

KATARZYNA FERSZT-PIŁAT

Special School Center 2 in Otwock

Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy nr 2 w Otwocku

kferszt@wp.pl

Gotowość do zmiany formy nauczania dzieci ze spektrum autyzmu

Readiness to change the form of teaching of ASD children

STRESZCZENIE

Artykuł podejmuje zagadnienie gotowości do zmiany formy nauczania dzieci ze spektrum autyzmu i stanowi próbę odpowiedzi na pytania o sposoby terapii oraz edukacji tych osób. Przedstawiony zostanie Program VB-MAPP jako konkretna egzemplifikacja całościowego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego ułatwiającego podjęcie profesjonalnej decyzji o zmianie formy nauczania. Rozważaniom ma towarzyszyć kwestia coraz częściej obecna w dyskursie naukowym oraz wśród praktyków, nauczycieli, terapeutów, rodziców: Czy system oświaty w Polsce odpowiada na specjalne potrzeby dzieci oraz czy inkluzja to zawsze właściwa droga?

SŁOWA KLUCZOWE: spektrum autyzmu, terapia dzieci ze spektrum autyzmu, Program VB-MAPP, zachowania werbalne.

SUMMARY

The article deals with the issue of readiness to change the form of teaching of children with autism spectrum disorders and is an attempt to answer questions about the methods of therapy and education of these people. The VB-MAPP Program will be presented as a example of a comprehensive diagnostic and therapeutic procedure that facilitates making a professional decision to change the form of teaching. Considerations are to be accompanied by an issue that is more and more often present in the scientific

discourse and among practitioners, teachers, therapists and parents: Is the education system in Poland responding to the special needs of children and is inclusion always the right way?

KEYWORDS: ASD, VB-MAPP, verbal behavior, ASD therapy.

Wprowadzenie

Spektrum autyzmu to pojęcie coraz częściej obecne nie tylko w gabinetach specjalistów, ale również w potocznym użyciu oraz w mediach. Statystyki pokazują wzrost wykrywalności takich zaburzeń u coraz młodszych dzieci (Silberman, 2017). Obecnie stosowane określenie według klasyfikacji ICD 10 wydawanej przez Światową Organizację Zdrowia to: „całościowe zaburzenie rozwojowe”, oznacza to, że dotyczy wielu sfer funkcjonowania dziecka i wpływa na jego rozwój pojmowany jako spójną całość (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, 2009, s. 248–249). W typowych przypadkach pojawia się w pierwszych trzech latach życia. Ocenia się, że autyzm występuje u 5–6 na 10 000 osób, przy czym cztery razy częściej u chłopców (Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel, 2016, s. 19–34).

Tendencja wzrastająca zjawiska generuje pytania o systemy wsparcia rozwoju dzieci oraz ich rodzin. Źródła i rodzaje pomocy są bardzo zróżnicowane – począwszy od prywatnych inicjatyw, często samych rodziców, którzy powołują fundacje i stowarzyszenia wspierające dzieci ze spektrum, poprzez programy i środki publiczne czy samorządowe, aż po reformy w samym systemie oświaty. Obecnie, zgodnie z ideą edukacji włączającej, dzieci ze spektrum autyzmu mogą być przyjęte do przedszkoli i szkół masowych oraz integracyjnych (Ustawa Prawo Oświatowe, 2014, Rozporządzenie MEN, 2017). Oczywiście kierownictwo placówki, w której znajduje się dziecko ze spektrum autyzmu, jest odpowiedzialne za dostosowania, określone w dokumentach dziecka – orzeczeniu o niepełnosprawności lub o kształceniu specjalnym. Rodzi to wiele trudności organizacyjnych związanych z zapewnieniem specjalistycznych terapii. A są one kluczowe dla osiągnięcia przez dziecko gotowości do zmiany formy nauczania. Należy dodać w tym miejscu, że zmiana formy na-

uczania nie jest jednoznaczna z gotowością szkolną – nie tyle chodzi tu o tego typu diagnozę, ile raczej o decyzję o przeniesieniu dziecka do mniej restrykcyjnego środowiska nauczania, w którym będzie umiało być samodzielne, na przykład z grupy mniej licznej do bardziej licznej rówieśniczo.

Artykuł jest próbą ukazania takich specyficznych działań oraz dostosowań edukacyjnych dla dzieci ze spektrum autyzmu, aby funkcjonalnie i najbardziej efektywnie mogły realizować własne potrzeby edukacyjno-rozwojowe. W sposób analityczno-syntetyczny przytoczone zostaną argumenty z literatury naukowej, a także z obserwacji i doświadczeń praktyki terapeutyczno-edukacyjnej. Autorka pracuje jako nauczyciel oraz terapeuta wczesnego wspomagania rozwoju w przedszkolu specjalnym przy specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym, o charakterze placówki specjalnej i specjalistycznej. W takich miejscach opieką objęte są dzieci z całościowymi zaburzeniami rozwoju, w tym ze spektrum autyzmu. W stosunku do tych dzieci podejmowane są intensywne formy terapii, w celu usprawnienia ich funkcjonowania – zarazem prowadzona jest edukacja, dostosowana indywidualnie do potrzeb i możliwości podopiecznych. W placówce realizowane są cele i zadania określone w ustawie o systemie oświaty, jednak podstawą działań są indywidualne programy edukacyjno-terapeutyczne skonstruowane odpowiednio do indywidualnego rozwoju. W ich ramach dzieci realizują dostosowaną podstawę programową oraz w zależności od potrzeb mogą uczestniczyć w terapiach: pedagogicznej, psychologicznej, logopedycznej, integracji sensorycznej, fizjoterapii, muzykoterapii, w treningach umiejętności społecznych. Oprócz tego nauczyciele specjalni dostosowują określone metody do pracy z dziećmi, grupy – co ważne, są mało liczebne, do 4–5 osób, w grupie pracuje jeden lub dwóch nauczycieli zmianowo wraz z dodatkową osobą wspierającą (pomoc nauczyciela/asystent terapeuty). Dzieci na początku często w ramach wczesnego wspomagania rozwoju uczęszczają na zajęcia indywidualne. Z czasem są gotowe, aby uczestniczyć w zajęciach małej grupy rówieśniczej. Taki sposób postępowania ułatwia ich adaptację oraz gotowość do zmiany formy nauczania na mniej intensywną oraz mniej restrykcyjną. Właściwie w każdej placówce specjalnej podejmuje się zbliżone działania. Są również miejsca bardziej wyspecja-

lizowane – najczęściej placówki prywatne, terapeutyczne, gdzie realizuje się zajęcia szczególnie dedykowane dla dzieci z autyzmem. Niestety nie wszyscy mogą z tych placówek skorzystać, z uwagi na ich komercyjność i wysoki koszt usług. Jednak z pewnością są to miejsca wysoce elastyczne, jeśli chodzi o gotowość dziecka do zmiany formy nauczania. W wielu z nich coraz częściej wykorzystywany jest całościowy program edukacyjno-terapeutyczny o nazwie VB-MAPP autorstwa amerykańskiego badacza, certyfikowanego analityka zachowania dr. Marka Sundberga (Ph. D, BCBA). Niniejsza propozycja została zaadaptowana przez polskich specjalistów (K. Chojnowska, M. Sierocka-Rogała, BCBA, J. Czachorowska) i od roku 2015 jest dostępna również w języku polskim (Sundberg, 2015a). Ze wspomnianym programem można zapoznać się podczas szkoleń specjalistycznych prowadzonych przez SCHOLAR – placówkę zaangażowaną w edukację i terapię dzieci autystycznych. U podstaw przywołanego programu znajdują się badania nad językiem B.F. Skinnera oraz jego następców, w obszarze psychologii behawioralnej i psychologii uczenia się. VB-MAPP do oceny umiejętności językowych i społecznych dzieci z autyzmem i innymi zaburzeniami rozwoju łączy zarówno charakterystyczne dla stosowanej analizy zachowania procedury i metodologię nauczania, jak i stworzoną przez Skinnera analizę zachowań werbalnych (Skinner, 1957). Pod tym pojęciem badacz rozumiał dowolne formy komunikacji, również takie jak język migowy, obrazkowy (PCS), pisany, gesty i wszelkie formy, jakie może przybrać reakcja werbalna.

