innych dzieci, ale czasem nie daje tego po sobie poznać	3 (15,0)	3 (15,0)	>0,999
nigdy nie zwraca uwagi na odczucia osób dorosłych	1 (5,0)	0 (0,0)	>0,999
nigdy nie zwraca uwagi na odczucia innych dzieci	5 (25,0)	4 (20,0)	>0,999

Dane przedstawiono jako liczba dzieci n (% grupy). Porównanie obu grup za pomocą dokładnego testu Fishera.

Odpowiedzi ankietowanych dotyczące ich oceny oczekiwania na pomoc i wsparcie oraz proszenie o nią przez ich dzieci nie różniły się istotnie pomiędzy obiema grupami (p > 0,05 dla każdej z odpowiedzi). Najczęściej podawanymi odpowiedziami w obu grupach były: „często

108:5840106149

zatrzymuje się w trakcie realizacji jakiejś czynności i czeka na pomoc od dorosłego" (50% grupy eksperymentalnej oraz 60% grupy kontrolnej), „zdarza się czasem, że zatrzymuje się w trakcie realizacji jakiejś czynności i czeka na pomoc od dorosłego" (odpowiednio 45% i 35% obu grup), „nigdy nie prosi o pomoc innych dzieci" (odpowiednio 25% i 30% obu grup), tabela 19.

Tabela 19. Ocena ankietowanych oczekiwania na pomoc i wsparcie oraz proszenie o nią u badanych dzieci

Oczekiwanie na pomoc i wsparcie oraz proszenie o nią (np. prosi o pomoc, jeżeli nie umie wykonać czegoś, szuka pomocy, jeżeli jakaś sytuacja jest dla niego trudna)	**Grupa eksperymentalna (n=20)**	**Grupa kontrolna (n=20)**	**p**
często zatrzymuje się w trakcie realizacji jakiejś czynności i czeka na pomoc od dorosłego	10 (50,0)	12 (60,0)	0,751
często zatrzymuje się w trakcie realizacji jakiejś zabawy i czeka na pomoc od innego dziecka	2 (10,0)	5 (25,0)	0,408
często prosi o pomoc dorosłego, jeżeli jakaś czynność jest zbyt trudna bądź nie lubiana	1 (5,0)	0 (0,0)	>0,999
często prosi o pomoc inne dzieci, jeżeli jakaś czynność jest zbyt trudna bądź nie lubiana	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
zdarza się czasem, że zatrzymuje się w trakcie realizacji jakiejś czynności i czeka na pomoc od dorosłego	9 (45,0)	7 (35,0)	0,748
zdarza się czasem, że zatrzymuje się w trakcie realizacji jakiejś zabawy i czeka na pomoc od innego dziecka	1 (5,0)	0 (0,0)	>0,999
zdarza się czasem, że prosi o pomoc dorosłych	4 (20,0)	5 (25,0)	>0,999

109:2144508550

Oczekiwanie na pomoc i wsparcie oraz proszenie o nią (np. prosi o pomoc, jeżeli nie umie wykonać czegoś, szuka pomocy, jeżeli jakaś sytuacja jest dla niego trudna)	**Grupa eksperymentalna (n=20)**	**Grupa kontrolna (n=20)**	**p**
zdarza się czasem, że prosi o pomoc inne dzieci	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
nigdy nie oczekuje na pomoc ze strony dorosłych	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
nigdy nie oczekuje na pomoc ze strony innych dzieci	2 (10,0)	0 (0,0)	0,487
nigdy nie prosi o pomoc dorosłych	1 (5,0)	3 (15,0)	0,605
nigdy nie prosi o pomoc innych dzieci	5 (25,0)	6 (30,0)	>0,999

Dane przedstawiono jako liczba dzieci n (% grupy). Porównanie obu grup za pomocą dokładnego testu Fishera.

Kolejne z pytań dotyczyło oceny ankietowanych umiejętności naśladowania innych przez ich dzieci. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy obiema grupami dla udzielanych odpowiedzi ($p > 0,05$ dla każdej z odpowiedzi). Najczęściej padającymi odpowiedziami w obu grupach były: „czasami zdarza mu się naśladować dorosłych bez kontekstu sytuacyjnego" (odpowiedzi tej udzieliło odpowiednio 20% i 35% z grup eksperymentalnej i kontrolnej), „nigdy nie naśladuje dorosłych w kontekście sytuacyjnym" (odpowiednio 15% i 30% obu grup), tabela 20.

Tabela 20. Ocena ankietowanych umiejętności naśladowania innych u badanych dzieci

Umiejętność naśladowania innych (np. naśladowanie elementów zabawy, naśladowanie gestów innych, naśladowanie zachowania)	**Grupa eksperymentalna (n=20)**	**Grupa kontrolna (n=20)**	**p**
potrafi naśladować dorosłych bez kontekstu sytuacyjnego	2 (10,0)	0 (0,0)	0,487

110:5731939739

Umiejętność naśladowania innych (np. naśladowanie elementów zabawy, naśladowanie gestów innych, naśladowanie zachowania)	**Grupa eksperymentalna (n=20)**	**Grupa kontrolna (n=20)**	**p**
potrafi naśladować dorosłych, ale tylko w kontekście sytuacyjnym	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
potrafi naśladować dzieci bez kontekstu sytuacyjnego	1 (5,0)	0 (0,0)	>0,999
potrafi naśladować dzieci, ale tylko w kontekście sytuacyjnym	2 (10,0)	0 (0,0)	0,487
czasami zdarza mu się naśladować dorosłych bez kontekstu sytuacyjnego	4 (20,0)	7 (35,0)	0,480
czasami zdarza mu się naśladować dorosłych, ale tylko w kontekście sytuacyjnym	3 (15,0)	0 (0,0)	0,231
czasami zdarza mu się naśladować dzieci bez kontekstu sytuacyjnego	2 (10,0)	4 (20,0)	0,661
czasami zdarza mu się naśladować dzieci, ale tylko w kontekście sytuacyjnym	2 (10,0)	3 (15,0)	>0,999
nigdy nie naśladuje dorosłych bez kontekstu sytuacyjnego	1 (5,0)	0 (0,0)	>0,999
nigdy nie naśladuje dzieci bez kontekstu sytuacyjnego	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
nigdy nie naśladuje dorosłych w kontekście sytuacyjnym	3 (15,0)	6 (30,0)	0,451
nigdy nie naśladuje dzieci w kontekście sytuacyjnym	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999

Dane przedstawiono jako liczba dzieci n (% grupy). Porównanie obu grup za pomocą dokładnego testu Fishera.

111:1059638489

Dla oceny rozumienia przebiegu interakcji społecznych również nie potwierdzono istotnych statystycznie różnic w odpowiedziach grupy eksperymentalnej i kontrolnej ($p > 0,05$ w każdym przypadku). Ankietowani najczęściej odpowiadali, że ich dziecko czasem rozumie przebieg interakcji społecznych z dziećmi (65% rodziców z grupy eksperymentalnej oraz 40% z grupy kontrolnej), tabela 21.

Tabela 21. Ocena ankietowanych rozumienia przebiegu interakcji społecznych u badanych dzieci

Rozumienie przebiegu interakcji społecznych	**Grupa eksperymentalna (n=20)**	**Grupa kontrolna (n=20)**	**p**
zazwyczaj rozumie przebieg interakcji społecznych z dziećmi	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
czasem rozumie przebieg interakcji społecznych z dziećmi	13 (65,0)	8 (40,0)	0,205
nigdy nie rozumie przebiegu interakcji społecznych z dziećmi	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
często rozumie przebieg interakcji społecznych z dorosłymi	2 (10,0)	6 (30,0)	0,235
czasem rozumie przebieg interakcji społecznych z dorosłymi	4 (20,0)	3 (15,0)	>0,999
nigdy nie rozumie przebiegu interakcji społecznych z dorosłymi	1 (5,0)	3 (15,0)	0,605

Dane przedstawiono jako liczba dzieci n (% grupy). Porównanie obu grup za pomocą dokładnego testu Fishera.

W przypadku pytania dotyczącego oceny ankietowanych rozpoznawania w zachowaniu innych elementów o znaczeniu społecznym i emocjonalnym u badanych dzieci również nie potwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupą eksperymentalną i kontrolną ($p > 0,05$ dla każdej z odpowiedzi). Zdecydowana większość rodziców w obu grupach wskazywała na odpowiedź „czasem rozpoznaje elementy o znaczeniu społecznym i emocjonalnym w zachowaniu dorosłych" – 85% grupy eksperymentalnej oraz 80% grupy kontrolnej, tabela 22.

112:1954178833

Tabela 22. Ocena ankietowanych rozpoznawania w zachowaniu innych elementów o znaczeniu społecznym i emocjonalnym u badanych dzieci

Rozpoznawanie w zachowaniu innych elementów o znaczeniu społecznym i emocjonalnym	**Grupa eksperymentalna (n=20)**	**Grupa kontrolna (n=20)**	**p**
często rozpoznaje elementy o znaczeniu społecznym i emocjonalnym w zachowaniu innych dzieci	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
czasem rozpoznaje elementy o znaczeniu społecznym i emocjonalnym w zachowaniu innych dzieci w stosunku do dzieci	2 (10,0)	3 (15,0)	>0,999
nigdy nie rozpoznaje elementów o znaczeniu społecznym i emocjonalnym w zachowaniu innych dzieci	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
często rozpoznaje elementy o znaczeniu społecznym i emocjonalnym w zachowaniu dorosłych	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
czasem rozpoznaje elementy o znaczeniu społecznym i emocjonalnym w zachowaniu dorosłych	17 (85,0)	16 (80,0)	>0,999
nigdy nie rozpoznaje elementów o znaczeniu społecznym i emocjonalnym w zachowaniu dorosłych	1 (5,0)	1 (5,0)	>0,999

Dane przedstawiono jako liczba dzieci n (% grupy). Porównanie obu grup za pomocą dokładnego testu Fishera.

113:9225301943

Ocena uczestnictwa w interakcjach społecznych z innymi, opartych na schemacie dawania i brania nie różniła się w sposób statystycznie istotny pomiędzy obiema badanymi grupami (p > 0,05 dla każdej z odpowiedzi). Najczęstszą odpowiedzią była: „czasem uczestniczy z dorosłymi w interakcjach społecznych opartych na schemacie dawania i brania" (70% grupy eksperymentalnej oraz 75% grupy kontrolnej), a następnie „czasem uczestniczy z innymi dziećmi w interakcjach społecznych opartych na schemacie dawania i brania" (odpowiednio 30% i 40% obu grup), tabela 23.

Tabela 23. Ocena ankietowanych uczestnictwa w interakcjach społecznych z innymi, opartych na schemacie dawania i brania u badanych dzieci

Uczestnictwo w interakcjach społecznych z innymi, opartych na schemacie dawania i brania	**Grupa eksperymentalna (n=20)**	**Grupa kontrolna (n=20)**	**p**
często uczestniczy z innymi dziećmi w interakcjach społecznych opartych na schemacie dawania i brania	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
czasem uczestniczy z innymi dziećmi w interakcjach społecznych opartych na schemacie dawania i brania	6 (30,0)	8 (40,0)	0,741
nigdy nie uczestniczy z innymi dziećmi w interakcjach społecznych opartych na schemacie dawania i brania	1 (5,0)	0 (0,0)	>0,999
często uczestniczy z dorosłymi w interakcjach społecznych opartych na schemacie dawania i brania	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
czasem uczestniczy z dorosłymi w interakcjach społecznych opartych na schemacie dawania i brania	14 (70,0)	15 (75,0)	>0,999

114:2078750656

Uczestnictwo w interakcjach społecznych z innymi, opartych na schemacie dawania i brania	Grupa eksperymentalna (n=20)	Grupa kontrolna (n=20)	p
nigdy nie uczestniczy z dorosłymi w interakcjach społecznych opartych na schemacie dawania i brania	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999

Dane przedstawiono jako liczba dzieci n (% grupy). Porównanie obu grup za pomocą dokładnego testu Fishera.

W pytaniu dotyczącym oceny uczestnictwa w naprzemiennym dialogu nie wykazano istotnych różnic w odpowiedziach pomiędzy obiema grupami – wszyscy lub niemal wszyscy ankietowani w obu grupach odpowiadali „czasem uczestniczy w naprzemiennym dialogu z dorosłymi" (95% grupy eksperymentalnej oraz 100% grupy kontrolnej), tabela 24.

Tabela 24. Ocena ankietowanych uczestnictwa w naprzemiennym dialogu u badanych dzieci

Uczestnictwo w naprzemiennym dialogu	Grupa eksperymentalna (n=20)	Grupa kontrolna (n=20)	p
często uczestniczy w naprzemiennym dialogu z innymi dziećmi	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
czasem uczestniczy w naprzemiennym dialogu z innymi dziećmi	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
nigdy nie uczestniczy w naprzemiennym dialogu z innymi dziećmi	1 (5,0)	0 (0,0)	>0,999
często uczestniczy w naprzemiennym dialogu z dorosłymi	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
czasem uczestniczy w naprzemiennym dialogu z dorosłymi	19 (95,0)	20 (100,0)	>0,999
nigdy nie uczestniczy w naprzemiennym dialogu z dorosłymi	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999

115:8310303155

Dane przedstawiono jako liczba dzieci n (% grupy). Porównanie obu grup za pomocą dokładnego testu Fishera.

Ocena poziomy przywiązania nie wykazywała istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupą eksperymentalną oraz kontrolną (p > 0,05 dla każdej z odpowiedzi). W grupie eksperymentalnej najczęstszą odpowiedzią była: „przejawia niski poziom przywiązania w stosunku do dorosłych (przejawia je sporadycznie lub sposoby jego wyrażania są mało czytelne)" – 45% badanych. W grupie kontrolnej najczęstszą odpowiedzią była „przejawia niski poziom przywiązania w stosunku do rodziców (przejawia je sporadycznie lub sposoby jego wyrażania są mało czytelne)" – 30% grupy kontrolnej, tabela 25.

Tabela 25. Ocena ankietowanych poziomu przywiązania u badanych dzieci

Poziom przywiązania	**Grupa eksperymentalna (n=20)**	**Grupa kontrolna (n=20)**	**p**
nie przejawia żadnego przywiązania w stosunku do rodziców	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
przejawia niski poziom przywiązania w stosunku do rodziców (przejawia je sporadycznie lub sposoby jego wyrażania są mało czytelne)	4 (20,0)	6 (30,0)	0,716
przejawia wysoki poziom przywiązania w stosunku do rodziców	5 (25,0)	3 (15,0)	0,695
nie przejawia żadnego przywiązania w stosunku do innych dorosłych	1 (5,0)	0 (0,0)	>0,999
przejawia niski poziom przywiązania w stosunku do dorosłych (przejawia je sporadycznie lub sposoby jego wyrażania są mało czytelne)	9 (45,0)	5 (25,0)	0,320

116:1691934147

Poziom przywiązania	Grupa eksperymentalna (n=20)	Grupa kontrolna (n=20)	p
przejawia wysoki poziom przywiązania w stosunku do dorosłych	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
nie przejawia żadnego przywiązania w stosunku do rodzeństwa (przejawia je sporadycznie lub sposoby jego wyrażania są mało czytelne)	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
przejawia wysoki poziom przywiązania w stosunku do rodzeństwa	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
nie przejawia żadnego przywiązania w stosunku do innych dzieci	1 (5,0)	4 (20,0)	0,342
przejawia niski poziom przywiązania w stosunku do innych dzieci (przejawia je sporadycznie lub sposoby jego wyrażania są mało czytelne)	0 (0,0)	2 (10,0)	0,487
przejawia wysoki poziom przywiązania w stosunku do innych dzieci	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999

Dane przedstawiono jako liczba dzieci n (% grupy). Porównanie obu grup za pomocą dokładnego testu Fishera.

Ocena umiejętności utrzymania kontaktu wzrokowego u badanych dzieci również nie różniła się w sposób istotny pomiędzy grupą eksperymentalną i kontrolną ($p > 0,05$ dla każdej z odpowiedzi). Rodzice z obu grup zdecydowanie najczęściej odpowiadali „czasem przejawia umiejętność utrzymywania kontaktu wzrokowego z dorosłymi" – 80% grupy eksperymentalnej oraz 70% grupy kontrolnej, tabela 26.

117:3838125455

Tabela 26. Ocena ankietowanych umiejętności utrzymania kontaktu wzrokowego u badanych dzieci

Umiejętność utrzymywania kontaktu wzrokowego	**Grupa eksperymentalna (n=20)**	**Grupa kontrolna (n=20)**	**p**
zazwyczaj przejawia umiejętność utrzymywania kontaktu wzrokowego z innymi dziećmi	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
czasem przejawia umiejętność utrzymywania kontaktu wzrokowego z innymi dziećmi	2 (10,0)	6 (30,0)	0,235
nigdy nie przejawia umiejętności kontaktu wzrokowego z innymi dziećmi	2 (10,0)	0 (0,0)	0,487
często przejawia umiejętność utrzymywania kontaktu wzrokowego z dorosłymi	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
czasem przejawia umiejętność utrzymywania kontaktu wzrokowego z dorosłymi	16 (80,0)	14 (70,0)	0,716
nigdy nie przejawia umiejętności utrzymywania kontaktu wzrokowego z dorosłymi	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999

Dane przedstawiono jako liczba dzieci n (% grupy). Porównanie obu grup za pomocą dokładnego testu Fishera.

Porównanie oceny spontanicznego okazywania uczuć również nie różniło się istotnie pomiędzy ankietowanymi z obu grup (p = 0,716). Zdecydowana większość rodziców odpowiadała, że ich dzieci czasami spontanicznie okazują swoje uczucia (70% grupy eksperymentalnej oraz 80% grupy kontrolnej), tabela 27.

118:5097119178

Tabela 27. Ocena ankietowanych spontanicznego okazywania uczuć u badanych dzieci

Spontaniczne okazywanie uczuć	**Grupa eksperymentalna (n=20)**	**Grupa kontrolna (n=20)**	**p**
zazwyczaj spontanicznie okazuje swoje uczucia	1 (5,0)	0 (0,0)	
czasami spontanicznie okazuje swoje uczucia	14 (70,0)	16 (80,0)	0,716
nigdy nie okazuje spontanicznie uczuć	5 (25,0)	4 (20,0)	

Dane przedstawiono jako liczba dzieci n (% grupy). Porównanie obu grup za pomocą dokładnego testu Fishera.

Ocena poziomu empatii u badanych dzieci również nie różniła się w sposób istotny pomiędzy obiema grupami ($p > 0,05$ dla każdej z odpowiedzi). Dominującą odpowiedzią w obu grupach była „przejawia niski poziom empatii w stosunku do dorosłych (przejawia ją sporadycznie lub sposoby jej wyrażania są mało czytelne)" – tej odpowiedzi udzieliło 90% ankietowanych z grupy eksperymentalnej oraz 75% z grupy kontrolnej, tabela 28.

Tabela 28. Ocena ankietowanych poziomu empatii u badanych dzieci

Poziom empatii	**Grupa eksperymentalna (n=20)**	**Grupa kontrolna (n=20)**	**p**
przejawia wysoki poziom empatii w stosunku do innych dzieci	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
przejawia niski poziom empatii w stosunku do innych dzieci (przejawia ją sporadycznie lub sposoby jej wyrażania są mało czytelne)	1 (5,0)	4 (20,0)	0,342
nigdy nie przejawia empatii w stosunku do innych dzieci	1 (5,0)	1 (5,0)	>0,999

119:4663423135

Poziom empatii	Grupa eksperymentalna (n=20)	Grupa kontrolna (n=20)	p
przejawia wysoki poziom empatii w stosunku do dorosłych	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999
przejawia niski poziom empatii w stosunku do dorosłych (przejawia ją sporadycznie lub sposoby jej wyrażania są mało czytelne)	18 (90,0)	15 (75,0)	0,408
nigdy nie przejawia empatii w stosunku do dorosłych	0 (0,0)	0 (0,0)	>0,999

Dane przedstawiono jako liczba dzieci n (% grupy). Porównanie obu grup za pomocą dokładnego testu Fishera.

Niemal wszyscy rodzice z obu grup w pytaniu dotyczącym nawiązywania spontanicznych kontaktów z rówieśnikami przez ich dzieci odpowiadały „czasem nawiązuje spontaniczne kontakty z rówieśnikami" – 90% grupy eksperymentalnej oraz 100% grupy kontrolnej, różnica nieistotna statystycznie, p = 0,487, tabela 29.

Tabela 29. Ocena ankietowanych nawiązywania spontanicznych kontaktów z rówieśnikami u badanych dzieci

Nawiązywanie spontanicznych kontaktów z rówieśnikami	Grupa eksperymentalna (n=20)	Grupa kontrolna (n=20)	p
często nawiązuje spontaniczne kontakty z rówieśnikami	0 (0,0)	0 (0,0)	
czasem nawiązuje spontaniczne kontakty z rówieśnikami	18 (90,0)	20 (100,0)	0,487
nigdy nie nawiązuje spontanicznych kontaktów z rówieśnikami	2 (10,0)	0 (0,0)	

Dane przedstawiono jako liczba dzieci n (% grupy). Porównanie obu grup za pomocą dokładnego testu Fishera.

120:8831756998

Podobnie niemal wszyscy rodzice z obu grup w pytaniu dotyczącym podejmowania zabaw interakcyjnych z innymi dziećmi przez ich dzieci odpowiadały „czasem podejmuje zabawy interakcyjne z innymi dziećmi" – 80% grupy eksperymentalnej oraz 100% grupy kontrolnej, różnica nieistotna statystycznie, p = 0,106, tabela 30.

Tabela 30. Ocena ankietowanych podejmowania zabaw interakcyjnych z dziećmi u badanych dzieci

Podejmowanie zabaw interakcyjnych z dziećmi	**Grupa eksperymentalna (n=20)**	**Grupa kontrolna (n=20)**	**p**
często podejmuje zabawy interakcyjne z innymi dziećmi	0 (0,0)	0 (0,0)	
czasem podejmuje zabawy interakcyjne z innymi dziećmi	16 (80,0)	20 (100,0)	0,106
nigdy nie podejmuje zabaw interakcyjnych z innymi dziećmi	4 (20,0)	0 (0,0)	

Dane przedstawiono jako liczba dzieci n (% grupy). Porównanie obu grup za pomocą dokładnego testu Fishera.

Nie potwierdzono również istotnych różnic pomiędzy obiema grupami ankietowanych w odpowiedziach na pytanie dotyczące oceny ankietowanych inicjowania zabaw interakcyjnych z innymi dziećmi przez ich dzieci (p = 0,527). Ankietowani odpowiadali „czasem" lub „nigdy", żaden z rodziców nie udzielił odpowiedzi „często", tabela 31.

121:2915713573

Tabela 31. Ocena ankietowanych inicjowania zabaw interakcyjnych z dziećmi u badanych dzieci

Inicjowanie zabaw interakcyjnych z dziećmi	**Grupa eksperymentalna (n=20)**	**Grupa kontrolna (n=20)**	**p**
często inicjuje zabawy interakcyjne z innymi dziećmi	0 (0,0)	0 (0,0)	
czasem inicjuje zabawy interakcyjne z innymi dziećmi	8 (40,0)	11 (55,0)	0,527
nigdy nie inicjuje zabaw interakcyjnych z innymi dziećmi	12 (60,0)	9 (45,0)	

Dane przedstawiono jako liczba dzieci n (% grupy). Porównanie obu grup za pomocą dokładnego testu Fishera.

4.2. Ocena stopnia autyzmu badanych w grupach eksperymentalnych i kontrolnych przed - i poeksperymentalnych

Następnie analizie poddano poziom autyzmu, mierzony kwestionariuszem CARS, w grupach eksperymentalnej i kontrolnej w badaniu I i II.

Średni poziom wskaźnika CARS w badaniu I wynosił 44,60 dla grupy eksperymentalnej oraz 45,85 dla grupy kontrolnej. Przyjmowane wartości wskaźnika mieściły się w przedziale od 39 do 53 dla grupy eksperymentalnej oraz od 40 do 54 w grupie kontrolnej (przy teoretycznym maksymalnym możliwym zakresie od 15 do 60), tabela 32.

Tabela 32. Charakterystyka poziomu CARS w badaniu I

Grupa	**n**	**M**	**SD**	**Me**	**Q1**	**Q3**	**Min.**	**Maks.**	**Skośność**	**Kurtoza**
Eksperymentalna	20	44,60	4,13	43,00	42,00	46,50	39,00	53,00	0,69	-0,36
Kontrolna	20	45,85	3,98	45,00	43,00	48,25	40,00	54,00	0,54	-0,34

122:3653180593

n – liczba badanych, M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Q1 – kwartyl pierwszy, Q3 – kwartyl trzeci, Min. – wartość najniższa, Maks – wartość najwyższa.

W badaniu II dzieci z grupy eksperymentalnej uzyskały średni poziom wskaźnika CARS wynoszący 34,20 (z zakresem od 31 do 40), zaś dzieci z grupy kontrolnej miały średni poziom CARS 44,30 (zakres od 39 do 52), tabela 33.

Tabela 33. Charakterystyka poziomu CARS w badaniu II

Grupa	**n**	**M**	**SD**	**Me**	**Q1**	**Q3**	**Min.**	**Maks.**	**Skośność**	**Kurtoza**
Eksperymentalna	20	34,20	2,24	34,00	32,75	36,00	31,00	40,00	0,54	0,92
Kontrolna	20	44,30	3,63	43,50	41,75	46,25	39,00	52,00	0,76	-0,10

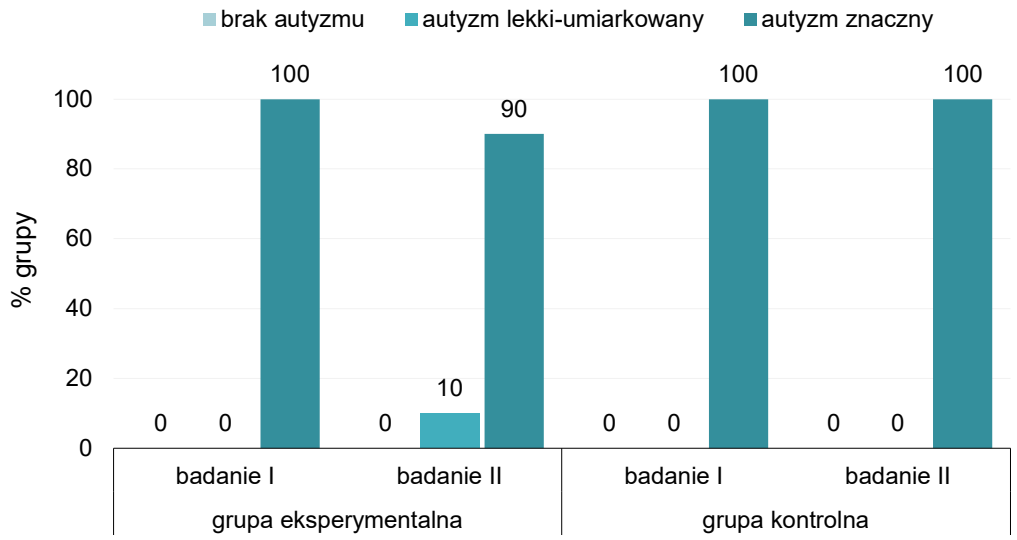
n – liczba badanych, M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Q1 – kwartyl pierwszy, Q3 – kwartyl trzeci, Min. – wartość najniższa, Maks – wartość najwyższa.

4.2.1. Ocena stopnia autyzmu pomiędzy badanymi grupami

Poziom wskaźnika CARS odniesiono do poszczególnych skal autyzmu, zgodnie z kluczem analizy kwestionariusza. Stwierdzono, że w badaniu I wszystkie dzieci, zarówno z grupy eksperymentalnej, jak i kontrolnej miały autyzm w stopniu znacznym (czyli najwyższym).

Z kolei w badaniu II odsetek dzieci z autyzmem znacznym spadł w grupie eksperymentalnej ze 100% do 90%, podczas gdy w grupie kontrolnej zmian nie odnotowano (100% dzieci miało autyzm w stopniu znacznym w badaniu I i II), wykres 1.

123:4860064674



Wykres 1. Poziom autyzmu pomiędzy badanymi grupami.

Następnie wykonano analizę ANOVA dwuczynnikową w celu sprawdzenia czy poziom autyzmu był zależny od przynależności do grupy badanych dzieci (eksperymentalna, kontrolna), od czasu pomiaru (badanie I, badanie II) jak i od ewentualnej interakcji pomiędzy tymi dwoma czynnikami.

Na podstawie wykonanej analiza stwierdzono, że istotne statystycznie były zarówno efekty główne (grupy i pomiaru), jak i efekt interakcji między grupą a czasem pomiaru ($p < 0,001$), tabela 34.

Tabela 34. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla poziomu autyzmu (CARS)

Efekt	**Wartość statystyki testowej ANOVA (F)**	**Liczba stopni swobody (df)**	**Wartość p**
Główny grupy	50,43	1	<0,001
Główny pomiaru	55,90	1	<0,001
Interakcja (grupa x pomiar)	391,60	1	<0,001

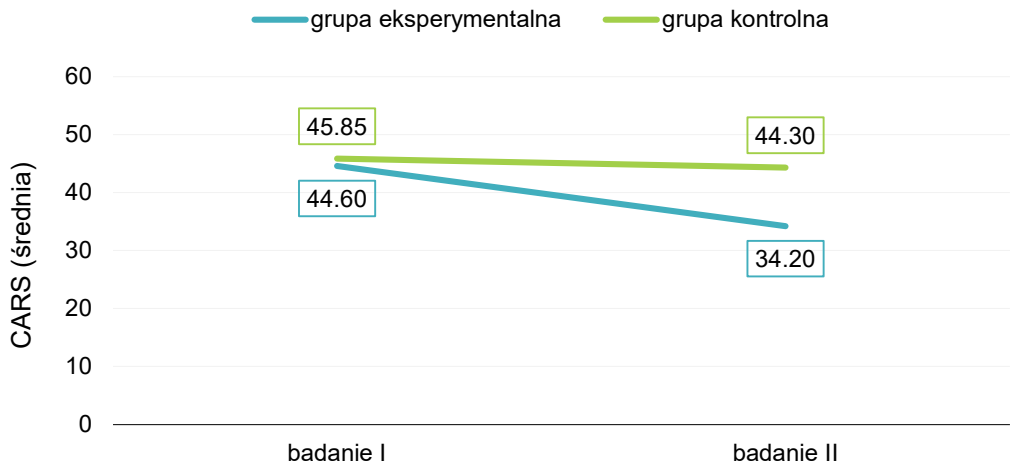
Istotny efekt główny grupy oznaczał, że wyniki różniły się między grupami niezależnie od czasu pomiaru.

Istotny efekt pomiaru oznaczał, że wyniki uzyskane w badaniu I i II różniły się między sobą niezależnie od przynależności do grupy (tj. niezależnie od przeprowadzenia terapii).

124:1039477173

W przypadku, gdy to efekt interakcji był istotny to to było dla nas kluczowe. Oznaczało to, że jedna grupa pomiędzy pomiarami zachowywała się inaczej niż druga grupa. Jak wychodził istotny efekt interakcji, to był on dalej analizowany – sprawdzano wtedy tzw. proste efekty główne, ukazujące zmiany wyników w każdej grupie i w każdym badaniu osobno. Czyli porównywano, co dokładnie różni się z czym.

