

### Edyta Osełkowska

Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie  
ORCID: 0000-0002-1724-3338  
<https://doi.org/10.26881/ndps.2025.53.02>

### Natalia Malik

Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie  
ORCID: 0000-0003-3620-2256  
<https://doi.org/10.26881/ndps.2025.53.02>

### Magdalena Skalny

Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie  
ORCID: 0000-0002-8248-1201  
<https://doi.org/10.26881/ndps.2025.53.02>

### Malwina Dąbek

Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie  
ORCID: 0000-0002-1370-2015  
<https://doi.org/10.26881/ndps.2025.53.02>

## Funkcjonowanie psychospołeczne dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu: metody i formy wsparcia. Studium przypadku

Celem niniejszego artykułu jest analiza funkcjonowania psychospołecznego dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD) oraz przedstawienie skutecznych metod i form wsparcia, które mogą wpływać na jego rozwój. W kontekście rosnącej liczby diagnoz przypadków ASD, zrozumienie specyficznych wyzwań, przed którymi stają dzieci oraz ich rodziny, staje się kluczowe. W artykule przedstawiono studium przypadku dziecka w wieku przedszkolnym, które zmaga się między innymi z trudnościami w nawiązywaniu relacji społecznych, komunikacji oraz adaptacji do zmieniających się sytuacji i warunków otoczenia. Dokonano analizy zalecanych metod i form terapeutycznych, takich jak: terapia logopedyczna, terapia integracji sensorycznej (SI), trening umiejętności społecznych (TUS) i wczesne wspomaganie rozwoju (WWR), a także ich znaczenia dla rozwoju umiejętności społecznych u dziecka. Wnioski z pracy wskazują na znaczenie indywidualizacji wsparcia oraz współpracy z rodziną i specjalistami, w celu poprawy jakości życia dzieci ze spektrum autyzmu oraz ich integracji w środowisku społecznym. Artykuł może stanowić cenne źródło wiedzy dla terapeutów, pedagogów oraz rodziców, poszukujących efektywnych strategii wspierania dzieci z ASD.

Słowa kluczowe: zaburzenia ze spektrum autyzmu, ASD, studium przypadku, funkcjonowanie psychospołeczne, metody i formy wsparcia

## Social functioning of a child with autism spectrum disorders: methods and forms of support. A case study

The purpose of this paper is to analyze the psychosocial functioning of a child with autism spectrum disorder (ASD) and to present effective methods and forms of support that can influence their development. In the context of the growing number of ASD case diagnoses, understanding the specific challenges faced by children and their families becomes crucial. The article presents a case study of a preschool-aged child who struggles with, among other things, difficulties in establishing social relationships, communication and adapting to changing situations and environments. An analysis was made of recommended therapeutic methods and forms, such as speech therapy, sensory integration therapy (SIT), social skills training (SST) and early childhood developmental support (ECDS) and their importance on the development of social skills in a child. The conclusions of the paper indicate the importance of individualizing support and working with the family and specialists to improve the quality of life of children on the autism spectrum and their integration into the social environment. The article can be a valuable resource for therapists, educators and parents looking for effective strategies to support children with ASD.

Key words: autism spectrum disorders, ASD, case study, psychosocial functioning, methods and forms of support

### Wprowadzenie

Społeczne zachowanie każdego człowieka pełni istotną rolę w interakcjach z otoczeniem. Niezaprzeczalnie, kompetencje społeczne mają znaczny, o ile nie dominujący wpływ na życie jednostki, a dziecko je posiadające prawidłowo funkcjonuje w sytuacjach szkolnych (Wojda, Dziurzyński 2020: 179). Zdaniem Michaela Agryle kompetencje społeczne to zbiór złożonych umiejętności mających na celu wzmocnienie relacji międzyludzkich. Wyróżnia on umiejętności, takie jak: nagradzanie, empatię i podejmowanie ról innych ludzi, inteligencję społeczną i rozwiązywanie problemów, asertywność, komunikację werbalną i niewerbalną oraz samoprezentację (Wojda, Dziurzyński 2020: 180). Nabycie wspomnianych umiejętności w przypadku dzieci ze spektrum autyzmu może być bardzo zróżnicowane, ponieważ ich „zaburzenia interakcji społecznych manifestowane są znacznym zaburzeniem zachowań niewerbalnych oraz brakiem relacji rówieśniczych. Charakteryzuje je również brak emocjonalnej wzajemności i brak dążenia do dzielenia wspólnego pola uwagi, poprzez dzielenie się radościami, zainteresowaniami lub osiągnięciami z innymi ludźmi” (Grabinska i in. 2013: 158). Trudne zachowania dziecka ze spektrum autyzmu niejednokrotnie wynikają z problemów w komunikowaniu się z otoczeniem, jak również błędnym odczytywaniem intencji rodziny i rówieśników. Badania potwierdzają, że połowa zdiagnozowanych dzieci z ASD (ang. *autism spectrum disorders*) nie komunikuje się w sposób jasny lub nie mówi w ogóle (Grabinska i in. 2013: 161), co jest wyzwaniem dla placówki edukacyjnej, jak również dla grupy rówieśniczej, gdzie zachodzi inte-

rakcja wewnątrz zespołu. Ograniczona komunikacja może utrudniać proces integracji (Zajdel 2015: 306).

Analizując funkcjonowanie dzieci ze spektrum autyzmu zauważono, że najbardziej charakterystyczne są zaburzenia w zakresie rozwoju społecznego. Zdaniem Ewy Pisuli (2015: 34) „choć trudności te mogą przybierać zróżnicowaną postać, a zdolności społeczne ulegają także u tych osób rozwojowi, to nawet najlepiej funkcjonujące spośród nich doświadczają dużych problemów w relacjach interpersonalnych”. Zatem, należy zdiagnozować indywidualne potrzeby dziecka z ASD, a następnie podjąć odpowiednie działania mogące pomóc w poprawie jakości jego życia w społeczeństwie. Zalecane, a jednocześnie niezbędne metody i formy w pracy z dzieckiem ze zdiagnozowanym ASD to: terapia logopedyczna, wczesne wspomaganie rozwoju (WWR), terapia integracji sensorycznej (SI) i trening umiejętności społecznych (TUS). Wspomniane terapie prowadzą do „osiągnięcia przez dziecko sukcesu i ukształtowania prawidłowych postaw funkcjonowania w otoczeniu” (Szałajko 2019: 66).