Podstawowym założeniem Skinnera było stwierdzenie, że język jest zachowaniem wyuczonym, zatem zależnym od zmiennych środowiskowych i wiąże się z interakcją społeczną pomiędzy mówiącymi a słuchaczami. W akcie komunikacji wspomniany badacz podkreśla znaczenie zachowania mówcy, choć jego zdaniem obydwie elementy są istotne dla kontekstu komunikacji funkcjonalnej, której opanowanie powinno być priorytetowe dla dziecka z całościowymi zaburzeniami rozwoju. Program VB-MAPP, podążając za ideą twórcy metody zachowań werbalnych, eksponuje możliwości uczenia się przez dziecko języka funkcjonalnego. Chodzi o to, aby dziecko pokonało pewne wyćwiczone w trakcie terapii schematy poznawcze i potrafiło właściwie i samodzielnie stosować komunikację w różnorodnych kontekstach sytuacyj-

nych, a co z tym się wiąże, zaprezentowało gotowość do zmiany formy kształcenia. Zatem ważna jest w tym przypadku generalizacja, czyli uogólnianie umiejętności oraz przenoszenie ich w inne środowiska, a także spontanicznie i naturalnie podejmowane działania. VB-MAPP łączy stosowaną analizę zachowania z założeniem, by dzieci autystyczne i z innymi zaburzeniami rozwoju uczyły się wszystkich umiejętności, w tym – co najważniejsze – umiejętności językowych w sposób jak najbardziej funkcjonalny i naturalny.

Zaburzenia ze spektrum autyzmu – próba określenia zagadnienia

Współczesne badania donoszą, że autyzm uznawany jest za zaburzenie neurorozwojowe, związane z nienormalnym rozwojem i funkcjonowaniem mózgu. Do tej pory medycyna nie potrafi wskazać przyczyny ani momentu powstania tego zaburzenia. Autyzm często występuje w sprzężeniu z padaczką oraz z zaburzeniami zachowania. Przyczyny autyzmu opisywane są w kategoriach biochemicznych (zmiany poziomu serotoniny w mózgu), genetycznych (dziedziczona dyspozycja biogenetyczna), organicznych (organiczne uszkodzenie mózgu wskutek choroby lub urazu), psychologicznych i psychoanalitycznych (zaburzenia kształtowania się więzi dziecka z matką) (Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel, 2016, s. 28–32). W międzynarodowej klasyfikacji chorób i zaburzeń ICD-10 wśród całościowych zaburzeń rozwojowych znalazł się: autyzm dziecięcy oznaczony kodem F 84.0, autyzm atypowy F84.1, zespół Retta F84.2, inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne stanowiące głębokie zaburzenie rozwojowe F84.4, zespół Aspergera F84.5, inne całościowe zaburzenia rozwojowe F84.8, całościowe zaburzenia rozwojowe, nieokreślone F84.9. (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, 2009, s. 248–249). Bardzo długo nie diagnozowano autyzmu – dopiero w roku 1943 Leo Kanner po raz pierwszy wyodrębnił i scharakteryzował grupę dzieci, których objawy nie mieściły się we wcześniej znanych kryteriach diagnostycznych, takich jak psychozy dziecięce czy niedorozwój umysłowy. Badając grupę dzieci, wprowadził termin wczesny autyzm dziecięcy (Silberman, 2017, s. 13).

Dzieci dotknięte autyzmem mogą mieć poważną dezorganizację funkcjonowania w wielu dziedzinach: w sferze poznawczej, emocjonalno-społecznej, behawioralnej, ruchowej, sensorycznej. W sferze poznawczej brak właściwego koncentrowania uwagi, a także dzielenia wspólnego pola uwagi, błędy w postrzeganiu i rozumieniu świata. Dzieci z autyzmem charakteryzuje skrajny realizm w myśleniu, nie potrafią interpretować treści, jeśli nie jest ona podana dosłownie (Prizant, Fields-Meyer, 2017). Ze względu na deficyty w zakresie teorii umysłu dzieci te mają trudności w rozumieniu i przewidywaniu zachowania innych ludzi (Firth, 2016). Wskazuje to na osłabienie centralnej koherencji odpowiedzialnej za łączenie wielu danych, tak aby można było uchwycić istotę zagadnienia, za porządkowanie informacji o świecie (Hollin, Baron-Cohen, 2012).

Wśród dzieci autystycznych występują bardzo zróżnicowane kompetencje intelektualne. Są dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, ale zdarzają się również dzieci bardzo inteligentne. Charakterystyczne dla autyzmu są niezwykle, wybitne zdolności, np. pamięć fotograficzna, zdolności matematyczne, muzyczne, plastyczne. Możliwości umysłowe lepiej zauważalne są w sferze wykonaniowej niż werbalnej (Grandin, 2006, s. 20–48 i dalsze). Zainteresowania dzieci autystycznych mają charakter wybiórczy, często jest to po prostu zajmowanie się jednym przedmiotem, oglądanie zabawki, uporczywe, przymusowe stereotypowe zabawy ruchowe.

W sferze emocjonalno-społecznej występują trudności w zakresie ekspresji mimicznej i werbalnej oraz w odbiorze i zrozumieniu informacji o emocjach innych ludzi. Komunikacja ze światem jest zaburzona i wpływa na kontakty z otoczeniem. Trudności te dotyczą mowy. Dzieci często nie mówią, nie rozumieją bardziej złożonych komunikatów. Te, które opanują mowę, prezentują specyficzne formy wypowiedzi (echolalia – powtarzanie zasłyszanych słów, komunikaty niegramatyczne – nadużywanie imiesłówów, mylenie rodzaju, odwracanie zaimków, częste wypowiedzi nie na temat, brak zrozumienia synonimów, homonimów, symboliki, środków poetyckich). Generalnie lepiej rozumieją komunikaty w formie konkretnej i wizualnej niż słownej (Grandin, 2006). W zakresie kontaktów z otoczeniem widoczna jest jednostronność ko-

munikacji. To inni podtrzymują kontakt. Typowe w relacjach z innymi ludźmi jest unikanie kontaktu wzrokowego i brak zainteresowania dla rozmówcy. Dziecko autystyczne nie rozumie sytuacji udawanych, zachowań dyplomatycznych poprzez upośledzony rozwój funkcji symbolicznej. Dzieci autystyczne realistycznie postrzegają świat, rzeczywistość, dosłownie traktują komunikaty. Nie nawiązują bliższych relacji z rówieśnikami, często bawią się same, nie wchodząc w zabawy w grupie. Zabawy dzieci autystycznych koncentrują się na wybranych, ulubionych przedmiotach, zabawkach. Dzieci te mają ustalony rytuał, porządek dnia i niechętnie pozwalają na jakiegokolwiek zmiany.

W sferze behawioralnej pojawiają się stereotypowe działania, zachowania przyjmują postać niezmiennych rytuałów i procedur, autostymulacje i inne zachowania trudne. W zachowaniu dziecka dotkniętego autyzmem pojawiają się nagle reakcje o charakterze impulsywnym, wybuchowym. Wyrazić mogą one zarówno pozytywne, jak i negatywne emocje. Zdarza się, że napięcie prowadzi do zachowań autoagresywnych (Grandin, Panek, 2019).

Dzieci autystyczne charakteryzuje słabsza sprawność ruchowa i wykazują wiele objawów w zaburzeniach integracji sensorycznej (problemy w odbiorze i przetwarzaniu impulsów w zakresie doznań wzrokowych, słuchowych, dotykowych, kinestetycznych). Z uwagi na trudności w integracji bodźców docierających różnymi kanałami zmysłowymi percepcja informacji z zewnątrz jest zaburzona. Często jest niedowrażliwość lub nadwrażliwość na dźwięk, dotyk czy zapach (Grandin, 2017).