Ponieważ przeprowadzona analiza wykazała, że efekt interakcji między badaniem i grupą był istotny statystycznie ($p < 0{,}001$) wykonano analizę prostych efektów głównych w celu identyfikacji par pomiarów odpowiedzialnych za różnice. W badaniu I wyniki osób z grupy eksperymentalnej i kontrolnej nie różniły się istotnie między sobą ($M = 44{,}60$ dla grupy eksperymentalnej vs. $M = 45{,}85$ dla grupy kontrolnej; $p = 0{,}697$). Z kolei w badaniu II dzieci z grupy eksperymentalnej osiągnęły istotnie niższy poziom CARS niż dzieci z grupy kontrolnej ($M = 34{,}20$ dla grupy eksperymentalnej vs. $M = 44{,}30$ dla grupy kontrolnej; $p < 0{,}001$). Dodatkowo, dla grupy eksperymentalnej wynik kwestionariusza CARS był istotnie niższy w badaniu II niż w badaniu I ($p < 0{,}001$), podczas gdy w grupie kontrolnej poziom CARS nie różnił się istotnie pomiędzy badaniem I i II ($p = 0{,}521$), wykres 2.



Wykres 2. Średni poziom autyzmu (CARS) pomiędzy badanymi grupami i pomiarami.

Podsumowując – wynik idealnie się wpisuje w założenia. Brak różnicy między grupami w badaniu 1, a jest już różnica w badaniu 2 – grupa eksperymentalna miała niższy poziomu autyzmu niż kontrolna.

125:5902372320

4.3. Profil Psychoedukacyjny PEP-R - ogólny rozwój w grupie eksperymentalnej i kontrolnej

W kolejnym kroku przeanalizowano profil psychospołeczny badanych dzieci w oparciu o wyniki kwestionariusza PEP-R, w grupach eksperymentalnej i kontrolnej w badaniu I i II. Wiek rozwoju mierzony w miesiącach w badaniu I wynosił średnio 19,60 miesięcy dla grupy eksperymentalnej (przy zakresie od 13 do 24 miesięcy) oraz średnio 19,65 miesięcy dla grupy kontrolnej (zakres od 15 do 23 miesięcy). Z kolei potencjalny wiek rozwoju w badaniu I to średnio 52,45 miesięcy w grupie eksperymentalnej oraz średnio 52,20 miesięcy dla dzieci z grupy kontrolnej, tabela 35.

Tabela 35. Charakterystyka wieku rozwoju w miesiącach (PEP-R) w badaniu I

Grupa / zmienna	**n**	**M**	**SD**	**Me**	**Q1**	**Q3**	**Min.**	**Maks.**	**S**	**K**
Eksperymentalna										
Wiek rozwoju	20	19,60	3,02	20,00	18,00	22,00	13,00	24,00	-0,86	-0,17
Potencjalny wiek rozwoju	20	52,45	4,50	53,00	50,00	55,25	43,00	60,00	-0,78	0,44
Kontrolna										
Wiek rozwoju	20	19,65	1,90	20,00	19,00	21,00	15,00	23,00	-0,82	0,82
Potencjalny wiek rozwoju	20	52,20	3,98	52,00	51,75	55,00	44,00	58,00	-0,94	0,48

n – liczba badanych, M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Q1 – kwartyl pierwszy, Q3 – kwartyl trzeci, Min. – wartość najniższa, Maks – wartość najwyższa, S – skośność, K – kurtoza.

Wiek rozwoju uzyskany w badaniu II u dzieci z grupy eksperymentalnej wynosił średnio 26,10 miesięcy (z zakresem od 22 do 30 miesięcy), zaś dzieci z grupy kontrolnej miały średni wiek rozwoju wynoszący 21,45 miesięcy (zakres od 18 do 24 miesięcy). Potencjalny wiek rozwoju obliczony na podstawie wyników badania II przyjmował średni poziom 52,55 miesięcy w grupie eksperymentalnej oraz średnio 54,80 miesięcy w grupie kontrolnej,

126:6597222576

tabela 36.

Tabela 36. Charakterystyka wieku rozwoju (PEP-R) w badaniu II

Grupa / zmienna	**n**	**M**	**SD**	**Me**	**Q1**	**Q3**	**Min.**	**Maks.**	**S**	**K**
Eksperymentalna										
Wiek rozwoju	20	26,10	2,67	27,00	24,75	28,00	22,00	30,00	-0,36	-1,10
Potencjalny wiek rozwoju	20	52,55	2,19	52,50	52,00	53,50	48,00	56,00	-0,26	-0,18
Kontrolna										
Wiek rozwoju	20	21,45	1,61	22,00	21,00	22,25	18,00	24,00	-0,75	-0,10
Potencjalny wiek rozwoju	20	54,80	4,55	56,50	54,75	58,00	45,00	59,00	-1,46	0,87

n – liczba badanych, M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Q1 – kwartyl pierwszy, Q3 – kwartyl trzeci, Min. – wartość najniższa, Maks – wartość najwyższa, S – skośność, K – kurtoza.

Następnie wykonano analizę ANOVA dwuczynnikową w celu sprawdzenia czy wiek rozwoju był zależny od przynależności do grupy badanych dzieci (eksperymentalna, kontrolna), od czasu pomiaru (badanie I, badanie II) jak i od ewentualnej interakcji pomiędzy tymi dwoma czynnikami.

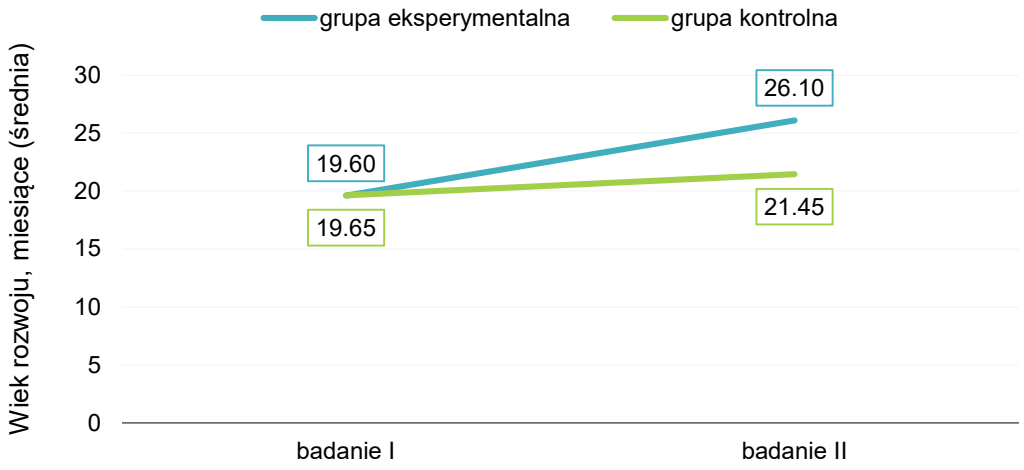
Na podstawie wykonanej analiza stwierdzono, że istotne statystycznie były zarówno efekty główne (grupy i pomiaru), jak i efekt interakcji między grupą a czasem pomiaru ($p < 0,001$), tabela 37.

127:7486663019

Tabela 37. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla wieku rozwoju (PEP-R)

Efekt	**Wartość statystyki testowej ANOVA (F)**	**Liczba stopni swobody (df)**	**Wartość p**
Główny grupy	18,87	1	<0,001
Główny pomiaru	61,44	1	<0,001
Interakcja (grupa x pomiar)	19,70	1	<0,001

Ponieważ przeprowadzona analiza ANOVA wykazała, że efekt interakcji między badaniem i grupą był istotny statystycznie ($p < 0,001$), wykonano analizę prostych efektów głównych w celu identyfikacji par pomiarów odpowiedzialnych za różnice. Dla badania I nie wykazano istotnych różnic w wieku rozwoju dzieci grupy eksperymentalnej i kontrolnej (M =19,60 dla grupy eksperymentalnej vs. M = 19,65 dla grupy kontrolnej; $p > 0,999$). Z kolei w badaniu II dzieci z grupy eksperymentalnej osiągnęły istotnie wyższy wiek rozwoju niż dzieci z grupy kontrolnej (M = 26,10 dla grupy eksperymentalnej vs. M = 21,45 dla grupy kontrolnej; $p < 0,001$). W grupie eksperymentalnej wiek rozwoju był również istotnie wyższy w badaniu II niż w badaniu I ($p < 0,001$), zaś w grupie kontrolnej podobnej różnicy pomiędzy badaniem I i II nie potwierdzono ($p = 0,085$), wykres 3.



Wykres 3. Średni wiek rozwoju pomiędzy badanymi grupami i pomiarami.

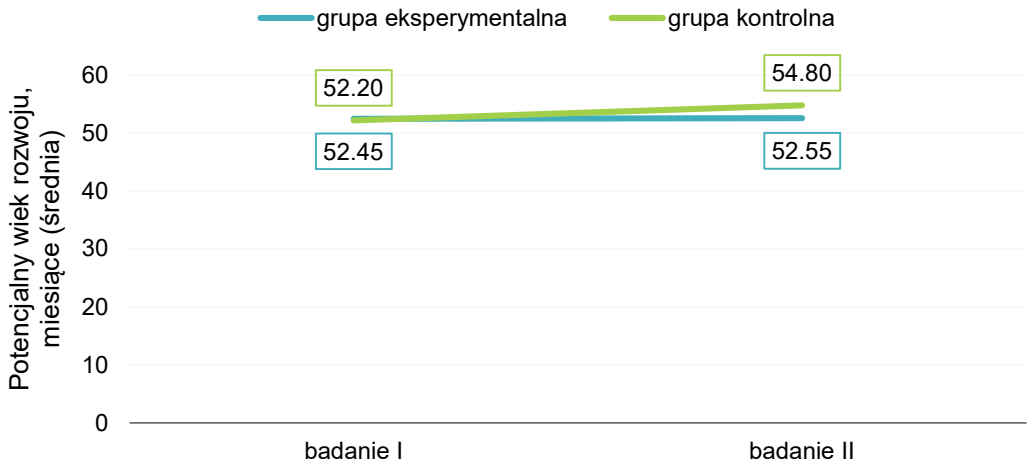
128:5259201408

W przypadku potencjalnego wieku rozwoju zarówno efekty główne (grupy i pomiaru), jak i efekt interakcji między grupą a czasem pomiaru nie były istotne statystycznie ($p > 0,05$ w każdym przypadku). Oznacza to, że nie potwierdzono różnic w potencjalnym wieku rozwoju zarówno pomiędzy grupami, jak i pomiarami, tabela 38.

Tabela 38. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla potencjalnego wieku rozwoju (PEP-R)

Efekt	**Wartość statystyki testowej ANOVA (F)**	**Liczba stopni swobody (df)**	**Wartość p**
Główny grupy	1,30	1	0,258
Główny pomiaru	2,37	1	0,128
Interakcja (grupa x pomiar)	2,03	1	0,158

Średnie poziomy potencjalnego wieku rozwoju dla obu grup w badaniu I i II przedstawia wykres 4.



Wykres 4. Średni potencjalny wiek rozwoju pomiędzy badanymi grupami i pomiarami.

129:5422111331

Obliczono wskaźnik ilorazu rozwoju dla obu grup na podstawie kwestionariusza PEP-R. W badaniu I średni poziom ilorazu rozwoju wynosił 25,65 w grupie eksperymentalnej (najniższy osiągnięty poziom wynosił 17, zaś najwyższy – 31). W grupie kontrolnej iloraz rozwoju w badaniu I przyjmował średnią wartość 25,95 (przy zakresie od 19 do 30), tabela 39.

Tabela 39. Charakterystyka poziomu ilorazu rozwoju (PEP-R) w badaniu I

Iloraz rozwoju	**n**	**M**	**SD**	**Me**	**Q1**	**Q3**	**Min.**	**Maks.**	**S**	**K**
Eksperymentalna	20	25,65	3,83	26,50	23,00	28,00	17,00	31,00	-0,76	-0,18
Kontrolna	20	25,95	3,03	27,00	23,75	28,00	19,00	30,00	-0,86	-0,22

n – liczba badanych, M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Q1 – kwartyl pierwszy, Q3 – kwartyl trzeci, Min. – wartość najniższa, Maks – wartość najwyższa, S – skośność, K – kurtoza.

4.3.1. Ocena poziomu ilorazu rozwoju PEP-R w grupie kontrolnej i eksperymentalnej

W badaniu II dzieci z grupy eksperymentalnej uzyskały średni poziom wskaźnika ilorazu rozwoju wynoszący 31,65 (z zakresem od 28 do 38), zaś dzieci z grupy kontrolnej miały średni poziom ilorazu rozwoju 26,75 (zakres od 21 do 31), tabela 40.

Tabela 40. Charakterystyka poziomu ilorazu rozwoju (PEP-R) w badaniu II

Iloraz rozwoju	**n**	**M**	**SD**	**Me**	**Q1**	**Q3**	**Min.**	**Maks.**	**S**	**K**
Eksperymentalna	20	31,65	3,28	31,00	28,75	34,25	28,00	38,00	0,31	-1,35
Kontrolna	20	26,75	2,94	27,50	24,75	29,00	21,00	31,00	-0,52	-0,82

130:1921636941

n – liczba badanych, M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Q1 – kwartyl pierwszy, Q3 – kwartyl trzeci, Min. – wartość najniższa, Maks – wartość najwyższa, S – skośność, K – kurtoza.

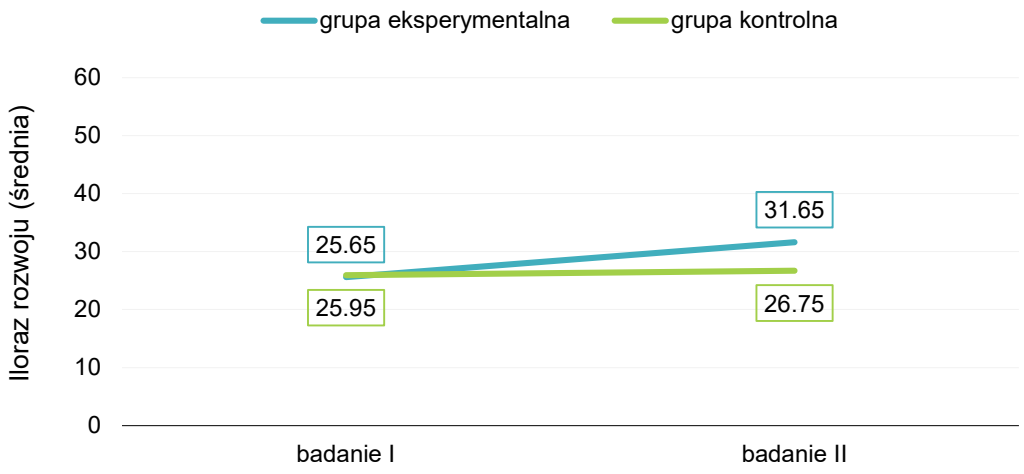
Wykonano analizę ANOVA dwuczynnikową i na jej podstawie stwierdzono, że istotne statystycznie były zarówno efekty główne (grupy i pomiaru), jak i efekt interakcji między grupą a czasem pomiaru ($p < 0,05$ w każdym przypadku), tabela 41.

Tabela 41. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla ilorazu rozwoju (PEP-R)

Efekt	**Wartość statystyki testowej ANOVA (F)**	**Liczba stopni swobody (df)**	**Wartość p**
Główny grupy	9,78	1	0,002
Główny pomiaru	21,38	1	<0,001
Interakcja (grupa x pomiar)	12,50	1	0,001

Z uwagi na istotny statystycznie efekt interakcji między badaniem i grupą ($p = 0,001$), wykonano analizę prostych efektów głównych w celu identyfikacji par pomiarów odpowiedzialnych za różnice. Otrzymano wyniki analogiczne, jak dla wieku rozwoju.
W badaniu I ilorazy rozwoju osób z grupy eksperymentalnej i kontrolnej nie różniły się istotnie między sobą (M = 25,65 dla grupy eksperymentalnej vs. M = 25,95 dla grupy kontrolnej; $p = 0,992$). Z kolei w badaniu II dzieci z grupy eksperymentalnej osiągnęły istotnie wyższy iloraz rozwoju niż dzieci z grupy kontrolnej (M = 31,65 dla grupy eksperymentalnej vs. M = 26,75 dla grupy kontrolnej; $p < 0,001$). Dla grupy eksperymentalnej iloraz rozwoju w badaniu II był istotnie wyższy niż w badaniu I ($p < 0,001$), podczas gdy w grupie kontrolnej iloraz rozwoju nie różnił się istotnie pomiędzy badaniem I i II ($p = 0,868$), wykres 5.

131:1051525978



Wykres 5. Średni iloraz rozwoju pomiędzy badanymi grupami i pomiarami.

4.3.2. Ocena poziomu dla skali zachowań w grupach eksperymentalnych i kontrolnych

Następnie analizie poddano poszczególne skale zachowań mierzone kwestionariuszem PEP-R pomiędzy grupami eksperymentalną i kontrolną oraz badaniami I i II. Przeanalizowano liczbę zadań ocenionych jako odpowiednie dla każdej ze skal, zatem im wyższą wartość skali otrzymywano, tym był to lepszy wynik.

W badaniu I skala nawiązywania kontaktów i reakcji emocjonalnych przyjmowała w grupie eksperymentalnej średni poziom 0,70 (zakres od 0 do 2), podczas gdy w grupie kontrolnej było to średnio 0,60 (zakres analogiczny – od 0 d 2). W skali zabawy i zainteresowania przedmiotami dzieci z grupy eksperymentalnej uzyskały średni poziom 0,20, zaś z grupie kontrolnej – 0,45 (zakres uzyskanych wartości skali dla obu grup wynosił od 0 do 1). Skala reakcji na bodźce w badaniu I wynosiła średnio 0,25 oraz 0,75 dla odpowiednio grupy eksperymentalnej i kontrolnej (zakres w obu grupach od 0 do 2). Średni poziom ostatniej ze skal zachowań – skali mowy w badaniu I wynosił 0,60 w grupie eksperymentalnej oraz 0,55 w grupie kontrolnej (zakres dla obu grup wynosił od 0 do 2), tabela 42.

132:9946067795

Tabela 42. Charakterystyka poziomu zachowań dla skali zachowań (PEP-R) w badaniu I

Grupa / zmienna	n	M	SD	Me	Q1	Q3	Min.	Maks.	S	K
Eksperymentalna										
Nawiązywanie kontaktów	20	0,70	0,57	1,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,04	-0,40
Zainteresowanie przedmiotami	20	0,20	0,41	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,62	0,70
Reakcje na bodźce	20	0,25	0,55	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	2,24	4,66
Mowa	20	0,60	0,68	0,50	0,00	1,00	0,00	2,00	0,71	-0,45
Kontrolna										
Nawiązywanie kontaktów	20	0,60	0,68	0,50	0,00	1,00	0,00	2,00	0,71	-0,45
Zainteresowanie przedmiotami	20	0,45	0,51	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,22	-2,18
Reakcje na bodźce	20	0,75	0,72	1,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,42	-0,83
Mowa	20	0,55	0,69	0,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,89	-0,24

n – liczba badanych, M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Q1 – kwartyl pierwszy, Q3 – kwartyl trzeci, Min. – wartość najniższa, Maks – wartość najwyższa, S – skośność, K – kurtoza.

W badaniu II dzieci z grupy eksperymentalnej uzyskały średni poziom skali nawiązywania kontaktów i reakcji emocjonalnych 5,95 (z zakresem od 3 do 7), zaś dzieci z grupy kontrolnej miały średni poziom skali wynoszący 0,70 (zakres od 0 do 2). Żadnemu z dzieci w grupie kontrolnej nie udało się uzyskać wyniku 3 w skali nawiązywania kontaktów i reakcji emocjonalnych (czyli najniższego otrzymanego wyniku w grupie eksperymentalnej).

Skala zabaw i zainteresowania przedmiotami przyjmowała w badaniu II średni poziom 3,90 (zakres od 2 do 6), zaś w grupie kontrolnej było to średnio 0,45 (zakres od 0 do 1). Podobnie, jak dla skali nawiązywania kontaktów i reakcji emocjonalnych, żadnemu z dzieci w grupie

133:9769014669

kontrolnej nie udało się uzyskać wyniku 2 w skali zabawy i zainteresowania przedmiotami (czyli najniższego otrzymanego wyniku w grupie eksperymentalnej). Skala reakcji na bodźce wynosiła w badaniu II średnio 5,10 w grupie eksperymentalnej (zakres od 2 do 7) oraz 0,75 w grupie kontrolnej (zakres od 0 do 2). Średni wynik dla badania II dla skali mowy wynosił 2,15 (zakres od 1 do 4) w grupie eksperymentalnej oraz 0,55 w grupie kontrolnej (zakres od 0 do 2), tabela 43.

Tabela 43. Charakterystyka poziomu zachowań dla skali zachowań (PEP-R) w badaniu II

Grupa / zmienna	**n**	**M**	**SD**	**Me**	**Q1**	**Q3**	**Min.**	**Maks.**	**S**	**K**
Eksperymentalna										
Nawiązywanie kontaktów	20	5,95	1,05	6,00	5,00	7,00	3,00	7,00	-1,10	1,71
Zainteresowanie przedmiotami	20	3,90	1,29	4,00	3,00	5,00	2,00	6,00	0,04	-1,20
Reakcje na bodźce	20	5,10	1,41	5,00	4,00	6,00	2,00	7,00	-0,32	-0,37
Mowa	20	2,15	1,14	2,00	1,00	3,00	1,00	4,00	0,39	-1,30
Kontrolna										
Nawiązywanie kontaktów	20	0,70	0,66	1,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,40	-0,55
Zainteresowanie przedmiotami	20	0,45	0,51	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,22	-2,18
Reakcje na bodźce	20	0,75	0,72	1,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,42	-0,83
Mowa	20	0,55	0,69	0,00	0,00	1,00	0,00	2,00	0,89	-0,24

n – liczba badanych, M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Q1 – kwartyl pierwszy, Q3 – kwartyl trzeci, Min. – wartość najniższa, Maks – wartość najwyższa, S – skośność, K – kurtoza.

Wykonano analizę ANOVA dwuczynnikową i stwierdzono, że w przypadku skali nawiązywania kontaktów i reakcji emocjonalnych istotne statystycznie były zarówno efekty

134:1618755367

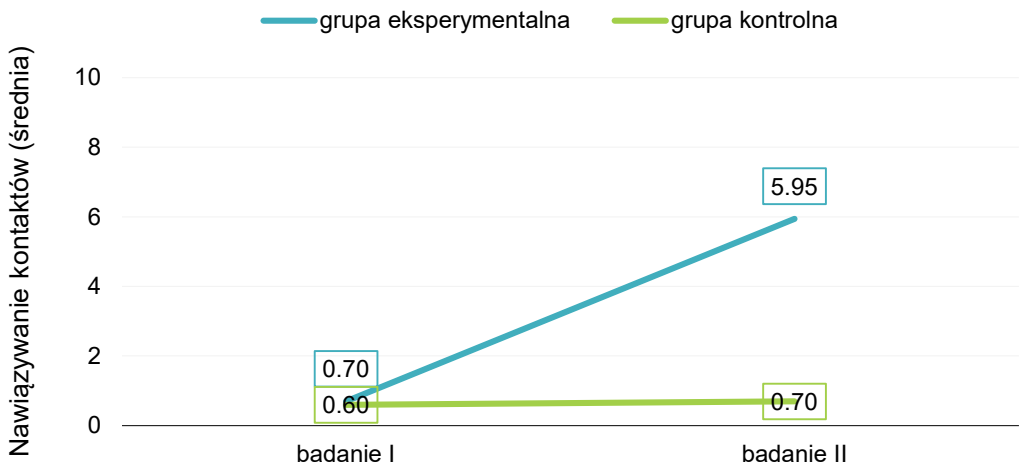
główne (grupy i pomiaru), jak i efekt interakcji między grupą a czasem pomiaru ($p < 0,001$), tabela 44.

Tabela 44. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla skali nawiązywania kontaktów i reakcji emocjonalnych (PEP-R)

Efekt	**Wartość statystyki testowej ANOVA (F)**	**Liczba stopni swobody (df)**	**Wartość p**
Główny grupy	246,40	1	<0,001
Główny pomiaru	246,40	1	<0,001
Interakcja (grupa x pomiar)	228,30	1	<0,001

Ponieważ przeprowadzona analiza skali nawiązywania kontaktów i reakcji emocjonalnych wykazała, że efekt interakcji między badaniem i grupą był istotny statystycznie ($p < 0,001$) wykonano analizę prostych efektów głównych w celu identyfikacji par pomiarów odpowiedzialnych za różnice. W badaniu I wyniki osób z grupy eksperymentalnej i kontrolnej nie różniły się istotnie między sobą ($M = 0,70$ dla grupy eksperymentalnej vs. $M = 0,60$ dla grupy kontrolnej; $p = 0,976$). W badaniu II dzieci z grupy eksperymentalnej osiągnęły istotnie wyższy wynik dla skali nawiązywania kontaktów i reakcji emocjonalnych niż dzieci z grupy kontrolnej ($M = 5,95$ dla grupy eksperymentalnej vs. $M = 0,70$ dla grupy kontrolnej; $p < 0,001$). Dodatkowo, dla grupy eksperymentalnej wynik skali nawiązywania kontaktów i reakcji emocjonalnych był istotnie wyższy w badaniu II niż w badaniu I ($p < 0,001$), podczas gdy w grupie kontrolnej wynik nie różnił się istotnie pomiędzy badaniem I i II ($p = 0,976$), wykres 6.

135:1221445962



Wykres 6. Średni poziom skali nawiązywania kontaktów i reakcji emocjonalnych pomiędzy badanymi grupami i pomiarami.

Dla skali zabawy i zainteresowania przedmiotami otrzymano wyniki analogiczne, jak dla skali nawiązywania kontaktów i reakcji emocjonalnych. Stwierdzono, że istotne statystycznie były zarówno efekty główne (grupy i pomiaru), jak i efekt interakcji między grupą a czasem pomiaru ($p < 0,001$), tabela 45.

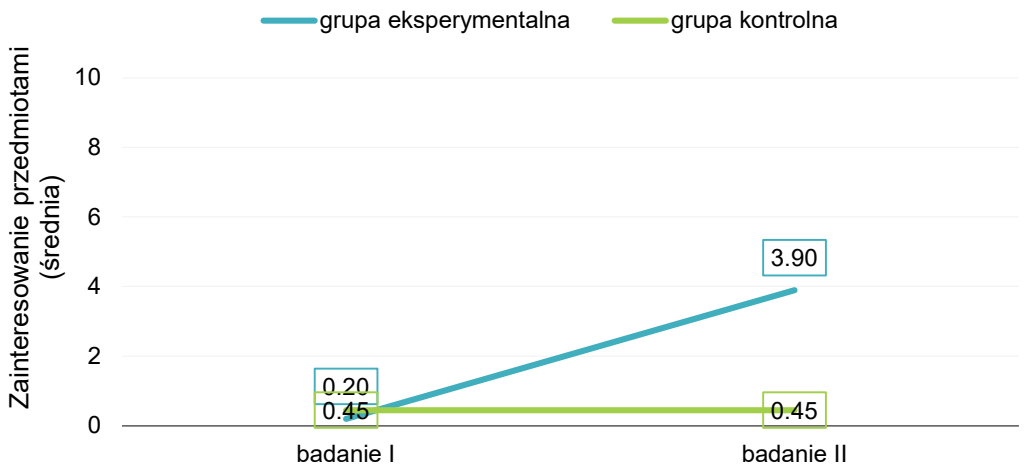
Tabela 45. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla skali zabawy i zainteresowania przedmiotami (PEP-R)

Efekt	**Wartość statystyki testowej ANOVA (F)**	**Liczba stopni swobody (df)**	**Wartość p**
Główny grupy	86,66	1	<0,001
Główny pomiaru	115,86	1	<0,001
Interakcja (grupa x pomiar)	115,86	1	<0,001

Analiza prostych efektów głównych dla skali zabawy i zainteresowania przedmiotami wykazała, że w badaniu I wyniki osób z grupy eksperymentalnej i kontrolnej nie różniły się istotnie między sobą ($M = 0,20$ dla grupy eksperymentalnej vs. $M = 0,45$ dla grupy kontrolnej; $p = 0,733$). W badaniu II dzieci z grupy eksperymentalnej osiągnęły istotnie wyższy poziom dla skali zabawy i zainteresowania przedmiotami niż dzieci z grupy kontrolnej ($M = 3,90$ dla

136:8096037769

grupy eksperymentalnej vs. M = 0,45 dla grupy kontrolnej; p < 0,001). Dodatkowo, w grupie eksperymentalnej wynik skali zabawy i zainteresowania przedmiotami był istotnie wyższy w badaniu II niż w badaniu I (p < 0,001), a w grupie kontrolnej takiej różnicy nie odnotowano (p > 0,999), wykres 7.



Wykres 7. Średni poziom skali zabawy i zainteresowania przedmiotami pomiędzy badanymi grupami i pomiarami.

Podobnie, jak dla skal nawiązywania kontaktów oraz zainteresowania przedmiotami, dla skali reakcji na bodźce również stwierdzono, że istotne statystycznie były zarówno efekty główne (grupy i pomiaru), jak i efekt interakcji między grupą a czasem pomiaru (p < 0,001), tabela 46.

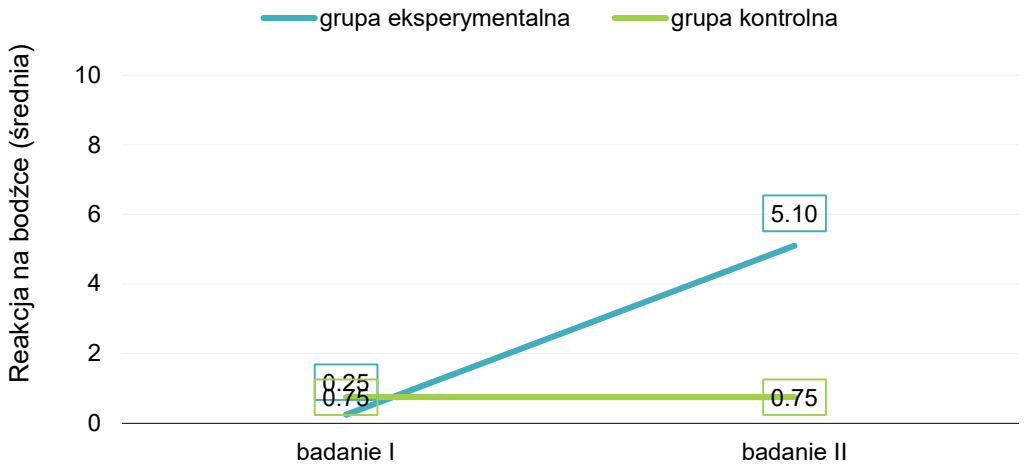
Tabela 46. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla skali reakcji na bodźce (PEP-R)

Efekt	**Wartość statystyki testowej ANOVA (F)**	**Liczba stopni swobody (df)**	**Wartość p**
Główny grupy	89,33	1	<0,001
Główny pomiaru	141,77	1	<0,001
Interakcja (grupa x pomiar)	141,77	1	<0,001

137:7849005158

Na podstawie analizy prostych efektów głównych dla skali reakcji na bodźce wykazano, że w badaniu I wyniki osób z grupy eksperymentalnej i kontrolnej nie różniły się istotnie między sobą (M = 0,25 dla grupy eksperymentalnej vs. M = 0,75 dla grupy kontrolnej; p = 0,313). Z kolei w badaniu II dzieci z grupy eksperymentalnej osiągnęły istotnie wyższy wynik skali reakcji na bodźce niż dzieci z grupy kontrolnej (M = 5,10 dla grupy eksperymentalnej

vs. M = 0,75 dla grupy kontrolnej; p < 0,001). W grupie eksperymentalnej wynik skali reakcji na bodźce był istotnie wyższy w badaniu II niż w badaniu I (p < 0,001), a w grupie kontrolnej poziom skali reakcji na bodźce nie różnił się istotnie pomiędzy badaniem I i II (p > 0,999), wykres 8.