## Zaburzenia ze spektrum autyzmu

Istnieje wiele definicji dotyczących autyzmu. Termin „autyzm” został użyty po raz pierwszy w 1910 roku przez psychiatrę Eugena Bleulera. Uważał on, że „myślenie autystyczne” to jedna z cech, które zauważał u swoich pacjentów, u których zdiagnozowano schizofrenię. Dlatego uznano to jako tendencję do unikania kontaktu z otoczeniem. Natomiast sam termin „autyzm” został zdefiniowany na podstawie greckiego słowa „autos” – „sam”, brak kontaktu z otoczeniem – życie we własnym świecie, izolacja, wycofanie. W tym czasie po raz pierwszy wyróżniono autyzm i w związku z tym jednostkę tą zaliczono do psychoz dziecięcych na tle emocjonalnym. Warto zaznaczyć, że zagadnieniem dotyczącym autyzmu zajmował się również Hans Asperger, psychiatra pracujący w klinice uniwersyteckiej w Wiedniu, który uważał, że termin „autyzm” odnosi się przede wszystkim do następstw pewnych charakterystycznych objawów, które mogą występować o różnym nasileniu. Dlatego też możemy mówić o spektrum autyzmu. Odnosząc się do terminu, „autyzm” w ujęciu historycznym należy zaznaczyć, że w Stanach Zjednoczonych dzięki rozwijającej się psychiatrii dużym wyzwaniem okazało się przedstawienie odmienności, a także wyodrębnienie na tle innych chorób oraz zaburzeń cech określonych przez Kanner mianem „autystyczne spektrum”. Ewolucja dotycząca pojęcia autyzmu prowadziło do poznawania rozwoju psychosomatycznego człowieka poprzez pojawienie się nowoczesnej techniki czy też przemianami społecznymi, dzięki temu człowiek miał większą świadomość zarówno w rozumieniu, jak i podejściu do drugiej osoby

a w szczególności do jednostki, która określana jest jako „inna” (np. z niepełnosprawnością) (Bleszyński 2023: 22).

Niewątpliwie interesujące podejście do tego zagadnienia prezentuje Anna Prokopiak (2021: 60), która wymienia cztery modele:

- indywidualistyczno-materialistyczny (niepełnosprawność określana jako zboczenie w rozwoju psychofizycznym osoby);
- indywidualistyczno-idealistyczny (niepełnosprawność jako forma indywidualnej tożsamości człowieka – występuje tu identyfikacja z niepełnosprawnością);
- społeczny (niepełnosprawność – materialny produkt panujących relacji społeczno-gospodarczych);
- konstruktywistyczny (niepełnosprawność to nie tylko osobista cecha, natomiast szczególny związek pomiędzy jednostką a społeczeństwem).

W roku 1980 autyzm wczesnodziecięcy został umieszczony w kategorii jako całościowe zaburzenie rozwoju. Istotną kwestię stanowi również to, że za sprawą Loran Wings termin „zespół Aspergera” został włączony do DSM-IV (1994) oraz ICD-10 (1990), jako część spektrum autyzmu. W Polsce oficjalnie obowiązują kryteria klasyfikacji ICD-10 (od 1 stycznia 2022 roku obowiązować zaczęła kolejna, 11. edycja ICD (ICD-11), przy czym w Polsce całkowite przejście na ICD-11 planowane jest do końca 2026 roku). Krawczyk i Święcicki (2020) poddając analizie istotne zmiany pomiędzy ICD-10 versus 11 konkludują, że jest ona kompatybilna z DSM-V w obrębie klasyfikacji dotyczącej zaburzeń psychicznych. W ICD-11 zaburzenia ze spektrum autyzmu są pod kategorią zaburzeń neurorozwojowych „ujęte w jedną homogenną grupę «zaburzeń ze spektrum autyzmu». Tym samym niemożliwe jest rozpoznanie zespołu Aspergera lub zespołu Retta ad literam” (tamże, 10). Natomiast zostały one rozróżnione przez kryterium poziomu intelektualnego oraz zaburzenia czynnościowe języka (Majewicz 2023: 130).

Mimo że w ostatnich latach nastąpił postęp w diagnozowaniu dzieci mających zaburzenia autystyczne, to nadal rozpoznanie spektrum autyzmu następuje najwcześniej w trzecim lub w czwartym roku życia. Tak późno stawiana diagnoza zmniejsza szansę na powodzenie i efektywność terapii (behawioralnych i edukacyjnych), ponieważ wczesny okres życia dziecka charakteryzuje się dużą plastycznością mózgu (Cygan, Kurowska 2022: 66). Pierwsze symptomy świadczące o zaburzeniach autystycznych u dziecka można zaobserwować przed ukończeniem przez nie sześciu miesięcy życia. Nie przestaje płakać, gdy jest brane na ręce przez opiekunów, ma słaby kontakt wzrokowy i charakterystyczną nieumiejętność przyjęcia pozycji ciała inicjującej pragnienie, żeby ktoś je przytulił. Przejawia brak zainteresowania ludźmi, a nawet ich obecność jest dla dziecka obojętna. Zdaniem Wioletty Szalajko (2019: 64) „gotowość do dzielenia uwagi daje się zauważyć między szóstym a trzynastym miesiącem życia. Brak tej dyspozycji jest pierwszą, specyficzną dla autyzmu cechą, którą można zaobserwować u niemow-



