

Marzenna Zaorska
Joanna Trajdowska

CZY NAUCZANIE DZIECI Z AUTYZMEM JĘZYKA ANGIELSKIEGO MA SENS (NA PODSTAWIE OPINII RODZICÓW DZIECI AUTYSTYCZNYCH)?

WPROWADZENIE W ISTOTĘ AUTYZMU

Termin autyzm został wprowadzony w 1911 roku przez Eugeniusza Bleulera dla określenia jednego z centralnych objawów schizofrenii. W koncepcji Bleulera autyzm oznacza rozluźnienie dyscypliny myślenia logicznego w połączeniu z zamknięciem się w sobie¹. Nazwę „autyzm wczesnodziecięcy” wprowadził Leo Kanner w 1943 roku. Wśród dzieci z niedorozwojem umysłowym, schizofrenią i psychozami dostrzegł takie, które nie mieściły się w żadnej grupie. Według Kannaera autyzm jest rozumiany przede wszystkim jako brak fantazji lub zdolności kierowania rzeczywistością².

27 czerwca 1977 roku Krajowe Stowarzyszenie Dzieci Autystycznych na Florydzie przyjęło tzw. krótką definicję autyzmu, w myśl której:

[...] autyzm jest poważnym upośledzeniem rozwojowym występującym w całym okresie życia, które w sposób typowy dla niego zaczyna przejawiać się w pierwszych 3 latach życia. [...] Objawy autyzmu są spowodowane uszkodzeniami mózgu i obejmują: zaburzenia i opóźnienia w opanowywaniu nawyków życia codziennego, nawyków społecznych i językowych³.

¹ Zob. H. Jaklewicz, *Autyzm wczesnodziecięcy. Diagnoza – przebieg – leczenie*, Gdańsk 1993.

² Zob. ibidem.

³ F. Warren, *Spółeczeństwo, które zabija wasze dzieci*, [w:] *Dziecko autystyczne i jego rodzice*, red. T. Gałkowski, Warszawa 1984, s. 27–29.

Dla Hanny Jaklewicz autyzm to

[...] zaburzenie rozwojowe, które ujawnia się w ciągu trzech pierwszych lat życia. Objawy [...] dotyczą przede wszystkim zaburzeń w sferze funkcjonowania społecznego. Osiowym objawem jest wycofywanie się z kontaktów społecznych, co warunkuje powstawanie kolejnych objawów zespołu⁴.

Kanner określał autyzm jako „niezdolność do wchodzenia w normalny sposób w relacje z ludźmi i sytuacjami” albo jako „skrajne wycofanie, które sprawia, że kiedy tylko jest to możliwe, wszystko, co pochodzi z zewnątrz, jest pomijane, ignorowane, odrzucane”⁵. Jako symptomy charakterystyczne, występujące u dzieci autystycznych Kanner wymieniał: wyraźne wycofanie się z kontaktów społecznych, głęboki brak kontaktu afektywnego z innymi ludźmi, obsesyjne pragnienie zachowania niezmienności otoczenia, fascynacja przedmiotami, brak mowy (mutyzm) lub specyficzne zaburzenia mowy, rodzaj języka, który nie służy do komunikacji interpersonalnej, dysharmonie rozwoju poznawczego, zachowania świadczące o potencjalnych możliwościach intelektualnych, stereotypie⁶.

Co prawda Kanner wykluczał rozpoznanie autyzmu u dzieci z potwierdzonymi encefalopatiami (uszkodzeniem mózgu) i niepełnosprawnością intelektualną, jednak w związku z występowaniem typowego dla autyzmu zespołu objawów w latach 70. XX wieku zaczęto stawiać to rozpoznanie również u osób z dysfunkcjami intelektu oraz ze stwierdzonym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Najwięcej jednak naukowców jest zdania, że problemy intelektualne są skutkiem zaburzeń autystycznych⁷.