Wykres 8. Średni poziom skali reakcji na bodźce pomiędzy badanymi grupami i pomiarami.

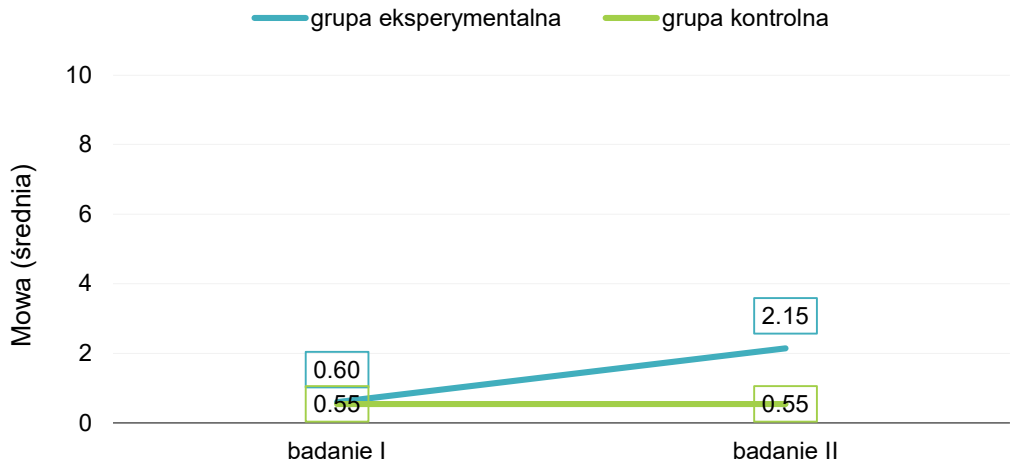
Wykonana analiza ANOVA dla skali mowy dała analogiczne wnioski, jak pozostałe trzy skale zachowań. Stwierdzono, że istotne statystycznie były zarówno efekty główne (grupy i pomiaru), jak i efekt interakcji między grupą a czasem pomiaru (p < 0,001), tabela 47.

138:1068908162

Tabela 47. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla skali mowy (PEP-R)

Efekt	**Wartość statystyki testowej ANOVA (F)**	**Liczba stopni swobody (df)**	**Wartość p**
Główny grupy	20,19	1	<0,001
Główny pomiaru	17,81	1	<0,001
Interakcja (grupa x pomiar)	17,81	1	<0,001

Dla skali mowy wykonano analizę prostych efektów głównych w celu identyfikacji par pomiarów odpowiedzialnych za różnice. Stwierdzono, że w badaniu I wyniki osób z grupy eksperymentalnej i kontrolnej nie różniły się istotnie między sobą (M = 0,60 dla grupy eksperymentalnej vs. M = 0,55 dla grupy kontrolnej; p = 0,997). Z kolei w badaniu II dzieci z grupy eksperymentalnej osiągnęły istotnie wyższy wynik dla skali mowy niż dzieci z grupy kontrolnej (M = 2,15 dla grupy eksperymentalnej vs. M = 0,55 dla grupy kontrolnej; p < 0,001). Dodatkowo, dla grupy eksperymentalnej wynik skali mowy był istotnie wyższy w badaniu II niż w badaniu I (p < 0,001), podczas gdy w grupie kontrolnej wynik ten nie różnił się istotnie pomiędzy badaniem I i II (p > 0,999), wykres 9.



Wykres 9. Średni poziom skali mowy pomiędzy badanymi grupami i pomiarami.

139:1216451502

4.3.3. Ocena poziomu poszczególnych umiejętności skali rozwoju psychoruchowego PEP-R w grupach eksperymentalnych i kontrolnych

Na podstawie przeprowadzonego kwestionariusza PEP-R przeanalizowano również poszczególne umiejętności składające się na skale rozwoju psychoruchowego. Przeanalizowano liczbę zadań ocenionych jako zaliczone dla każdej z umiejętności, zatem im wyższą wartość dla danej umiejętności otrzymywano, tym był to lepszy wynik.

W badaniu I dla umiejętności naśladowania uzyskano średni wynik 4,85 w grupie eksperymentalnej oraz 4,55 w grupie kontrolnej (przy zakresie odpowiednio od 1 do 7 i od 0 do 8 w obu grupach). Wynik dla umiejętności percepcji w badaniu I to średnio 6,90 (zakres 2-11) dla dzieci z grupy eksperymentalnej oraz 6,40 (zakres 1-10) w grupie kontrolnej. Dla motoryki małej uzyskano w badaniu I średni wynik 7,30 w obu grupach (przy zakresie 3-10 w grupie eksperymentalnej i 2-10 w grupie kontrolnej). Z kolei dla motoryki dużej uzyskano w badaniu I średni wynik 10,45 dla dzieci z grupy eksperymentalnej (zakres 8-13) i 9,95 w grupie kontrolnej (zakres 8-12). Średni wynik w badaniu I dla skali koordynacji wzrokowo-ruchowej był taki sam w obu grupach: 6,30 (zakres 2-8 w grupie eksperymentalnej oraz 2-9 w grupie kontrolnej). Dla umiejętności czynności poznawczych uzyskano w badaniu I wynik wynoszący średnio 8,30 w grupie eksperymentalnej (zakres 2-13) i 8,35 w grupie kontrolnej (zakres 2-12). Ostatnia z umiejętności, czyli komunikacja i mowa czynna miała średni wynik w badaniu I 3,75 dla grupy eksperymentalnej (zakres 0-8) i 4,10 w grupie kontrolnej (zakres 1-9), tabela 48.

140:6405473610

Tabela 48. Charakterystyka poziomu umiejętności skali rozwoju psychoruchowego (PEP-R) w badaniu I

Grupa / zmienna	**n**	**M**	**SD**	**Me**	**Q1**	**Q3**	**Min.**	**Maks.**	**S**	**K**
Eksperymentalna										
Naśladowanie	20	4,85	1,76	5,00	3,00	6,00	1,00	7,00	-0,46	-0,70
Percepcja	20	6,90	2,73	7,00	5,75	8,00	2,00	11,00	-0,25	-0,41
Motoryka mała	20	7,30	1,72	8,00	6,00	8,25	3,00	10,00	-0,79	0,54
Motoryka duża	20	10,45	1,54	10,50	9,75	11,25	8,00	13,00	-0,09	-0,71
Koordynacja wzrokowo-ruchowa	20	6,30	1,92	7,00	4,75	8,00	2,00	8,00	-0,97	-0,33
Czynności poznawcze	20	8,30	2,98	8,50	6,75	10,00	2,00	13,00	-0,58	-0,11
Komunikacja i mowa czynna	20	3,75	2,02	4,00	2,75	5,00	0,00	8,00	0,17	-0,06
Kontrolna										
Naśladowanie	20	4,55	2,14	5,00	4,00	6,00	0,00	8,00	-0,70	0,48
Percepcja	20	6,40	2,76	6,00	5,00	8,25	1,00	10,00	-0,31	-0,75
Motoryka mała	20	7,30	1,84	7,50	6,00	9,00	2,00	10,00	-1,17	2,31
Motoryka duża	20	9,95	1,36	9,50	9,00	11,00	8,00	12,00	0,38	-1,20
Koordynacja wzrokowo-ruchowa	20	6,30	2,20	6,50	4,75	8,00	2,00	9,00	-0,46	-0,85
Czynności poznawcze	20	8,35	2,70	9,00	7,00	10,25	2,00	12,00	-0,88	0,66

141:1117118722

Grupa / zmienna	n	M	SD	Me	Q1	Q3	Min.	Maks.	S	K
Komunikacja i mowa czynna	20	4,10	2,17	4,00	2,00	5,25	1,00	9,00	0,27	-0,22

n – liczba badanych, M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Q1 – kwartyl pierwszy, Q3 – kwartyl trzeci, Min. – wartość najniższa, Maks – wartość najwyższa, S – skośność, K – kurtoza.

W badaniu II dzieci z grupy eksperymentalnej uzyskały średni wynik dla umiejętności naśladowania 8,45 (z zakresem od 6 do 12), zaś dla dzieci z grupy kontrolnej było to średnio 4,85 (zakres 2-7). Umiejętność percepcji w badaniu II miała średni poziom 8,65 (zakres 5-12) w grupie eksperymentalnej i 7,35 (zakres 3-11) w grupie kontrolnej. Dla motoryki małej dzieci uzyskały w badaniu II wynik w grupie eksperymentalnej średnio 9,25 (zakres 7-11) i 7,55 w grupie kontrolnej (zakres 5-10). Z kolei dla motoryki dużej dzieci uzyskały w badaniu II wynik w grupie eksperymentalnej średnio 11,80 (zakres 10-14) i 10,50 w grupie kontrolnej (zakres 8-13). W przypadku umiejętności koordynacji wzrokowo-ruchowej w badaniu II dzieci z grupy eksperymentalnej miały średni wynik 8,75 (zakres 7-10), a u dzieci z grupy kontrolnej było to średnio 7,00 (zakres 3-9). Wynik w badaniu II dla czynności poznawczych wynosił średnio 13,15 (zakres 8-17) w grupie eksperymentalnej oraz średnio 8,95 (zakres 2-13) w grupie kontrolnej. Ostatnia z umiejętności, czyli komunikacja i mowa czynna miała średni wynik w badaniu II 7,05 dla grupy eksperymentalnej (zakres 3-12) i 4,20 w grupie kontrolnej (zakres 0-8), tabela 49.

142:1049613211

Tabela 49. Charakterystyka poziomu umiejętności skali rozwoju psychoruchowego (PEP-R) w badaniu II

Grupa / zmienna	**n**	**M**	**SD**	**Me**	**Q1**	**Q3**	**Min.**	**Maks.**	**S**	**K**
Eksperymentalna										
Naśladowanie	20	8,45	1,61	8,00	7,75	9,00	6,00	12,00	0,61	0,11
Percepcja	20	8,65	1,73	8,00	7,75	10,00	5,00	12,00	0,06	-0,21
Motoryka mała	20	9,25	1,21	9,50	8,00	10,00	7,00	11,00	-0,14	-1,15
Motoryka duża	20	11,80	1,06	12,00	11,00	12,25	10,00	14,00	0,14	-0,34
Koordynacja wzrokowo-ruchowa	20	8,75	0,91	9,00	8,00	9,25	7,00	10,00	0,09	-1,00
Czynności poznawcze	20	13,15	2,66	14,00	12,00	15,00	8,00	17,00	-0,90	0,11
Komunikacja i mowa czynna	20	7,05	2,65	7,00	4,00	9,25	3,00	12,00	0,05	-1,12
Kontrolna										
Naśladowanie	20	4,85	1,73	5,00	3,00	6,00	2,00	7,00	-0,29	-1,30
Percepcja	20	7,35	2,37	8,00	6,00	8,00	3,00	11,00	-0,15	-0,49
Motoryka mała	20	7,55	1,39	8,00	6,75	8,25	5,00	10,00	-0,37	-0,56
Motoryka duża	20	10,50	1,54	11,00	9,75	11,25	8,00	13,00	-0,19	-0,69
Koordynacja wzrokowo-ruchowa	20	7,00	1,72	8,00	6,00	8,00	3,00	9,00	-0,90	0,02
Czynności poznawcze	20	8,95	2,72	9,00	7,75	11,00	2,00	13,00	-0,91	0,88

143:9340391451

Grupa / zmienna	n	M	SD	Me	Q1	Q3	Min.	Maks.	S	K
Komunikacja i mowa czynna	20	4,20	2,12	4,00	3,00	5,00	0,00	8,00	0,04	-0,09

n – liczba badanych, M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Q1 – kwartyl pierwszy, Q3 – kwartyl trzeci, Min. – wartość najniższa, Maks – wartość najwyższa, S – skośność, K – kurtoza.

Następnie wykonano serię dwuczynnikowych analiz ANOVA (dla każdej z umiejętności osobno).

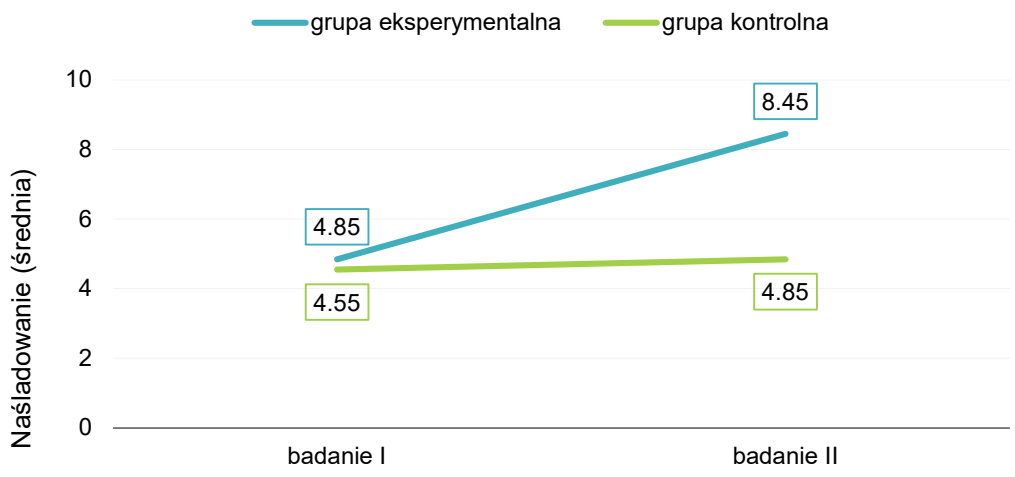
Dla umiejętności naśladowania na podstawie wykonanej analiza stwierdzono, że istotne statystycznie były zarówno efekty główne (grupy i pomiaru), jak i efekt interakcji między grupą a czasem pomiaru ($p < 0,001$), tabela 50.

Tabela 50. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla umiejętności naśladowania (PEP-R)

Efekt	Wartość statystyki testowej ANOVA (F)	Liczba stopni swobody (df)	Wartość p
Główny grupy	23,03	1	<0,001
Główny pomiaru	23,03	1	<0,001
Interakcja (grupa x pomiar)	16,49	1	<0,001

Ponieważ przeprowadzona analiza dla umiejętności naśladowania wykazała, że efekt interakcji między badaniem i grupą był istotny statystycznie ($p < 0,001$) wykonano analizę prostych efektów głównych w celu identyfikacji par pomiarów odpowiedzialnych za różnice. W badaniu I wyniki osób z grupy eksperymentalnej i kontrolnej nie różniły się istotnie między sobą ($M = 4,85$ dla grupy eksperymentalnej vs. $M = 4,55$ dla grupy kontrolnej; $p = 0,954$).
Z kolei w badaniu II dzieci z grupy eksperymentalnej osiągnęły istotnie wyższy wynik dla umiejętności naśladowania niż dzieci z grupy kontrolnej ($M = 8,45$ dla grupy eksperymentalnej vs. $M = 4,85$ dla grupy kontrolnej; $p < 0,001$). Dodatkowo, dla grupy eksperymentalnej wynik umiejętności naśladowania był istotnie wyższy w badaniu II niż w badaniu I ($p < 0,001$), podczas gdy w grupie kontrolnej wynik nie różnił się istotnie pomiędzy badaniem I i II ($p = 0,954$), wykres 10.

144:1903678961



Wykres 10. Średni poziom umiejętności naśladowania pomiędzy badanymi grupami i pomiarami.

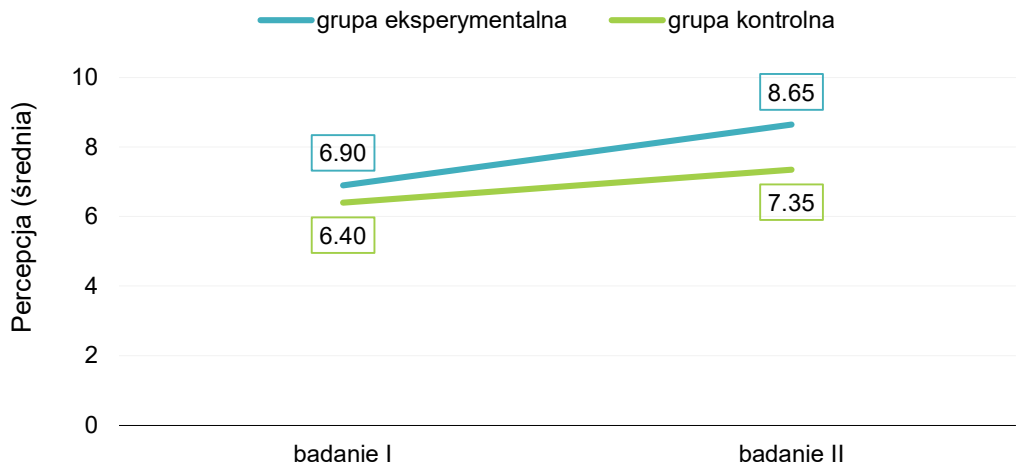
W przypadku umiejętności percepcji stwierdzono, że istotny statystycznie był wyłącznie efekt pomiaru (p = 0,015) – wyniki w badaniu II różniły się od wyników w badaniu I niezależnie od grupy badawczej, czyli niezależnie od przeprowadzenia terapii taktylnej. Efekt interakcji pomiędzy grupą a pomiarem nie był istotny statystycznie, tabela 51.

Tabela 51. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla umiejętności percepcji (PEP-R)

Efekt	**Wartość statystyki testowej ANOVA (F)**	**Liczba stopni swobody (df)**	**Wartość p**
Główny grupy	2,74	1	0,102
Główny pomiaru	6,16	1	0,015
Interakcja (grupa x pomiar)	0,54	1	0,464

145:4028493563

Średnie poziomy umiejętności percepcji dla obu grup w badaniu I i II przedstawia wykres 11.



Wykres 11. Średni poziom umiejętności percepcji pomiędzy badanymi grupami i pomiarami.

Dla umiejętności motoryki małej na podstawie wykonanej analiza stwierdzono, że istotne statystycznie były zarówno efekty główne (grupy i pomiaru), jak i efekt interakcji między grupą a czasem pomiaru ($p < 0,05$), tabela 52.

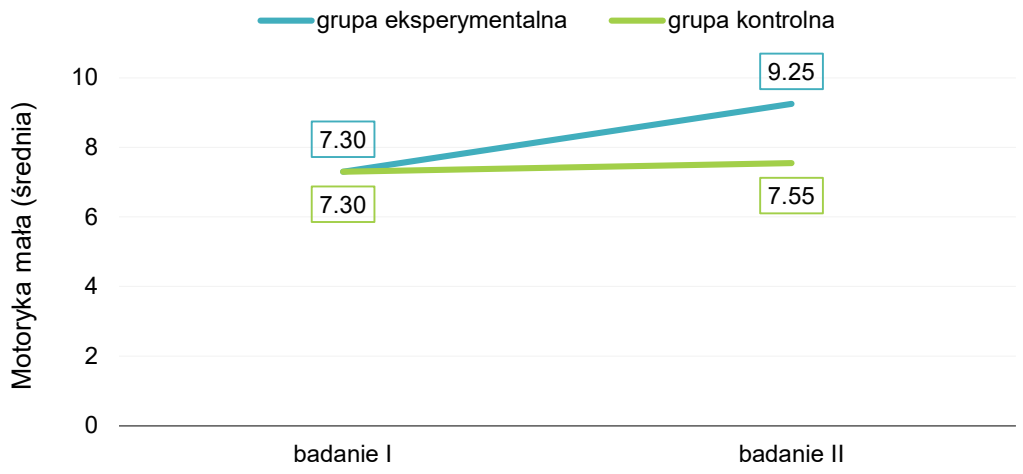
Tabela 52. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla umiejętności motoryki małej (PEP-R)

Efekt	**Wartość statystyki testowej ANOVA (F)**	**Liczba stopni swobody (df)**	**Wartość p**
Główny grupy	5,93	1	0,017
Główny pomiaru	9,94	1	0,002
Interakcja (grupa x pomiar)	5,93	1	0,017

Wykonano analizę prostych efektów głównych dla umiejętności motoryki małej w celu identyfikacji par pomiarów odpowiedzialnych za różnice. W badaniu I wyniki osób z grupy eksperymentalnej i kontrolnej nie różniły się istotnie między sobą ($M = 7,30$ dla obu grup; $p > 0,999$). W badaniu II dzieci z grupy eksperymentalnej osiągnęły istotnie wyższy poziom umiejętności motoryki małej niż dzieci z grupy kontrolnej ($M = 9,25$ dla grupy

146:4280038853

eksperymentalnej vs. M = 7,55 dla grupy kontrolnej; p = 0,001). Dla grupy eksperymentalnej wynik umiejętności motoryki małej był istotnie wyższy w badaniu II niż w badaniu I (p = 0,001), podczas gdy w grupie kontrolnej podobnej różnicy nie stwierdzono (p = 0,957), wykres 12.



Wykres 12. Średni poziom umiejętności motoryki małej pomiędzy badanymi grupami i pomiarami.

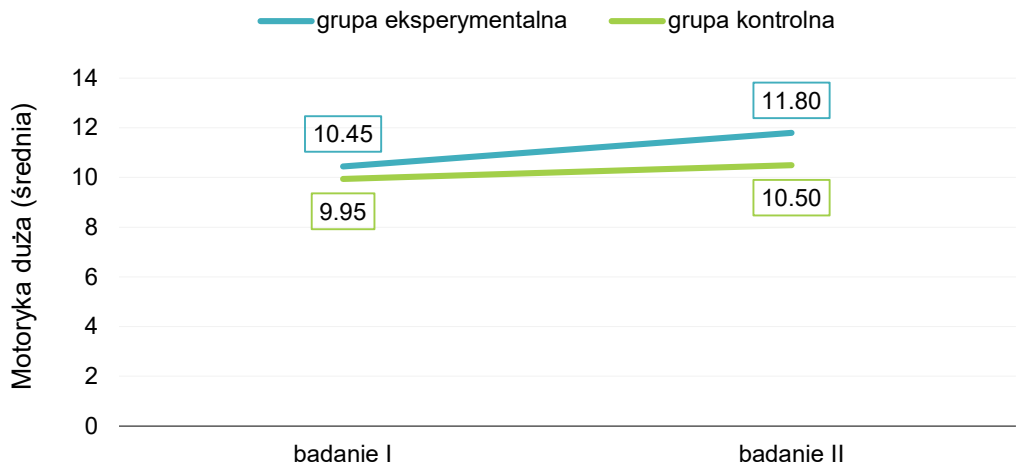
Z kolei w przypadku motoryki dużej potwierdzono wyłącznie efekty główne (grupy i pomiaru) jako istotne statystycznie. Zatem poziom motoryki dużej różnił się istotnie pomiędzy obiema grupami niezależnie od czasu pomiaru oraz różnił się istotnie pomiędzy badaniem I i II niezależnie od grupy badawczej. Efekt interakcji między grupą a czasem pomiaru nie był istotny (p < 0,001), czyli nie potwierdzono istotnego związku z eksperymentem dla poziomu motoryki dużej, tabela 53.

147:7672813478

Tabela 53. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla umiejętności motoryki dużej (PEP-R)

Efekt	**Wartość statystyki testowej ANOVA (F)**	**Liczba stopni swobody (df)**	**Wartość p**
Główny grupy	8,43	1	0,005
Główny pomiaru	9,39	1	0,003
Interakcja (grupa x pomiar)	1,67	1	0,201

Średnie poziomy umiejętności motoryki dużej dla obu grup w badaniu I i II przedstawia wykres 13.



Wykres 13. Średni poziom umiejętności motoryki dużej pomiędzy badanymi grupami i pomiarami.

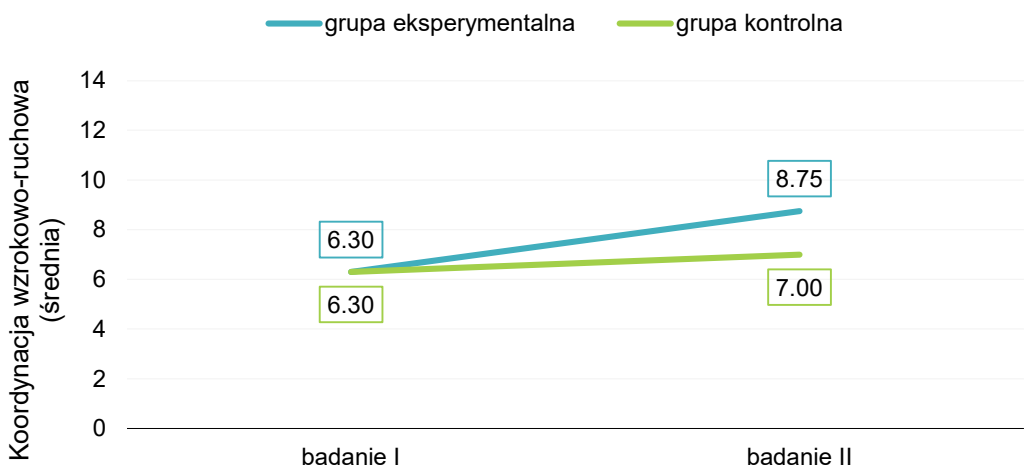
Dla umiejętności koordynacji wzrokowo-ruchowej stwierdzono, że istotne statystycznie były zarówno efekty główne (grupy i pomiaru), jak i efekt interakcji między grupą a czasem pomiaru ($p < 0,05$), tabela 54.

148:6025737160

Tabela 54. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla umiejętności koordynacji wzrokowo-ruchowej (PEP-R)

Efekt	**Wartość statystyki testowej ANOVA (F)**	**Liczba stopni swobody (df)**	**Wartość p**
Główny grupy	4,97	1	0,029
Główny pomiaru	16,10	1	<0,001
Interakcja (grupa x pomiar)	4,97	1	0,029

Analiza prostych efektów głównych dla umiejętności koordynacji wzrokowo-ruchowej wykazała, że w badaniu I wyniki osób z grupy eksperymentalnej i kontrolnej nie różniły się istotnie między sobą (M = 6,30 dla obu grup; p > 0,999). Z kolei w badaniu II dzieci z grupy eksperymentalnej osiągnęły istotnie wyższy wynik niż dzieci z grupy kontrolnej (M = 8,75 dla grupy eksperymentalnej vs. M = 7,00 dla grupy kontrolnej; p = 0,012). Dodatkowo, dla grupy eksperymentalnej wynik był istotnie wyższy w badaniu II niż w badaniu I (p < 0,001), a w grupie kontrolnej nie różnił się istotnie pomiędzy badaniem I i II (p = 0,590), wykres 14.



Wykres 14. Średni poziom umiejętności koordynacji wzrokowo-ruchowej pomiędzy badanymi grupami i pomiarami.

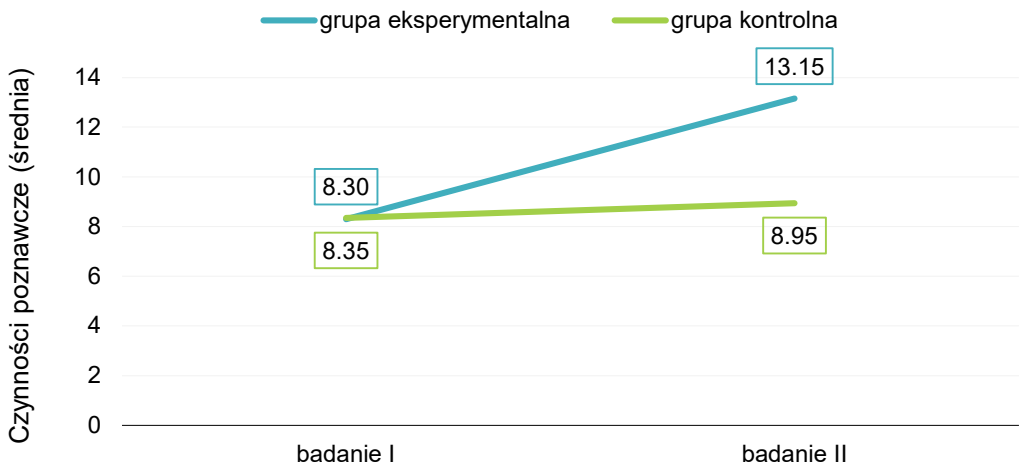
149:4773453862

Dla umiejętności czynności poznawczych stwierdzono, że istotne statystycznie były zarówno efekty główne (grupy i pomiaru), jak i efekt interakcji między grupą a czasem pomiaru ($p < 0,001$), tabela 55.

Tabela 55. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla umiejętności czynności poznawczych (PEP-R)

Efekt	**Wartość statystyki testowej ANOVA (F)**	**Liczba stopni swobody (df)**	**Wartość p**
Główny grupy	11,24	1	0,001
Główny pomiaru	19,39	1	<0,001
Interakcja (grupa x pomiar)	11,79	1	0,001

Na podstawie analizy prostych efektów głównych dla umiejętności czynności poznawcze stwierdzono, że w badaniu I wyniki osób z grupy eksperymentalnej i kontrolnej nie różniły się istotnie między sobą ($M = 8,30$ dla grupy eksperymentalnej vs. $M = 8,35$ dla grupy kontrolnej; $p = 0,999$). Z kolei w badaniu II dzieci z grupy eksperymentalnej osiągnęły istotnie wyższy wynik niż dzieci z grupy kontrolnej ($M = 13,15$ dla grupy eksperymentalnej vs. $M = 8,95$ dla grupy kontrolnej; $p < 0,001$). Dodatkowo, dla grupy eksperymentalnej wynik był istotnie wyższy w badaniu II niż w badaniu I ($p < 0,001$), zaś w grupie kontrolnej podobnej różnicy nie stwierdzono ($p = 0,902$), wykres 15.



150:8280397722

Wykres 15. Średni poziom umiejętności czynności poznawczych pomiędzy badanymi grupami i pomiarami.

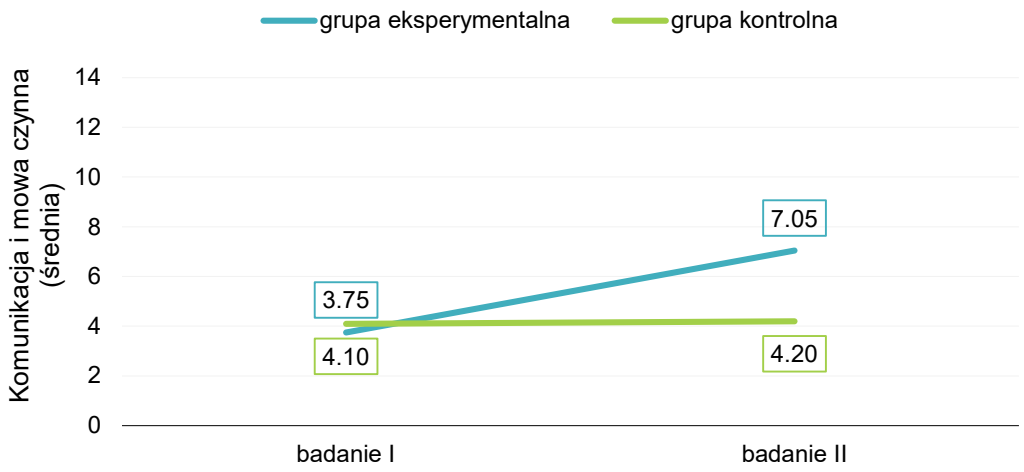
Dla ostatniej z umiejętności (komunikacji i mowy czynnej) na podstawie wykonanej analiza również stwierdzono, że istotne statystycznie były zarówno efekty główne (grupy i pomiaru), jak i efekt interakcji między grupą a czasem pomiaru ($p < 0,05$), tabela 56.