lęcia. Niezdolność do dzielenia uwagi utrudnia dziecku wysyłanie do otoczenia swoich sygnałów o swoich potrzebach, utrudnia także oczekiwanie reakcji na te sygnały od innych. W konsekwencji bardzo wczesnie ujawniają się zaburzenia samoregulacji i stany napięcia". Z czasem pojawiają się kolejne sygnały, takie jak: nieodpowiadanie uśmiechem na uśmiech, nieokazywanie tzw. lęku separacyjnego, trudności w komunikowaniu swoich potrzeb, brak zrozumienia relacji słuchający-mówiący (Cygan, Kurowska 2022: 65). Zazwyczaj dzieci z ASD mają nietypowe zainteresowania, którym równocześnie towarzyszy powtarzanie schematów. Nierzadko jedną z typowych cech dzieci mających zaburzenia autystyczne jest echolalia, która przejawia się „magazynowaniem i przechowywaniem w mózgu elementów słuchowych z otoczenia, co umożliwia reaktywowanie odpowiednich fraz w dostosowaniu do sytuacji, w jakiej się dziecko znalazło” (Cygan, Kurowska 2022: 65). Charakterystyczne dla dzieci z ASD w wieku 12–36 miesięcy są trudności związane z naśladowaniem innych ludzi. Brak inicjonowania wspólnej zabawy, nierozumienie prostych zasad i reguł gier.

Izolacja dziecka ze spektrum autyzmu jest najbardziej widoczna między trzecim a piątym rokiem życia. W tym okresie życia u dziecka z ASD uwidacznia się nienabywanie nowych umiejętności i doświadczeń społecznych w kontaktach z rówieśnikami. Dziecko z ASD w okresie przedszkolnym przejawia brak zainteresowania rówieśnikami, jak również zabawą z nimi. Postępuje zgodnie z własnymi potrzebami, nie uwzględniając reguł współżycia, jak również uczuć innych osób. Domaga się stałego schematu dnia i źle reaguje na zmiany. Dziecko ze spektrum autyzmu „często przejawia brak zabawy, opartej na wyobraźni, naśladowaniu, pozorowaniu. Duży niepokój wśród personelu przedszkolnego może wzbudzać natomiast nadmierna ruchliwość, zaburzenia koncentracji uwagi, napady złości, agresja i autoagresja” (Grabinska i in. 2013: 163).

W okresie szkolnym nadal utrzymują się trudności w relacjach społecznych, mimo widocznych postępów w rozwoju. Dziecko z ASD w szkole jest nadpobudliwe psychoruchowo, ale również charakteryzuje go indywidualizm. Często ma ponadprzeciętną pamięć mechaniczną oraz uzdolnienia plastyczne i muzyczne. Wykonuje skomplikowane obliczenia matematyczne, przy czym nadal jest zaburzona zdolność myślenia abstrakcyjnego (Grabinska i in. 2013: 164). Trudności, z jakimi zmagają się dzieci ze spektrum autyzmu, niezaprzeczalnie wpływają na ich funkcjonowanie społeczne (Szałajko 2019: 60). Należy jednak podkreślić, że charakterystyczne zaburzenia w obszarze nawiązywania relacji emocjonalno-społecznych u dzieci z ASD pojawiają się stopniowo i o różnym natężeniu w czasie (Winczura 2017: 70).

## Metody i formy postępowania terapeutycznego dziecka ze spektrum autyzmu

W 1902 roku w Anglii przez Charlesa S. Sherringtona, brytyjskiego neurofizjologa, w książce *The Integrative Action of the Nervous System* został użyty po raz pierwszy termin „integracja sensoryczna”. Natomiast nowe znaczenie temu pojęciu nadała A. Jean Ayres w latach 60. XX wieku. Uznała ona, że integracja sensoryczna jest procesem, w którym następuje przede wszystkim organizacja dostarczanych do organizmu wrażeń, w taki sposób, aby mogły być one wykorzystane w celowym, zakończonym sukcesem działaniu (Maas 1998: 18). Warto zwrócić uwagę, że integracja czynności zmysłowo-ruchowych jest procesem, gdzie mózg przyjmuje, segreguje czy też interpretuje informacje z narządów, zmysłów i w związku z tym integruje je z już posiadanymi oraz zapamiętuje, by móc odpowiedzieć na nie z właściwą reakcją (Borkowska, Wagh 2010: 12). Integracja sensoryczna jest przede wszystkim procesem neurologicznym, który pozwala na skuteczne, automatyczne czy też łatwe reagowanie na konkretne bodźce sensoryczne (Yack i in. 2014: 21).

A. Jean Ayres zaobserwowała występowanie zaburzeń sensorycznych w grupie dzieci ze spektrum autyzmu. Dzieci z ASD mogą przejawiać nadwrażliwość lub podwrażliwość sensoryczną, która jest uzależniona od progu sensorycznego. Do objawów przejawianych zaburzeń w tym zakresie można zaliczyć: problemy w skupieniu uwagi, wysoki lub niski poziom aktywności, brak chęci do aktywności, intensywne reakcje na zmiany, frustracja, nadwrażliwość bądź podwrażliwość na światło, dotyk, ruch, zapach, smak czy dźwięk (Rynkiewicz 2009; Charbicka 2015). Dodatkowo, u niektórych dzieci występują zaburzenia rozwoju motorycznego, deficyty praktyki czy też słaba koordynacja (Skórczyńska 2009: 51–52). Można również zaobserwować nieprawidłowy rozwój, np. dotyczący odczuwania schematu ciała, orientacji przestrzennie-czasowej, niezgrabności, słabej koordynacji wzrokowo-ruchowej. Natomiast opóźniona motoryka może prowadzić często do występowania szeregu bezcelowych, globalnych, jak i małych ruchów. Występowanie stereotypii czy trudnych zachowań ruchowych, powoduje to, że postępowanie wychowawcze i tym samym usprawniające, nie jest prostym zadaniem. Ma to związek z występowaniem u dzieci ze spektrum autyzmu sztywnych zachowań, apatii, ograniczeń w komunikacji społecznej oraz braku zainteresowania zadaniami lub poleceniami, które są proponowane przez terapeutę (Frith 2015).