W diagnozowaniu autystycznego spektrum spotyka się łagodniejsze przypadki zaburzeń rozwoju o podłożu neurologicznym. Nadano im nazwę zespołu Aspergera od nazwiska niemieckiego psychiatry, Hansa Aspergera, który opisał to zaburzenie w 1944 roku. Zespół Aspergera jest zaburzeniem objawiającym się po trzecim roku życia. Występuje częściej u chłopców niż u dziewcząt. Objawami wspólnymi z autyzmem dziecięcym są nieprawidłowości dotyczące relacji społecznych oraz zachowań nietypowych, ocenianych jako dziwaczne i niezrozumiałe, często występuje również trudność w podporządkowaniu się ogólnym zasadom, sztywność ruchowa oraz sensoryzmy. Odmienność polega na tym, iż dzieci z zespołem Aspergera posługują się dobrze rozwiniętą

mową ekspresywną (czynną), nie wykazują opóźnień w rozwoju poznawczym, posiadają rozwiniętą samoświadomość oraz zdolność do refleksji (Preissmann, 2017). Te różnice są znaczące do tego stopnia, że często dzieci mogą mieć zalecane zupełnie różne sposoby dostosowania metod pracy. Często strategie, które są skuteczne dla dzieci ze spektrum autyzmu, zupełnie nie będą przystawać do potrzeb i możliwości dzieci z zespołem Aspergera.

Znaczenie diagnozy i terapii w pracy z dzieckiem ze spektrum autyzmu

Podstawę terapii dziecka autystycznego stanowi wielostronna diagnoza nozologiczna i funkcjonalna oparta na badaniu lekarskim, psychiatrycznym oraz wywiadzie psychologicznym. Obecnie stosowane diagnozy autyzmu opierają się na objawach. Postępowanie diagnostyczne zgodnie z ICD-10 z 1993 roku i z DSM-IV z 1994 roku może przebiegać na podstawie objawów osiowych (jakościowe zaburzenia interakcji społecznych, jakościowe zaburzenia w komunikowaniu się, organiczne, powtarzające się i stereotypowe zachowania, zainteresowania i aktywności). Diagnoza powinna służyć, oprócz uwzględniania symptomów autystycznych, ocenie funkcjonowania dziecka w różnych obszarach, takich jak: zaburzenia integracji sensorycznej, poziom rozwoju psychoruchowego, inteligencji, poziom dojrzałości społecznej, na przykład: Profil Psychoedukacyjny E. Schoplera dla dzieci (PEP-R), dla młodzieży i dorosłych (TAAPEP), Karta Oceny Postępu w Rozwoju Społecznym (PAC), H.C. Gunzburga (Bobrowicz-Lenartowska, 2000). Obecnie diagnozowane są coraz młodsze dzieci w wieku żłobkowym, na przykład za pomocą programów: SACKS (8, 12, 18 miesięcy), Bada-bada, ADOS, ESDM, VB-MAPP (od 0 do 48 miesięcy). Niezależnie od sposobu diagnozy badania potwierdzają przekonanie, że dzieci wcześniej zdiagnozowane i poddane wczesnej intensywnej interwencji mają najlepsze długoterminowe rezultaty (Barbera, s. 17). Przemysłana pomoc obejmuje kolejne etapy oddziaływań terapeutyczno-edukacyjnych. Gdy dziecko zacznie uczęszczać do placówek specjalistycznych – ono i rodzina objęte są wielospecjalistyczną opieką i pomocą, między innymi: psychologów, logopedów, neurologopedów, pedagogów

specjalnych, oligofrenopedagogów, terapeutów TUS, specjalistów WWR, terapeutów integracji sensorycznej, fizjoterapeutów, coraz częściej terapeutów behawioralnych czy poznawczo-behawioralnych. Zatem dziecko zostaje poddane wielorakim działaniom rewalidacyjno-usprawniającym, które mają na celu zwiększenie szans na wyrównanie nieharmonijnego i zaburzonego rozwoju we wspomnianych powyżej sferach. Dzieci ze spektrum autyzmu nie uczą się języka jak ich typowo rozwijający się rówieśnicy poprzez ciągłe interakcje z najbliższym otoczeniem, obserwację, zabawę, eksplorację, naśladowanie. Dlatego kształtowanie zachowań komunikacyjnych dzieci wymaga od terapeutów konkretnych umiejętności, nakładu pracy i jest bardzo trudne. Takie kompetencje zachowań werbalnych, jak komunikowanie swoich potrzeb, naśladowanie dźwięków, nazywanie konkretnych przedmiotów, obrazków, konwersacji, rozumienia tekstu pisanego oraz mowy powinny być uczone bezpośrednio w usystematyzowany sposób. Natomiast generalizacja i spontaniczne wykorzystanie wyuczonych umiejętności wymaga specjalnego planowania w procesie terapeutycznym (Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel, 2016, s. 209).

Najstarszym i najpopularniejszym programem terapeutycznym dla dzieci autystycznych jest powołany przez Schoplera projekt TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children) – Kompleksowy Program Terapii i Edukacji Dzieci z Autyzmem oraz Dzieci z Zaburzeniami Komunikacji. To Program interdyscyplinarny opracowany w ramach Uniwersytetu w Północnej Karolinie, USA. Szukając przyczyn bardzo wysokiej skuteczności wspomnianego programu, Schopler zaznacza, że program ten nigdy nie był nastawiony na zastosowanie jednej, nowatorskiej metody terapeutycznej, ale jego celem było stworzenie kompleksowego systemu opieki i rehabilitacji osób autystycznych. Ważne było tu podejście systemowe – łączenie wiedzy i doświadczenia rodziny oraz wszystkich specjalistów i nauczycieli mających kontakt z dzieckiem. Skoncentrowanie się na dziecku i opracowanie programu dotyczącego umiejętności, zainteresowań i potrzeb dziecka (Faherty, 2016). Program TEACCH nadal jest obecny w terapeutycznym postępowaniu, między innymi w Polsce wiele placówek aplikuje jego elementy, na przykład Synapsis, Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym Dalej Razem, Fundacja ODIS. Jego założenia

i elementy wykorzystywane są przez nowe programy. Obecnie, co ważne, poszukuje się rozwiązań systemowych i eklektycznych oraz wysoce wspierających komunikację funkcjonalną oraz aktywizację w terapii rodziców, dla przykładu: NPDC, ESDM, PYRAMID. Pierwsze podejście to kompleksowy program terapeutyczno-przedszkolny NPDC – National Professional Development Center on Autism Spectrum Disorders. W Polsce model pilotażowo wprowadzany przez Centrum Terapii Autyzmu SOTIS. Dedykowany dzieciom w wieku: 2,5–8 lat. Model stanowi realizację eklektycznego podejścia do terapii zgodnego z założeniami rozwojowo-behawioralnymi. Za jego skutecznością przemawiają badania nad efektywnością terapii – zarówno rozwojowo-społecznych, behawioralnych, jak i opartych na strukturze i pomocach wizualnych (Waligórska, 2019).

Następna eklektyczna propozycja to ESDM – Early Start Denver Model, wdrażany przez Instytut MIND. Twórczynie Sally J. Rogers oraz Geraldine Dawson dedykowały program dla najmłodszych dzieci do 4.–5. roku życia, a jego specyficzne założenia to: nauczanie oparte na rutynie, aktywizacja rodziców, współdzielenie zaangażowania w trakcie zabaw i wspólnej aktywności, oparty na analizie danych i intensywnym nauczaniu oraz Stosowanej Analizie Zachowania. Jest to zatem naturalistyczna wczesna interwencja behawioralno-rozwojowa dla dzieci ze spektrum autyzmu (Rogers, Dawson, 2010). PYRAMID to również eklektyczne i specyficzne podejście wykorzystujące szczególnie wizualny system wymiany komunikacji PECS (Picture Exchange Communication System). Nazwa podkreśla znaczenie wymiany w tym modelu jako istotnego elementu komunikacji funkcjonalnej oraz sposobu uczenia się przez dzieci z autyzmem (Frost, Bondy, 2013).