Tabela 56. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla umiejętności komunikacji i mowy czynnej (PEP-R)

Efekt	**Wartość statystyki testowej ANOVA (F)**	**Liczba stopni swobody (df)**	**Wartość p**
Główny grupy	6,16	1	0,015
Główny pomiaru	11,39	1	0,001
Interakcja (grupa x pomiar)	10,09	1	0,002

Przeprowadzona analiza prostych efektów głównych dla umiejętności komunikacji i mowy czynnej wykazała, że w badaniu I wyniki osób z grupy eksperymentalnej i kontrolnej nie różniły się istotnie między sobą ($M = 3,75$ dla grupy eksperymentalnej vs. $M = 4,10$ dla grupy kontrolnej; $p = 0,961$). W badaniu II dzieci z grupy eksperymentalnej osiągnęły istotnie lepszy wynik niż dzieci z grupy kontrolnej ($M = 7,05$ dla grupy eksperymentalnej vs. $M = 4,20$ dla grupy kontrolnej; $p = 0,001$). Dodatkowo, dla grupy eksperymentalnej wynik był istotnie wyższy w badaniu II niż w badaniu I ($p < 0,001$), podczas gdy w grupie kontrolnej wynik nie różnił się istotnie pomiędzy badaniem I i II ($p = 0,999$), wykres 16.

151:6738815365



Wykres 16. Średni poziom umiejętności komunikacji i mowy czynnej pomiędzy badanymi grupami i pomiarami.

W kolejnym kroku zweryfikowano istnienie korelacji pomiędzy poziomem autyzmu mierzonym kwestionariuszem CARS a profilem psychoedukacyjnym badanych dzieci w podziale na jego poszczególne obszary, mierzonym kwestionariuszem PEP-R.

Dla badania I nie potwierdzono istotnej statystycznie korelacji pomiędzy poziomem autyzmu a profilem psychoedukacyjnym – brak zależności dotyczył zarówno grupy eksperymentalnej, kontrolnej, jak i obu grup analizowanych łącznie ($p > 0,05$ dla każdej z analiz korelacji), tabela 57.

Współczynnik korelacji przyjmuje wartości od -1 do 1. Wartość powyżej 0,5 lub poniżej -0,5 wskazuje na silną korelację. Wartości pomiędzy -0,3 i 0,3 wskazują słabą korelację. A pośrednie, czyli pomiędzy 0,3 a 0,5 i pomiędzy -0,5 i -0,3 na umiarkowaną.

Wartości dodatnie to korelacja dodatnia (czyli im wyższy poziom jednego parametru, tym wyższy poziom drugiego) a ujemne to ujemna (czyli im wyższy poziom jednego parametru tym niższy poziom drugiego).

No i przede wszystkim p musi być < 0,05, żeby w ogóle potwierdzić istnienie korelacji. Jak p nie jest <0,05, to nawet jeśli r jest wysokie, to nie mamy podstaw do stwierdzenia istnienia korelacji.

152:2742048279

Tabela 57. Korelacja pomiędzy stopniem autyzmu (CARS) a profilem psychoedukacyjnym (PEP-R) w badaniu I

	Grupa eksperymentalna		**Grupa kontrolna**		**Obie grupy (razem)**	
	rho	**p**	**rho**	**p**	**rho**	**p**
Wiek rozwoju	-0,09	0,694	0,22	0,361	0,02	0,884
Potencjalny wiek rozwoju	0,08	0,735	-0,17	0,471	-0,04	0,811
Iloraz rozwoju	-0,15	0,540	0,12	0,623	-0,02	0,881
Nawiązywanie kontaktów	0,10	0,667	-0,12	0,613	-0,03	0,859
Zainteresowanie przedmiotami	-0,01	0,959	0,29	0,208	0,19	0,246
Reakcje na bodźce	-0,23	0,326	-0,11	0,656	-0,09	0,587
Mowa	-0,08	0,742	-0,06	0,787	-0,08	0,639
Naśladowanie	0,16	0,506	-0,15	0,526	-0,02	0,899
Percepcja	0,02	0,919	-0,28	0,237	-0,14	0,400
Motoryka mała	-0,12	0,628	0,24	0,299	0,07	0,686
Motoryka duża	-0,25	0,285	-0,03	0,898	-0,17	0,285
Koordynacja wzrokowo-ruchowa	-0,04	0,877	0,08	0,726	0,03	0,875
Czynności poznawcze	0,01	0,966	0,33	0,157	0,16	0,330
Komunikacja i mowa czynna	0,13	0,597	-0,21	0,371	-0,03	0,848

rho – współczynnik korelacji Pearsona, p - wartość p analizy korelacji.

Z kolei dla badania II nie potwierdzono istotnej statystycznie korelacji pomiędzy poziomem autyzmu a profilem psychoedukacyjnym w grupach eksperymentalnej i kontrolnej analizowanych osobno. Po połączeniu obu grup badawczych, potwierdzono istotną korelację pomiędzy poziomem autyzmu a wszystkimi zmiennymi mierzonymi kwestionariuszem PEP-R. Była to w każdym przypadku zależność o kierunku ujemnym, co oznacza, że wraz ze

153:3329370788

wzrostem poziomu autyzmu malał wynik dla kwestionariusza PEP-R. Zależność ta była umiarkowana (dla motoryki małej i dużej, percepcji, komunikacji i mowy czynnej oraz koordynacji wzrokowo-ruchowej) lub silna (w pozostałych przypadkach), tabela 58.

Tabela 58. Korelacja pomiędzy stopniem autyzmu (CARS) a profilem psychoedukacyjnym (PEP-R) w badaniu II

	Grupa eksperymentalna		**Grupa kontrolna**		**Obie grupy (razem)**	
	rho	**p**	**rho**	**p**	**rho**	**p**
Wiek rozwoju	-0,30	0,195	-0,15	0,525	-0,70	<0,001
Iloraz rozwoju	-0,34	0,141	0,05	0,828	-0,58	<0,001
Nawiązywanie kontaktów	-0,13	0,585	-0,23	0,339	-0,85	<0,001
Zainteresowanie przedmiotami	-0,25	0,293	0,26	0,260	-0,76	<0,001
Reakcje na bodźce	0,09	0,696	-0,15	0,523	-0,78	<0,001
Mowa	0,28	0,237	-0,22	0,357	-0,56	0,001
Naśladowanie	-0,25	0,296	-0,41	0,070	-0,76	<0,001
Percepcja	-0,20	0,400	-0,39	0,092	-0,42	0,007
Motoryka mała	0,04	0,871	0,17	0,464	-0,43	0,006
Motoryka duża	-0,29	0,209	0,17	0,635	-0,39	0,012
Koordynacja wzrokowo-ruchowa	0,21	0,382	-0,04	0,859	-0,46	0,003
Czynności poznawcze	-0,32	0,164	0,24	0,306	-0,53	<0,001
Komunikacja i mowa czynna	0,20	0,529	-0,07	0,769	-0,44	0,005

rho – współczynnik korelacji Pearsona, p - wartość p analizy korelacji.

154:3355942124

4.4. Przykładowe raporty z badania dziecka przy pomocy testu – Profil Psychoedukacyjny PEP-R

W celu pogłębienia wiedzy na temat funkcjonowania dziecka z autyzmem przeprowadziłam badania Profilem Psychoedukacyjnym PEP-R, związane z rozwojem i zachowaniem. Przedstawiony materiał badań 20 -sto osobowej grupy eksperymentalnej uprawnia do zaprezentowania dwóch tendencji: pierwszy zakres dotyczy rozwoju oraz drugi zachowania. W przypadku 18- stu osób z grupy eksperymentalnej nastąpił progres w rozwoju i zachowaniu badanych. Natomiast dwa przypadki wyłonione z analizy porównawczej ilustrują wymienione tendencje:

- przypadek Cartera P. – rozwój widoczny w skali PEP-R, natomiast w zakresie zachowania słaby postęp.
- przypadek Adama K. – rozwój swoim zakresem słabo rozwinięty, natomiast w skali zachowania widoczne obiecujące zmiany.

155:8218421340

PRZYKŁADOWY RAPORT Z BADANIA DZIECKA PRZY POMOCY TESTU – PROFIL PSYCHOEDUKACYJNY PEP-R - GRUPA EKSPERYMENTALNA

DANE PODSTAWOWE

Imię i nazwisko	**Carter P.**
Data urodzenia	**14.08.2012**
Data przeprowadzenia badania	**01.03.2019**
Wiek życia dziecka	**6 lat 5 m-cy**
Adres zamieszkania	**Nowy Sącz**
Imiona i nazwiska rodziców	**Anna, Jan**
Placówka	**SOSW Wczesne wspomaganie rozwoju**
Badający	**Agnieszka B.**
Wiek rozwoju	**1 rok 3 miesiące**
Potencjalny wiek rozwoju	**3 lata 10 miesięcy**
Iloraz rozwoju	**27**

156:3895688735

SKALA ZACHOWANIA

Nawiązywanie kontaktów i reakcje emocjonalne

Reakcja na własne odbicie w lustrze – chłopiec nieodpowiednio reagował na własne odbicie w lustrze, nadmiernie interesował się lustrem, jego powierzchnią, wrażeniami wzrokowymi. Reakcja na kontakt fizyczny – dziecko w pewnym stopniu nieprawidłowo reagowało na kontakt fizyczny, było zbyt powściągliwe i zdenerwowane. Nawiązywanie kontaktów społecznych – Carter słabo nawiązywał kontakt z badającym. Reakcja na głos badającego – czasami zwracał uwagę i reagował z opóźnieniem. Kontakt wzrokowy – w czasie testu chłopiec słaby nawiązywał kontakt wzrokowy z badającym. Nawiązywanie kontaktów uczuciowych – reakcje emocjonalne chłopca w czasie badania testowego były nieco nieadekwatne do sytuacji, zahamowane, czasami obojętne i zmienne. Szukanie pomocy badającego – Carter nigdy nie prosił o pomoc przy wykonywaniu zadań, w sytuacji problemowej, wymaga zdecydowanej ingerencji badającego. Reakcje lękowe – dziecko bał się przesadnie i w sposób nieuzasadniony, trudno je można było uspokoić. Świadomość obecności osoby badającej – dziecko nie odpowiednio reagowało na obecność badającego, nawiązywał słaby kontakt wzrokowy, próbował słuchać głosu, nie zawsze odwzajemniał uśmiechem. Współpraca z badającym – chłopiec był nieco negatywnie nastawiony do badającego i czasami współpracował a czasami tej współpracy odmawiał. Reakcja na nagłe zmiany – Carter źle znosił wprowadzane przez badającego zmiany, reagował gwałtownie i wracał do poprzedniej czynności. Motywowanie pochwałą – dziecko czasami reagowało na pochwały.

Zabawa i zainteresowanie przedmiotami

Reakcja na sznurowadło – reakcja dziecka na sznurowadło była nieco nietypowa, niewłaściwie się bawił. Samodzielna zabawa – dziecko wykazywało trudności z samodzielną zabawą, w przypadku gdy badający nie organizował zabawy, dziecko postępowało nieco chaotycznie i wykorzystywał przedmioty w nietypowy lub stereotypowy sposób. Badanie otoczenia – chłopiec zajmował się badaniem otoczenia w sposób stereotypowy. Badanie materiałów testowych – Carter badał przedmioty zbyt długo i stereotypowo, posługiwał się przeważnie jednym zmysłem, wykazywał niewielkie zainteresowanie przedmiotami. Zachowanie w czasie wykonania zadania – dziecko w czasie wykonywania zadania zachowywało się zmiennie i nietypowo. Umiejętność skupiania uwagi – dziecko było nadmiernie rozproszone, gdy badający prosił o uwagę lub gdy zadanie wymagało koncentracji. Motywowanie nagrodami rzeczowymi – dziecko wykazywało pewne zainteresowanie nagrodami rzeczowymi i smakołykami, które częściowo motywowały je do działania. Motywacja wewnętrzna – chłopiec wykazywał zmienne zainteresowanie ukończeniem zadania, wykonywał tylko takie, które były atrakcyjne ze względu na rodzaj aktywności lub użyty materiał.

157:1069092207

Reakcje na bodźce

Badanie klocków dotykiem – Carter nie zawsze właściwie reagował na przedmioty, badał je z zainteresowaniem natomiast klockami adekwatnie się nimi posługiwał. Reakcja na dźwięk kołatki – dziecko nieco nadmiernie interesowało się dźwiękiem kołatki. Reakcja na łaskotki – chłopiec niewłaściwie reagowało na łaskotki, przejawiał gwałtowną obronność dotykową. Reakcja na dźwięk gwizdka – Carter z powodu nadwrażliwości reaguje na dźwięk gwizdka zbyt gwałtownie, unika go, zasłania uszy rękami. Reakcja na dźwięk dzwonka – dziecko wykazuje nieco nietypową reakcję na dźwięk dzwonka nadmiernie się nim interesowało. Reakcja na uszczypnięcie – chłopiec w sposób naturalny i spontaniczny reagowało na delikatne uszczypnięcie, adekwatnie do swojego wieku rozwojowego. Wrażliwość wzrokowa – zainteresowanie bodźcami wzrokowymi i wrażliwość wzrokowa w normie. Wrażliwość słuchowa – Carter wykazuje nadwrażliwość na pewne dźwięki, uboczne dźwięki rozpraszają uwagę dziecka. Zainteresowanie nierówną powierzchnią – dziecko wykazywało zainteresowanie dotykaniem niektórych powierzchni. Zainteresowanie smakiem – chłopiec w pewnym stopniu interesowało się smakiem przedmiotów, wkłada je do ust i liże. Zainteresowanie zapachem – Carter wykazywał nadmierne zainteresowanie zapachem, obwąchiwał przedmioty. Ruchy i manieryzmy – dziecko nieodpowiednio do wieku, wykorzystywał możliwości swojego ciała wykonując nietypowe, powtarzające się ruchy i czynności.

Mowa

Intonacja i modulacja głosu – mowa chłopca jest nietypowa i charakteryzuje się nietypową barwą dźwięku i modulacją głosu, jest monotonna. Mowa mało zrozumiała – Carter wydaje dźwięki, mówi przeważnie niezrozumiałe słowa, jest to główny sposób komunikowania się dziecka. Używanie słów – dziecko używa słów i wyrażeń nieodpowiednio i komunikuje się nieefektywnie, schematy słowne nie są skutecznym środkiem komunikowania swoich potrzeb i pragnień, np. powtarzanie zwrotów i dźwięków zasłyszanych w telewizji lub stałe używanie nieodpowiednich słów do opisywania sytuacji i przedmiotów. chłopiec starał się używać słowa do porozumiewania się. Swoiste używanie języka – Carter bardzo często używał "dziwacznego języka", słowa i wyrażenia czasem miały znaczenie. Echolalia odroczona – chłopiec w nieodpowiednim momencie powtarzał słowa i wyrażenia usłyszane wcześniej. Echolalia bezpośrednia – Carter czasami używał niepoprawnie i bez związku z sytuacją słowa i wyrażenia usłyszane chwilę wcześniej. Nieustanne naśladowanie dźwięków i słów – dziecko czasem powtarzało te same dźwięki i wyrazy. Używanie zaimków – chłopiec ich w ogóle nie używał. Wyrazistość mowy – mowa dziecka jest mało zrozumiała. Znajomość składni – Carter niepoprawnie buduje zdania, popełnia błędy. Spontaniczna komunikacja – dziecko nie używa języka spontanicznie.

158:9738370348

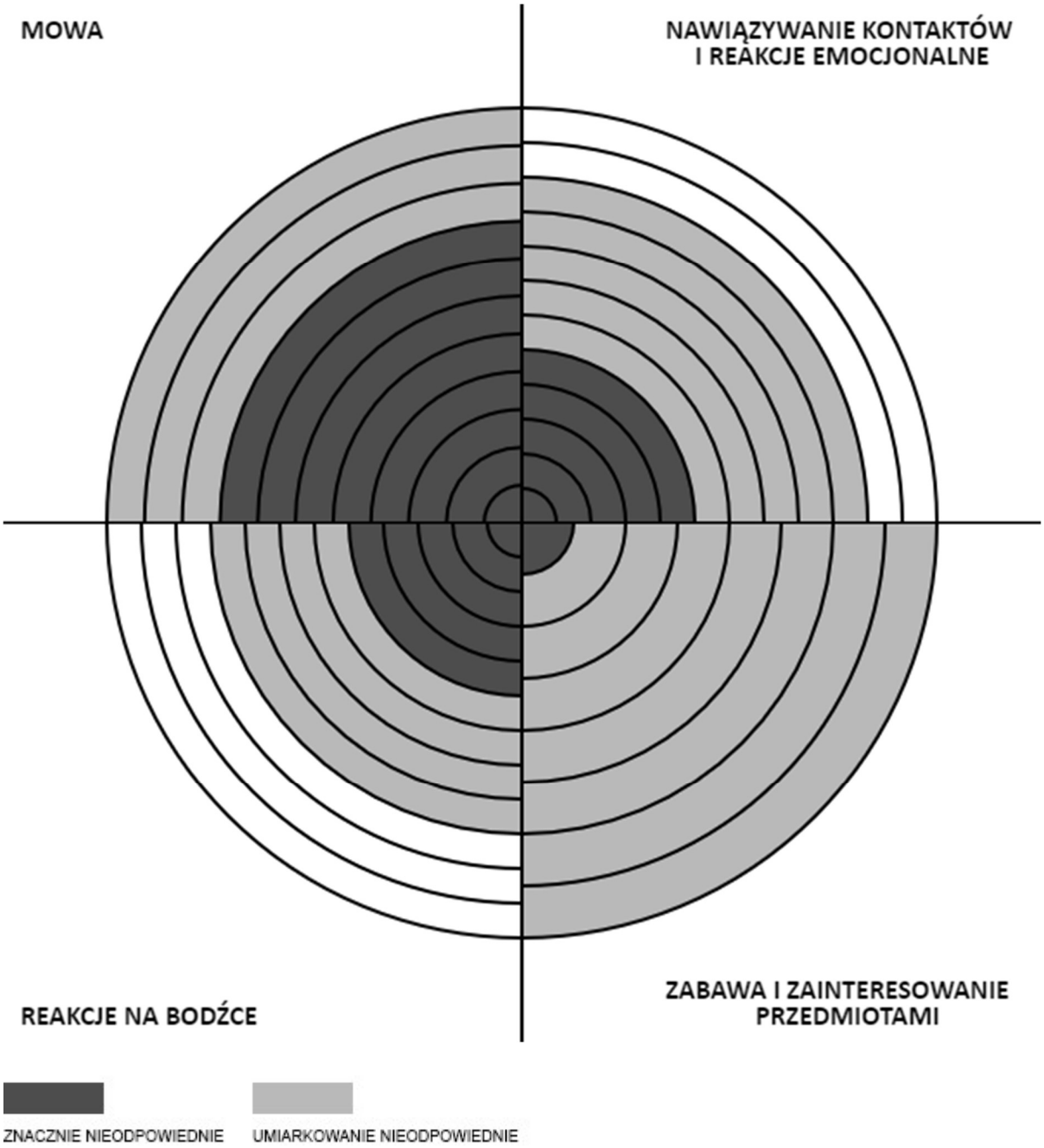
Nawiązywanie kontaktów i reakcje emocjonalne

Reakcja na własne odbicie w lustrze – chłopiec nieodpowiednio reagował na własne odbicie w lustrze. Reakcja na kontakt fizyczny – dziecko w pewnym stopniu nieprawidłowo reagowało na kontakt fizyczny, było zbyt zdenerwowane, kontakt fizyczny powodował pobudliwość dziecka. Nawiązywanie kontaktów społecznych – Carter słabo nawiązywał kontakt z badającym i nie zawsze zdawał sobie sprawę z obecności badającego. Reakcja na głos badającego – dziecko nie zawsze tak samo reagowało na głos badającego, czasami zwracał uwagę lub reagował z opóźnieniem. Kontakt wzrokowy – w czasie testu chłopiec nawiązywał krótki kontakt wzrokowy z badającym. Nawiązywanie kontaktów uczuciowych – reakcje emocjonalne chłopca w czasie badania testowego były nieco nieadekwatne do sytuacji, zahamowane i zmienne. Szukanie pomocy badającego – Carter nie zawsze prosił o pomoc przy wykonywaniu zadań i w sytuacji problemowej dziecko wymagało zdecydowanej ingerencji badającego. Świadomość obecności osoby badającej – dziecko nie zawsze odpowiednio reagowało na obecność badającego. Współpraca z badającym – chłopiec był nieco negatywnie nastawiony do badającego i czasami współpracował z badającym, a czasami tej współpracy odmawiał. Reakcja na nagłe zmiany – Carter źle znosił wprowadzone przez badającego zmiany na ingerencję reagował gwałtownie i uporczywie wracał do poprzedniej czynności. Motywowanie pochwałą – chłopiec nie zawsze reagował na pochwały.

Zabawa i zainteresowanie przedmiotami

Reakcja na sznurowadło – reakcja dziecka na sznurowadło była nieco nietypowa, niewłaściwie się nim interesował. Samodzielna zabawa – chłopiec wykazywał trudności z samodzielną zabawą, w przypadku gdy badający nie organizował zabawy, dziecko postępowało nieco chaotycznie i wykorzystywało przedmioty w stereotypowy sposób. Badanie otoczenia – chłopiec zajmował się badaniem otoczenia chaotycznie i w sposób stereotypowy. Badanie materiałów testowych – Carter badał przedmioty nietypowo i wykazywał problemy z zakończeniem posługiwania się przedmiotem i czasem brakiem zainteresowanie. Zachowanie - dziecko w czasie wykonywania zadania postępowało chaotycznie, nie zdawało sobie sprawy z tego, co należy zrobić, nie potrafiło wykonać zadania w sposób logicznie uporządkowany; dziecko na krótko skupiało uwagę, zachowywało się zmiennie i nietypowo. Umiejętność skupiania uwagi – dziecko posiada ograniczone i charakterystyczne dla wieku młodszego możliwości skupiania uwagi, było nadmiernie rozproszone, gdy badający prosił o uwagę i gdy zadanie wymagało koncentracji. Motywowanie nagrodami rzeczowymi – dziecko wykazywało pewne zainteresowanie nagrodami rzeczowymi i smakołykami, które częściowo motywowały je do działania. Motywacja wewnętrzna – chłopiec wykazywał zmienne zainteresowanie ukończeniem zadania, wykonywał tylko takie, które są atrakcyjne ze względu na rodzaj aktywności lub użyty materiał.

159:6488855563



160:7195130666

SKALA ROZWOJU

Naśladowanie – 1 rok 4 miesiące

PWR = 3 lata 4 miesiące

Oznacza ono zdolność powtarzania tego co ktoś mówi lub pokazywania tego co ktoś robi.

W zakresie naśladowania dziecko zaliczyło następujące zadania: Zabawa kalejdoskopem – chłopiec próbował naśladować zabawę kalejdoskopem, patrzył w kalejdoskop, pokręcał pierścieniem. Naśladowanie dwukrotnego naciśnięcia dzwonka. Naśladowanie głosów zwierząt prezentowanych przez badającego. Powtarzanie dźwięków – Carter próbował poprawnie naśladować proste dźwięki. Machanie ręką na pożegnanie w odpowiedzi na gest machania badającego. Obiecujące jest naśladowanie formowania wałka z plasteliny – dziecko próbowało bawić się plasteliną, wykonywało ruchy podobne do toczenia. Obiecująca jest zabawa z pacynką – chłopiec nieskutecznie próbuje naśladować ruchy pacynki, wkładał pacynkę na rękę. Obiecujące jest naśladowanie czynności z użyciem przedmiotów – Carter w zabawie z pacynką próbował naśladować przynajmniej jedną czynność z użyciem przedmiotów. Obiecujące jest naśladowanie ruchów motoryki dużej – dziecko próbowało naśladować co najmniej jeden gest. Obiecujące jest powtarzanie szeregów 2- i 3-cyfrowych – chłopiec poprawnie powtarzał tylko szeregi 2-cyfrowe. Obiecujące jest powtarzanie słów – Obiecująca jest reakcja na naśladowanie własnego zachowania – słabo podejmował zabawy i powtarzania czynności. Obiecująca jest reakcja na naśladowanie własnych dźwięków – dziecko nie zawsze w zabawie powtarzało dźwięki za badającym.

Percepcja – 3 lata 1 miesiąc

PWR = 5 lat 3 miesiące (prawidłowo w badanym zakresie)

Jest to reagowanie na bodźce wzrokowe, słuchowe, a także rozpoznawanie kolorów, kształtów i wielkości.

Do zadań zaliczonych w tej sferze należą: Podążanie wzrokiem za poruszającymi się przedmiotami – dziecko śledziło wzrokiem ruch baniek. Przecinanie wzrokiem osi ciała – chłopiec przez cały czas obserwowało ruch obiektu. Dominacja oka – Carter wykazuje zdecydowaną dominację oka prawego, przez cały czas używając tego samego oka. Uzupełnianie płytki z figurami geometrycznymi – dziecko poprawnie umieszczało wszystkie figury w odpowiadających im otworach lub w ich pobliżu. Uzupełnianie płytki z wyciętymi kształtami – chłopiec umieszczał prawidłowo wszystkie cztery elementy na płytce i nie potrzebował demonstracji, aby wykonać zadanie. Uzupełnianie płytki z elementami różnej

161:3796347629

wielkości – Carter prawidłowo odnajdywał otwory w płytce i umieszczał poszczególne elementy w pobliżu odpowiedniego otworu i prawidłowo łączył kolorowe klocki z odpowiednimi krążkami. Dźwięk kołatki – dziecko słyszy dźwięk kołatki i orientuje się, skąd on dobiega. Szukanie cukierka schowanego pod kubkiem – chłopiec znajdywał cukierek i inny drobny przedmiot schowany pod kubkiem co najmniej dwa razy w ciągu trzech prób. Dźwięk dzwonka ręcznego – Carter reagował na dźwięk dzwonka ręcznego i orientował się, z jakiego kierunku dochodzi. Zainteresowanie obrazkami w zeszycie lub książeczce – chłopiec oglądał zeszyt lub książeczkę, otwierał, przekładał pojedynczo strony, przyglądał się obrazkom. Obiecująca jest reakcja orientacyjna na dźwięk gwizdka – chłopiec reagował na dźwięk, ale nie zawsze wiedział, z jakiego kierunku dochodzi. Obiecująca jest reakcja na gesty – Carter na niektóre gesty próbował odpowiadać, a na niektóre nie reagował w ogóle.

Motoryka mała – 1 rok 9 miesięcy

PWR = 4 lata 10 miesięcy

Jest to koordynacja czynności obu rąk i umiejętność chwytania.

Zaliczone jest: Odkręcanie pojemnika – dziecko samodzielnie odkręcało pokrywkę pojemnika i próby robienia baniek mydlanych. Robienie palcem zagłębienia w plastelinie – chłopiec świadomie wykonywał palcem zagłębienie w plastelinie. Koordynacja obu rąk – Carter przez cały czas posługiwał się obiema rękami w sposób skoordynowany. Cięcie papieru nożyczkami – dziecko potrafi nacinać papier i wycinać pasek papieru z lekką pomocą. Rozpoznawanie dotykiem przedmiotów – chłopiec potrafi znaleźć i podać co najmniej cztery z wymienionych drobnych przedmiotów schowanych w worku. Przyciskanie włącznika światła – Carter włączał i wyłączał przycisk i nie potrzebował demonstracji, aby to wykonać. Obiecujące jest chwytanie patyczków – dziecko potrafi chwytać patyczek zaciskając całą dłoń. Obiecujące jest robienie miseczki z plasteliny – chłopcu nie udało się uformować miseczki, pomimo iż wiedział, jakie należy wykonać ruchy – ugniatanie, formowanie, itp. Obiecujące jest nawlekanie kulek z otworami na sznurowadło – dziecku z trudnością udało się nawlec na sznurowadło co najmniej jedną kulkę. Obiecujące jest zdejmowanie sześcianów z drucika – chłopiec zdejmował tylko dwa sześciany posługiwał się obiema rękami. Obiecujące jest nakładanie sześcianów na pionowy kołek – Carter nakładał jeden sześcian. Obiecujące jest rysowanie postaci – dziecko próbowało narysować postać człowieka, ale rysunek był niekompletny – np. rysował samą głowę z odchodzącymi od niej nogami. Obiecujące jest wrzucanie klocków do pojemnika – chłopiec potrafił wrzucić klocka do pojemnika. Obiecujące jest chwytanie dwoma palcami – Carter chwytał drobne przedmioty, ale używa do tego kciuka i dwóch palców.

162:2970207697

Motoryka duża – 1 rok 8 miesięcy

PWR = 3 lata

Samodzielne poruszanie się i utrzymywanie równowagi.

W sferze motoryki dużej dziecko zaliczyło poniższe zadania: Chodzenie o własnych siłach. Klaskanie w dłonie – dziecko potrafiło kilkakrotnie uderzać w dłonie, łapać piłkę i rzucać piłkę. Kopanie piłki. Pchnięcie piłki – chłopiec świadomie toczył piłkę do celu. Samodzielnie potrafił siadać na krześle. Przekładanie przedmiotu z ręki do ręki – chłopiec przez cały czas posługiwał się obiema rękami jednocześnie. Dominacja jednej ręki – chłopiec ma zdecydowanie dominującą prawą rękę. Obiecujące jest przecinanie osi ciała w celu przeniesienia elementów układanki – Carter przecinał oś ciała tylko jeden raz. Obiecujące jest stanie na jednej nodze – dziecko potrzebowało podtrzymania lub podparcia, nie udało mu się stanąć samodzielnie na jednej nodze. chłopiec wykazuje dominację prawej nogi. Obiecujące jest przenoszenie przedmiotów. Obiecujące jest wchodzenie po schodach na przemian – dziecko wchodzi po schodach dostawiając dwie nogi na każdym stopniu. Obiecujące jest kołysanie kulkami na sznurowadle – chłopiec próbował rozkołysać kulki – poruszał sznurowadłem w górę i w dół.

Koordynacja wzrokowo–ruchowa – 2 lata 7 miesięcy

PWR = 5 lat 3 miesiące

Polega ona na posługiwaniu się wzrokiem i rękami jednocześnie.

W tym zakresie dziecko zaliczyło: Uzupełnianie płytki z elementami różnej wielkości – Carter samodzielnie umieszczał wszystkie trzy elementy w otworach płytki. Układanie puzzli z kotkiem – dziecko układało puzzle łącząc ze sobą ściśle wszystkie cztery elementy. Potrafił przerysowywać linie pionową i koła. Próbował dopasowywać litery do planszy i układać wieże z klocków. Obiecujące jest uzupełnianie płyty z figurami geometrycznymi – chłopiec prawidłowo dopasowywał co najmniej jedną figurę. Obiecujące są spontaniczne próby bazgrania – Carter rysował po uprzedniej demonstracji ze strony badającego. Obiecujące jest przerysowywanie kwadratu – dziecko próbowało przerysować kwadrat, ale kwadrat ten nie był figurą zamkniętą, boki były wyraźnie nierówne. Obiecujące jest przerysowywanie trójkąta – chłopiec próbował przerysować trójkąt, ale trójkąt ten nie był figurą zamkniętą. Obiecujące jest przerysowywanie rombu – Carter próbował przerysować romb, ale nie jest on figurą zamkniętą. Obiecujące jest kolorowanie obrazków – dziecko pomimo starań kolorowało również poza konturami obrazka. Obiecujące jest przepisywanie liter – chłopiec próbuje pisać litery.