Coraz częściej prowadzi się badania przesiewowe w poradniach pediatrycznych, gdzie zaleca się wykonywanie pierwszych badań już około 18. miesiąca życia dziecka, a kolejno 6 miesięcy później (Komender i in. 2014: 42). Dlatego też bardzo ważne jest, aby jak najszybciej objąć dziecko opieką z zakresu wczesnego wspomaganie rozwoju (WWR). Wczesne wspomaganie rozwoju jest skierowane

do dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, u których stwierdzono nieprawidłowości rozwojowe i organizuje się go na podstawie opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju.

Z tej formy wsparcia mogą korzystać dzieci ze spektrum autyzmu. Program Wczesnego Wspomagania Rozwoju oferuje wsparcie i terapię dostosowaną do indywidualnych potrzeb dziecka z ASD, aby pomóc mu w osiągnięciu jak największego potencjału rozwojowego. Warto zaznaczyć także, że wspomaganie rozwoju dziecka z ASD to zarówno świadome, jak i wielospecjalistyczne systemowe oddziaływania, których głównym celem jest stymulowanie rozwoju psychoruchowego i społecznego, już od momentu pierwszych symptomów nieprawidłowości i zaburzeń w funkcjonowaniu. Wczesna, kompleksowa, interdyscyplinarna pomoc powinna obejmować zarówno oddziaływania medyczno-rehabilitacyjno-terapeutyczne, jak i rewalidacyjno-wychowawcze. Istotną kwestię stanowią rodzice, ponieważ podobnie jak ich dzieci, stanowią podmiot efektywnej terapii. Dlatego też ważne jest poradnictwo czy edukacja pedagogiczna rodziców (Cygan 2019: 100). Zajęcia w ramach WWR realizowane są przez psychologa, logopedę, fizjoterapeutę czy pedagoga specjalnego, posiadającego odpowiednie kwalifikacje do pracy z dzieckiem z ASD. Wczesne wspomaganie dziecka przede wszystkim koncentruje się na stymulacji polisensorycznej (poprzez zajęcia z integracji sensorycznej), wspiera rozwój mowy (dzięki terapii logopedycznej), a także pomaga w kształtowaniu orientacji przestrzennej, relacji społecznych, umiejętności samoobsługi oraz usprawnianiu słuchu i widzenia (Niedźwiecka i in. 2015: 20).

Według Marty Grabinskiej i in. (2013: 163) działania w ramach wczesnego wspomagania rozwoju powinny również kompleksowo obejmować:

- „wsparcie dla członków rodziny,
- rehabilitację zaburzeń neurofizjologicznych,
- specjalistyczną opiekę medyczną,
- pracę nad umiejętnością nawiązywania i podtrzymywania kontaktów,
- diagnozę funkcjonowania poznawczego i poziomu gotowości dziecka do podjęcia nauki,
- wypracowanie strategii postępowania w sytuacjach pojawienia się trudnych zachowań”.

Terapia logopedyczna dziecka z autyzmem jest procesem skomplikowanym i wieloetapowym, który jest poprzedzony skrupulatną diagnozą (Tarnawska 2018). Milena Stasiak (2018: 79) zauważa, że „zadaniem diagnozy jest opisanie zachowań, których brakuje w rozwoju dziecka, a nie wymienienie zachowań zaburzonych. W zasadach ogólnych dotyczących diagnozowania dzieci autystycznych istotne jest stwierdzenie, że diagnoza to integralna część terapii”. Odnosząc się do powyższego, w przebiegu terapii dzieci ze spektrum autyzmu

autorka powołując się na M. Konstantereas'a, E. Blackstock'a, Ch. Webster'a (1992: 73) wymienia występujące deficyty, które mogą wystąpić u osób z ASD, takie jak:

1. Ilościowe: werbalne i niewerbalne.
2. Jakościowe: echolalie (bepośrednie i funkcjonalne), nieprawidłowe użycie zaimków; tworzenie neologizmów; dosłowne pojmowanie języka, które prowadzi do trudności w interpretacji metafor, żartów, idiomów czy przysłów. Nietaktowne komentarze i uwagi kierowane do innych osób. Problemy z artykulacją.
3. Pragmatyczne użycie języka: trudności w prowadzeniu dialogu, w tym brak umiejętności naprzemiennego mówienia. Ograniczona potrzeba nawiązywania kontaktu z dorosłymi i rówieśnikami. Niezdolność do symbolicznego wykorzystywania przedmiotów. monotonna prozodia, pozbawiona zróżnicowanego tonu, rytmu czy melodii.

W prezentowanym przypadku deficyt jakościowy jakim jest sygmatyzm (terminologia za Sołtys-Chmielowicz 2003) będzie w procesie logopedycznym stanowił istotny element pracy terapeutycznej. Ważnym ogniwem pracy logopedycznej będzie rozwój komunikacji. Ponadto w celu usprawnienia umiejętności komunikacyjnych oraz interakcji społecznych wystąpiła potrzeba uczestnictwa w Treningu Umiejętności Społecznych (TUS). Jolanta Książek (2024: 88) konkluduje, że niezmiernie ważna w procesie terapeutycznym dziecka z ASD jest współpraca specjalistów psychologa i logopedy. Autorka zaznacza, że „dziecko rozwija swoje sprawności komunikacyjne oraz zdolność rozumienia drugiej osoby na zajęciach z treningu umiejętności społecznej. Istotne jest również modelowanie i wykorzystywanie sytuacji z życia codziennego do nabywania i utrwalania umiejętności. Dla uczniów o niższym poziomie funkcjonowania przydatne jest tworzenie schematów postępowania w określonej sytuacji (Garncarz, Rybka 2012)” (Książek 2024, 88). Metoda TUS pomaga modelować adekwatne zachowania społeczne poprzez nabywanie prawidłowych wzorców. Magdalena Godlewska i Katarzyna Mierzejewska (2021: 58–59) prezentują oparty na założeniach Arnolada Goldsteina prawidłowy schemat prowadzenia Treningu Umiejętności Społecznych, który zakłada:

- 1) modelowanie oparte na uczeniu się poprzez obserwację i naśladownictwo (wzmacnianie pożądaných zachowań, osłabianie zachowań nieadekwatnych);
- 2) odgrywanie ról;
- 3) transfer umiejętności – to zjawisko generalizacji, w którym zmiany w zachowaniu dziecka utrzymują się przez dłuższy czas i są przenoszone w różnych adekwatnych kontekstach, sytuacjach i w obecności różnych osób. Wśród sposobów sprzyjających generalizacji Autorki wymieniają: psycho-



edukację, zmienność bodźca, wprowadzenie identycznych elementów, które mogą wystąpić w realnej sytuacji dziecka.

Zajęcia z TUS tematycznie są dostosowane do potrzeb uczestnika zajęć, dlatego w przypadku dziecka z ASD mogą dotyczyć wzorców zachowań społecznych, identyfikacji emocji własnych i otoczenia społecznego, prawidłowej komunikacji dostosowanej do odbiorcy komunikatu.

## Metodologia badań

Głównym celem prezentowanych badań jest uzyskanie szczegółowego obrazu społecznego funkcjonowania czteroletniego chłopca ze spektrum autyzmu, objętego pomocą z zakresu wczesnego wspomaganie rozwoju oraz zidentyfikowanie skutecznych metod i form wsparcia stosowanych w terapii. Adekwatną metodą zastosowaną w celu realizacji badań jest analiza indywidualnego przypadku (*case study*), która zakłada indywidualne podejście do badanej jednostki oraz możliwość dostosowywania metod wsparcia do specyficznych potrzeb i wyzwań analizowanego dziecka z ASD. Przykładem badań polskich naukowców, wykorzystujących omawianą ścieżkę metodologiczną są opracowania dotyczące dzieci z ASD takich autorów, jak m.in.: Małgorzata Płoszaj (2018); Magdalena Kahraman (2020); Karina Leksy (2020); Agnieszka Stefanow (2021); Barbara Cygan, Małgorzata Kurowska (2022).

Celem studium przypadku jest szczegółowe zrozumienie sytuacji życiowej jednostki, uwzględniając wpływ określonych czynników kulturowych, społecznych oraz edukacyjnych, które kształtują i modyfikują te doświadczenia. Korzystanie z tej metody w kontekście badań z zakresu pedagogiki specjalnej pozwala zrozumieć i zgłębić indywidualną złożoność sytuacji osób z niepełnosprawnościami i chorobami, co umożliwi skuteczniejsze wspieranie ich w edukacji oraz funkcjonowaniu społecznym (Domagała-Zyśk 2016).

Przedmiotem badania jest kompleksowe spojrzenie na specyficzne trudności i zasoby dziecka z ASD oraz ocenę skuteczności dostosowanych personalnie metod wczesnego wsparcia, które odgrywają kluczową rolę w osiągnięciu długofalowych postępów. Zrealizowanie celu badania jest podparte uzyskaniem odpowiedzi na pytania badawcze oraz wysunięcie wniosków, które pozwolą scharakteryzować skuteczne metody i formy, które przyczyniają się do rozwoju dziecka z ASD. W związku z powyższym główny problem badawczy został sformułowany następująco: Jak funkcjonuje dziecko z ASD w obszarze psychospołecznym oraz jakie strategie terapeutyczne są stosowane w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju? Precyzyjne uzyskanie wyczerpującej odpowiedzi na tak sformułowany problem badawczy wyeksponowało następujące pytania szczegółowe: (1) jakie działania

i zalecenia terapeutyczne są stosowane w ramach wspierania rozwoju analizowanego przypadku?; (2) jakie są wskazówki do dalszej pracy terapeutycznej?

Metoda studium przypadku może mieć na celu eksplorację, opisanie oraz wyjaśnienie zjawisk. Jest to strategia badawcza, skupiająca się na dogłębnym zrozumieniu dynamiki pojedynczej jednostki badawczej lub przypadku, która pozwala na zróżnicowanie technik i narzędzi badawczych. Stanowi to kluczową cechę studium przypadku, ponieważ umożliwia ono analizę zjawisk w ich unikalnym kontekście sytuacyjnym (Kozuch, Marzec 2014: 33). W omawianym przypadku jest to funkcjonowanie sensoryczne, społeczne i umiejętności komunikacyjne dziecka ze spektrum autyzmu wspomagane podczas terapii, dlatego aby zrealizować główne założenie celu badawczego, wykorzystano do badań adekwatne techniki, takie jak analiza dokumentów oraz wywiad indywidualny z terapeutą. Przed przystąpieniem do analizy przypadku uzyskano zgodę rodziców na wykorzystanie zebranych danych wyłącznie w celach naukowych. Ponadto do rodziców został wysłany opracowany tekst z końcowym raportem badań. Rodzice zaakceptowali finalną wersję i nie wnieśli żadnego sprzeciwu na ich opublikowanie w czasopiśmie naukowym.

## Charakterystyka badanego dziecka

Prezentowane studium przypadku dotyczy chłopca czteroletniego, z którym rodzice zgłosili się na konsultację z uwagi na nieadekwatne i niepożądane zachowania, a które prezentował w grupie rówieśniczej.