Wczesne metody terapii i rehabilitacji dają osobom z autyzmem szansę na rozwój i edukację pod warunkiem zapewnienia fachowej i intensywnej opieki. W literaturze przedmiotu możemy spotkać różne podziały metod pracy z dzieckiem o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Z punktu widzenia celu, jakiemu mają służyć, można wyróżnić trzy zasadnicze ich grupy: 1) metody nakierowane na ogólne stymulowanie rozwoju dziecka, motywujące do aktywności i twórczości, 2) metody terapii zaburzeń rozwoju i zachowania, 3) metody usprawniania i na-

uczania konkretnych umiejętności, nabywania kompetencji w poszczególnych sferach funkcjonowania. Do dwóch pierwszych zaliczyć można: niedyrektywną terapię zabawową V. Auxline, metodę F. Affolter, metodę Dobrego Startu M. Bogdanowicz, metodę W. Sherborne, metodę Knillów, metodę kinezylogii edukacyjnej, metodę Domana i Delacato, metodę Jacka Kielina, hipoterapię, dogoterapię, artterapię, muzykoterapię. Niniejsze metody licznie są opisane w literaturze, dlatego tutaj z uwagi na szczupłość miejsca zostaną tylko przykładowo wymienione. Są one uzupełnieniem tradycyjnych metod o charakterze behawioralnym, które należą do trzeciej grupy. Te ostatnie wymagają wielu żmudnych powtórzeń opartych na systemie odpowiedniego wzmacniania i niwelowania niepożądanych zachowań. Przykładem takiej metody jest warunkowanie instrumentalne. Podstawowym celem jest tu likwidacja niepożądanych zachowań poprzez ich modyfikację oraz dzieląc poszczególne czynności na elementarne etapy (Carr, 1984). Cel ten osiągamy poprzez stosowanie różnorodnych wzmocnień. „Teoria modyfikacji zachowań opiera się na idei, że to co robimy, jest kształtowane przez to, co dzieje się bezpośrednio potem. Jeżeli po zrobieniu czegoś zdarza się rzecz przyjemna, chętnie uczynimy to znowu, jeżeli nie – nasza chęć wykonywania tego powtórnie będzie mniejsza” (Carr, 1984, s. 12). Stosując omawianą metodę pracy, musimy brać pod uwagę analizę zachowania, system stosowanych wzmocnień oraz cel do realizacji. J. Carr wyróżnia wzmocnienia pozytywne, które występują po pewnym elemencie zachowania jako rzecz przyjemna i negatywne, po pojawieniu się danego zachowania usuwamy rzecz nieprzyjemną. W pracy z dziećmi powinniśmy jednak stosować przede wszystkim wzmocnienia pozytywne, które są uzależnione od osobistych preferencji. Warunkiem skutecznego stosowania omawianej metody jest precyzja, systematyczność i konsekwencja. Inną terapią behawioralną mającą zastosowanie w pracy z dzieckiem autystycznym, a zapoczątkowaną w latach 60. XX w., jest program oddziaływań poprzez system kar i nagród I. Lovaasa (w swoich założeniach był skierowany do dzieci autystycznych) (Pisula, 2003, s. 12). Twierdzi on, że „zarówno doznania pozytywne, jak i unikanie negatywnych stanowi nagrodę. Nagrodą jest każde wydarzenie wpływające na występowanie zachowania, które zwiększa częstotliwość jego występowania” (I. Lovaas,

1993, s. 31). Utrata pozytywów poprzez na przykład okres izolacji (time out) oraz hiperkorekcja są środkami wymierzania kary zmierzającymi do wyeliminowania lub ograniczenia pojawiania się pewnych zachowań. Zachowania docelowe osiągamy poprzez podpowiedzi, jasne i zwięzłe polecenia osoby stosującej omawianą metodę. Zatem do głównych zadań terapeuty należy dobór odpowiednich wzmocnień (Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel, 2016). Interwencje behawioralne są szczególnie znaczące w perspektywie międzynarodowego raportu na temat efektywności interwencji terapeutycznych. Ponad połowa wyłonionych w raporcie interwencji wywodzi się ze stosowanej analizy zachowania (SAZ) lub opiera się na jej założeniach teoretycznych (Wong i inni, Evidence-Based Practices for Children, Youth and Young Adults with Autism Spectrum Disorder, 2014).

Stosowana analiza zachowania a zachowania werbalne i praca z Programem VB-MAPP

Podstawowe elementy podejścia zachowań werbalnych zostały opracowane w latach 70. XX wieku na Uniwersytecie Western Michigan pod kierunkiem Jacka Michaela oraz jego współpracowników, między innymi: Marka Sundberga, Josepha Spradlina, Vincenta Carbone (Barbera, Rasmussen, 2017, s. 24–25). Podejście zachowań werbalnych (VB) to całkiem nowa, ale popularna już propozycja, która wyłoniła się w ciągu ostatnich 10–15 lat z podstawowego nauczania SAZ (Stosowanej Analizy Zachowania). Podejście zachowań werbalnych (VB) opiera się na założeniach SAZ, ale poszerza je, obejmując analizę Skinnera zawartą w jego książce pt.: „Verbal Behavior” (1957) – przełomowej pracy z dziedziny wiedzy o nabywaniu przez dziecko języka. Skinner zdefiniował zachowania werbalne jako zachowania (wokalne i niewokalne), które są wzmacniane poprzez pośrednictwo drugiej osoby. Konieczna jest do ich wykonania interakcja społeczna pomiędzy mówcą a słuchaczem. Mówca zdobywa (lub nie) wzmocnienia i działa (lub nie) na środowisko poprzez reakcje słuchacza (albo ich brak) (Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel, 2016, s. 211). Dla Skinnera w komunikowaniu kluczowa jest jego funkcja, która odnosi się do warunków, w jakich zachowanie werbalne się pojawia.

Funkcja zatem to zastosowanie mowy w konkretnym celu. Podobnie jak w przypadku innych zachowań, w odniesieniu do zachowań werbalnych jednostką analizy jest trójelementowa zależność: 1) bodźce poprzedzające, 2) reakcja i 3) jej konsekwencje. W kontekście języka Skinner wyróżnił 6 podstawowych typów zachowań, które określił jako: werbalne zachowania sprawcze (operanty werbalne). Są to: reakcje mandowe, reakcje taktowe, reakcje intrawerbalne, reakcje echoiczne, reakcje tekstualne, zależność pomiędzy zachowaniem werbalnym a bodźcem poprzedzającym w postaci publiczności (Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel, 2016, s. 213). Do trzech najbardziej fundamentalnych zachowań werbalnych zaliczają się: mand, takt, reakcje intrawerbalne. Według M. Barbera podejście zachowań werbalnych prawie zawsze ogranicza napady złości i inne trudne zachowania, ponieważ zaczyna od oceny, co dziecko lubi, a następnie wprowadza te przedmioty i czynności (zwane „wzmocnieniami”, ponieważ wzmacniają, utrwalają pożądane zachowania), by motywować dziecko do wykonania koniecznej pracy. W ten sposób dziecko zaczyna się uczyć (Barbera, Rasmussen, 2017, s. 26).

Najważniejszym zagadnieniem w VB-MAPP jest nauczenie dziecka formułowania specyficznych próśb, zwanych mandami. Dla specjalistów oraz terapeutów istotne jest rozpoznanie, jakim repertuarem werbalnym operuje dziecko, jakie zachowania potrafi imitować, a jakich nie. To zadanie jest dużo łatwiejsze, przy wsparciu Programu VB-MAPP. Interesująca nas tu kwestia oceny werbalnych zachowań sprawczych szczególnie jest opracowana w Podręczniku oraz Kwestionariuszu. Sundberg twierdzi, że Program VB-MAPP łączy zarówno charakterystyczne dla stosowanej analizy zachowania procedury i metodologię nauczania, jak i stworzoną przez Skinnera analizę zachowań werbalnych. W ten sposób powstał oparty na analizie zachowania program oceny umiejętności językowych znajdujący zastosowanie w przypadku wszystkich dzieci z opóźnieniami rozwoju językowego (Sundberg, 2015a, s. 1). W ramach treści rozdziałów Podręcznika znajdują się: Behawioralne podejście do oceny umiejętności językowych, Ogólne wskazówki przeprowadzania oceny, Instrukcje przeprowadzania oceny dla poziomu pierwszego, drugiego, trzeciego, Instrukcja przeprowadzania oceny barier, Instrukcja przeprowadzania oceny gotowości do zmiany,

Interpretacja wyników dla poziomu pierwszego, drugiego i trzeciego oraz wytyczanie celów do IPET-u, dla poziomu pierwszego, drugiego, trzeciego. Kwestionariusz stanowi dodatek do podręcznika VB-MAPP.