163:7871321826

Czynności poznawcze – 1 rok 1 miesiąc

PWR = 4 lata 9 miesięcy

Funkcja ta oznacza rozumienie mowy oraz niektóre czynności niezależne od niej, jak: liczenie, układanie figur, naśladowanie ruchów.

W zakresie czynności poznawczych zaliczone jest: Bierne rozpoznawanie nazw figur geometrycznych. Układanie puzzli z kotkiem – dziecko poprawnie układało czteroelementowe puzzle. Szukanie ukrytego przedmiotu – chłopiec z łatwością odnajdywał przedmiot zakryty w całości i próbował podawać właściwy przedmiot. Obiecujące jest wskazywanie części ciała pacynki – Carter pokazywał poprawnie co najmniej jedną część ciała pacynki. Obiecujące jest wskazywanie własnych części ciała. Obiecujące jest współdziałanie w czasie zabawy z pacynkami. Obiecujące jest bierne rozpoznawanie przedmiotów dużych i małych – Carter w dwóch próbach podawał jeden z wymienionych elementów. Obiecujące jest bierne rozróżnianie kolorów – dziecko poprawnie rozpoznaje co najmniej jeden kolor. Obiecujące jest bierne rozpoznawanie liter – chłopiec poprawnie wskazuje co najmniej dwie litery. Obiecujące jest pisanie imienia – Carter potrzebował dużej pomocy i demonstracji, aby poprawnie z pomocą napisać swoje imię. Obiecujące jest rozpoznawanie dotykiem przedmiotów schowanych w worku – dziecko bez pomocy wizualnej próbowało odnajdować i podawać jeden wymieniony przedmiot. Obiecujące jest układanie postaci chłopca – chłopiec częściowo układał układankę, np. oczy na twarzy lub układał głowę połączoną z nogami. Obiecujące jest podawanie wymienionej liczby klocków – Carter próbował wykonywać jedno z dwóch poleceń – podawał dwa lub więcej klocków. Obiecujące jest wykonywanie dwuetapowych poleceń – dziecko wykonuje tylko jeden element dwuetapowego polecenia. Obiecujące jest rozdzielanie dwóch różnych elementów – chłopiec umieszczał poprawnie elementy jednego zbioru. Obiecujące jest naśladowanie sposobu użycia przedmiotów – Carter próbował naśladować sposób użycia jednego przedmiotu. Obiecujące jest rozdzielanie kart według koloru i kształtu – dziecko próbowało układać karty w dwa niepełne zbiory według dowolnego kryterium. Obiecujące jest dopasowywanie przedmiotów do obrazków – chłopiec próbował dopasowywać co najmniej dwa z pięciu przedmiotów. Obiecujące jest demonstrowanie zastosowania przedmiotów – Carter demonstruje użycie jednego przedmiotu. Obiecujące jest bierne rozpoznawanie przedmiotów i czynności – dziecko poprawnie wskazywało co najmniej jeden obrazek. Obiecujące jest reagowanie na polecenia ustne – chłopiec wypełniał tylko niektóre polecenia. Obiecujące jest reagowanie na proste rozkazy – Carter rozumie i wykonuje proste nakazy. Obiecujące jest wykonywanie czynności rutynowych – dziecko zaczyna wykonywać rutynowe czynności z opóźnieniem, potrzebuje częstego zachęcania i kierowania.

164:2672078767

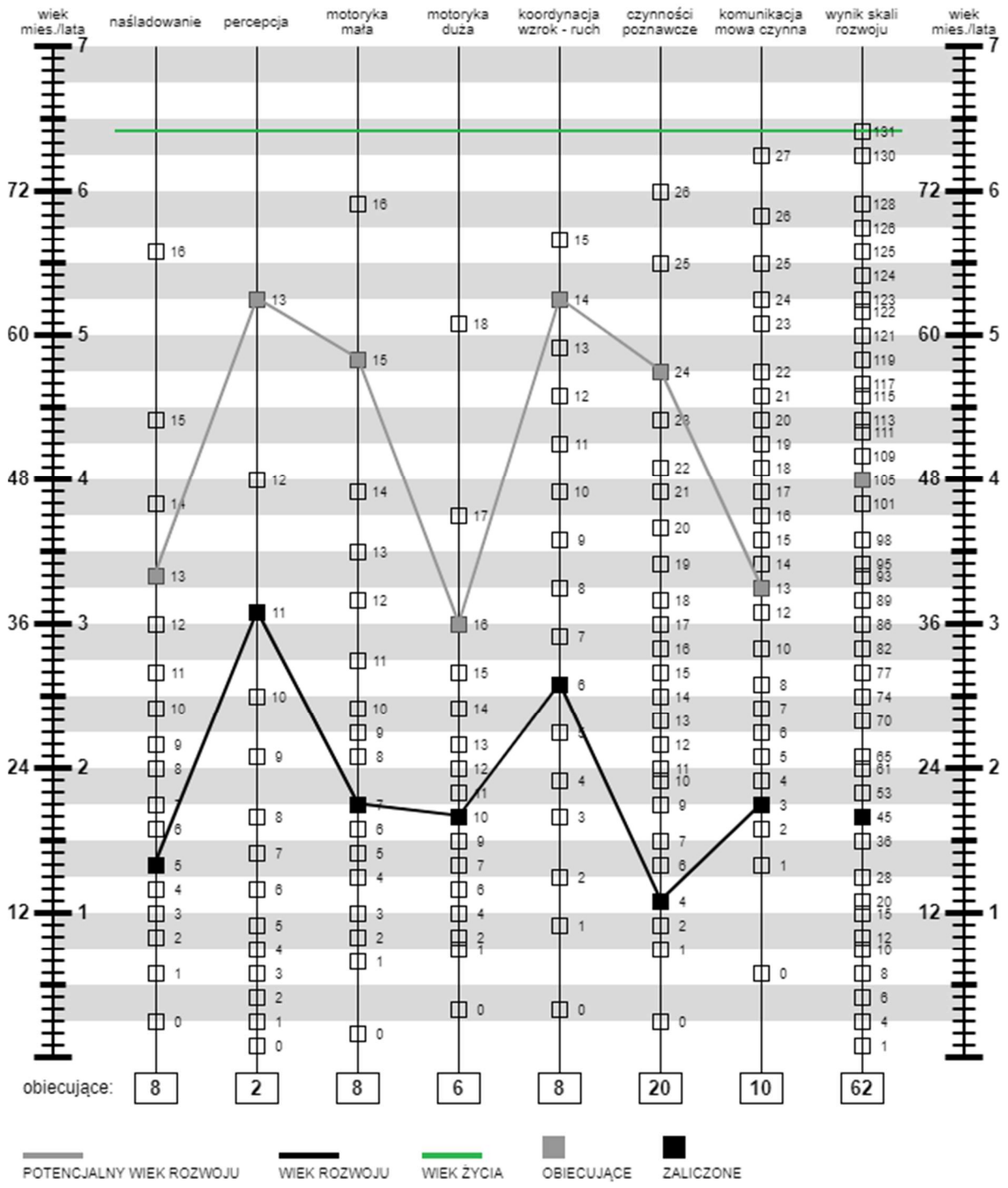
Komunikacja (mowa czynna) – 1 rok 9 miesięcy

PWR = 3 lata 3 miesiące

Jest to umiejętność porozumiewania się słownego (nazywanie, powtarzanie, liczenie i czytanie) lub bezsłownego (przy pomocy gestów).

Dziecko zaliczyło następujące zadania: Jesteś chłopcem czy dziewczynką? – chłopiec próbuje poprawnie określać swoją płeć. Liczenie na głos do dziesięciu – nie zaliczyło. Nazywanie cyfr. Obiecujące jest nazywanie figur geometrycznych – Carter poprawnie nazywał co najmniej jedną figurę geometryczną. Obiecujące jest odróżnianie przedmiotów dużych i małych – chłopcu udało się poprawnie określić jeden element. Obiecujące jest nazywanie kolorów – dziecko poprawnie określało jeden kolor. Obiecujące jest przedstawianie się – chłopiec podawał tylko swoje imię. Obiecujące jest nazywanie liter – Carter poprawnie nazywał litery. Obiecujące jest liczenie klocków – dziecko próbuje poprawnie liczyć klocki. Obiecujące jest nazywanie przedmiotów – chłopiec nazywał co najmniej jeden przedmiot. Obiecujące jest nazywanie przedmiotów i czynności na obrazkach – Carter nazywa poprawnie co najmniej jeden z demonstrowanych obrazków. Obiecujące jest powtarzanie krótkich zdań lub zwrotów – dziecko poprawnie powtarzało dwa wyrazy z jednego zdania, np. mówi: "chodź tu", "daj itp.

165:6397068994



166:7723839463

PRZYKŁADOWY RAPORT Z BADANIA DZIECKA PRZY POMOCY TESTU – PROFIL PSYCHOEDUKACYJNY PEP-R - GRUPA EKSPERYMENTALNA – BADANIE POEKSPERYMENTALNE

DANE PODSTAWOWE

Imię i nazwisko	**Adam P.**
Data urodzenia	**08.01.2012**
Data przeprowadzenia badania	**05.03.2019**
Wiek życia dziecka	**6 lat 8 m-cy**
Adres zamieszkania	**Nowy Sącz**
Imiona i nazwiska rodziców	**Julia, Marek**
Placówka	**SOSW Wczesne wspomaganie rozwoju**
Badający	**Agnieszka B.**
Wiek rozwoju	**1 rok 3 m-ce**
Potencjalny wiek rozwoju	**4 lata**
Iloraz rozwoju	**20**

167:2853022943

SKALA ZACHOWAŃ

Nawiązywanie kontaktów i reakcje emocjonalne

Reakcja na własne odbicie w lustrze – chłopiec, interesował się swoim odbiciem tylko chwilowo. Reakcja na kontakt fizyczny – dziecko prawidłowo reagowało na kontakt fizyczny, było zbyt skore do kontaktu. Nawiązywanie kontaktów społecznych – Adam zdawał sobie sprawę z obecności badającego i próbował nawiązywać z nim kontakt. Reakcja na głos badającego – dziecko reaguje na głos badającego, starał się zwracać uwagę. Kontakt wzrokowy – w czasie testu chłopiec nawiązywał krótki kontakt wzrokowy z badającym. Nawiązywanie kontaktów uczuciowych – reakcje emocjonalne chłopca w czasie badania testowego było zmienne. Szukanie pomocy badającego – Adam w sytuacji nie radzenia sobie z zadaniem lub realizacji własnych potrzeb próbował prosić o pomoc. Reakcje lękowe – dziecko nie wykazywało zaniepokojenia. Świadomość obecności osoby badającej – dziecko reagowało na obecność badającego, próbował nawiązuje kontakt wzrokowy, słuchał głosu i starał się odwzajemniać uśmiechem. Współpraca z badającym – chłopiec nie był negatywnie nastawiony do badającego i próbował współpracować z badającym. Reakcja na nagłe zmiany – Adam nie zawsze właściwie reagował na zmiany, które wprowadzał badający, wykazywał trudności z przejściem do innego zadania. Motywowanie pochwałą – pochwała motywuje chłopca do działania.

Zabawa i zainteresowanie przedmiotami

Reakcja na sznurowadło – była obojętna, chłopiec nie interesował się nimi. Samodzielna zabawa – dziecko wykazuje trudności z samodzielną zabawą, interesowało się zabawą chwilę, wykorzystywało przedmioty nie zawsze we właściwy sposób. Badanie otoczenia – chłopiec zajmował się badaniem otoczenia przelotnie, krótko. Badanie materiałów testowych – Adam badał przedmioty i wykazywał zainteresowanie nimi. Zachowanie w czasie wykonania zadania – chłopiec w czasie wykonywania zadania postępowało spokojnie, zdawał sobie sprawę z tego, co należało zrobić, starał się wykonywał zadania w sposób logicznie uporządkowany z lekką pomocą badającego ; dziecko starało się skupić uwagę, zachowywało się zmiennie. Umiejętność skupiania uwagi – dziecko wykazuje krótkie możliwości skupiania uwagi, bywał trochę rozproszony. Motywowanie nagrodami rzeczowymi – dziecko wykazuje zainteresowanie nagrodami rzeczowymi, zabawkami, motywują je do działania. Motywacja wewnętrzna – chłopiec wykazuje ograniczone i zmienne zainteresowanie ukończeniem zadania, wykonywał tylko takie, które były atrakcyjne ze względu na rodzaj aktywności.

168:5674587817

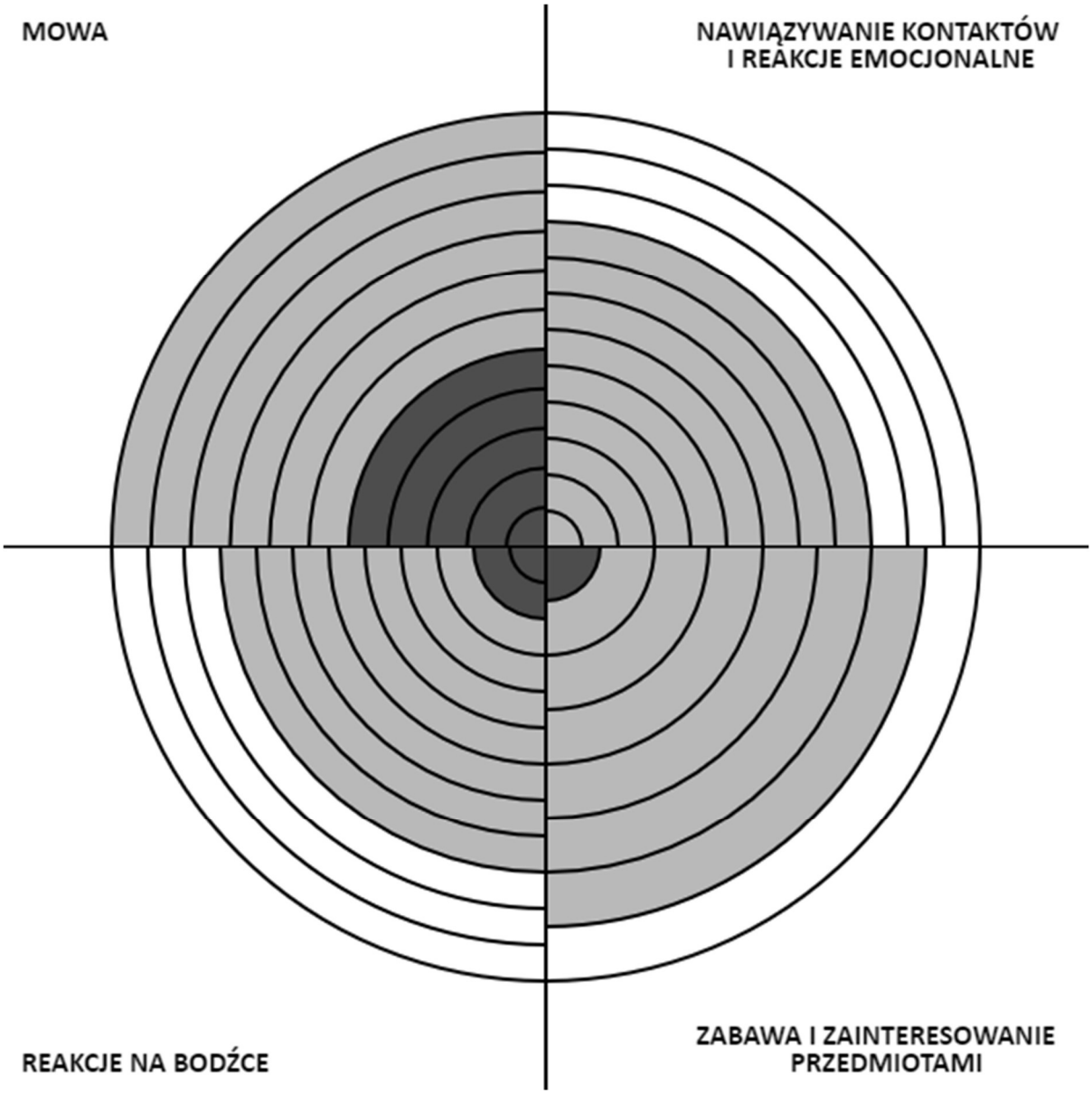
Reakcje na bodźce

Badanie klocków dotykiem – Adam właściwie reagował na przedmioty, odpowiednio do swojego wieku bada je z zainteresowaniem i adekwatnie się nimi posługuje. Reakcja na dźwięk kołatki – dziecko interesowało się dźwiękiem kołatki. Reakcja na łaskotki – chłopiec reagował na łaskotki nieadekwatnie z powodu nadwrażliwości dotykowej. Reakcja na dźwięk gwizdka – nie wzbudzało u chłopca dyskomfortu i nadmiernego zainteresowania. Reakcja na dźwięk dzwonka – Adam nie wykazuje nietypowej reakcji na dźwięk dzwonka i nie interesował się nim. Reakcja na uszczypnięcie – dziecko w sposób naturalny reagowało na delikatne uszczypnięcie, adekwatnie do swojego wieku rozwojowego. Wrażliwość wzrokowa – zainteresowanie bodźcami wzrokowymi i wrażliwość wzrokowa w normie. Wrażliwość słuchowa – chłopiec nie wykazuje zainteresowanie bodźcami słuchowymi. Zainteresowanie nierówną powierzchnią – Adam nie koncentrował się na dotykaniu przedmiotów. Zainteresowanie smakiem – dziecko nie wykazywało nadmiernego zainteresowania smakiem. Zainteresowanie zapachem – chłopiec nie wykazuje zainteresowanie zapachem. Ruchy i manieryzmy – zdarza się, że chłopiec wykorzystuje możliwości ciała wykonując nietypowe ruchy.

Mowa

Intonacja i modulacja głosu – mowa chłopca charakteryzuje się zbyt wolnym tempem. Mowa - dziecko wydaje dźwięki i wypowiada niektóre słowa. Używanie słów – chłopiec zaczyna powoli komunikować e się słownie na niższym poziomie w stosunku do swojego wieku. Swoiste używanie języka – dziecko zaczyna powoli używać języka w swoisty sposób. Echolalia odroczona – zdarza się, że chłopiec w nieodpowiednim momencie powtarzał słowa i wyrażenia usłyszane wcześniej. Echolalia bezpośrednia – Adam nie używa wyrażeń usłyszanych chwilę wcześniej. Nieustanne naśladowanie dźwięków i słów – dziecko czasem powtarzało te same dźwięki i wyrazy. Używanie zaimków – chłopiec słabo używa zaimków, wymaga ćwiczeń. Wyrazistość mowy – mowa dziecka jest mało zrozumiała z powodu słabej artykulacji. Znajomość składni – Adam używa niepoprawnej składni – popełnia błędy. Spontaniczna komunikacja – chłopiec próbował odpowiadać na pytanie, ale jego możliwości w tym zakresie należy rozwijać.

169:6985428329



170:5872446338

Naśladowanie – 1 rok

PWR = 2 lata 8 miesięcy

Oznacza ono zdolność powtarzania tego co ktoś mówi lub pokazywania tego co ktoś robi.

W zakresie naśladowania dziecko zaliczyło następujące zadania: Naśladowanie dwukrotnego naciśnięcia dzwonka, próba naśladowania głosów zwierząt prezentowanych przez badającego i próba machania ręką na pożegnanie w odpowiedzi na gest machania badającego jest słaba. Obiecujące jest naśladowanie zabawy kalejdoskopem – chłopiec próbuje z pomocą badającego patrzeć w kalejdoskop, ale nie potrafił wykonać obu czynności jednocześnie. Obiecujące jest naśladowanie formowania wałka z plasteliny – Adam próbował bawić się plasteliną, nie potrafił wykonywać ruchów podobnych do toczenia i był w stanie z pomocą czyjąś uformować wałek z plasteliny. Obiecująca jest zabawa z pacynką – dziecko nie potrafi użyć pacynki do poruszania łapkami. Obiecujące jest naśladowanie czynności z użyciem przedmiotów – chłopiec w zabawie z pacynką nie naśladował czynności z użyciem przedmiotów, ale się przyglądał. Obiecujące jest powtarzanie dźwięków – Adam próbował naśladować dźwięki, ale nie były one identyczne z prezentowanymi. Obiecujące jest powtarzanie słów – chłopiec próbował powtarzać niektóre wyrazy. Obiecująca jest reakcja na naśladowanie własnego zachowania – chłopiec słabo podejmuje zabawę i nie zawsze chce powtarzać czynności. Obiecująca jest reakcja na naśladowanie własnych dźwięków – dziecko było świadome, że jest naśladowane, ale nie uczestniczyło w zabawie i nie zawsze powtarzało dźwięki za badającym.

Percepcja – 1 rok 2 miesiące

PWR = 4 lata

Jest to reagowanie na bodźce wzrokowe, słuchowe, a także rozpoznawanie kolorów, kształtów i wielkości.

Do zadań w tej sferze należą: Przecinanie wzrokiem osi ciała – chłopiec przez chwilę obserwował ruch obiektu. Dominacja oka – Adam nie wykazuje dominacji jednego oka, patrzy raz prawym lub lewym okiem. Uzupełnianie płytki z wyciętymi kształtami – dziecko z pomocą badającego umieszczało cztery elementy na płytce. Dźwięk kołatki – chłopiec słyszy dźwięk kołatki i nie do końca orientuje się, skąd on dobiega. Dźwięk dzwonka ręcznego – Adam reaguje na dźwięk dzwonka ręcznego i orientuje się, z jakiego kierunku

171:2402793063

dochodzi. Zainteresowanie obrazkami w zeszycie lub książeczce – dziecko ogląda zeszyt lub książeczkę, otwiera, przekłada pojedynczo strony, przygląda się obrazkom. Obiecujące jest podążanie wzrokiem za poruszającymi się przedmiotami na krótko – chłopiec zauważał poruszające się bańki i przez chwilę się nimi interesuje. Obiecujące jest uzupełnianie płyty z figurami geometrycznymi – Adam umieszczał poprawnie jedną figurę w otworze. Obiecujące jest uzupełnianie płytki z elementami różnej wielkości – dziecko próbowało odnajdywać prawidłowo otwór dla jednego elementu. Obiecujące jest łączenie kolorowych klocków z kolorowymi krążkami – chłopiec potrzebuje demonstracji, aby rozpocząć lub zakończyć ćwiczenie. Obiecująca jest reakcja na gesty – Adam niekonsekwentnie reaguje na gesty, na niektóre odpowiada, a na niektóre nie reaguje w ogóle. Obiecujące jest szukanie cukierka schowanego pod kubkiem – dziecko znajduje cukierek jeden raz w trakcie trzech prób.

Motoryka mała – 1 rok 7 miesięcy

PWR = 3 lata 11 miesięcy

Jest to koordynacja czynności obu rąk i umiejętność chwytania.

Zaliczone jest: Odkręcanie pojemnika – chłopiec samodzielnie odkręca pokrywkę pojemnika. Robienie baniek mydlanych. Koordynacja obu rąk – Adam przez cały czas posługuje się obiema rękami w sposób nie skoordynowany. Cięcie papieru nożyczkami – dziecko nie potrafi nacinać papier. Rozpoznawanie dotykiem przedmiotów – chłopiec znajdował i podawał tylko dwa z wymienionych drobnych przedmiotów schowanych w worku. Przyciskanie włącznika światła – Adam włączał i wyłączał przycisk i nie potrzebował demonstracji, aby to ćwiczenie wykonać. Obiecujące jest robienie palcem zagłębienia w plastelinie – dziecko wbijało paluszek w plastelinę, ale nie udało mu się zrobić zagłębienia. Obiecujące jest chwytanie patyczków – chłopiec chwytał patyczek zaciskając całą dłoń. Obiecujące jest robienie miseczki z plasteliny – chłopcu nie udaje się uformować miseczki, pomimo iż wie, jakie należy wykonać ruchy – ugniatanie, formowanie, itp. Obiecujące jest zdejmowanie sześcianów z drucika – Adam zdejmował tylko jeden sześcian posługiwał się tylko obiema rękami. Obiecujące jest nakładanie sześcianów na pionowy kołek – dziecko potrzebowało pomocy, aby wykonać zadanie. Obiecujące jest rysowanie postaci – chłopiec potrafi trzymać kredki w ręce, robić kreski, natomiast nie próbował narysować postać człowieka. Obiecujące jest wrzucanie klocków do pojemnika – Adam potrafił wrzucić klocka do pojemnika. Obiecujące jest chwytanie dwoma palcami – dziecko chwyta drobne przedmioty, ale używał do tego kciuka.

172:2773512911

Motoryka duża – 1 rok 6 miesięcy

PWR = 3 lata

Samodzielne poruszanie się i utrzymywanie równowagi.

W sferze motoryki dużej dziecko zaliczyło poniższe zadania: Chodzenie o własnych siłach potrafi klaskać w dłonie i próbuje łapać piłkę. Pchnięcie piłki – Adam nie zawsze świadomie toczy piłkę do celu. Potrafi samodzielnie siadać na krzesełku, samodzielnie się porusza. Przekładanie przedmiotu z ręki do ręki – chłopiec potrafi przekładać. Dominacja jednej ręki – Adam nie wykazuje zdecydowanej dominację jednej ręki, przekłada z prawej do lewej. Obiecujące jest przecinanie osi ciała w celu przeniesienia elementów układanki – dziecko przecina oś ciała tylko raz. Obiecujące jest stanie na jednej nodze – chłopiec potrzebuje podtrzymania, nie udaje mu się stanąć samodzielnie na jednej nodze. Obiecujące jest kopanie piłki – dziecko próbuje, ale i czasem udało mu się kopnąć piłkę. Obiecująca jest dominacja nogi – Adam wykazuje niewystarczającą jak na swój wiek dominację jednej nogi, używa przeważnie prawej nogi. Obiecujące jest przenoszenie przedmiotów – dziecko upuszcza przedmiot po zrobieniu jednego lub dwóch kroków. Obiecujące jest wchodzenie po schodach na przemian – chłopiec wchodzi po schodach dostawiając dwie nogi na każdym stopniu. Obiecujące jest kołysanie kulkami na sznurowadle – Adam próbował rozkołysać kulki – poruszał sznurowadłem w górę i w dół, ale nie zawsze mu to wychodziło.

Koordynacja wzrokowo–ruchowa – 1 rok 3 miesiące

PWR = 4 lata 11 miesięcy

Polega ona na posługiwaniu się wzrokiem i rękami jednocześnie.

W tym zakresie dziecko zaliczyło: Przerysowywanie linii pionowej. Układanie wieży z klocków. Obiecujące jest uzupełnianie płyty z figurami geometrycznymi – dziecko prawidłowo dopasowało jedną figurę. Obiecujące jest uzupełnianie płytki z elementami różnej wielkości – chłopiec umieszczał prawidłowo jeden element nie potrzebował demonstracji, aby włożyć element do odpowiedniego otworu. Obiecujące jest układanie czteroelementowych puzzli – Adam próbował łączyć ze sobą ściśle co najmniej dwa elementy potrzebował demonstracji, aby skończyć zadanie. Obiecujące są spontaniczne próby bazgrania – dziecko próbowało rysować po uprzedniej demonstracji ze strony badającego. Obiecujące jest przerysowywanie koła – chłopiec próbuje przerysować koło z pomocą. Obiecujące jest przerysowywanie kwadratu – Adam nie potrafił przerysować kwadratu ani rombu. Obiecujące jest kolorowanie obrazków – Adam pomimo starań koloruje również poza konturami

173:7075567055

obrazka. Obiecujące jest wkładanie klocków do pudełka – chłopiec potrafi włożyć klocki do pudełka, czasami potrzebuje wsparcia.

Czynności poznawcze – 11 miesięcy

PWR = 4 lata 5 miesięcy

Funkcja ta oznacza rozumienie mowy oraz niektóre czynności niezależne od niej, jak: liczenie, układanie figur, naśladowanie ruchów.

W zakresie czynności poznawczych zaliczone jest: Bierne rozpoznawanie nie wszystkich figur geometrycznych i szukanie ukrytego przedmiotu – Adam z łatwością odnajdywał przedmiot zakryty w całości. Nie zawsze udało mu się podać wymieniony przedmiot. Obiecujące jest wskazywanie części ciała pacynki – dziecko próbowało wykonać ruch ręką w kierunku jednej części ciała pacynki. Obiecujące jest wskazywanie własnych części ciała – chłopiec próbował dotykać jedną część ciała. Obiecujące jest współdziałanie w czasie zabawy z pacynkami – Adam nie potrafi odgrywać scenkę używając tylko swojej pacynki. Obiecujące jest bierne rozpoznawanie przedmiotów dużych i małych – dziecko w dwóch próbach raz tylko poprawnie pokazało jeden z wymienionych elementów. Obiecujące jest układanie czteroelementowych puzzli – chłopiec dopasował poprawnie tylko jeden element puzzli. Obiecujące jest bierne rozróżnianie kolorów – Adam poprawnie rozpoznaje co dwa lub trzy kolory. Obiecujące jest bierne rozpoznawanie liter – dziecko poprawnie wskazuje co najmniej dwie litery. Obiecujące jest pisanie imienia – chłopiec nie potrafi napisać swoje imię. Obiecujące jest rozpoznawanie dotykiem przedmiotów schowanych w worku – Adam z pomocą odnajduje i podaje jeden wymieniony przedmiot. Obiecujące jest układanie postaci chłopca – dziecko częściowo układało układankę. Obiecujące jest podawanie wymienionej liczby klocków – chłopiec wykonuje jedno z dwu poleceń – potrafi podać tylko do dwóch klocków. Obiecujące jest wykonywanie dwuetapowych poleceń – Adam potrafi wykonać tylko jeden element dwuetapowego polecenia. Obiecujące jest rozdzielanie dwóch różnych elementów – dziecko z dużą pomocą umieszcza poprawnie tylko cztery elementy jednego lub zbioru. Obiecujące jest dopasowywanie przedmiotów do obrazków – Adam z pomocą dopasowuje dwa z pięciu przedmiotów. Obiecujące jest bierne rozpoznawanie przedmiotów i czynności – chłopiec poprawnie wskazuje jeden obrazek. Obiecujące jest reagowanie na polecenia ustne – Adam wypełnia tylko niektóre polecenia proste. Obiecujące jest reagowanie na proste rozkazy – dziecko rozumie ale nie zawsze wykonuje proste nakazy. Obiecujące jest wykonywanie czynności rutynowych – chłopiec potrzebuje częstego zachęcania i kierowania.