Już na wczesnym etapie badania stwierdzono u chłopca znaczące trudności w dostosowaniu się do sytuacji badania, co przejawiało się szczególnie w jego nadpobudliwości psychoruchowej, obecności wokalizacji, eholalii, a także momentów „zawieszania się”. W zakresie interakcji społecznych zauważono, że chłopiec nie inicjował kontaktu wzrokowego i nie podzielał pola wspólnej uwagi. Przejawiał również tendencję do zachowań impulsywnych, nieprzystających do kontekstu sytuacyjnego.

Analiza aktualnej sprawności intelektualnej, przeprowadzona za pomocą Skali Inteligencji Stanford-Binet 5, wskazywała na wysoką inteligencję chłopca. Uzyskane przez chłopca wyniki szczegółowe ujawniły jednak dysharmonijny rozwój funkcji intelektualnych zarówno w obszarze werbalnym, jak i niewerbalnym.

W obszarze niewerbalnym zaobserwowano ponadprzeciętną zdolność do rozwiązywania zadań logicznych, związanych z ustalaniem relacji w jakich pozostają względem siebie poszczególne obiekty. Chłopiec w sposób bardzo efektywny identyfikował zmiany w sekwencjach oraz reguły rządzące wzorcami, co implikuje wyspecjalizowaną percepcję wizualną i zdolności analityczne. Opisane

umiejętności są lepiej rozwinięte w obszarze niewerbalnym, a więc tym, który nie wymaga dużego udziału języka. Oprócz tego badany prezentował wysoki poziom wiedzy ogólnej. Z kolei w obszarze werbalnym (czyli tym, który wymaga większego udziału języka), chłopiec na poziomie ponadprzeciętnym radził sobie z rozumowaniem ilościowym, rozumianym jako umiejętność rozwiązywania problemów oraz zadań matematycznych.

W zakresie spostrzegania wzrokowego, badany dobrze radził sobie z zadaniami wzrokowo-przestrzennymi, dostrzegał wzory i zależności prezentowane na materiale wizualnym, wykazywał dobrą orientację przestrzenną oraz rozumienie pojęć związanych z tym obszarem. Pomimo względnie licznych mocnych stron, u chłopca występowały wyraźne trudności w zakresie pamięci roboczej, które korelują z obserwowaną tendencją do dekoncentracji.

Aktualnie w wyniku intensywnych oddziaływań terapeutycznych u dziecka zaobserwowano poprawę w zakresie współpracy z osobami dorosłymi, jednak w obszarze interakcji z rówieśnikami stopień nasilenia trudności nie uległ poprawie. Oprócz tego nadal występowały trudności w koncentracji uwagi na różnego rodzaju zadaniach oraz skłonności do zabaw samotnych.

U chłopca występowały trudności w inicjowaniu kontaktu wzrokowego, a także w obszarze motoryki dużej i małej. Oprócz tego obserwacje wskazywały na występowanie u chłopca deficytów sensorycznych, częstych fiksacji na jednym przedmiocie, a także na występowanie nieadekwatnych reakcji emocjonalnych oraz ograniczonej empatii. Dziecko przejawiało znaczne trudności w dostosowaniu się do obowiązujących norm społecznych. Trudność sprawiało mu rozpoznawanie i interpretowanie zjawisk społecznych, co może skutkować stosowaniem przez chłopca nieprawidłowych strategii społecznych. Warto dodać, że chłopiec uczestniczył w zajęciach logopedycznych z powodu seplnienia międzyczębowego oraz obniżonego napięcia mięśniowego.

## Strategie terapeutyczne

Zespół specjalistów zarekomendował udział chłopca w zajęciach w ramach zajęć wczesnego wspomagania rozwoju. Zespół specjalistów diagnozujących chłopca, zwrócił uwagę na potrzebę regularnego monitoringu tempa oraz rytmu jego rozwoju psychoruchowego, obserwację postępów we wszystkich sferach rozwoju oraz wdrażanie odpowiednich działań terapeutycznych, uwzględniających aktualny stan dziecka i jego zmieniające się potrzeby. Na początek zalecili koncentrację na ćwiczeniu umiejętności dzielenia wspólnego pola uwagi, nawiązywania i podtrzymywania kontaktu wzrokowego oraz przestrzegania poleceń, które będą wspierane przez demonstracje, aby chłopiec mógł lepiej pojąć instrukcje.

Ponadto model edukacji powinien być oparty na doświadczaniu, a komunikacja werbalna uzupełniana o materiały wizualne i dźwiękowe. Nowe pojęcia powinny być prezentowane bazując na konkretach. Należy wspierać rozwój chłopca poprzez aktywną interakcję oraz nagradzanie każdej formy komunikacji (gestem lub słowem). Niezmiernie ważna jest stymulacja rozwoju chłopca we wszystkich sferach, ze szczególnym uwzględnieniem:

- rozwoju sensorycznego, który obejmuje zdolności widzenia, słyszenia, smaku, węchu, dotyku, równowagi i czucia głębokiego;
- rozwoju emocjonalnego, regulacji emocji, w tym umiejętności okazywania i panowania nad nimi w trudnych sytuacjach;
- rozwoju społecznego, z uwzględnieniem w szczególności nawiązywania i utrzymywania poprawnych relacji, zwłaszcza z rówieśnikami.

Biorąc pod uwagę, że chłopiec potrzebuje kompleksowej stymulacji oraz specjalistycznej opieki, Zespół diagnozujący zarekomendował objęcie opieką psychologiczną dziecka i jego rodziny, psychoedukację rodziców w obrębie zagadnień związanych z nieprawidłowościami rozwojowymi ich dziecka, tj. np. skuteczne formułowanie poleceń, stosowanie pozytywnych wzmocnień, a także współpracę ze specjalistami, diagnozę i terapię procesów integracji sensorycznej (SI), włączenie do życia codziennego elementów treningu umiejętności społecznych.