Zastosowanie całościowego programu terapeutycznego VB-MAPP jako wytycznej oceny gotowości do zmiany formy nauczania

Podstawowy komponent Programu, który daje podstawy do dalszego ewentualnego postępowania terapeutycznego oraz uzupełniania i nabywania umiejętności to – „Ogólna ocena rozwoju dziecka”. Ta część badania ma kilka celów – przede wszystkim jako badanie pierwsze określa tzw. „poziom wyjściowy”, czyli jakie poszczególne umiejętności dziecko posiada lub nie we własnym repertuarze językowym i społecznym. Następnie służy jako cykliczna diagnoza, na podstawie której można stwierdzić, czy dziecko już nabyło daną umiejętność, można również wykorzystywać ją jako cykliczną ewaluację postępów dziecka w celu określenia celów do IPET, a także przeprowadzić na końcu terapii w ocenie gotowości do zmiany mniej ustrukturyzowanego nauczania.

Ogólna ocena osiągnięcia rozwoju dziecka obejmuje sto siedemdziesiąt pozycji mierzących rozwój uczenia się, rozwój językowy i rozwój społeczny, które rozłożone są na trzy grupy wiekowe (0–18 miesięcy, 18–30 miesięcy, 30–48 miesięcy). Mierzone umiejętności to: reakcje mandowe, taktowe, echoiczne, intrawerbalne, repertuar słuchacza, naśladownictwo motoryczne, swobodna zabawa, rozwój społeczny, zabawa w grupie, percepcja wzrokowa i kategoryzacja, struktury językowe, umiejętności grupowe i potrzebne w klasie, a także wczesne umiejętności szkolne. Do badania umiejętności językowych dla poziomu I i II zaadaptowany został dodatkowy podtest: Badanie wczesnych umiejętności echowych BWUE, stworzony przez Barbarę Esch, którego adaptacji na język polski dokonała Marzena Stępień (Mikołajczyk, 2018). Kwestionariusze mają to do siebie, że są obszerne, a szczupłość miejsca nie pozwala przywołać ich w całości, dlatego wybiórczo w Tabeli nr 2 przedstawiono przykłady dla trzech kluczowych umiejętności:

mand, takt i intrawerbalne na poziomie pierwszym (0–18 miesięcy). Jest to poziom wyjściowy i warto pokazać szczegółowo, w jaki sposób Program VB-MAPP określa sposób realizowania przez dziecko umiejętności podstawowych w zakresie próśb, nazywania i podstaw wzajemnego komunikowania.

Tabela nr 1

| Przykłady oceny reakcji: mand, takt i intrawerbalnych dla 0–18 miesięcy (Sundberg, 2015) | | |
|---|--|---|
| Mandowe | Taktowe | Intrawerbalne |
| <p>Problem: <i>Czy dziecko używa słów, gestów lub obrazków, aby zapytać/ poprosić o pożądane rzeczy lub zajęcia?</i></p> <p>Definicja:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Używa dwóch słów, gestów, znaków graficznych, ale może wymagać podpowiedzi słownej modelującej oprócz podpowiedzi fizycznych. 2) Używa czterech różnych próśb bez podpowiedzi (z wyjątkiem pytania: „Co chcesz?” – pożądana rzecz może być widoczna). 3) Generalizuje sześć próśb na dwie osoby, w dwóch różnych sytuacjach, dwa różne bodźce (np. prosi o bańki w czerwonej i niebieskiej butelce, prosi o rzecz mamę i tatę). 4) Spontanicznie emituje (bez podpowiedzi słownych) pięć próśb – pożądana rzecz może być widoczna. 5) Używa 10 różnych reakcji mandowych bez podpowiedzi (z wyjątkiem pytania: „Co chcesz?” – pożądana rzecz może być widoczna) | <p>Problem: <i>Czy dziecko nazywa ludzi, przedmioty, części ciała, obrazki?</i></p> <p>Definicja:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nazywa dwa obiekty, które są wzmocnieniem (ludzie, zwierzęta, ulubione przedmioty). 2) Nazywa jakiegokolwiek cztery przedmioty (ludzie, zwierzęta, bohaterowie bajek, przedmioty). 3) Nazywa sześć neutralnych przedmiotów (niebędących wzmocnieniami), but, czapka, łyżka, auto. 4) Spontanicznie nazywa (bez słownych podpowiedzi) dwa różne przedmioty. 5) Nazywa 10 przedmiotów (przedmioty użytkowe, części ciała, ludzie lub obrazki) | <p>Brak oceny reakcji intrawerbalnych</p> |

Następne charakterystyczne umiejętności w zakresie reakcji mandowych dla dziecka w wieku 18–30 miesięcy zawiera pytanie: „Czy dziecko stosuje częste i spontaniczne prośby, kontrolowane motywacją?”. A dla dziecka w wieku 30–48 miesięcy pytanie: „Czy dziecko prosi o informacje, wyraża reakcje mandowe różnymi częściami mowy, daje innym wskazówki?”. Oczywiście obydwie powyższe problemy są opisane w kwestionariuszu przez szczegółowe definicje, które pozwalają określić właściwy osiągnięty przez dziecko poziom oraz sposób realizacji umiejętności.

W zakresie umiejętności taktowych istotne jest stwierdzenie, czy dziecko w wieku 18–30 miesięcy nazywa rzeczowniki i czasowniki, a na poziomie 30–48 miesięcy czy dziecko używa różnych nazw i czy zawierają one różne części mowy? Umiejętności intrawerbalne z uwagi na ich specyfikę badane są od drugiego poziomu (dla wieku 18–30 miesięcy), a podstawowa jest tu kwestia: „Czy dziecko odpowiada na słowa wypowiedziane przez innych?”, oraz na poziomie trzecim (wiek: 30–48 miesięcy): „Czy dziecko odpowiada słownie na kontekst słów innych ludzi?”. Repertuar reakcji intrawerbalnych jest często niewystarczająco opanowany lub nieefektywnie wykorzystywany przez dzieci z zaburzeniami rozwoju bądź trudnościami językowymi. Pomimo dobrego przyswojenia reakcji mandowych, taktowych i echoicznych dziecko jest w stanie nazwać daną rzecz, ale nie odpowiada na pytania jej dotyczące (np. Co to? Łóżko. Na czym śpimy?, Śpimy na:).