174:8175180648

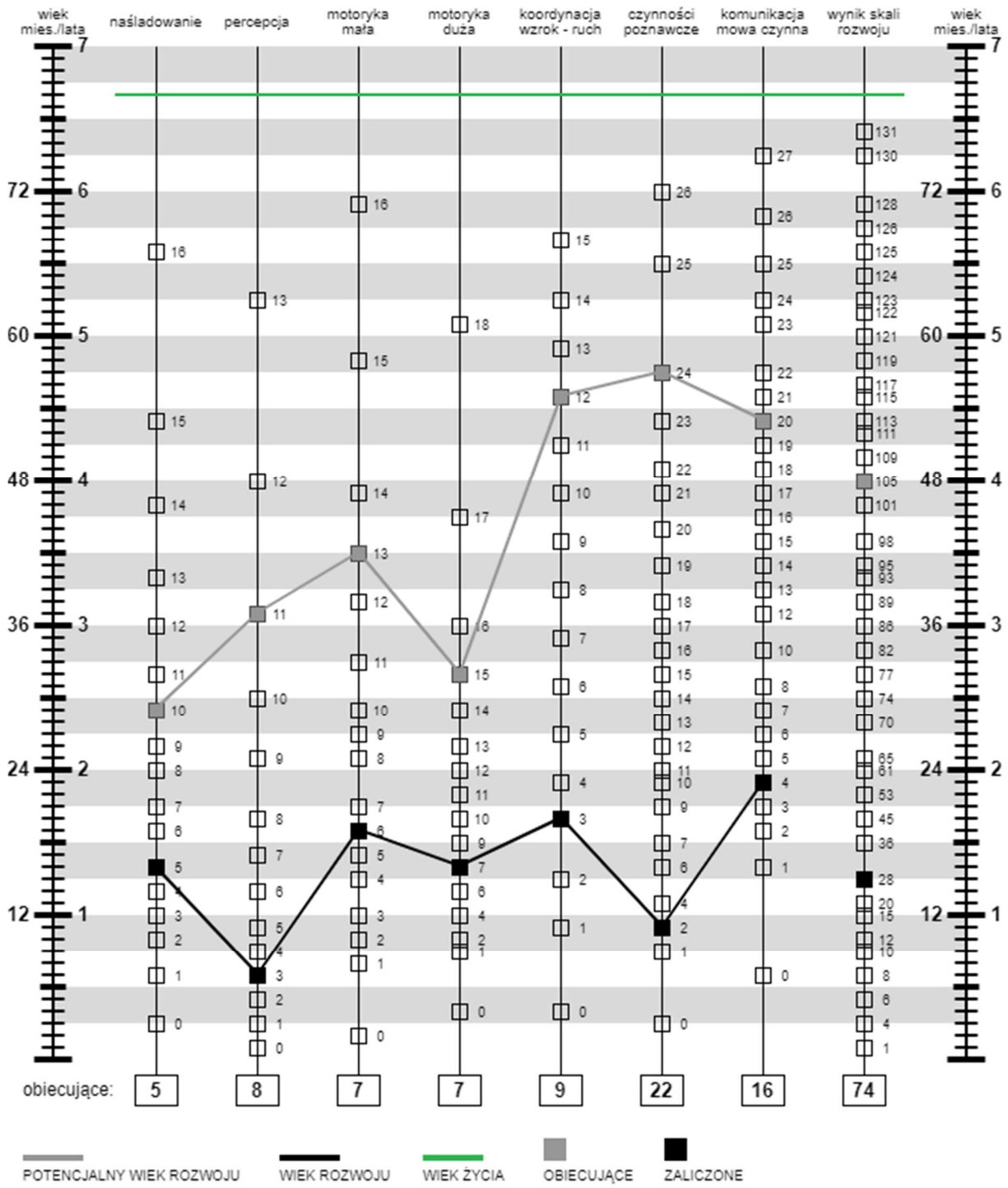
Komunikacja (mowa czynna) – 1 rok 9 miesięcy

PWR = 3 lata 1 miesiąc

Jest to umiejętność porozumiewania się słownego (nazywanie, powtarzanie, liczenie i czytanie) lub bezsłownego (przy pomocy gestów).

Dziecko miało następujące zadania: Jesteś chłopcem czy dziewczynką? – Adam nie potrafił poprawnie określić swojej płci, nie odpowiedział na pytania. Nie potrafił policzyć na głos na do dziesięciu. Obiecujące jest nazywanie figur geometrycznych – dziecko poprawnie nazywa niektóre figury takie jak, np. nazywa koło. Obiecujące jest odróżnianie przedmiotów dużych i małych – dziecku udało się raz poprawnie określić jeden element. Obiecujące jest nazywanie kolorów – chłopiec poprawnie określał dwa, trzy kolory. Obiecujące jest przedstawianie się – Adam podaje tylko swoje imię zdrobnieniem. Obiecujące jest nazywanie liter – dziecko poprawnie nazywa niektóre samogłoski. Obiecujące jest liczenie klocków – chłopiec liczy poprawnie tylko dwa klocki. Obiecujące jest nazywanie przedmiotów – Adam nazywa co najmniej jeden przedmiot. Obiecujące jest nazywanie przedmiotów i czynności na obrazkach – dziecko próbowało nazywać jeden z demonstrowanych obrazków.

175:3429015399



176:6456625874

Rozdział piąty

Zakończenie pracy i postulaty dla praktyki pedagogicznej

Celem przeprowadzonych badań było ustalenie i określenie stopnia autyzmu i rozwoju dziecka autystycznego oraz jego funkcjonowanie w zakresie poszczególnych sfer.

Badaniami objęto 40 dzieci z diagnozą autyzmu, uczęszczających na wczesne wspomaganie rozwoju dziecka na terenie miasta Nowego Sącza. Wyróżniono wśród nich dwie grupy:

- Grupę eksperymentalną (E) – 20 dzieci w wieku 6-7 lat (5 dziewcząt i 15 chłopców)
- Grupę kontrolną (K) – 20 dzieci w wieku 6-7 lat (5 dziewcząt i 15 chłopców)

Procedurę eksperymentalną przeprowadzono w oparciu o dwuetapowy plan eksperymentalny z podwójnym pomiarem: początkowym i końcowym zmiennej zależnej. Poza próbą eksperymentalną w badaniach posłużono się także metodą sondażu diagnostycznego, w ramach której zastosowano:

1. Analizę dokumentacji psychologiczno – pedagogicznej,
2. Obserwację,
3. Wywiad

Do zebranego materiału empirycznego wykorzystano następujące narzędzia:

1. Kwestionariusz wywiadu – badającego rozwój społeczny dzieci z autyzmem. Opracowany przez Polskie Stowarzyszenie Terapii Behawioralnej Kornela Grzegorczyk-Dłuciak,
2. Skala CARS – Childhood Autism Rating Scale (Skala Oceny Autyzmu Dziecięcego) E. Schoplera, R. Richlera, B. Renner
3. Profil Psychoedukacyjny PEP-R – E. Schoplera, R. Reichlera, A. Bashford, M.D. Lansing, Lee M. Marcus
4. Raporty: Przedstawiłam dwa przypadki wyłonione z analizy porównawczej ilustrujące wymienione tendencje:

- przypadek Cartera P. – rozwój widoczny w skali PEP-R, natomiast w zakresie zachowania słaby postęp.
- przypadek Adama K. – rozwój swoim zakresem słabo rozwinięty, natomiast w skali zachowania widoczne obiecujące zmiany.

177:2536096492

W oparciu o analizę zgromadzonego materiału można sformułować następujące wnioski:

1. Przeprowadzona analiza potwierdziła, że zastosowanie terapii taktylnej poprawia jakość funkcjonowania badanych na zajęciach wczesnego wspomagania rozwoju.

1. Hipoteza 1 - nie została potwierdzona - badani w zdecydowanej większości prezentowali znaczny poziom autyzmu (wszystkie dzieci w badaniu I oraz 90% grupy badawczej i 100% grupy kontrolnej w badaniu II).
2. Hipoteza 2 - potwierdziła się – zajęcia terapeutyczne wpłynęły pozytywnie na rozwój.

2.1. Hipoteza 2.1 - została częściowo potwierdzona - zajęcia terapeutyczne wpływają pozytywnie na rozwój wszystkich umiejętności w zakresie określonych sfer (skal) z wyjątkiem percepcji i motoryki dużej.

2.2. Hipoteza 2.2 - została potwierdzona - pod wpływem oddziaływań terapeutycznych nastąpił progres w rozwoju czynności naśladowania wskazując na związek pomiędzy stopniem autyzmu a zastosowaną terapią taktylną.

2.3. Hipoteza 2.3 - została potwierdzona - zajęcia terapeutyczne wpłynęły pozytywnie na rozwój percepcji słuchowo-wzrokowej.

2.4. Hipoteza 2.4 - została częściowo potwierdzona - wyniki badań wskazały na związek pomiędzy zastosowaniem terapii taktylnej a poziomem rozwoju w sferze motoryki małej oraz koordynacji wzrokowo-ruchowej, z kolei nie potwierdzono związku pomiędzy zastosowaniem terapii taktylnej a motoryką dużą.

2.5. Hipoteza 2.5 - została potwierdzona - pod wpływem terapii nastąpiło zwiększenie poziomu rozwoju czynności poznawczej badanych i zmiana stopnia autyzmu.

3. Hipoteza 3 – została potwierdzona - Zajęcia terapeutyczne wpłynęły pozytywnie na zachowanie.

3.1. Hipoteza 3.1- została potwierdzona - zastosowana terapia wpłynęła na uruchomienie i rozwój komunikacji u badanych. Pod wpływem oddziaływań terapeutycznych nastąpił progres w rozwoju kontaktów społecznych, przejawiający się poprawą zachowania i kontrolą reakcji emocjonalnych u badanych.

3.2. Hipoteza 3.2 - została potwierdzona - zajęcia terapeutyczne sprzyjały wyzwalaniu różnych form zabawy i rozwijaniu zainteresowania przedmiotami u badanych.

3.3. Hipoteza 3.3 - została potwierdzona – pod wpływem terapii nastąpiła poprawa odbioru bodźców sensorycznych.

178:4803312693

Postulaty dla praktyki pedagogicznej

Opracowane badania empiryczne mają implikację dla praktyki pedagogicznej:

1.Terapia taktylna stanowi ważny program w terapii dzieci z autyzmem poprawia funkcjonowanie układu nerwowego. Wskazuje, że dotyk pozytywnie wpływa na zmianę zachowania. Pośrednio wpływa również na rozwój procesów funkcjonowania i dojrzewania poszczególnych struktur. Terapia taktylna powinna być stosowana w pracy z dziećmi z autyzmem. Kluczową rolę odgrywa terapeuta, który współpracuje z dzieckiem w postaci dotyku wykonując różne techniki masażu.

2. Systematyczny dostęp do terapii taktylnej eliminuje trudności związane z rozwojem dziecka z autyzmem. Uczestnictwo w terapii poprawia funkcjonowanie obejmując pewne grupy zachowań: nadwrażliwość lub niedowrażliwość sensoryczna, trudności komunikacyjne i słabe kompetencje emocjonalno - społeczne, brak umiejętności naśladownictwa i zaburzenia rozwoju funkcji psychicznych. Należy eliminować trudności poszukując najodpowiedniejszych metod, technik służących rozwijaniu i poprawie funkcjonowania. To również ważne zadanie dla współczesnych pedagogów- terapeutów.

3. Współczesnej refleksji nad rozwojem dzieci ze spektrum autyzmu powinny towarzyszyć działania profilaktyczne mające dużą skuteczność. Profilaktyka powinna być stosowana m.in. u dzieci z ryzyka okołoporodowego, by zapobiec pojawieniu się nieprawidłowości rozwojowych w przyszłości. Badania potwierdziły skuteczność metody.

4. Stymulacja systemu taktylnego znajduje zastosowanie i uzupełnienie innych metod terapeutycznych. Jest koncepcją wspierającą rozwój dzieci z różnego rodzaju zaburzeniami neurologicznymi bądź zaburzeniami procesów integracji sensorycznej. Co więcej, terapię taktylną powinno się stosować profilaktycznie u małych dzieci, by uniknąć wystąpieniu nieprawidłowości rozwojowych w przyszłości.

5. Poddanie analizie- mowa i język dzieci autystycznych podlega ocenie w wielu obszarach: semantyka, składnia, fonologia, pragmatyka, czy morfologia. Trudności przybierają różnorodne formy i stopień nasilenia. Trudności z mową, jak wskazują badania są w ocenie cechą dzieci autystycznych. W zasobie słownictwa badania wskazują na dużą nieharmonijność. Mają charakter rozległy – obejmują komunikację werbalną i niewerbalną.

179:2936790624

6. W kontekście nieprawidłowości funkcjonowania społecznego dziecka z autyzmem należy zastosować terapię - zachęcać dziecko do zabaw polegających na współpracy , modelowaniu właściwych zachowań w trudnych sytuacjach społecznych, nauczenie wyrażania emocji. Reakcje na niebezpieczeństwo nie zawsze są odpowiednie, co wiąże się to z poczuciem zagrożenia dla dziecka. Nieprawidłowości w rozwoju społecznym są częstym objawem u dzieci z autyzmem. Wykazują wyraźne objawy w ograniczeniu zdolności inicjowania i podejmowania interakcji.

7. Umiejętności społeczne to grupa umiejętności, pozwalająca dzieciom z zaburzeniami ze spektrum autyzmu w szerszy sposób uczestniczyć w życiu społecznym w ich środowisku domowym, szkole czy w społeczeństwie. Uczenie dzieci nawiązywania właściwego kontaktu wzrokowego, rozpoznawania ekspresji twarzy, wykorzystywania gestów, rozpoczynania, uczestniczenia i kończenia rozmowy, właściwego reagowania na przywitanie, pożegnanie i próba udzielania informacji zwrotnych. Pakiet interwencyjny umiejętności społecznych może przybierać różne formy. Umiejętności te powinny być rozwijane podczas zajęć jeden na jeden z dzieckiem lub w małych grupach. W trakcie rozwijaniu umiejętności społecznych wykorzystuje się między innymi wzmacnianie, podpowiadanie i modelowanie

8. Uczestnictwo w zajęciach Wczesnego wspomagania rozwoju ma wymiar terapeutyczny. Systematyczne zajęcia w obszarze zaburzonych sfer, oznacza nie tylko poprawę lecz przede wszystkim stanowi element lepszego poziomu funkcjonowania. Dzieci ze spektrum autyzmu powinny w jak najszerszym zakresie korzystać z potrzebnych terapii i realizować zajęcia poprzez systematyczne uczestniczenie. Ważnym zadaniem terapeutów jest poznanie rzeczywistych możliwości dziecka, zbudowanie zaufania , nawiązanie pozytywnej relacji, przede wszystkim bazowanie na wzajemnym szacunku, respektowaniu potrzeb i pragnień dziecka. Pracę z dzieckiem należy indywidualizować.

9.Postęp w wielu dziedzinach nauki, a zwłaszcza dostęp do wielu terapii m.in. terapii taktylnej sprawia, że udostępnione terapie nie są czymś nowym i ograniczonym. Wielu terapeutów prowadzi tą formę terapii, ponieważ jest ona skuteczna.

10. Prowadzone zajęcia na Wczesnym wspomaganiu rozwoju dziecka jest bezpłatną formę zajęć terapeutycznych dla dzieci z zaburzeniami rozwoju. Zajęcia WWRD prowadzone są zarówno przez publiczne, jak i prywatne poradnie psychologiczno- pedagogiczne oraz

180:9750605093

publiczne szkoły i przedszkola. Chcąc uzyskać zajęcia w ramach Wczesnego Wspomagania Rozwoju (WWR) rodzice powinni zgłosić się do Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej, która znajduje się najbliżej naszego miejsca zameldowania. Opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju wydaje się w momencie ujawnienia zaburzeń rozwoju i/lub niepełnosprawności dziecka. Następnie zajęcia są prowadzone z różnymi specjalistami (psycholog, logopeda, fizjoterapeuta metodą Vojty lub NDT-Bobath, pedagog) w zależności od potrzeb, opinii, zaleceń dla danego dziecka. WWRD trwa do momentu rozpoczęcia przez dziecko edukacji w szkole. Istnieją różne formy terapii: indywidualna z dzieckiem (i rodzicem) lub grupowa z innymi dziećmi.

11. Prowadząc zajęcia należy zadbać o dobre warunki dla terapii, tworząc właściwie wyposażone gabinety, w których dzieci i terapeuci będą mieć swobodę działania, terapii. Ośrodki – przedszkola, które prowadzą WWRD powinny dysponować odpowiednimi gabinetami, wyposażonymi w odpowiednie materiały, pomoce.

181:3685748723

Bibliografia

Ball J., Autyzm a wczesna interwencja, Harmonia Universalis, Gdańsk 2008

Baranek G., Autyzm w okresie niemowlęcym: retrospektywna analiza wideo zachowań sensoryczno - ruchowych i społecznych w wieku 9 - 12 miesięcy, "Dziennik Autyzmu i Zaburzeń Rozwojowych", Nr 29, 1999

Baron - Cohen S., Bolton P., Autyzm. Fakty, Wydawnictwo JAK, Kraków 1999

Baron – Cohen S., Is Asperger Syndrome/high-functioning autism necessarily a disability?, „Development and Psychopatology", t 12(3), 2000, s. 489 - 500

Błeszyński J. J. (red.), Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2004

Błeszyński J. J., Autyzm a niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie w rozwoju, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2011

Bobkowicz - Lewartowska L., Autyzm dziecięcy, zagadnienia diagnozy i terapii, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2000

Boutin P., Maziade M., Merette Ch., Mondor M., Bedard Ch., Thivierge J., Famili history of cognitive disabilities in first - degree relatives of autistic and mentally retarded children, "Journal of Autism and Developmental Disorders", No 27, 1997

Brzezińska A. I., Drogi dziecka ku samodzielności: między sprawnością a niepełnosprawnością, [w:] Brzezińska A. I. (red.), Droga do samodzielności. Jak wspomagać rozwój dzieci i młodzieży z ograniczeniami sprawności, GWP, Gdańsk 2009

Brzezińska A. I., Jabłoński S., Ziółkowska B. Specyficzne i specjalne potrzeby edukacyjne, "Edukacja", Nr 2 (127), 2014

Brzeziński J. Metodologia badań psychologicznych, wyd.Naukowe PWN (2007)

Chawarska K., Klin A., Paul R, Volkmar F., Zaburzenia ze spektrum autyzmu drugim roku: stabilność i zmiana ekspresji zespołu, "Journal of Autism and DevelopmentalDisorder", No 48 (2), 2007

Cieszyńska J. Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych, Kraków 2010

Cuxart F., Różnorodność objawów autystycznych, "Impuls Krakowski", Nr 21, 2004

Cytowska B., WinczuraB.(red.), Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2016

Delacato C., Dziwne, niepojęte. Autystyczne dziecko. Fundacja SYNAPSIS, Warszawa 1995

Dowson G., Early behavioral intervetion, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder, "Developmental Psychopathology", No 20, 2008

182:4869786037

Dunst C., Early intervention for infantsand toddlers with developmental disabilities,
[w:] Odom S., Horner R., Snell M., Blacher J., Handbook of developmental disabilities, Guilford Press, New York 2007
Frith U., Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy, GWP, Sopot 2008
Giczewska A., Fenomen dotyku, Warszawa 2021
Gnitecki J., Wstęp do ogólnej metodologii badań w naukach pedagogicznych, t. II, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2007
Goldstein S., Naglieri J. A., Ozonoff S., Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu, WUJ, Kraków 2017
Guba E. G., Lincoln Y. S., Kontrowersje wokół paradygmatów, sprzeczności i wyłaniające się zbieżności, [w:] Denzin N. K., Lincoln Y. S. (red.), Metody badań jakościowych, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, t. I
Heszen I., Psychologia stresu, PWN, Warszawa 2013
Hueghes C., Leboyer M., Bouvard M., Executive function in parents of children with autism, :Psychological Medicine", No 27, 1997
Jaklewicz H., Autyzm wczesnodziecięcy, GWP, Gdańsk 1993
Jaklewicz H., Całościowe zaburzenia rozwojowe, [w:] Namysłowska I.(red.), Psychiatria dzieci i młodzieży, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004
John R., A reviev of recent reports on autism: 1000 studies published in 2007. "Hughes, Epilepsy&Behavior", No 13, 2008
S. Juszczyk: Metodologia badań empirycznych w naukach społecznych; Katowice 2001,s.22-23
Kaczan T., Śmigiel R., Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju dzieci z chorobami genetycznymi, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2012
Klaczak M., Majewicz P., Diagnoza i rewalidacja indywidualna dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnego, Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków 2006
Komender J., Jagielska G., Bryńska A., Autyzm i Zespół Aspergera, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012
Klasyfikacja ICD-10 (International Classification of Diseases)- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
Kossesewska J., Kompleksowe wspomaganie rozwoju uczniów z autyzmem i zaburzeniami pokrewnymi, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2009
Kruk - Lasocka J., Autyzm, czy nie autyzm, Wydawnictwo Dolnośląskiej Szkoły Wyższej Edukacji, Wrocław 1999

183:5143918255

Krzysztofik K., Specjalne potrzeby edukacyjne uczniów z zaburzeniami z autystycznego spektrum (ASD) - teoretyczne podstawy i praktyczne wskazania, [w:]W. Obrębski

Mariańczuk K. (red.) Przepis na rehabilitację. Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością, Harmonia, Gdańsk, 2016

Kubinowski D., Nowak M., Metodologia pedagogiki zorientowanej humanistycznie, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2006

Łobocki M., Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych. Wydawnictwo Impuls Kraków 2010

Markiewicz K., Możliwości komunikacyjne dzieci autystycznych, Wydawnictwo UMCS, Lublin, 2004

Masgutowa S., Neurokinezjologiczna Terapia Taktylna dr Swietłany Masgutowej, Rosja - Polska 2005

Melillo R., Autyzm, Harmonia Universalis, Gdańsk 2017

Olechnowicz H., Wokół autyzmu. Fakty, skojarzenia, refleksje, WSiP, Warszawa 2004

Panasiuk J., Skala do oceny profilu zaburzeń językowych zespole Aspergera, [w:] Kurowska M., Wolańska E. (red.) Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii, Warszawa 2015

Pietras T., Witusik A., Gałecki P., Autyzm - epidemiologia, diagnoza i terapia, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010

Pilch T. Bauman T., Zasady badań pedagogicznych, strategie ilościowe i jakościowe, Wyd. Akademickie Żak 2001

Pisula E., Małe dziecko z autyzmem, GWP, Sopot 2010

Pisula E., Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010

Pisula E., Wspomaganie osób z zaburzeniami należącymi do autystycznego spektrum w perspektywie psychologii rozwojowej, [w:] Trempała J. (red.), Psychologia rozwoju człowieka, PWN, Warszawa 2011

Podgórska - Jachnik D., Uzasadnienie potrzeby wczesnych oddziaływań wspomagających rozwój dziecka jako jednego z głównych kierunków rozwoju wczesnej pedagogiki specjalnej, "Niepełnosprawność", Nr 1, 2009

Pużyński St., Wciórka J. (red.), Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD – 10, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków – Warszawa 2000

Rutter R., Cognitive deficits in the pathogenesis of autism, "Journal of Child Psychology and Psychiatry", Nr 24(4), 1983

184:8817403890

Rutter M., Bailey A., Simonoff E., Pickles A., Genetic influences and autism, [w:] Cohen D. J., Volkmar F. R. (red), Handbook of autism and developmental disorders, John Wiley & Sons, New York 1997

Sadowska E., Zachowania komunikacyjne dzieci z autyzmem, Wydawnictwo UW, Warszawa 2020

Schulz R., Wykłady z pedagogiki ogólnej, T. III, Wydawnictwo UMK, Toruń 2009

Serafin T., Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka od chwil wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole. Poradnik dla organizatorów działań i terapeutów oraz dla rodziców, Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu, Warszawa 2005

Skórczyńska M., Wczesne diagnozowanie autyzmu - perspektywy i dylematy, [w:] WinczuraB. (red.), Autyzm. Na granicy zrozumienia, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2009

Stefańska - Klar R., Wczesna interwencja terapeutyczna - nadzieja i szansa na lepsze jutro, "Światło i Cienie", Nr 3, 1997

Stankowski A., Autyzm, jako jednostka nozologiczna w obszarach badań pedagogiki specjalnej, [w:] Wybrane aspekty funkcjonowania osób z niepełnosprawnością. Tom III, Katolicka Univerzita Rużomberok, 2009

Stankowski Adam, Terapeutyczność procesu wychowania .Auxilim Sociale. Nr 1/2000 (13) (wkładka metodyczna 1-XLVII)

Stankowski Adam: Autyzm jako jednostka nozologiczna w obszarze badań pedagogiki specjalnej, [W:] Stankowski A., (red) Wybrane aspekty funkcjonowania osób z niepełnosprawnością Tom III. KU. Rużomberok, 2009.

Stankowski A., Chowanna tom 1 (32) (red.) Adam Stankowski, Terapia Pedagogiczna. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego Katowice 2009, Nr indeksu 330566, PL ISSN 0137-706X; s. 270;

Stankowski Adam.: (część I) „*Autyzm jako obszar badań pedagogiki specjalnej”* [W:] Badanie –dojrzewanie – rozwój. red. F. Szlosek. Sosnowiec 2005, Tom. 134. Monograficzna Seria Wydawnicza – Biblioteka Pedagogiki Pracy, s. 78-85; ISBN:83-7204-487-2; Stankowski A.: (część II) „*Autyzm jako obszar badań pedagogiki specjalnej”*. [W:] Badanie – dojrzewanie – rozwój (na drodze do doktoratu) 5-lecie Ogólnopolskiego Seminarium Badawczego. Red. F. Szlosek. Warszawa – Radom 2006, ISBN 83-7204-487-2 s.78-85, Stankowski Adam, Psychagogika – wykładnia dla terapii pedagogicznej.[W:] Wokół archeologii słów i ich funkcjonowania. Red. St. Podobiński; Maria Lesz-Duk. WSP. Częstochowa. 2001, ISBN 83-7098-540-8; s. 717 – 725. (0.8 AH)Steiner A. M., Goldsmith

185:6886383395

T. R., Przewodnik dla praktyków dotyczący oceny zaburzeń ze spektrum autyzmu u niemowląt i małych dzieci, "Journal of Autism and DevelopmentalDisorders", No 42 (6), 2012

Stone W. L., Coonrod E. E., Turner L. M., Pozdol S. L, Psychometric properties of the STAT for early autism screeming, "Journal of Autism & Developmental Disorders", No 34 (6), 2004

Talaroska M., Florkowski A., Gałecki P, Zboralski K., Psychologiczne koncepcje rozwoju autyzmu, [w:] Pietras T., Witusik A., Gałecki P. (red.), Autyzm - epidemiologia, diagnoza i terapia, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010

Twardowski A., Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami w środowisku rodzinnym, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2012

Twardowski A., Nowa koncepcja wczesnego wspomagania rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami, "Forum Pedagogiczne", Nr 1, 2014

Walczak G., Wczesna interwencja wczesne wspomaganie rozwoju - kwestie terminologiczne, [w:] Bielska - Łach M. (red.), Pedagogika specjalna. Różne poszukiwania - wspólna misja, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2009

Walsh K., Darby D, Neuropsychologia, GWP, Gdańsk 2008

Vasek S.,Stankowski A. „Zarys Pedagogiki Specjalnej", Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2006

Williams K., Roberts J., Zrozumieć autyzm. Przewodnik dla rodziców, Harmonia Universalis, Gdańsk 2019

Winczura B., Jak funkcjonuje mózg dzieci z autyzmem? Neurobiologiczne ścieżki zaburzeń autystycznych, [w:] Cytowska B., Winczura B. (red.), Dziecko chore. Zagadnienia biopsychiczne i pedagogiczne, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2007

Winczura B., Dlaczego on tak ciągle się kołysze i macha rękami?, "Rewalidacja", Nr 2, 2012

Wojciechowska A., Koncepcje autyzmu i problemy diagnostyczne - przegląd literatury, [w:] Dykcik W., Twardowski A. (red.), Poznańska pedagogika specjalna. Tradycje - osiągnięcia - perspektywy, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2006

Wolski A., Diagnoza autyzmu u małego dziecka - implikacje do pracy w rodzinie, "Rewalidacja" Czasopismo dla nauczycieli i terapeutów, Nr 2 (28), 2010

Wygotski L., Nauczanie a rozwój w wieku przedszkolnym, [w:] WygotskiL. (red.), Wybrane prace psychologiczne, PWN, Warszawa 1971

Yang S., Paynter J., Skale Zachowań Adaptacyjnych Vineland: II profil małych dzieci

186:7734440552

z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, "Dziennik Autyzmu i Zaburzeń Rozwojowych", Nr 46, 2016

Źródła multimedialne

Furgał E., Własnym głosem o spektrum autyzmu, 2018, https://krytykapolityczna.pl/nauka/wlasnym-glosem-o-spektrum-autyzmu/ , dostęp 14.02.2022

Grabias S., Mowa i jej zaburzenia. "Audiofonologia", T. 10, 1997, s. 30 - 31, http://ptnzs.org.pl/audiofonologia/AUDIOFONOLOGIA_TOM_X_1997/art1.pdf , pobrano 19.02.2022

T. Pilch, Zasady badań pedagogicznych, https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/43488585/Zasady_badan_pedagogicznych_-_Tadeusz_Pilch-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1647167626&Signature=VV8cX86UnrozWiR8yK-eD-o6Eep-jKB3esWzY9S~tUfSWXPvIAdcFy45GE18EXMB-yR4ynJT6cswetJwt3nzd-ufB7OeMhmggs3u9kVcqdkLVpgCdTtVH0dbMEYPct~uWLyMVjKcPEyoRy3hQDl13MMkSJGlo4GjVog-Pm4V1sghJfbbdmZnCdfAZUWUcclb0dkTonizWtRn7G2AJ0sncJP8coK5fMQcVxO5xdU1B5ZWN0uZg7Nwi1~7P3SQgW4uw2B3i-Gs97oKjY0Uj5hX9lQY43IzjmVzTT1ooSsFJftCumrE1lS1uCiVTWTXi2r-cHhb-ybeIwc~MiXM-3ARBA__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA, pobrano 13.03.2021

Piotrowicz R., Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka - kompleksowe wsparcie terapeutyczne dziecka i rodziny. Diagnoza a program, ORE, Warszawa, https://www.naszaklinika.com.pl/pliki/Dla%20Rodzicow%20wczesne%20wspomaganie%20rozwoju%20dziecka.pdf, pobrano 20.02.2022

187:3845865941

Akty prawne

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 roku w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci, Dziennik Ustaw z dnia 24 sierpnia 2017, poz. 1635

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 19 kwietnia 2012 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli oraz określania szkół i wypadków, w których można zatrudnić nauczycieli niemających wyższego wykształcenia lub ukończonego zakładu kształcenia nauczycieli, Dziennik Ustaw z dnia 19 kwietnia 2012, poz. 426

Ustawa z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty, Dziennik Ustaw z dnia 7 września 1991 roku, Nr 95, poz. 425