Zaburzenia rozwojowe w autyzmie wczesnodziecięcym manifestują się istotnym obniżeniem zdolności intelektualnych, jakościowymi nieprawidłowościami w zakresie kontaktów społecznych i komunikowania się oraz ograniczonym, stereotypowym, powtarzającym się repertuarem zainteresowań i aktywności. Nieprawidłowości rozwojowe są widoczne najczęściej już od wczesnego dzieciństwa, postawienie diagnozy jest więc możliwe w ciągu około pięciu lat życia dziecka. Mają one charakter trwałe i zakłócają ogólny rozwój oraz funkcjonowanie dziecka autystycznego. Zaburzenia w tej kategorii są

⁴ H. Jaklewicz, op. cit., s. 25.

⁵ Ibidem.

⁶ Zob. ibidem.

⁷ Zob. E. Pisula, *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, Warszawa 2005, s. 21.

definiowane przez zachowanie, które odbiega od normy wiekowej i kulturowej, niezależnie od tego, czy u dziecka stwierdza się dysfunkcje intelektualne. Autyzm należy do grupy uogólnionych (całościowych) zaburzeń rozwojowych⁸. U dzieci z zaburzeniami rozwojowymi występuje specyficzny model ewolucji oraz tendencja do rozwoju nie jednego, a kilku zaburzeń. Zjawisko to widać także na przykładzie dzieci autystycznych. Przyjmuje się nawet, że współwystępowanie zaburzeń u dzieci jest częstsze, a nieprawidłowy rozwój tylko w jednej sferze należy do sytuacji wyjątkowych.

Zaburzenia rozwojowe w systemie klasyfikacyjnym DSM-IV-TR stanowią odrębną grupę jako uogólnione zaburzenia rozwojowe. Do całościowych zaburzeń rozwoju zalicza się następujące kategorie diagnostyczne: zaburzenia autystyczne (AD), zaburzenia Aspergera (w ICD-10: zespół Aspergera; AS), całościowe zaburzenie rozwoju nieujęte w innych kategoriach diagnostycznych w pierwszych wydaniach klasyfikacji zaburzeń psychicznych (PDD-NOS), zaburzenie Retta (w ICD-10: zespół Retta), dziecięce zaburzenie dezintegracyjne (APA, DSM-IV, 1994, APA, DSM-IV-TR, 2000). W odniesieniu do trzech pierwszych z wyżej wymienionych stosowany jest termin „spektrum zaburzeń autystycznych” (ASD). Niektórzy autorzy⁹ do ASD zaliczają wszystkie pięć zaburzeń ujęte w ramach całościowych zaburzeń rozwojowych (PDD). Jeszcze inni badacze¹⁰ nazwą ASD obejmują tylko zaburzenia autystyczne (AD) i całościowe zaburzenie rozwoju nieujęte w innych kategoriach diagnostycznych (PDD-NOS). ASD, obejmujące zaburzenie autystyczne, zaburzenie Aspergera i całościowe zaburzenie rozwoju nieujęte w innych kategoriach diagnostycznych, jest biologicznie uwarunkowanym zaburzeniem rozwojowym, którego dokładna przyczyna pozostaje ciągle nieznana. Jej znalezienie jest trudne z powodu złożoności genetycznej i występujących różnic fenotypowych¹¹.

Kryteria diagnostyczne dla rozpoznania zaburzeń autystycznych (na podstawie DSM-IV-TR) obejmują: utrudnienia w zachowaniu niewerbalnym, kon-

⁸ Zob. A. Czapiga, *Model rozwoju w autyzmie i zaburzenia współwystępujące z autyzmem*, [w:] *Autyzm. Na granicy zrozumienia*, red. B. Winczura, Kraków 2009, s. 153.

⁹ J.L. Crane, A. Winsler, *Early autism detection: Implications for pediatric practice and public policy*, „Journal of Disability Policy Studies” 2008, nr 10, s. 1–9.

¹⁰ J.A. Sullivan, M.J. Lewis, E. Nikko et al., *Multiple interactions drive adaptor-mediated recruitment of the ubiquitin ligase Rsp5 to membrane proteins in vivo and in vitro*, *MOL BIOL CELL* 2007, vol. 18 (7), s. 2429–2440.