Terapia w ramach Programu VB-MAPP obejmuje planowanie i wyznaczanie celów terapeutycznych, konstruowanie Indywidualnych Programów Terapeutycznych (IPET), wybór bieżących zadań zgodnych z celami oraz śledzenie umiejętności i ich ewaluację. Na tych wszystkich etapach specjalista otrzymuje wsparcie w postaci bardzo obszernych instrukcji podręcznikowych oraz danych otrzymanych z wcześniejszych kwestionariuszy VB-MAPP i graficznych wykresów postępów dziecka. Jest to kompleksowe ujęcie wszystkich zebranych informacji, które w sposób znaczący pozwalają określić profil rozwojowy dziecka, a zarazem podjąć decyzję o dalszych priorytetach terapeutycznych, o próbach osiągnięcia następnych kamieni milowych rozwoju. Kamienie milowe (czyli przyznane punkty za osiągnięcie umiejętności z pewnego etapu) oznaczają ważny element na drodze rozwoju danej umiejętności, a na

końcu tej drogi jest rozwój typowy dla dziecka w danym wieku. Identyfikując kamienie milowe, można stworzyć dokładniejszy program terapeutyczny z wyraźnie zaznaczonym kierunkiem, natomiast cele IPET mogą odpowiadać tym właśnie kamieniom milowym, co pomaga lepiej identyfikować właściwe cele i ograniczać koncentrowanie się na umiejętnościach, które w danym momencie nie są adekwatne do poziomu rozwoju dziecka. Konstruuując program terapeutyczny, dobrze ustalić około 12–14 celów, uwzględniając wszystkie kamienie milowe. Zatem należy pamiętać, aby cele były właściwie dobrane do konkretnego ucznia, mające oparcie w dostępnych pomocach, stanowiące podstawę kolejnych umiejętności, do wykorzystania w codziennym funkcjonowaniu, wspomagające samodzielność, wspomagające interakcje z rówieśnikami. Pierwszym krokiem podczas czytania profilu rozwojowego dziecka jest ustalenie poziomu ogólnego. Dziecko, którego większość wyników zawiera się w poziomie pierwszym, wymagać będzie zupełnie innego programu niż dzieci, które osiągną wyniki na poziomie drugim i trzecim. I tak dla dziecka z poziomu pierwszego z pewnością priorytetowe będą cele takie jak: kontrola poleceniowa, reakcja na terapeutę, mand, naśladowanie (naśladowanie z przedmiotem/pacynką), dopasowywanie, reakcja słuchacza w kontekście, warunkowanie przedmiotów, terapeutów, rówieśników jako wzmocnień. Priorytety dla dziecka z poziomu drugiego to: uważne programowanie nabywania umiejętności – zamiast próby zbyt szybkiego opanowania materiału, rozwijanie mand, rozwijanie taktów, reakcje słuchacza i dopasowywanie w większych zbiorach, parowanie rówieśników, mandy w relacjach rówieśniczych, umiejętność zabawy – pierwsze próby w kierunku zabawy samodzielnej, umiejętności intrawerbalne. Poziom trzeci został określony przez następujące priorytety: rozwijanie umiejętności werbalnych, rozwijanie umiejętności szkolnych – w tym praca w grupie, reagowanie na polecenia do grupy, generalizacja i spontaniczność, interakcje społeczne oraz werbalne z rówieśnikami, użycie nowych umiejętności w sposób funkcjonalny, przeniesienie ich do środowiska naturalnego (Sundberg, 2015a, s. 155–253). W ramach Programu VB-MAPP specjaliści dołączyli dodatkowy materiał w postaci części piątej pod tytułem: VB-MAPP – Analiza zadań i śledzenie umiejętności, który znajduje się w Kwestionariu-

szu, w postaci listy konkretnych umiejętności. Mimo że analiza zadań nie powstała jako formalne narzędzie diagnostyczne – obejmuje około 900 dodatkowych umiejętności i można ją wykorzystać do wskazania umiejętności, które mogą dopełnić treść programu terapeutycznego.

Program terapeutyczny dla dziecka z autyzmem i innymi zaburzeniami rozwoju powinien zawierać zarówno umiejętności, które należy rozwijać (np. mandy, takty, zabawa i umiejętności społeczne), a także zachowania i bariery, które powinny być ograniczane (ataki złości, echolalie, sensoryzmy). Brak umiejętności i występowanie barier są ze sobą ściśle związane. Zatem porównanie wyników uzyskanych przez dziecko w ocenie nabywania kamieni milowych oraz w ocenie barier dostarczy może cennych informacji, dzięki którym skonstruować można trafniejszy program interwencji (Sundberg, 2015a, s. 103). Dzieci ze spektrum autyzmu nie uczą się języka jak ich typowo rozwijający się rówieśnicy, poprzez ciągłe interakcje z najbliższym otoczeniem, obserwację, zabawę, eksplorację, naśladowanie. Dlatego kształtowanie zachowań komunikacyjnych (werbalnych) wymaga od terapeutów konkretnych umiejętności, nakładu pracy i jest bardzo trudne. Takie kompetencje zachowań werbalnych, jak komunikowanie swoich potrzeb, naśladowanie dźwięków, nazywanie konkretnych przedmiotów, obrazków, konwersacji, rozumienia tekstu pisanego oraz mowy powinny być uczone bezpośrednio w usystematyzowany sposób. Natomiast generalizacja i spontaniczne wykorzystanie wyuczonych umiejętności wymaga specjalnego planowania w procesie terapeutycznym (Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel, 2016, s. 209).

Jak wskazuje Sundberg – celem skonstruowania w Programie VB-MAPP części poświęconej ocenie gotowości do zmiany było umożliwienie dokonania obiektywnej oceny całościowych umiejętności dziecka, a także jego potencjału do uczenia się (Sundberg, 2015a, s. 133). Taka strategia jest bardzo pomocna w podejmowaniu przez zespół realizujący IPET decyzji odnośnie do zmiany formatu nauczania lub przeniesienia dziecka do innej placówki. Formularz, na podstawie którego można przeprowadzić badanie, znajduje się w kwestionariuszu i zawiera zadania sprawdzające 18 mierzalnych sfer, które eksponuje powyższa tabela. Pierwsza kategoria dostarcza informacji na temat samodzielności edukacyjnej dziecka, a także istotnych danych na temat sfery językowej,

społecznej oraz związanej z zachowaniem. Druga kategoria daje wgląd w umiejętności dziecka charakteryzujące jego ogólny potencjał przyswajania nowych umiejętności w mniej ustrukturyzowanym środowisku. Te obie kategorie łączy zależność odwrotnie proporcjonalna. Jeśli dziecko wymaga mniej intensywnego nauczania – jego umiejętności uczenia się okażą się lepiej rozwinięte. Jeśli zaś wymaga środowiska bardziej ustrukturyzowanego – będzie czynić wolniej postępy. Trzecia kategoria powinna być w przypadku dziecka o specjalnych potrzebach edukacyjnych traktowana jako informacja dodatkowa. Jeśli uczeń nie odnosi jeszcze sukcesów w tych sferach, ale świetnie radzi sobie w dwóch pierwszych, to kompetencje z dwóch pierwszych kategorii powinny być rozstrzygające.

Tabela nr 2

| Umiejętności związane z przeniesieniem do mniej restrykcyjnej struktury nauczania (Sundberg, 2015a, s. 134) | | |
|---|---|---|
| Kategoria I Wyniki VB-MAPP i samodzielność edukacyjna | Kategoria II Wzorce uczenia się | Kategoria III Samoobsługa, spontaniczność i samodzielność |
| 1. Całościowy wynik z oceny osiągnięcia kamieni milowych VB-MAPP | 1. Generalizacja | 1. Adaptacja do zmian |
| 2. Całościowy wynik z oceny barier VB-MAPP | 2. Różnorodność wzmocnień | 2. Zachowania spontaniczne |
| 3. Wynik z VB-MAPP – ocena barier – trudne zachowania i kontrola poleceniowa | 3. Tempo nabywania umiejętności | 3. Umiejętności samodzielnej zabawy |
| 4. Wynik z VB-MAPP – reguły szkolne i umiejętności grupowe | 4. Utrzymanie nowych umiejętności | 4. Ogólne umiejętności samoobsługi |
| 5. Wynik z VB-MAPP – zachowania społeczne i zabawa społeczna | 5. Uczenie się z naturalnego środowiska | 5. Umiejętności związane z treningiem czystości |
| 6. Praca samodzielna nad zadaniami szkolnymi | 6. Transfer na nowe operanty werbalne | 6. Umiejętności jedzenia |