188:4405826624

Spis Tabel

1. Zmienna niezależna główna wprowadzona do procedury eksperymentalnej……78
2. Zmienna pośrednicząca i wskaźniki zmiennych……...……79
3. Zmienne zależne i ich wskaźniki…….……..80
4. Plan eksperymentalny z podwójnym pomiarem: początkowym i końcowym zmiennej zależnej…….…83
5. Charakterystyka ogólna badanych dzieci……..96
6. Struktura rodziny badanych dzieci……...…….97
7. Zawód rodziców badanych dzieci…….……98
8. Wiek diagnozy i wskazań terapeutycznych badanych dzieci……..100
9. Aktualna terapia podstawowa badanych dzieci……...…101
10. Aktualne terapie dodatkowe badanych dzieci……102
11. Terapie wykorzystywane w przeszłości dla badanych dzieci……...…..102
12. Wiek rozpoczęcia obecnej terapii u badanych dzieci…….103
13. Powody wyboru aktualnej terapii badanych dzieci……..…..103
14. Sposoby realizacji zajęć terapeutycznych u badanych dzieci…….104
15. Tygodniowy czas realizacji terapii u badanych dzieci……..….105
16. Osoby realizujące domowy program terapii u badanych dzieci…….…106
17. Ocena ankietowanych świadomości istnienia innych osób u badanych dzieci……...107
18. Ocena ankietowanych świadomości istnienia uczuć innych osób u badanych dzieci…….108
19. Ocena ankietowanych oczekiwania na pomoc i wsparcie oraz proszenie o nią u badanych dzieci……..….109
20. Ocena ankietowanych umiejętności naśladowania innych u badanych dzieci……..110
21. Ocena ankietowanych rozumienia przebiegu interakcji społecznych u badanych dzieci……...…..112
22. Ocena ankietowanych rozpoznawania w zachowaniu innych elementów o znaczeniu społecznym i emocjonalnym u badanych dzieci……113
23. Ocena ankietowanych uczestnictwa w interakcjach społecznych z innymi, opartych na schemacie dawania i brania u badanych dzieci……..114
24. Ocena ankietowanych uczestnictwa w naprzemiennym dialogu u badanych dzieci……..115
25. Ocena ankietowanych poziomu przywiązania u badanych dzieci……..……116

189:7759601816

26. Ocena ankietowanych umiejętności utrzymania kontaktu wzrokowego u badanych dzieci……...……..118
27. Ocena ankietowanych spontanicznego okazywania uczuć u badanych dzieci……...…119
28. Ocena ankietowanych poziomu empatii u badanych dzieci……...119
29. Ocena ankietowanych nawiązywania spontanicznych kontaktów z rówieśnikami u badanych dzieci…….……120
30. Ocena ankietowanych podejmowania zabaw interakcyjnych z dziećmi u badanych dzieci…….……121
31. Ocena ankietowanych inicjowania zabaw interakcyjnych z dziećmi u badanych dzieci…….122
32. Charakterystyka poziomu CARS w badaniu I……..…..122
33. Charakterystyka poziomu CARS w badaniu II…….….123
34. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla poziomu autyzmu (CARS)…….……..…...124
35. Charakterystyka wieku rozwoju w miesiącach (PEP-R) w badaniu I…….…126
36. Charakterystyka wieku rozwoju (PEP-R) w badaniu II……..…127
37. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla wieku rozwoju (PEP-R)……128
38. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla potencjalnego wieku rozwoju (PEP-R)……...…129
39. Charakterystyka poziomu ilorazu rozwoju (PEP-R) w badaniu I……...……130
40. Charakterystyka poziomu ilorazu rozwoju (PEP-R) w badaniu II……..130
41. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla ilorazu rozwoju (PEP-R)…….....131
42. Charakterystyka poziomu zachowań dla skali zachowań (PEP-R) w badaniu I……..…133
43. Charakterystyka poziomu zachowań dla skali zachowań (PEP-R) w badaniu II……....134
44. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla skali nawiązywania kontaktów i reakcji emocjonalnych (PEP-R)…….…135
45. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla skali zabawy i zainteresowania przedmiotami (PEP-R)…….….136
46. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla skali reakcji na bodźce (PEP-R)…….…137
47. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla skali mowy (PEP-R)……...……..139

190:8546721216

48. Charakterystyka poziomu umiejętności skali rozwoju psychoruchowego (PEP-R) w badaniu I……141
49. Charakterystyka poziomu umiejętności skali rozwoju psychoruchowego (PEP-R) w badaniu II……...143
50. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla umiejętności naśladowania (PEP-R)……..……144
51. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla umiejętności percepcji (PEP-R)……145
52. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla umiejętności motoryki małej (PEP-R)……146
53. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla umiejętności motoryki dużej (PEP-R)……148
54. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla umiejętności Koordynacji wzrokowo-ruchowej (PEP-R)……..149
55. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla umiejętności czynności poznawczych (PEP-R)……...150
56. Dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym dla umiejętności komunikacji i mowy czynnej (PEP-R)……...……..151
57. Korelacja pomiędzy stopniem autyzmu (CARS) a profilem psychoedukacyjnym (PEP-R) w badaniu I……....153
58. Korelacja pomiędzy stopniem autyzmu (CARS) a profilem psychoedukacyjnym (PEP-R) w badaniu II……..……...154

191:6644486104

Spis wykresów

1. Poziom autyzmu pomiędzy badanymi grupami……...…124
2. Średni poziom autyzmu (CARS) pomiędzy badanymi grupami i pomiarami……....125
3. Średni wiek rozwoju pomiędzy badanymi grupami i pomiarami…….128
4. Średni potencjalny wiek rozwoju pomiędzy badanymi grupami i pomiarami…….129
5. Średni iloraz rozwoju pomiędzy badanymi grupami i pomiarami……...132
6. Średni poziom skali nawiązywania kontaktów i reakcji emocjonalnych pomiędzy badanymi grupami i pomiarami……..……...136
7. Średni poziom skali zabawy i zainteresowania przedmiotami pomiędzy badanymi grupami i pomiarami……..….137
8. Średni poziom skali reakcji na bodźce pomiędzy badanymi grupami pomiarami……..138
9. Średni poziom skali mowy pomiędzy badanymi grupami i pomiarami……...139
10. Średni poziom umiejętności naśladowania pomiędzy badanymi grupami i pomiarami…….....145
11. Średni poziom umiejętności percepcji pomiędzy badanymi grupami i pomiarami…….146
12. Średni poziom umiejętności motoryki małej pomiędzy badanymi grupami i pomiarami…….147
13. Średni poziom umiejętności motoryki dużej pomiędzy badanymi grupami i pomiarami……..148
14. Średni poziom umiejętności motoryki dużej pomiędzy badanymi grupami i pomiarami…….…149
15. Średni poziom umiejętności czynności poznawczych pomiędzy badanymi grupami i pomiarami…….……....…150
16. Średni poziom umiejętności komunikacji i mowy czynnej pomiędzy badanymi grupami i pomiarami…….……..152

192:9976427989

Załącznik 1

KWESTIONARIUSZ

WYWIADU Z RODZICAMI

BADAJĄCEGO ROZWÓJ SPOŁECZNY DZIECI Z AUTYZMEM

CZĘŚĆ I

DANE OGÓLNE

1. Imię i nazwisko dziecka (lub symbol) -

2. Data urodzenia -

3. Diagnoza podstawowa dziecka -

4. Inne zaburzenia współistniejące-

5. Data przeprowadzenia wywiadu –

6. Osoba (y) udzielająca wywiadu –
7. Struktura rodziny

	Wiek	Wykształcenie	Zawód	Stan zdrowia
MATKA				
OJCIEC				
RODZEŃSTWO				
INNE OSOBY ZAMIESZKUJĄCE WSPÓLNIE				

8. Jaki jest typ rodziny dziecka: - pełna, rozwiedziona, zrekonstruowana, związek nieformalny, adopcyjna, dzieci z poprzednich związków

- pełna

9. Proszę powiedzieć kto przede wszystkim zajmuje się dzieckiem:

- matka

193:6040749777

10. Proszę powiedzieć czy w rodzinie dziecka występują jakiekolwiek obciążenia dziedziczne np. *choroby psychiczne, alkoholizm, padaczka lub inne:

- nie występują

CZĘŚĆ II

DANE DOTYCZĄCE TERAPII

11. Kiedy została postawiona diagnoza –

12. Kiedy dziecko otrzymało pierwsze wskazania terapeutyczne (np. program domowy, zajęcia ze specjalistą, instruktaż radzenia sobie z zachowaniami dziecka)

- wrzesień 2014

13. Z jakiej terapii dziecko aktualnie korzysta przede wszystkim

- terapia logopedyczna,

14. Z jakich form terapii dziecko aktualnie korzysta dodatkowo

- terapia logopedyczna

15. Z jakiej terapii dziecko korzystało w przeszłości

-nie korzystało

16. Kiedy dziecko rozpoczęło korzystanie z terapii z której aktualnie korzysta

- wrzesień 2015

17. Proszę uzasadnić wybór terapii z której korzysta dziecko aktualnie przede wszystkim*:

1) była to jedyna zaproponowana mi i dostępna terapia
2) słyszałam (em), że bywa skuteczna
3) słyszałam (em), że to najlepsza metoda pracy z osobami z autyzmem
4) wydaje się, że może pomóc w przezwyciężeniu problemów dziecka
5) szukałam (em) jednej metody, która pozwoli na pracę nad wszystkimi zaburzonymi funkcjami u dziecka
6) szukałam (em) metody która umożliwia rozwinięcie umiejętności społecznych naśladowania, mowy, współdziałania)
7) polecił mi ją lekarz

194:8265431807

8) polecił mi ją inny specjalista

9) inne powody, jakie.....

18. Z jakiego sposobu realizacji zajęć terapeutycznych dziecko korzysta*:
    1) nauczanie indywidualne w domu rodzinnym,
    2) nauczanie indywidualne w przedszkolu specjalnym
    3) nauczanie indywidualne w przedszkolu masowym,
    4) nauczanie indywidualne w przedszkolu masowym z elementami integracji,
    5) grupa przedszkolna,
    6) grupa integracyjna
    7) zajęcia ambulatoryjne
    8) praca w jednym z powyższych z kontynuacją programu terapii w domu
    9) praca wyłącznie w domu realizowana przez rodziców

    (brak adekwatnej opcji – w przedszkolu praca z małymi grupami dzieci (2,3)+ zajęcia z całą grupą)

    - Uczęszcza na zajęcia wczesnego wspomagania rozwoju dziecka

19. Ile godzin tygodniowo realizowany jest w domu program terapii dziecka

    1) ok. 40 godzin lub więcej

    2) ok. 20-30 godzin tygodniowo

    3) ok. 10 godzin tygodniowo lub mniej

    Codziennie po 20 minut

20. Kto realizuje domowy program terapii*

    1) matka czasem ojciec

    2) ojciec

    3) brat/ siostra

    4) zatrudnieni przez rodziców specjaliści

    5) wolontariusze

    6) inne osoby z rodziny (kto)

    7) inne osoby spoza rodziny (kto) ...

    8) program terapii nie jest realizowany w domu

195:2932347336

CZĘŚĆ III

DANE DOTYCZĄCE ZACHOWAŃ SPOŁECZNYCH DZIECKA

Proszę o zaznaczenie (poprzez otoczenie ramką) wszystkich stwierdzeń odpowiadających aktualnemu poziomowi funkcjonowania dziecka

21. Posiada świadomość istnienia innych (np. zwraca na nich uwagę, gdy wchodzą do pokoju, potrafi wskazać daną osobę, obserwuje innych)

a) zawsze zauważa obecność dorosłych
b) zawsze zauważa obecność innych dzieci
c) mam wrażenie, że zauważa dorosłych, ale czasem nie daje tego po sobie poznać
d) mam wrażenie, że zauważa inne dzieci, ale czasem nie daje tego po sobie poznać
e) nigdy nie zwraca uwagi na osoby dorosłe
f) nigdy nie zwraca uwagi na inne dzieci

22. Posiada świadomość istnienia uczuć innych osób (np. zwraca uwagę jeżeli ktoś płacze, przestaje coś robić jeżeli ktoś powie mu, że to zachowanie jest dla niego przykre, lubi sprawiać innym radość)

a) zawsze zwraca uwagę na uczucia dorosłych
b) zawsze zwraca uwagę na uczucia innych dzieci
c) mam wrażenie, że zauważa odczucia dorosłych, ale czasem nie daje tego po sobie poznać
d) mam wrażenie, że zauważa odczucia innych dzieci, ale czasem nie daje tego po sobie poznać
e) nigdy nie zwraca uwagi na odczucia osób dorosłych
f) nigdy nie zwraca uwagi na odczucia innych dzieci

23. Oczekiwanie na pomoc i wsparcie oraz proszenie o nią (np. prosi o pomoc jeżeli nie umie wykonać czegoś, szuka pomocy jeżeli jakaś sytuacja jest dla niego trudna)

a) często zatrzymuje się w trakcie realizacji jakiejś czynności i czeka na pomoc od dorosłego

196:1016680411

b) często zatrzymuje się w trakcie realizacji jakiejś zabawy i czeka na pomoc od innego dziecka
c) często prosi o pomoc dorosłego jeżeli jakaś czynność jest zbyt trudna bądź nie lubiana
d) często prosi o pomoc inne dzieci jeżeli jakaś czynność jest zbyt trudna bądź nie lubiana
e) zdarza się czasem, że zatrzymuje się w trakcie realizacji jakiejś czynności i czeka na pomoc od dorosłego
f) zdarza się czasem, że zatrzymuje się w trakcie realizacji jakiejś zabawy i czeka na pomoc od innego dziecka
g) zdarza się czasem, że prosi o pomoc dorosłych
h) zdarza się czasem, że prosi o pomoc inne dzieci
i) nigdy nie oczekuje na pomoc ze strony dorosłych
j) nigdy nie oczekuje na pomoc ze strony innych dzieci
k) nigdy nie prosi o pomoc dorosłych
l) nigdy nie prosi o pomoc innych dzieci

24. Umiejętność naśladowania innych (np. naśladowanie elementów zabawy, naśladowanie gestów innych, naśladowanie zachowania)

a) potrafi naśladować dorosłych bez kontekstu sytuacyjnego
b) potrafi naśladować dorosłych ale tylko w kontekście sytuacyjnym
c) potrafi naśladować dzieci bez kontekstu sytuacyjnego
d) potrafi naśladować dzieci ale tylko w kontekście sytuacyjnym
e) czasami zdarza mu się naśladować dorosłych bez kontekstu sytuacyjnego
f) czasami zdarza mu się naśladować dorosłych ale tylko w kontekście sytuacyjnym
g) czasami zdarza mu się naśladować dzieci bez kontekstu sytuacyjnego
h) czasami zdarza mu się naśladować dzieci ale tylko w kontekście sytuacyjnym
i) nigdy nie naśladuje dorosłych bez kontekstu sytuacyjnego
j) nigdy nie naśladuje dzieci bez kontekstu sytuacyjnego
k) nigdy nie naśladuje dorosłych w kontekście sytuacyjnym
l) nigdy nie naśladuje dzieci w kontekście sytuacyjnym

197:1009293189

25. Rozumienie przebiegu interakcji społecznych

a) zazwyczaj rozumie przebieg interakcji społecznych z dziećmi

b) czasem rozumie przebieg interakcji społecznych z dziećmi

c) nigdy nie rozumie przebiegu interakcji społecznych z dziećmi

d) często rozumie przebieg interakcji społecznych z dorosłymi

e) czasem rozumie przebieg interakcji społecznych z dorosłymi

f) nigdy nie rozumie przebiegu interakcji społecznych z dorosłymi

26. Rozpoznawanie w zachowaniu innych elementów o znaczeniu społecznym i emocjonalnym.

a) często rozpoznaje elementy o znaczeniu społecznym i emocjonalnym w zachowaniu innych dzieci

b) czasem rozpoznaje elementy o znaczeniu społecznym i emocjonalnym w zachowaniu innych dzieci w stosunku do dzieci

c) nigdy nie rozpoznaje elementów o znaczeniu społecznym i emocjonalnym w zachowaniu innych dzieci

d) często rozpoznaje elementy o znaczeniu społecznym i emocjonalnym w zachowaniu dorosłych

e) czasem rozpoznaje elementy o znaczeniu społecznym i emocjonalnym w zachowaniu dorosłych

f) nigdy nie rozpoznaje elementów o znaczeniu społecznym i emocjonalnym w zachowaniu dorosłych

27) Uczestnictwo w interakcjach społecznych z innymi, opartych na schemacie dawania i brania

a) często uczestniczy z innymi dziećmi w interakcjach społecznych opartych na schemacie dawania i brania

b) czasem uczestniczy z innymi dziećmi w interakcjach społecznych opartych na schemacie dawania i brania

c) nigdy nie uczestniczy z innymi dziećmi w interakcjach społecznych opartych na schemacie dawania i brania

198:3009321898

d) często uczestniczy z dorosłymi w interakcjach społecznych opartych na schemacie dawania i brania

e) czasem uczestniczy z dorosłymi w interakcjach społecznych opartych na schemacie dawania i brania

f) nigdy nie uczestniczy z dorosłymi w interakcjach społecznych opartych na schemacie dawania i brania

28. Uczestnictwo w naprzemiennym dialogu

a) często uczestniczy w naprzemiennym dialogu z innymi dziećmi

b) czasem uczestniczy w naprzemiennym dialogu z innymi dziećmi

c) nigdy nie uczestniczy w naprzemiennym dialogu z innymi dziećmi

d) często uczestniczy w naprzemiennym dialogu z dorosłymi

e) czasem uczestniczy w naprzemiennym dialogu z dorosłymi

f) nigdy nie uczestniczy w naprzemiennym dialogu z dorosłymi

29. Poziom przywiązania

a) nie przejawia żadnego przywiązania w stosunku do rodziców

b) przejawia niski poziom przywiązania w stosunku do rodziców (przejawia je sporadycznie lub sposoby jego wyrażania są mało czytelne)

c) przejawia wysoki poziom przywiązania w stosunku do rodziców

d) nie przejawia żadnego przywiązania w stosunku do innych dorosłych

e) przejawia niski poziom przywiązania w stosunku do dorosłych (przejawia je sporadycznie lub sposoby jego wyrażania są mało czytelne)

f) przejawia wysoki poziom przywiązania w stosunku do dorosłych

g) nie przejawia żądnego przywiązania w stosunku do rodzeństwa (przejawia je sporadycznie lub sposoby jego wyrażania są mało czytelne)

i) przejawia wysoki poziom przywiązania w stosunku do rodzeństwa

j) nie przejawia żadnego przywiązania w stosunku do innych dzieci

k) przejawia niski poziom przywiązania w stosunku do innych dzieci (przejawia je sporadycznie lub sposoby jego wyrażania są mało czytelne)

199:9222283229

l) przejawia wysoki poziom przywiązania w stosunku do innych dzieci

30. Umiejętność utrzymywania kontaktu wzrokowego

a) zazwyczaj przejawia umiejętność utrzymywania kontaktu wzrokowego z innymi dziećmi

b) czasem przejawia umiejętność utrzymywania kontaktu wzrokowego z innymi dziećmi

c) nigdy nie przejawia umiejętności kontaktu wzrokowego z innymi dziećmi

d) często przejawia umiejętność utrzymywania kontaktu wzrokowego z dorosłymi

e) czasem przejawia umiejętność utrzymywania kontaktu wzrokowego z dorosłymi

f) nigdy nie przejawia umiejętności utrzymywania kontaktu wzrokowego z dorosłymi

31. Spontaniczne okazywanie uczuć

a) zazwyczaj spontanicznie okazuje swoje uczucia

b) czasami spontanicznie okazuje swoje uczucia

c) nigdy nie okazuje spontanicznie uczuć

32. Poziom empatii

a) przejawia wysoki poziom empatii w stosunku do innych dzieci

b) przejawia niski poziom empatii w stosunku do innych dzieci (przejawia ją sporadycznie lub sposoby jej wyrażania są mało czytelne)

c) nigdy nie przejawia empatii w stosunku do innych dzieci

d) przejawia wysoki poziom empatii w stosunku do dorosłych

e) przejawia niski poziom empatii w stosunku do dorosłych (przejawia ją sporadycznie lub sposoby jej wyrażania są mało czytelne)

f) nigdy nie przejawia empatii w stosunku do dorosłych

33. Nawiązywanie spontanicznych kontaktów z rówieśnikami

a) często nawiązuje spontaniczne kontakty z rówieśnikami

b) czasem nawiązuje spontaniczne kontakty z rówieśnikami

c) nigdy nie nawiązuje spontanicznych kontaktów z rówieśnikami

34. Podejmowanie zabaw interakcyjnych z dziećmi

200:2240479083

a) często podejmuje zabawy interakcyjne z innymi dziećmi

b) czasem podejmuje zabawy interakcyjne z innymi dziećmi

c) nigdy nie podejmuje zabaw interakcyjnych z innymi dziećmi

35. Inicjowanie zabaw interakcyjnych z dziećmi

a) często inicjuje zabawy interakcyjne z innymi dziećmi

b) czasem inicjuje zabawy interakcyjne z innymi dziećmi

c) nigdy nie inicjuje zabaw interakcyjnych z innymi dziećmi

Dziękuję za wypełnienie

kwestionariusza wywiadu

201:7090432846

Załącznik 2

1. OPIS POZYCJI W SKALI CARS:

I. Kontakty społeczne.

Obserwujemy reakcje dziecka na kontakt fizyczny (przytulanie oraz próby nawiązania kontaktu przez dorosłego).

II. Naśladowanie.

Oceniamy spontaniczne naśladowanie (natychmiastowe lub z opóźnieniem).

III. Reakcje emocjonalne.

Oceniamy trudności w zmianie nastroju, uleganie wielu różnym emocjom w krótkim okresie czasu.

IV. Posługiwanie się ciałem.

Obserwujemy dziwne pozy, kręcenie się w kółko, kołysanie, chodzenie na palcach, trzepotanie palcami, autoagresję, zręczność, łatwość poruszania się.

V. Posługiwanie się przedmiotami.

Zauważamy nadmierne zainteresowanie rzeczami, które zwykle nie interesują dziecka w takim wieku rozwojowym.

VI. Przystosowanie do zmian.

Obserwujemy trudności w przyjmowaniu zmian w ustalonej rutynie i schematach,

napady wściekłości, gdy pojawia się zmiana.

VII. Reakcje wzrokowe.

Oceniamy sposoby patrzenia dziecka na ludzi i przedmioty.

VIII. Reakcje słuchowe.

Oceniamy reakcje na różne dźwięki (zasłanianie uszu, ignorowanie dźwięków).

IX. Sposób posługiwania się zmysłami smaku, węchu i dotyku.

Obserwujemy unikanie lub zbyt duże zainteresowanie zapachami potraw lub tworzyw.

X. Lęk i niepokój.

202:5516267682

Oceniamy zachowania przeżywania lęku - płacz, krzyk, chowanie się, nerwowe chichotanie, strach bez widocznych powodów lub brak reakcji lękowych w uzasadnionych sytuacjach.

XI. Komunikacja werbalna.

Oceniamy wypowiedzi (echolalia, język idiosynkratyczny, zniekształcenia intonacji, rytmu i natężenia głosu).

XII. Komunikacja niewerbalna.

Oceniamy sposoby porozumiewania się za pomocą mimiki, gestów, ruchów postawy ciała.

XIII. Poziom aktywności.

Oceniamy ruchliwość dziecka w sytuacjach, które ograniczają swobodę ruchów lub w których dziecko może zachowywać się swobodnie.

XIV. Poziom i harmonijność rozwoju intelektualnego.

Oceniamy umiejętności dziecka (czy jest równomiernie zahamowane czy w jakiś dziedzinach funkcjonuje normalnie).

XV. Wrażenia ogólne.

Subiektywne wrażenia jakie odnosi osoba oceniająca dziecko według skali.

2. C.A.R.S. - INSTRUKCJA.

Instrukcja: Dla każdego elementu zakreśl numer, który najbardziej odpowiada opisowi zachowań twojego dziecka. By zaznaczyć, że zachowania dziecka plasują się pomiędzy dwoma opisami możesz użyć skali 1,5; 2,5 lub 3,5. Dla każdej kategorii oceń dziecko osobno.

I. Relacje międzyludzkie.

1 Zachowanie dziecka jest odpowiednie do wieku. Można czasami zaobserwować nieśmiałość i kapryszenie jako reakcję na polecenie dotyczące zachowania - reakcje te nie są na niepokojącym poziomie.

1,5

2 Reakcje lekko nieprawidłowe. Dziecko może unikać patrzenia dorosłemu w oczy, unikać dorosłego. Kaprysić, gdy jest zmuszane do kontaktu. Może być nadmiernie nieśmiałe, być mniej czułe niż zwykle lub też przytulać się do rodziców bardziej niż większość dzieci w tym wieku.

2,5

203:6617882165

3 Umiarkowanie nieprawidłowe relacje. Czasami można zaobserwować izolowanie się (wydaje się, że dziecko nie zauważa dorosłego). Potrzebne są częste i stanowcze zachowania mające na celu utrzymanie uwagi dziecka. Dziecko inicjuje minimalny kontakt wzrokowy.

3,5

4 Bardzo nieprawidłowe relacje. Dziecko wydaje się całkowicie odizolowane lub nieświadome tego co robi dorosły. Dziecko prawie wcale nie inicjuje kontaktów z dorosłym, nie reaguje. Działają tylko bardzo mocne i wytrwałe oddziaływania, mające na celu uzyskanie uwagi dziecka.

II. Naśladownictwo/ imitowanie.

1 Właściwe naśladowanie/powtarzanie. Dziecko potrafi naśladować dźwięki, słowa i ruchy, które są porównywalne do poziomu umiejętności rówieśników.

1,5

2 Lekko niewłaściwe naśladownictwo. Dziecko naśladuje proste zachowania, takie jak klaskanie lub pojedyncze dźwięki. Czasami po nakłanianiu lub z lekkim opóźnieniem.

2,5

3 Umiarkowanie nieprawidłowe naśladownictwo. Dziecko czasami powtarza tylko część dźwięków, ruchów. Potrzebuje dużej pomocy ze strony dorosłego. Często naśladuje z dużym opóźnieniem.

3,5

4 Bardzo nieprawidłowe naśladownictwo. Dziecko nie naśladuje słów, dźwięków i ruchów lub robi to bardzo rzadko, mimo znacznej pomocy.

III. Odpowiedź emocjonalna.

1 Odpowiedź emocjonalna odpowiednia do wieku i sytuacji. Dziecko demonstruje odpowiednią reakcję za pomocą mimiki, postawy ciała i sposobu bycia.

1,5

2 Lekko nieprawidłowa reakcja. Dziecko czasami okazuje nietypową reakcje (typ lub stopień nasilenia emocji). Sporadycznie reakcja może nie być związana z obiektem lub sytuacją.

2,5

3 Umiarkowanie nieprawidłowa reakcja. Dziecko wyraźnie okazuje nieodpowiednią reakcję emocjonalną (rodzaj lub nasilenie). Reakcje mogą być nadmierne lub nie związane z sytuacją. Dziecko może grymasić, śmiać się lub pozostawać zesztywniałe nawet, jeśli nie było żadnej sytuacji, która mogłaby wywołać zmianę emocji.

204:4406853511

3,5

4 Bardzo nieprawidłowa reakcja emocjonalna. Odpowiedź emocjonalna bardzo rzadko jest adekwatna do sytuacji. Bardzo trudno jest zmienić nastrój dziecka. Równocześnie emocje dziecka mogą ulec całkowitej zmianie bez jakiejkolwiek zmiany w otoczeniu.

IV. Władanie ciałem/użycie ciała.

1 Zachowanie/użycie ciała odpowiednie do wieku dziecka. Dziecko porusza się tak samo szybko i sprawnie jak rówieśnicy.

1,5

2 Lekko nieprawidłowe zachowania. Można zaobserwować niewielkie nieprawidłowości, niezgrabność, słabą koordynację ruchową, powtarzalne ruchy lub bardzo rzadko bardziej nieprawidłowe zachowania.

2,5

3 Umiarkowanie nieprawidłowe władanie ciałem. Zachowania wyraźnie bywają dziwne lub nieprawidłowe dla wieku; nieprawidłowa postawa ciała lub gesty, uporczywe wpatrywanie się, skubanie ciała, autoagresywne zachowania, kołysanie się, obracanie, chodzenie na palcach.

3,5

4 Bardzo nieprawidłowe władanie ciałem. Intensywne lub bardzo często występujące zachowania opisane powyżej. Zachowania utrzymują się mimo prób zniechęcenia lub odwrócenia uwagi poprzez włączanie dziecka w inne zajęcia.

V. Użycie przedmiotów.

1 Właściwe posługiwanie się i zainteresowanie zabawkami i innymi przedmiotami. Odpowiednie do umiejętności i wieku. Zabawki wykorzystywane są we właściwy sposób.

1,5

2 Lekko nieprawidłowe posługiwanie się i zainteresowanie zabawkami. Dziecko może okazywać nieprawidłowe zainteresowanie lub bawić się w nieprawidłowy sposób, np uderzając w coś zabawką, lub ssąc ją.

2,5

3 Umiarkowanie nieprawidłowe posługiwanie się zabawkami lub innymi przedmiotami. Dziecko może być wyraźnie nie zainteresowane zabawką lub wręcz przeciwnie - mieć całą uwagę skupioną na jednym przedmiocie. Może poslugiwać się zabawką w sposób nieprawidłowy, skupić się na jakiejś części zabawki. Dziecko może być zafascynowane refleksami światła na zabawce, może poruszać pewne elementy w zapamiętaniu, nie interesując się pozostałymi zabawkami.

205:5580726970

3,5

4 Bardzo nieprawidłowe użycie lub zainteresowanie zabawkami lub innymi obiektami. Dziecko może wykazywać zachowania opisane powyżej lecz z większą intensywnością lub częściej. Bardzo ciężko jest odwrócić uwagę dziecka pochłoniętego tymi zajęciami.

VI. Adaptacja/przystosowywanie się do zmian.

1 Reakcja odpowiednia do wieku dziecka. Dziecko może zauważyć lub skomentować zmianę w typowych zajęciach codziennych, ale akceptuje zmianę bez oznak stresu.

1,5

2 Lekko nieprawidłowa dla wieku dziecka reakcja na zmiany. Kiedy dorosły próbuje zmienić zadanie, dziecko może kontynuować to samo zajęcie lub posługiwać się tymi samymi materiałami.

2,5

3 Umiarkowanie nieprawidłowa dla wieku dziecka reakcja. Dziecko aktywnie odmawia zmian w rutynie, próbuje kontynuować dotychczasowe zajęcie. Ciężko jest przestawić zainteresowanie/skupienie dziecka. Dziecko może być zdenerwowane i nieszczęśliwe, gdy dotychczasowa, dobrze znana rutyna (plan zajęć/dnia) zostaje zmieniona.

3,5

4 Bardzo nieprawidłowa dla wieku dziecka reakcja na zmiany. Dziecko okazuje bardzo mocne reakcje na zmiany. Jeżeli zmiana jest wdrażana na siłę, dziecko może bardzo mocno się zdenerwować, nie współpracować, wpadać w furię/histerię.

VII. Reakcje wzrokowe.

1 Reakcje wzrokowe są normalne i odpowiednie do wieku. Dziecko używa wzroku w połączeniu z pozostałymi zmysłami, jako sposobu poznawania nowego obiektu.

1,5

2 Lekko nieprawidłowe reakcje wzrokowe. Trzeba co jakiś czas przypominać dziecku, by patrzyło na obiekty (może być osoba bądź przedmiot). Dziecko może być bardziej zainteresowane patrzeniem na światła/lampy lub lustra niż patrzeniem na rówieśników. Czasami może patrzeć w przestrzeń lub unikać patrzenia prosto w oczy rozmówcy.

2,5

3 Umiarkowanie nieprawidłowe reakcje wizualne. Należy często przypominać dziecku, by patrzyło na to co robi. Dziecko może patrzeć się w przestrzeń, unikać kontaktu wzrokowego, patrzeć na przedmioty pod dziwnym kątem lub przytrzymywać przedmioty bardzo blisko oczu.