Metody i formy pracy z dzieckiem powinny być dostosowywane do zmieniających się potrzeb dziecka, a zajęcia z dzieckiem początkowo przyjmowały charakter zabawy, by następnie, stopniowo wprowadzać zasady oraz prawidłowe nawyki, niezbędne w pracy dydaktycznej. Za kluczowe uważa się motywowanie chłopca, częste stosowanie wspomnianych już pozytywnych wzmocnień, dostrzeganie postępów oraz akcentowanie mocnych stron jego rozwoju.

Kluczowe jest, aby zapewnić chłopcu poczucie bezpieczeństwa oraz przynależności, a także stałość środowiska wychowawczego.

Należy podkreślić, że chłopiec nie został poddany diagnozie SI, ponieważ w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju nie przeprowadza się takiego badania. W związku z tym terapeuta integracji sensorycznej przeprowadził obserwację dziecka w ramach zajęć wczesnego wspomaganie rozwoju i zarekomendował następujące ćwiczenia:

Praca z zakresu propriocepcji:

- zawijanie dziecka w kocyk („naleśnik”) z lekkim uciskiem,
- masażyki z użyciem wałka piankowego lub płynu chłodzącego,
- stosowanie kamizelek obciążających lub kocyków obciążeniowych,
- przeciąganie liny, przesuwanie cięższych przedmiotów (np. pudła z książkami),
- chodzenie z woreczkami z grochem na głowie,
- wspinanie po niższych drabinkach lub linach.



Ćwiczenia poprawiające koordynację ruchową:

- chodzenie po linii lub równoważni,
- skakanie z kamienia na kamień (wyznaczone miejsca),
- zabawy z utrzymaniem równowagi, np. stanie na jednej nodze,
- wzmacnianie współpracy obu stron ciała, np. krzyżowanie rąk przy dotykaniu kolan,
- zabawy w rzucaniu i łapaniu – oburącz i jednorącz.

Techniki samoregulacji, wyciszenie:

- kołysanie w hamaku lub fotelu wiszącym,
- oddychanie przeponowe – zabawa w „nadmuchiwanie balonika”,
- kącik sensoryczny: miękkie poduszki, koc obciążający, zabawki sensoryczne, lampka z lekkim światłem.

Współpraca z rodzicami i terapeutami:

- dieta sensoryczna,
- regularna wymiana informacji o zachowaniu i postępach dziecka,
- wspólne ustalanie strategii, które można zastosować w domu, przedszkolu.

Powyższe ćwiczenia mają na celu zniwelowanie zaburzeń, które pomagają w regulacji nieprawidłowych zachowań.

## Podsumowanie

Zebrane informacje z analizy dokumentów oraz z wywiadu ze specjalistą, pozwalają stwierdzić, że dziecko przejawiało deficyty w sferze kompetencji społecznych charakterystyczne dla zaburzeń ze spektrum autyzmu. W związku z tym zalecono chłopcu zajęcia w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju, takie jak: terapia logopedyczna, terapie integracji sensorycznej (SI), trening umiejętności społecznych (TUS). Istotnie nie możemy na tym etapie mówić o sukcesach terapeutycznych, ponieważ chłopiec nie zakończył procesu terapeutycznego i w dalszym ciągu potrzebuje wsparcia specjalistów. Należy jednak podkreślić, że pomimo dopiero rozpoczętej terapii, dostrzeżono poprawę w relacjach z osobami dorosłymi. W przypadku chłopca nawet niewielkie postępy w obszarze funkcjonowania społecznego można uznać za pozytywny wynik terapii. Dlatego podejmowanie zaleconych działań terapeutycznych powinno być systematyczne i objęte wielospecjalistyczną opieką.

Kluczowe jest stworzenie zindywidualizowanych terapii, wspierających rozwój społeczny dzieci z ASD. Wczesna diagnoza pozwala na podjęcie odpowiednich kroków oraz wprowadzenie specjalistycznych terapii, które umożliwią prawidłowe wspomaganie rozwoju dziecka, a także wyrównywanie jego deficytów. Reasumując, praca z dziećmi ze spektrum autyzmu, które są objęte wczesnym wspomaganie rozwoju, wymaga:

- dostosowania odpowiednich metod oraz tempa pracy do potrzeb dziecka;
- dostrzegania mocnych stron, a także pojawiających się trudności;
- stosowania odpowiednich środków, metod komunikacji (np. AAC, PECS, gesty, obrazki);
- ustalenia planu zajęć ( w przypadku zmiany w rutynie, warto najpierw wprowadzić powiadomienie wizualne lub werbalne);
- organizowania zajęć rozwijających umiejętności społeczne np. (TUS);
- stosowania strategii wyciszających, takich jak techniki oddechowe, muzyka relaksacyjna;
- dostarczania dziecku odpowiednich bodźców sensorycznych zarówno w warunkach domowych jak i w czasie zajęć;
- wykorzystywania potrzebnych pomocy sensorycznych (np. kołderki, kamizelki obciążeniowe);
- motywowania i wzmacniania pozytywnych zachowań;
- współpracy rodziców ze specjalistami.

Powyższy artykuł nie wyczerpał zagadnienia jakim są psychospołeczne zaburzenia dziecka ze spektrum autyzmu, ponieważ „nie istnieją uniwersalne programy, które byłyby odpowiednie i skuteczne dla wszystkich dzieci. Można nawet przyjąć, że jeśli jakikolwiek program jest w ten sposób zachwalany, powinno to budzić wobec niego ostrożność i nieufność. Zróżnicowanie tej populacji pod względem charakteru i nasilenia problemów rozwojowych jest tak duże, że nie może być mowy o jednym podejściu terapeutycznym (Pisula 2005: 122). A zatem niezbędne wydaje się przeprowadzenie dalszych badań w celu opracowania skutecznych strategii uwzględniając indywidualny rozwój dziecka z ASD.