Podsumowanie

Celem artykułu była prezentacja zagadnienia gotowości do zmiany formy nauczania dzieci ze spektrum autyzmu. Zarazem podjęto próbę odpowiedzi na pytania o sposoby terapii oraz edukacji tych osób. Jako konkretny przykład narzędzia wspierającego całościowe postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne przywołany został Program VB-MAPP. Podstawą programu jest podejście zachowań werbalnych (VB), które opiera się na założeniach Stosowanej Analizy Zachowania, i poszerza je zarazem o funkcjonalną analizę języka Skinnera. W ten sposób powstał, oparty na analizie zachowania program oceny umiejętności językowych, znajdujący zastosowanie w przypadku wszystkich dzieci z opóźnieniami rozwoju językowego. Jest to niezwykle ważne, jako że: „Język umożliwia nam komunikowanie się, wyrażanie uczuć, pozwala ujawniać nasze potrzeby, tworzyć znaczące relacje międzyludzkie, odpowiadać na wypowiedź drugiej osoby, a także lepiej rozumieć otaczający nas świat. Język stanowi także podstawę nauki, wiedzy, inteligencji, myślenia i zachowań społecznych. Krótko mówiąc, jest kamieniem węgielnym zachowania człowieka. Nie powinno być zatem zaskoczeniem, że jeśli dziecko nie nabywa umiejętności posługiwania się językiem w typowy sposób, napotyka poważne przeszkody w rozwoju i socjalizacji. Opóźnienia i zaburzenia językowe stanowią znak rozpoznawczy autyzmu. Wpływają one bowiem bezpośrednio na przyswajanie innych ważnych umiejętności, takich jak zdolności intelektualne i zachowania społeczne. Najważniejszym aspektem każdego programu interwencji dla dziecka autystycznego jest więc wczesny rozwój skutecznych umiejętności komunikacyjnych” (Barbera, Rassmusen, 2017). To również priorytetowe cele dla przywołanego tu Programu VB-MAPP. Kluczowe dla tej propozycji jest, aby dziecko, pokonując wyćwiczone podczas terapii schematy poznawcze, potrafiło właściwie i samodzielnie stosować komunikację w różnorodnych kontekstach sytuacyjnych. Zatem ważna jest generalizacja (uogólnianie) umiejętności oraz przenoszenie ich w inne środowiska, a także spontanicznie i naturalnie podejmowane działania. Nabycie przez dzieci z zaburzeniami rozwoju i zachowania takich kompetencji pozwoli na ich efektywną integrację i włączenie do grupy rówieśniczej. Dziecko ze spektrum autyzmu,

podobnie jak każde dziecko, potrzebuje grupy rówieśniczej. Jednak włączanie dziecka autystycznego do grupy powinno być starannie przemyślanym procesem, uwzględniać aktualne kompetencje dziecka, oraz sprzyjać uczeniu się i budowaniu przez nie relacji społecznych. Dziecko jest gotowe do aktywnego uczestnictwa w grupie, gdy osiągnęło adekwatny poziom samodzielności (fizyczna i emocjonalna niezależność dziecka od opiekunów) i posiada umiejętności porozumiewania się. Ważnym aspektem samodzielności jest umiejętność organizowania sobie czasu wolnego. Są dzieci mniej i bardziej kreatywne, ale w dobrze zorganizowanym otoczeniu każde z nich znajduje wiele podpowiedzi, czym mogłoby się zająć samo lub z innymi – ale bez udziału i kierownictwa dorosłych (Florek, Hamerlak). Drugim elementem gotowości dziecka do uczestniczenia w szeroko rozumianych zajęciach grupy jest umiejętność bycia w relacji z innymi. Chodzi o to, w jakim stopniu dziecko potrafi odpowiedzieć na propozycję nawiązania kontaktu oraz zainicjować kontakt z osobami z otoczenia. To, w jakim stopniu i jak szybko dziecko osiągnie samodzielność i zadawalające relacje społeczne, zależy od bardzo wielu czynników, m.in. indywidualnych możliwości dziecka, postępów terapii, otwartości grupy, gotowości i kompetencji opiekunów grupy, współdziałania wszystkich zaangażowanych w sprawy dziecka (Florek, Hamerlak). Zatem decyzję o przeniesieniu dziecka do mniej restrykcyjnego środowiska nauczania podjąć powinien zespół odpowiedzialny za terapię dziecka. Narzędzia w zaprezentowanym w niniejszej pracy Programie VB-MAPP wydają się bardzo pomocną i kompleksową strategią w ocenie poziomu rozwoju dziecka, identyfikowaniu barier rozwoju, a także wytyczną do sformułowania celów terapii, skonstruowania IPET-ów oraz – co najważniejsze – podjęcia decyzji o przeniesieniu dziecka do innego, mniej ustrukturyzowanego i bardziej naturalnego dla niego środowiska nauczania. Oczywiście nie każde dziecko autystyczne jest w stanie osiągnąć wszystkie wyżej wymienione elementy w swoim rozwoju. Należy wtedy nauczyć je takich zachowań, które będą respektowane przez środowisko i pozwolą mu w miarę efektywnie i satysfakcjonująco egzystować.

To, w jaki sposób dziecko będzie czyniło postępy w strategii terapeutycznej, w dużej mierze zależy od szybkości reagowania i właściwej historii terapeutycznej. Gdy dziecko zostanie zdiagnozowane, należy bardzo

szybko przygotować dla niego odpowiednie postępowanie terapeutyczne, często w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju czy specjalistycznych usług opiekuńczych, w różnorodnych obecnie placówkach, fundacjach, przedszkolach terapeutycznych, poradniach specjalistycznych. Istotne jest włączenie całej rodziny, a szczególnie rodziców do takiego programu, powinni oni zaangażować się w terapię swojego dziecka i podejmować wspólnie z terapeutami wysiłki w celu usprawniania (Rogers, Dawson, Vismara, 2015). Wydaje się, że najskuteczniejszą formułą jest najpierw prowadzona intensywna terapia 1:1 (1 dziecko i 1 terapeuta). Następnie etapami wprowadza się dziecko do grupy rówieśniczej oraz w pewne struktury organizacyjne (Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel, 2016, s. 42–47). Powoli zwiększając liczbę interakcji z opiekunami i innymi terapeutami, a potem z rówieśnikami w określonej placówce, na przykład przedszkolu terapeutycznym czy specjalnym. Zarazem stwarza się dziecku możliwości do naturalnego i funkcjonalnego poznawania najbliższego i dalszego środowiska. Literatura podaje pięć etapów integrowania i wprowadzania dziecka do grupy rówieśniczej (Florek, Hamerlak). Pierwszy etap to tworzenie dziecku przyjaznego środowiska. Terapia głównie odbywa się w gabinecie, pobyty w grupie są zaś bardzo krótkie, w sytuacjach dla dziecka bezpiecznych w obecności terapeuty. Następne etapy służą stopniowemu wprowadzaniu dziecka w rzeczywistość grupy rówieśniczej. Na każdym etapie należy trafnie oceniać wytrzymałość dziecka i dostosowywać odpowiednio czas jego pobytu oraz uczestnictwa w zajęciach grupowych. Decyzje w tym zakresie powinny być wnikliwie analizowane i podejmowane wspólnie przez wychowawców, rodziców i terapeutów. Na piątym – ostatnim etapie oczekuje się, że dziecko funkcjonuje w grupie podobnie jak jego rówieśnicy. Ten poziom nie dla każdego dziecka będzie osiągalny lub osiągnięty na stałe (Florek, Hamerlak, s. 5–11). Zatem satysfakcjonujący start w nowym środowisku jest możliwy jedynie wówczas, gdy ze strony nauczycieli, terapeutów jest gotowość na współpracę i kontynuację wcześniejszych działań oraz chęć korzystania z wiedzy i doświadczeń osób wcześniej zajmujących się dzieckiem.