3,5

206:9144784105

4 Bardzo nieprawidłowa reakcja. Dziecko w sposób ciągły unika patrzenia na ludzi lub szczególne przedmioty. Może w sposób ekstremalny demonstrować zachowanie opisane powyżej.

VIII. Reakcje słuchowe.

1 Reakcje słuchowe odpowiednie dla wieku. Zachowania dziecka związane ze słuchem są prawidłowe i odpowiednie dla wieku. Słuch jest wykorzystywany we współpracy z pozostałymi zmysłami.

1,5

2 Lekko nieprawidłowe reakcje słuchowe. Można czasami zauważyć brak reakcji/odpowiedzi lub nadmierną reakcję na niektóre dźwięki. Reakcje na dźwięk mogą być opóźnione i potrzebne jest powtarzanie sygnału, by zyskać uwagę dziecka. Uwaga dziecka może zostać rozproszona przez obce dźwięki.

2,5

3 Umiarkowanie nieprawidłowe reakcje słuchowe. Reakcje dziecka zmieniają się, dziecko często ignoruje kilka pierwszych powtórzeń dźwięku. Może zakrywać uszy i bać się dźwięków/odgłosów życia codziennego.

3,5

4 Bardzo nieprawidłowe reakcje. Można zaobserwować nadmierne reakcje na dźwięki/odgłosy lub reagować zbyt słabo na uwydatnione dźwięki/odgłosy niezależnie od ich typu.

IX. Użycie zmysłów smaku, powonienia, dotyku. Reakcje związane z tymi zmysłami.

1 Normalne posługiwanie się zmysłami smaku, węchu i dotyku. Dziecko rozpoznaje nowe obiekty w sposób odpowiedni do wieku, najczęściej dotykając lub oglądając. Węch i smak używane są w sposób odpowiedni. W sytuacji, gdy dziecka coś boli można zauważyć dyskomfort, ale reakcja nie jest przesadzona.

1,5

2 Lekko nieprawidłowe użycie zmysłów i reakcje z nimi związane. Dziecko może upierać się przy wkładaniu rożnych przedmiotów do buzi, wąchać i próbować smaku przedmiotów nie nadających się do jedzenia. Dziecko może przesadnie reagować na ból lub ignorować go całkowicie w sytuacji, gdy typowe dziecko okazywało by umiarkowany dyskomfort.

2,5

3 Umiarkowanie nieprawidłowe użycie zmysłów i reakcje z nimi związane. Dziecko może być zaabsorbowane dotykaniem, wąchaniem lub próbowaniem smaku przedmiotów lub osób. Dziecko może reagować zbyt silnie lub zbyt słabo.

3,5

207:5855347297

4 Bardzo nieprawidłowe użycie zmysłów i reakcje z nimi związane. Dziecko jest pochłonięte wąchaniem, próbowaniem i dotykaniem przedmiotów bardziej w celach odczuciowych (wrażenia) niż w celach poznawczych bądź użytkowych. Dziecko może całkowicie ignorować nawet silny ból lub bardzo mocno reagować nawet na niewielkie obrażenie/ból.

X. Strach/lęki i nerwowość.

1 Normalny poziom lęku i nerwowości. Zachowanie dziecka jest adekwatne zarówno do sytuacji jak i wieku.

1,5

2 Lekko nieprawidłowy poziom lęku i nerwowości. Dziecko czasami okazuje zbyt mały lub zbyt intensywny lęk bądź nerwowość, w porównaniu typowego dziecka w tym samym przedziale wiekowym, w podobnej sytuacji.

2,5

3 Umiarkowanie nieprawidłowy poziom lęku. Dziecko okazuje zbyt mocną lub zbyt słabą reakcję na sytuację, nawet w porównaniu z dziećmi starszymi lub młodszymi.

3,5

4 Bardzo nieprawidłowy poziom lęku i nerwowości. Lęki utrzymują się mimo powtarzanych kilkukrotnie prób z bezpiecznymi/nieszkodliwymi sytuacjami bądź obiektami. Uspokojenie lub pocieszenie dziecka wymaga bardzo dużego wysiłku. Może się zdarzyć odwrotnie - dziecko nie okaże odpowiedniej ostrożności/respektu, w stosunku do niebezpieczeństw, których typowe dziecko będzie starało się unikać.

XI. Komunikacja słowna.

1 Normalna komunikacja słowna, odpowiednia dla wieku i sytuacji.

1.5

2 Lekko nieprawidłowa komunikacja słowna. Można zauważyć ogólne opóźnienie w zakresie mowy. Mowa najczęściej jest wyraźna, jakkolwiek można zaobserwować echolalie (mimowolne powtarzanie wyrazów, zdań dopiero co usłyszanych) lub przestawioną wymowę (pronoun reversal). Dziecko może posługiwać się nieprawidłowymi słowami bądź żargonem.

2,5

3 Umiarkowanie nieprawidłowa komunikacja słowna. Dziecko może nie posługiwać się mową. Jeżeli dziecko posługuje się mową to komunikacja werbalna może być mieszaniną prawidłowej mowy z elementami takimi jak: żargon, echolalia i przestawiona wymowa. Nietypowości prawidłowej mowy mogą obejmować również nadmierne zadawanie pytań lub zaabsorbowanie konkretnym tematem.

3,5

208:8637490482

4 Bardzo nieprawidłowa komunikacja słowna. Dziecko nie posługuje się wyraźną mową, może popiskiwać jak niemowlę, wydawać osobliwe dźwięki, czasami podobne do odgłosów zwierząt. Dziecko może wdawać z siebie zestaw różnych odgłosów, mających zastępować mowę lub w uporczywy i dziwaczny sposób używać niektórych rozpoznawalnych słów lub zdań.

XII. Komunikacja pozawerbalna.

1 Normalne użytkowanie komunikacji pozawerbalnej (gesty, mimika, postawa ciała) odpowiednie do wieku dziecka i sytuacji.

1,5

2 Lekko nieprawidłowa komunikacja pozawerbalna. Niedojrzały sposób komunikacji pozawerbalnej. Dziecko może tylko ogólnie wskazywać lub sięgać ręką dla oznaczenia czego chce, w sytuacji gdy typowe dziecko pokazuje (lub sięga) wyraźniej.

2,5

3 Umiarkowanie nieprawidłowa komunikacja pozawerbalna. Zazwyczaj dziecko nie potrafi pozawerbalnie okazać swoich potrzeb i żądań, jak również nie potrafi zrozumieć komunikatów pozawerbalnych innych osób.

3,5

4 Bardzo nieprawidłowa komunikacja pozawerbalna. Dziecko używa tylko osobliwych gestów, pozbawionych konkretnego znaczenia. Dziecko nie ma świadomości znaczenia gestów, mimiki innych.

XIII. Poziom aktywności.

1 Normalny poziom aktywności, odpowiedni do wieku dziecka i okoliczności. Dziecko nie jest ani bardziej, ani mniej aktywne niż dzieci w grupie rówieśniczej w podobnej sytuacji.

1,5

2 Lekko nieprawidłowy poziom aktywności. Dziecko może być albo niespokojne/ruchliwe, albo rozleniwione i czasami porusza się, jakby w zwolnionym tempie.

2,5

3 Umiarkowanie nieprawidłowy poziom aktywności. Dziecko może być bardzo aktywne i trudne do okiełznania. Dziecko może mieć nieograniczoną ilość energii, nie być gotowym do położenia się i zaśnięcia. Możliwa jest sytuacja odwrotna - dziecko może być ospałe i wymagać wielu napomnień, by coś zrobiło/ruszyło się.

3,5

4 Bardzo nieprawidłowy poziom aktywności. Dziecko jest hiperaktywne lub ospale. Poziom aktywności może zmieniać się z jednego ekstremum do drugiego.

209:2266755577

XIV. Poziom, zwięzłości i logika odpowiedzi intelektualnej.

1 Poziom inteligencji dziecka jest normalny i wyrównany w różnych obszarach. Dziecko jest tak inteligentne, jak typowe dziecko w podobnym wieku. Nie ma specjalnych zdolności lub problemów intelektualnych.

1,5

2 Lekko nieprawidłowe funkcje intelektu. Dziecko nie jest tak błyskotliwe, jak dzieci w podobnym wieku. Umiejętności są na wyrównanym poziomie.

2,5

3 Umiarkowanie nieprawidłowe funkcje intelektu. Zazwyczaj dziecko nie jest tak błyskotliwe jak dzieci w podobnym wieku, jednak funkcjonowanie jednej lub więcej umiejętności intelektualnych jest zbliżone do normalnego poziomu.

3,5

4 Bardzo nieprawidłowe funkcje intelektu. Dziecko nie jest tak błyskotliwe jak rówieśnicy, jednocześnie może być bardziej uzdolnione w jednej lub wielu dziedzinach niż dzieci w tym samym przedziale wiekowym

XV. Wrażenie ogólne.

1 Brak autyzmu. Dziecko nie okazuje żadnych symptomów charakterystycznych dla autyzmu.

1,5

2 Lekki autyzm. Dziecko okazuje tylko kilka z symptomów charakterystycznych dla autyzmu, autystyczne w lekkim stopniu.

2,5

3. Pośredni autyzm. Dziecko okazuje pewną ilość symptomów charakterystycznych dla autyzmu, autystyczne w umiarkowanym stopniu.

3,5

4 Ciężki autyzm. Dziecko okazuje wiele cech charakterystycznych dla autyzmu, autystyczne w stopniu ekstremalnym.

210:7867821494

Arkusz podsumowujący badanie PEP-R

	dzień miesiąc rok
Data przeprowadzenia testu	
Data urodzenia	
Wiek życia	

SKALA ZACHOWAŃ	odp.	um.	zn.
Nawiązywanie kontaktów (K)			
Zainteresowanie przedmiotami (Z)			
Reakcja na bodźce (B)			
Mowa (M)			

SKALA ROZWOJU	zal.	ob.	n.zal.
Naśladowanie (N)			
Percepcja (P)			
Motoryka mała (MM)			
Motoryka duża (MD)			
Koordynacja wzrokowo-ruchowa (WR)			
Czynności poznawcze (CP)			
Komunikacja: mowa czynna (KM)			
Wynik w Skali Rozwoju			
Wiek rozwoju			

Nazwisko i imię	Klasa
Płeć Numer	Szkoła
Badający	Miejscowość

Opis fizyczny dziecka

Poważne ograniczenia

Przykłady spontanicznej komunikacji

211:3976941716

PEP – R Arkusz ocen 1

	Skala zachowań				Skala rozwoju						
	K	Z	B	M	N	P	MM	MD	WR	CP	KM
Robienie baniek mydlanych											
1. Odkręcanie pojemnika							■				
2. Robienie baniek mydlanych							■				
3. Podążanie wzrokiem za przedmiotami						■					
4. Przecinanie wzrokiem osi ciała						■					
Klocki o różnej powierzchni											
5. Badanie klocków dotykiem			■								
Kalejdoskop											
6. Zabawa kalejdoskopem					■						
7. Dominacja oka						■					
Dzwonek alarmowy											
8. Dwukrotne naciśnięcie dzwonka					■						
Plastelina i patyczki											
9. Robienie palcem zagłębienia w plastelinie							■				
10. Chwytanie patyczków							■				
11. Formowanie wałka z plasteliny					■						
12. Robienie miseczki z gliny							■				
Pacynki i przedmioty											
13. Zabawa pacynką					■						
14. Naśladowanie głosów zwierząt					■						
15. Naśladowanie czynności z użyciem przedm.					■						
16. Wskazywanie części ciała pacynki										■	
17. Wskazywanie własnych części ciała										■	
18. Współdziałanie w czasie zabawy z pacynką										■	

	#	0	0	1	0	#	6	3	5	0	0	3	0
z = zal.	odp.					z							
o = ob.	um.					o							
n = n. zal.	zn.					n							

212:4370405118

`

PEP – R Arkusz ocen 2

	Skala zachowań				Skala rozwoju						
	K	Z	B	M	N	P	MM	MD	WR	CP	KM
Płyta z wyciętymi figurami geometrycz.											
19. Odnajdywanie odpowiednich otworów						■					
20. Dopasowywanie figur do otworów									■		
21. Nazywanie figur geometrycznych											■
22. Bierne rozpoznawanie figur geometrycznych										■	
Płyta z wyciętymi kształtami przedmiot.											
23. Uzupełnianie płytki z wyciętymi kształtami						■					
24. Przecinanie osi ciała w celu przeniesienia el.								■			
Uzupełnianie płyty el. różnej wielkości											
25. Rozpoznawanie otworów według wielkości						■					
26. Umieszczenie el. w otworach wg wielkości									■		
27. Odróżnianie przedmiotów dużych i małych											■
28. Bierne rozpoznawanie prz. dużych i małych										■	
Układanie puzzli											
29. Dopasowywanie elementów puzzli										■	
30. Układanie puzzli									■	■	
31. Układanie obrazka z krową										■	
Kolorowe klocki i książki											
32. Łączenie kolorowych klocków z książkami						■					
33. Nazywanie kolorów											■
34. Bierne rozróżnianie kolorów										■	
Kołatka											
35. Orientacja na dźwięk kołatki						■					
36. Reakcja na dźwięk kołatki			■								
# odp.	0	0	1	0	#	0	5	0	1	3	5	3
um.					z							
zn.					o							
					n							

213:7780993853

PEP – R Arkusz ocen 3

	Skala zachowań				Skala rozwoju						
	K	Z	B	M	N	P	MM	MD	WR	CP	KM
Zadania sprawnościowe											
37. Chodzenie o własnych siłach											
38. Klaskanie w dłonie											
39. Stanie na jednej nodze											
40. Podskoki obunóż											
41. Naśladowanie ruchów motoryki dużej											
42. Dotykanie kciukiem wszystkich palców											
Piłka											
43. Łapanie piłki											
44. Rzucanie piłki											
45. Kopanie piłki											
46. Dominacja nogi											
47. Przenoszenie piłki											
48. Pchnięcie piłki											
Schody											
49. Wchodzenie po schodach na przemian											
Krzesło											
50. Siadanie											
Chodzik											
51. Popychanie chodzika											
Kubek i ulubiona zabawka dziecka											
52. dziecięce zabawy grupowe											
53. Szukanie ukrytego przedmiotu											
Lustro											
54. Reakcja na własne odbicie w lustrze											
Kontakt fizyczny											
55. Reakcja na kontakt fizyczny											
# odp.	2	0	0	0	2	0	1	13	0	1	0
um.											
zm.											

214:7621292129

PEP-R Arkusz ocen 4

	Skala zachowań				Skala rozwoju						
	K	Z	B	M	N	P	MM	MD	WR	CP	KM
Łaskotanie											
56. Reakcja na łaskotki			■								
Gwizdek											
57. Reakcja orientacyjna na dźwięk gwizdka						■					
58. Reakcja na dźwięk gwizdka			■								
Gesty											
59. Reakcja na gesty						■					
Kubek i sok											
60. Picie z kubka								■			
Słoik i ulubiony przedmiot											
61. Proszenie o pomoc przy użyciu gestów											■
Kulki, sześciany, sznurowadło, stojak											
62. Reakcja na sznurowadło		■									
63. Nawlekanie kulek z otworami na sznurow.							■				
64. Kołysanie kulkami na sznurowadle								■			
65. Zdejmowanie sześcianów z drucika							■				
66. Nakładanie sześcianów na pionowy kołek							■				
67. Koordynacja czynności obu rąk							■				
68. Przekładanie przedmiotu z ręki do ręki								■			
Poczucie tożsamości											
69. Jak się nazywasz?											■
70. Jesteś chłopcem czy dziewczynką?											■
Zeszyt zadań do oceny pisania											
71. Spontaniczne próby bazgrania									■		
72. Dominacja jednej ręki								■			
# odp. um. zn.	0	1	2	0	# zon	0	2	4	4	1	0	3

215:8255653328

PEP-R Arkusz ocen 5

	Skala zachowań				Skala rozwoju						
	K	Z	B	M	N	P	MM	MD	WR	CP	KM
Zeszyt zadań do oceny pisania											
73. Przerysowywanie linii pionowej									■		
74. Przerysowywanie koła									■		
75. Przerysowywanie kwadratu									■		
76. Przerysowywanie trójkąta									■		
77. Przerysowywanie rombu									■		
78. Kolorowanie obrazków									■		
79. Obrysowywanie obwodu figur									■		
Plansze z literami alfabetu									■		
80. Dopasowanie liter											■
81. Nazywanie liter										■	
82. Bierne rozpoznawanie liter									■		
83. Przepisywanie liter							■				
84. Rysowanie postaci										■	
85. Pisanie imienia											
Papier i nożyczki											
86. Cięcie papieru nożyczkami							■				
Worek z przedmiotami											
87. Dziecko rozpoznaje i podaje przedmiot							■				
88. Dziecko dotykiem rozpoznaje przedmiot										■	
Filcowa układanka											
89. Układanka chłopca										■	
Zabawa niezorganizowana											
90. Samodzielna zabawa		■									
91. Nawiązywanie kontaktów	■										
92. Reakcja na głos badającego	■										
#	2	1	0	0	#	0	0	3	0	9	4	1
odp.					N							
um.					O							
zn.					=							

216:8785728273

PEP-R Arkusz ocen 6

	Skala zachowań				Skala rozwoju						
	K	Z	B	M	N	P	MM	MD	WR	CP	KM
Małe klocki i pudełko											
93. Układanie klocków											
94. Wkładanie klocka do pudełka											
95. Liczenie klocków											
96. Podawanie wymienionej liczby klocków											
Kubek i klocki											
97. Wykonywanie dwuetapowego polecenia											
Klocki, pionki, pojemniki											
98. Rozdzielanie dwóch różnych elementów											
99. Wrzucanie klocków do pojemnika											
Powtarzanie cyfr											
100. Powtarzanie szeregów 2- i 3-cyfrowych											
101. Powtarzanie szeregów 2- i 3-cyfrowych											
Próba 1: 7 – 9, 2 – 4 – 1;											
Próba 2: 5 – 3, 5 – 7 – 9.											
102. Powtarzanie szeregów 4- i 5-cyfrowych											
103. Powtarzanie szeregów 4- i 5-cyfrowych											
Próba 1: 5 – 8 – 6 – 1, 3 – 2 – 9 – 4 – 8;											
Próba 2: 7 – 1 – 4 – 2, 7 – 4 – 8 – 3 – 1.											
Liczenia											
104. Liczenie na głos											
Plansze z numerami											
105. Nazywanie cyfr											
Dodawanie i odejmowanie											
106. Rozwiązywanie zadań w pamięci											
107. rozwiązywanie zadań w pamięci											

0	0	0	0	#	2	0	1	0	2	3	7
				z							
				o							
				n							

217:9146402380

`

PEP-R Arkusz ocen 7

	Skala zachowań				Skala rozwoju						
	K	Z	B	M	N	P	MM	MD	WR	CP	KM
Trzy kubki i cukierek											
108. Szukanie cukierka schowanego pod kubki						■					
109. Chwytanie dwoma palcami							■				
Plansze z obrazkami przedmiotów											
110. Naśladowanie sposobu użycia przedmiot.										■	
Dźwięk dzwonka ręcznego											
111. Orientacja na dźwięk dzwonka						■					
112. Reakcja na dźwięk dzwonka			■								
Dzwonek ręczny, kołatka, łyżka											
113. Naśladowanie dźwięków przy pomocy instr.					■						
Karty z różnymi kształtami i kolorami											
114. Rozdzielanie kart według koloru i kształtu										■	
Łączenie plansz z przedmiotami											
115. Dopasowywanie przedmiotów do obrazków										■	
116. Nazywanie przedmiotów											■
117. Podawanie wymienionego przedmiotu										■	
118. Demonstrowanie zastosowania przedmiotów										■	
Wyłącznik światła											
119. Przyciskanie wyłącznika do światła							■				
Zeszyt ćwiczeń językowych											
120. Zainteresowanie obrazkami w zeszycie						■					
121. Bierne rozpoznawanie przedmiot. i czynności										■	
122. Nazywanie przedmiotów i czynności											■
Powtarzanie dźwięków, słów i zdań											
123. Powtarzanie dźwięków					■						
124. Powtarzanie słów					■						
#	0	0	1	0	#	3	3	2	0	0	6	2
odp.					z							
um.					o							
zn.					n							

218:3515752351

PEP-R Arkusz ocen 8

	Skala zachowań				Skala rozwoju						
	K	Z	B	M	N	P	MM	MD	WR	CP	KM
Powtarzanie dźwięków, słów i zdań c.d.											
125. Powtarzanie krótkich zdań lub zwrotów											■
126. Powtarzanie zdań prostych											■
127. Powtarzanie zdań złożonych											■
Pudełko, pacynka, kubek, krzesło, piłka											
128. Reakcja na polecenia ustne										■	
Naśladowanie											
129. Reakcja na naśladowanie własnego zach.					■						
130. Reakcja na naśladowanie własnych dźwięków					■						
Rozkazy											
131. Reakcja na proste rozkazy										■	
Mowa											
132. Odpowiadanie krótkimi zdaniami											■
133. Udzielanie dłuższych odpowiedzi											■
134. Użycie liczby mnogiej											■
135. Użycie zaimków											■
Zeszyt ćwiczeń językowych											
136. Czytanie krótkich wyrazów											■
137. Czytanie krótkich zdań											■
138. Czytanie z kilkoma błędami											■
139. Czytanie i wypełnianie poleceń										■	
Pojemnik na wykorzystane materiały											
141. Wykonywanie czynności rutynowych										■	
Machanie ręką											
142. Machanie ręką na pożegnanie					■						
Uszczypnięcie											
143. Reakcja na uszczypnięcie			■								
#	0	0	1	0	#	3	0	0	0	0	4	11
odp.					z							
um.					o							
zn.					n							

219:4804394707

PEP-R Arkusz ocen 9

Obserwacja zachowania	Skala zachowań K	Z	B	M
144. Badanie otoczenia		■		
145. Badanie materiałów testowych		■		
146. Kontakt wzrokowy	■			
147. Wrażliwość wzrokowa			■	
148. Wrażliwość słuchowa			■	
149. Zainteresowanie nierówną powierzchnią			■	
150. Zainteresowanie smakiem			■	
151. Zainteresowanie zapachem			■	
152. Nawiązywanie kontaktów uczuciowych	■			
153. Zachowanie w czasie wykonywania zadania		■		
154. Szukanie pomocy badającego	■			
155. Reakcje lękowe	■			
156. Ruchy i manieryzm			■	
157. Świadomość obecności osoby badającej	■			
158. Współpraca z badającym	■			
159. Umiejętność skupiania uwagi		■		
160. Reakcja na nagłe zmiany	■			
161. Intonacja i modulacja głosu				■
162. Mowa niezrozumiała				■

#	7	4	6	2
odp.				
um.				
zn.				

220:8622274290

PEP – R Arkusz ocen 10

Skala zachowań

	K	Z	B	M
Obserwacja zachowania c.d.				
163. Używanie słów				
164. Swoiste używanie słownika				
165. Echolalia odroczona				
166. Echolalia bezpośrednia				
167. Nieustanne naśladowanie dźwięków i słów				
168. Używanie zaimków				
169. Wyrazistość mowy				
170. Znajomość składni				
171. Spontaniczna komunikacja				
172. Motywowanie nagrodami rzeczowymi				
173. Motywowanie pochwałą				
174. Motywacja wewnętrzna				

	1	2	0	9
#				
odp.				
nm.				
zn.				

221:1026303262

ARKUSZ OBLICZEŃ

Skala Zachowań

Nawiązywanie kontaktów

	1/0	2/0	3/2	4/0	5/2	6/0	7/0	8/0	9/7	10/1	/12
odp.											
um.											
zn.											

Zabawa i zainteresowanie przedmiotami

	1/0	2/0	3/0	4/1	5/1	6/0	7/0	8/0	9/4	10/2	/8
odp.											
um.											
zn.											

Reakcja na bodźce

	1/1	2/1	3/0	4/2	5/0	6/0	7/1	8/1	9/6	10/0	/12
odp.											
um.											
zn.											

Mowa

	1/0	2/0	3/0	4/0	5/0	6/0	7/0	8/0	9/0	10/9	/11
odp.											
um.											
zn.											

222:3527182544

ARKUSZ OBLICZEŃ

Skala Rozwoju

Naśladowanie

	1/6	2/0	3/2	4/0	5/0	6/2	7/3	8/3	9/0	10/0	/16
zał.											
ob.											
n.zał.											

Percepcja

	1/3	2/5	3/0	4/2	5/0	6/0	7/3	8/0	9/0	10/0	/13
zał.											
ob.											
n.zał.											

Motoryka mała

	1/5	2/0	3/1	4/4	5/3	6/1	7/2	8/0	9/0	10/0	/16
zał.											
ob.											
n.zał.											

Motoryka duża

	1/0	2/1	3/13	4/4	5/0	6/0	7/0	8/0	9/0	10/0	/18
zał.											
ob.											
n.zał.											

Koordynacja wzrokowo-ruchowa

	1/0	2/3	3/0	4/1	5/9	6/2	7/0	8/0	9/0	10/0	/15
zał.											
ob.											
n.zał.											

Czynności poznawcze

	1/3	2/5	3/1	4/0	5/4	6/3	7/6	8/4	9/0	10/0	/26
zał.											
ob.											
n.zał.											

Mowa czynna

	1/0	2/3	3/0	4/3	5/1	6/7	7/2	8/11	9/0	10/0	/27
zał.											
ob.											
n.zał.											

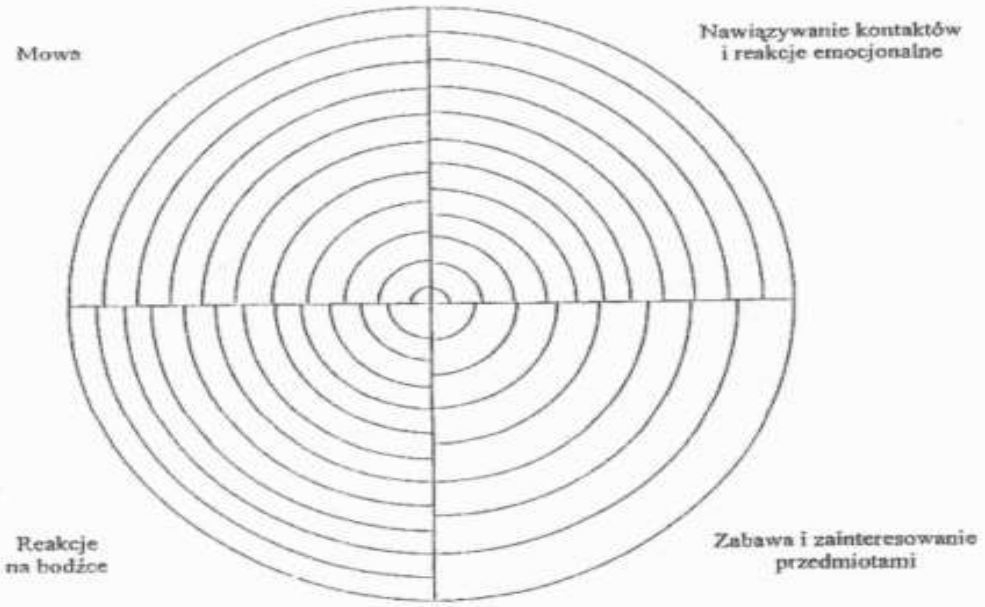
223:9631757623

PROFIL SKALI ZACHOWAŃ PEP – R

Imię_____ Numer _____

Data _____ Data urodzenia _____ Wiek życia _____

Zaczynając od środka koła, zamaluj ciemnym kolorem ilość kolorów odpowiadającą ilości zadań ocenionych jako nieodpowiednie w znacznym stopniu w poszczególnych sferach zachowań. Zacieniuj lekko ilość okręgów odpowiadającą ilości zadań ocenionych jako umiarkowanie nieodpowiednie w każdej sferze. Pozostałe okręgi zostaw białe.



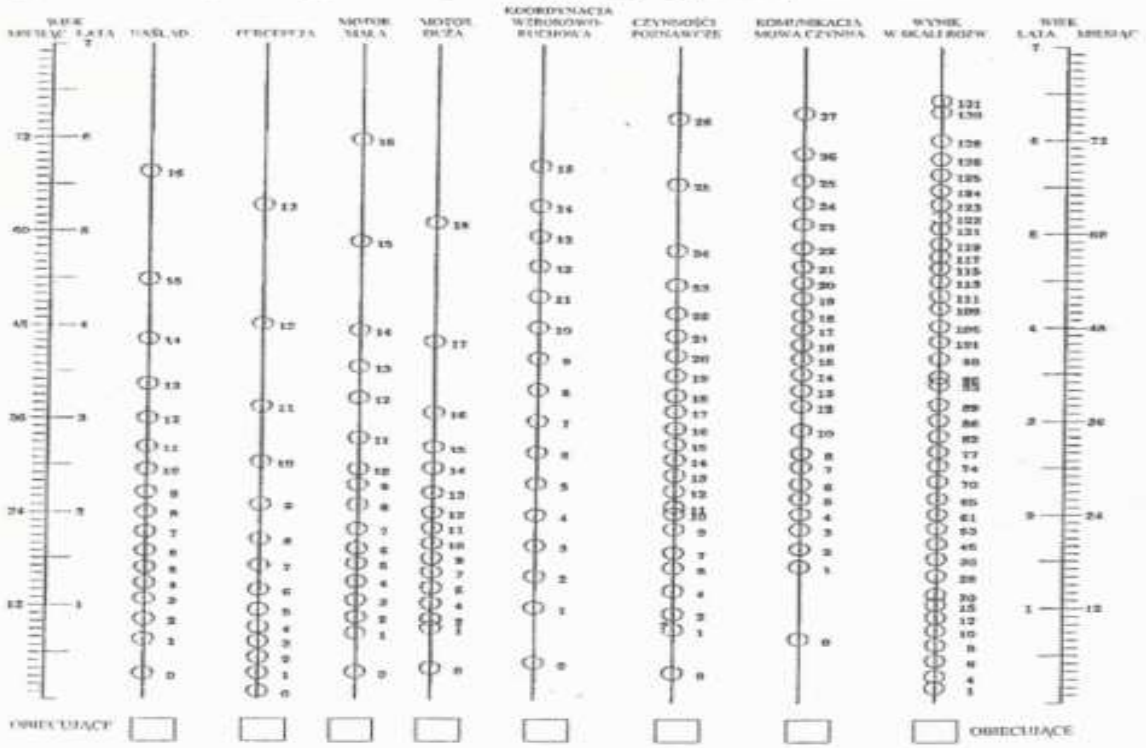
224:4952105318

PROFIL SKALI ROZWOJU PEP – R

Imię _____ Numer _____

Data _____ Data urodzenia _____ Wiek życia _____

Na każdym wykresie zaznacz kółko odpowiadające ilości zaliczonych zadań w danej sferze rozwoju. W kolumnie Wynik Skali Rozwoju zaznacz kółko odpowiadające ilości wszystkich zaliczonych zadań we wszystkich siedmiu sferach rozwoju. (Jeśli brakuje dokładnego odpowiednika, zaznacz najbliższe kółko poniżej). W rubrykach na dole każdego wykresu, zaznacz ilość wszystkich zadań ocenionych jako obiecujące w poszczególnych sferach. Wyniki obiecujące świadczą o możliwościach dziecka do opanowania nowych umiejętności i wyznaczają punkty wyjścia do planowania nauczania.



225:4601364810