## Bibliografia

- Borkowska M., Wagh K. (2010), *Integracja sensoryczna na co dzień*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Błęszyński J. (2023), *Co osoby z autyzmem mówią nam o edukacji. Raport z badań*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa, 22.
- Charbicka M. (2015), *Dziecko z zespołem Aspergera*, Wydawnictwo Difin, Warszawa.
- Cygan B., Kurowska B. (2022), *Diagnoza i terapia zachowań u trzyletniego dziecka ze spektrum autyzmu (ASD). Studium Przypadku*, Konteksty Pedagogiczne, 2(19): 61–76.
- Cygan B. (2019), *Diagnoza małego dziecka. Konteksty interdyscyplinarne*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.
- Domagała-Zyśk E. (2016), *Studium indywidualnego przypadku jako metoda badań naukowych w pedagogice specjalnej* [w:] R. Skrzyniarz, L. Działczkowska, D. Opozda (red.), *Przedmiot, źródła i metody badań w biografii* (s. 507–517), Wydawnictwo Episteme, Lublin.
- Drzazga-Lech M., Kłeczek M., Ir M. (2021), *Różne sposoby definiowania autyzmu, przegląd stanowisk*, Acta Universitatis Lodzianensis, Folia Socjologia, 79: 49–62.
- Frith U. (2015), *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot.

- Grabinska M., Talar D.A., Kurylak A., Kaźmierczak M., Zreda-Pikies A., Wróbel-Bania A. (2013), *Spoleczne funkcjonowanie dziecka z autyzmem*, Przegląd Naukowo-Metodyczny. Edukacja dla Bezpieczeństwa, 3: 158–169.
- Kahraman M. (2020), *Ocena edukacyjnych i terapeutycznych form wspierania dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu z perspektywy rodzica – pedagoga. Analiza przypadku*, Alcumena Pismo Interdyscyplinarne, 3/3: 63–76.
- Komender J., Jagielska G., Bryńska A. (2014), *Autyzm i zespół Aspergera*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Kożuch A., Marzec I. (2014), *Studiów przypadku jako strategia badawcza w naukach społecznych*, Zeszyty Naukowe WSOWL, 2(172): 32–44.
- Krawczyk P., Świąciki Ł. (2020), *ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO*, Psychiatria Polska, 54(1): 7–20.
- Książek J. (2024), *Dostosowanie przestrzeni i procesu kształcenia dla uczniów z zaburzeniami ze spektrum autyzmu w warunkach szkoły integracyjnej i ogólnodostępnej*, Zeszyty Naukowe Pedagogiki Specjalnej, 1(17): 81–93.
- Leksy K. (2020), *Social support for children with autism spectrum disorder and their families as exemplified by the analysis of an individual case*, Szkoła Specjalna, t. LXXXI, 3: 188–199. DOI: 10.5604/01.3001.0014.2358.
- Maas V.F. (1998), *Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej*, tłum. E. Grzybowska, Z. Przyrowski, M. Ślifirska, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- Majewicz P. (2023), *ICD-11 – implikacje w badaniach i praktyce psychologiczno-pedagogicznej*, Lubelski Rocznik Pedagogiczny, t. XLII(1): 123–139.
- Niedźwiecka A., Piwowońska J., Wisła I. (2015), *Informator dla rodziców dzieci z niepełnosprawnościami. Jestem mamą. Nie rehabilitantką. Jestem tatą. Nie terapeutą*, Fundacja IMAGO, Kraków.
- Pisula E. (2005), *Małe dziecko z autyzmem*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Pisula E. (2015), *Autyzm. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Płoszaj M. (2018), *Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka z ASD. Analiza przypadku*, Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis, Studia Psychologica XI: 170–189, doi 10.24917/20845596.11.12.
- Prokopiak A. (2021), *Autism in extreme models of understanding disability*, Constructivist Foundations, 17(1): 58–60
- Rynkiewicz A. (2009), *Zespół Aspergera*, Harmonia, Gdańsk.
- Skórczyńska M. (2009), *Wczesne diagnozowanie autyzmu – perspektywy i dylematy* [w:] B. Winczura (red.), *Autyzm. Na granicy zrozumienia* (s. 51–52), Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Sołtys-Chmielowicz A. (2003), *O niespójności terminów nazywających wady wymowy*, Audiofonologia, t. XXIV: 131–136.
- Stasiak M. (2018), *Diagnoza i terapia logopedyczna dziecka z autyzmem atypowym*, Informator Polskiego Związku Logopedów, 1(15): 73–98.

- Stefanow A. (2021), *Strategie postępowania w zaburzeniach zmysłu czucia u dziecka ze spektrum autyzmu w przedszkolu terapeutycznym – studium przypadku*, *Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej*, 43: 178–197.
- Szałajko W. (2019), *Funkcjonowanie społeczne dziecka z autyzmem*, *Kwartalnik Edukacyjny*, 97: 57–66.
- Winczura B. (2017), *Od wczesnych zwiastunów autyzmu po przywiązanie – rozwój relacji społecznych dzieci ze spektrum autyzmu w kontaktach z bliskimi*, *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej*, 19: 69–94.
- Wojda A., Dziurzyński K. (2020), *Kompetencje społeczne nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej*, *Pedagogika Społeczna*, 3(77): 177–195.
- Yack E., Aquilla P., Sutton S. (2014), *Tworzenie więzi poprzez integrację sensoryczną*, tłum. A. Zbróg, *Harmonia Universalis*, Gdańsk.
- Zajdel K. (2015), *Relacje interpersonalne dziecka autystycznego w grupie – analiza przypadku*, *Wychowanie w Rodzinie*, t. XI, 1: 305–318.

#### Netografia

- Godlewska M., Mierzejewska K. (2021), *Rozwijanie umiejętności społecznych. Jak prowadzić zajęcia TUS* [w:] *Terapia Specjalna dzieci i dorosłych*, [on-line] <https://terapiaspecjalna.pl/arttykul/jakprawidlowo-zorganizowac-zajecia-tus-praktyczne-wskazowki> [dostęp: 22.11.2024].