Przedstawione w artykule strategie terapeutyczne, między innymi w ramach Programu VB-MAPP oraz szczegółowy opis włączania dziecka do grupy rówieśniczej, powinny wzbudzić refleksję, czy aby na

pewno placówki ogólnodostępne w polskim systemie oświaty są przygotowane do efektywnego i specjalistycznego wsparcia edukacyjno-terapeutycznego dzieci ze spektrum autyzmu? Przywołane argumenty nie pozwalają na jednoznaczną odpowiedź twierdzącą. Jest to zrozumiałe, jako że sama specyfika przedszkoli i szkół ogólnodostępnych – powołanych przede wszystkim w celu realizowania wystandardyzowanej podstawy programowej w małym stopniu pozwala na specjalne rozwiązania. I nawet jeśli w placówce ogólnodostępnej dzieci z orzeczeniami mogą realizować nauczanie wysoce zindywidualizowane z dostosowaniami, to brakuje tu adekwatnej opieki specjalistów i terapeutów. Natomiast szkoły, do których trafiają ci uczniowie, muszą być dobrze przygotowane do rozpoznawania ich potrzeb i możliwości oraz zaspokajania tych pierwszych przy umiejętnym wykorzystaniu drugich (Dębińska, Florek, Hamerlak, 2015, s. 3). Opinie samych nauczycieli z takich placówek oraz dane pozyskane z badań wskazują na wiele trudności w realizacji zadań edukacyjnych w przypadku dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (Szafrąńska, 2019, s. 189). Zatem inkluzja społeczna w tym edukacyjnym wymiarze stanowi ogromne wyzwanie i należałoby jeszcze raz zrewidować pogląd, czy na pewno jest właściwą drogą. Według stanowiska instytucji międzynarodowych edukacja włączająca jest ciągłym procesem, który zmierza do zapewnienia wysokiej jakościowo edukacji dla wszystkich, jednocześnie respektując różnorodność oraz zróżnicowanie potrzeb i umiejętności, cech i oczekiwań edukacyjnych uczniów i społeczności, eliminując wszelkie formy dyskryminacji (Kluczowe zasady służące promocji jakości w edukacji włączającej, 2009 oraz UNESCO, 2009). Tym samym wciąż należy pamiętać, iż opracowanie programów wspierających proces inkluzji wymaga głębszych przemyśleń interdyscyplinarnych oraz zaangażowania wielu specjalistów, którzy przed podjęciem działań inkluzyjnych wnikliwie rozpoznają potrzeby oraz osobistą sytuację swoich podopiecznych (Łażewska, 2013). Z moralnego punktu widzenia ważne jest, aby „sprawy ludzkie były rozwiązywane dla realnego, a nie fikcyjnego, wyspekulowanego dobra osób ludzkich” (Listkowska, 2012, s. 22). Najgłębszym bowiem źródłem wykluczenia społecznego jest brak sprawiedliwości u osób, które przyczyniły się, w jakikolwiek sposób, do powstania tego zjawiska (Dziurzyński, 2011).

Bibliografia:

- Barbera M.L., Rasmussen T. (2017). *Metoda zachowań werbalnych. Jak uczyć dzieci z autyzmem i innymi zaburzeniami rozwojowymi*. Warszawa: SCOLARIS
- Bobrowicz-Lenartowska L. (2000). *Autyzm dziecięcy; zagadnienia diagnozy i terapii*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”
- Carr J. (1984). *Pomoc dziecku upośledzonemu*. Warszawa
- Dębińska G., Florek A., Hamerlak K. (2015). *Tworzenie optymalnych warunków dla ucznia z autyzmem i zespołem Aspergera w edukacji włączającej na I etapie edukacyjnym*. Warszawa: ORE
- Dziurzyński K., Łukasiewicz A. (2011). *Wykluczony na drodze do inkluzji – miejsce edukacji w pokonywaniu wykluczenia*. Biała Podlaska: Wydawnictwo PSW im. Papieża Jana Pawła II, s. 50–74
- Faherty C. (2016). *Autyzm... co dla mnie znaczy?*. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego
- Florek A., Hamerlak K. *Dziecko autystyczne i z zespołem Aspergera w przedszkolu i szkole. Włączanie do grupy rówieśniczej i tworzenie warunków sprzyjających uczeniu się*. Warszawa: ORE
- Frith U. (2016). *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*. Gdańsk: GWP
- Frost L., Bondy A. (2013). *The Picture Exchange Communication System. Podręcznik*. Wyd. Pyramid Educational Consultants of Poland
- Grandin T. (2006). *Myślenie obrazami oraz inne relacje z życia z autyzmem*. Warszawa: Wyd. Fraszka Edukacyjna
- Grandin T. (2017). *Autyzm i problemy natury sensorycznej*. Gdańsk: Wyd. Harmonia UNIVERSALIS
- Grandin T., Panek R. (2019). *Mózg autystyczny. Podróż w głąb niezwykłych umysłów*. Kraków: Copernicus Center Press
- Hollin P., Baron-Cohen S., Hadwin J. (2012). *Jak uczyć dzieci z autyzmem czytania umysłu. Zeszyt ćwiczeń dla nauczycieli i rodziców*. Kraków: Wyd. JAK
- Kluczowe zasady służące promocji jakości w edukacji włączającej* (2009). Europejska Agencja Rozwoju Edukacji Uczniów ze Specjalnymi Potrzebami. Dania/Bruksela
- Listkowska B. (2012). *Antropologia filozoficzna prof. Mieczysława Gogacza jako metafizyka człowieka i metafizyka osoby*. Warszawa: Wyd. Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego
- Lovaas I. (1993). *Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo*. Warszawa

- Łażewska D. *Wykluczenie społeczne a rozwój osoby ludzkiej. Aspekty filozoficzno-pedagogiczne*. Journals of Modern Science. WSGE Józefów 3/18/2013, s. 29–47
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – X Rewizja*. Tom I (2009): Światowa Organizacja Zdrowia
- Mikołajczyk J. *VB-MAPP od oceny funkcjonalnej do efektywnego wspierania komunikacji dziecka*. Terapia Specjalna, nr 2/2018, s. 21–28
- Pisula E., Danielewicz D. (2003). *Terapia i edukacja osób z autyzmem. Wybrane zagadnienia*. Warszawa: Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego
- Prizant B., Fields-Meyer T. (2017). *Niezwyczajni ludzie. Nowe spojrzenie na autyzm*. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego
- Rogers S.J., Dawson G. (2010). *Early Start Denver Model for young children with autism*. New York: Guilford Press
- Rogers S.J., Dawson G., Vismara L.A. (2015). *Metoda wczesnego startu dla dziecka z autyzmem (ESDM). Jak wykorzystywać codzienne aktywności, aby pomóc dzieciom tworzyć więzi, komunikować się i uczyć*. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 9 sierpnia 2017 r. W sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym
- Silberman S. (2017). *Neuroplemiona. Dziedzictwo autyzmu i przyszłość neuro-różnorodności*. Białystok: Wyd. Vivante
- Skinner B.F. (1957). *Verbal behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts
- Suchowierska M., Ostaszewski P., Bąbel P. (2016). *Terapia behawioralna dzieci z autyzmem. Teoria, badania i praktyka stosowanej analizy zachowania*. Sopot: GWP
- Sundberg M.L. (2015a). *VB-MAPP. Ocena osiągnięcia kamieni milowych rozwoju i planowanie terapii. Podręcznik. Program do oceny umiejętności językowych i społecznych dzieci z autyzmem i innymi zaburzeniami rozwoju*. Warszawa: SCOLARIS
- Sundberg M.L. (2015b). *VB-MAPP. Zachowania werbalne. Kwestionariusz. Program do oceny umiejętności językowych i społecznych dzieci z autyzmem i innymi zaburzeniami rozwoju*. Warszawa: SCOLARIS
- Szafrąńska A. (2019). *Kształcenie dzieci z autyzmem i z zespołem Aspergera. Wybrane problemy*. Pedagogika. Studia i Rozprawy. t. 28, s. 181–191.

- Ustawa z 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U. z 11 stycznia 2017 r., poz. 59 z późn. zm.) oraz rozporządzenia wykonawcze
- Waligórska A. (2019). *Zintegrowany model terapii autyzmu opartej na dowodach – model National Professional Development Center on Autism Spectrum Disorders*. *Psychiatria Polska*. t. 53(4), s. 753–770
- Wong L. (2014). *Evidence-Based Practices for Children, Youth and Young Adults with Autism Spectrum Disorder*, <http://autismpdc.fpg.unc.edu/sites/autismpdc.fpg.unc.edu/files/2014-EBP-Report.pdf> (dostęp: 06.02.2021)