¹¹ Zob. Ch.P. Johnson, S.M. Myers, *Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders*, Clinical Report, „Pediatrics” 2007, nr 120, s. 1183–1215.

takie wzrokowym, mimice, postawie ciała i gestach ważnych w kontaktach społecznych; nieumiejętność odpowiedniego dla danego poziomu rozwoju nawiązywania kontaktu z rówieśnikami; brak spontanicznego dążenia do udziału w zabawie, brak zainteresowań i chęci współdziałania z innymi ludźmi (np. niezwracanie uwagi na innych); brak świadomości fizycznej obecności lub uczuć innych osób; opóźniony lub całkowity brak rozwoju mowy, a przy dobrze rozwiniętej mowie brak umiejętności inicjowania i kontynuowania rozmowy; charakterystyczny język dla danej osoby, mowa stereotypowa, powtórzenia; brak różnorodnych, odpowiednich dla danego poziomu rozwoju spontanicznych zabaw grupowych i zabaw naśladowczych; ograniczone, powtarzające się, stereotypowe modele zachowania, zainteresowań i aktywności, powtarzanie zachowań według jednego wzorca, sztywne trzymanie się wzorców i rytuałów, powtarzające się manieryzmy ruchowe (np. trzepotanie lub machanie rękami, ruchy całego ciała), uporczywe zainteresowanie niektórymi przedmiotami¹².

W latach 80. XX wieku Lorna Wing i Judith Gould wprowadziły termin „kontinuum autystyczne” na określenie zaburzeń o różnym nasileniu, dotyczących trzech sfer funkcjonowania: uczestnictwa w naprzemiennych interakcjach społecznych, komunikowania się, wyobraźni¹³. Na jednym krańcu tego kontinuum znajdują się dzieci z bardzo poważnymi zaburzeniami funkcjonowania (dzieci niemówiące, izolujące się, z licznymi zachowaniami stereotypowymi, upośledzone umysłowo), a na drugim – dzieci prawidłowo rozwinięte intelektualnie, które charakteryzują się bardziej dyskretnymi zaburzeniami sfery funkcjonowania społecznego, specyficznymi, ograniczonymi zainteresowaniami oraz niemal prawidłową mową, służącą komunikowaniu się z innymi osobami. Do spektrum autystycznego zaliczono także dobrze funkcjonujące dzieci z cechami autystycznymi, które według obowiązujących kryteriów autyzmu dziecięcego nie zostałyby zdiagnozowane jako autystyczne.

Według Wing i Gould (1979)¹⁴, na podstawie badań epidemiologicznych przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii na 15 000 dzieci w wieku 7–15 lat,

¹² Zob. B. Winczura, op. cit., s. 153.

¹³ Zob. A. Koperwas, I. Lipiec, *Metodologia działalności szkolnego ośrodka kariery wobec uczniów z całociowymi zaburzeniami rozwojowymi*, Projekt Szkoły Andersena Szkołami Równych Szans, Lublin 2011.

¹⁴ C. Gillberg, L. Wing, *Autism: not an extremely rare disorder*, „Acta Psychiatr Scand” 1999, nr 6, s. 399; C. Gillberg, L. Wing, *Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification*, „The Journal of Autism and Developmental Disorders” March 1979, vol. 9 (1), s. 11–29.

dzieci z autyzmem można podzielić na trzy kategorie: 1) **the aloof** – osoby powściągliwe, pełne rezerwy (61%) – preferują samotność, nie komunikują, często występuje niepełnosprawność intelektualna, powściągliwość, obojętność w większości sytuacji, słaby kontakt wzrokowy, nieuświadomienie sobie zmian w otoczeniu; 2) **the passive** – osoby pasywne – akceptacja interakcji zainicjowanych przez innych, często zdolne do porozumiewania się, częsta echolalia bezpośrednia; 3) **the odd** – osoby aktywne, specyficzne – inicjują kontakty, częściej z dorosłymi, powtarzają pewne wzorce zachowań w czasie interakcji, echolalia pośrednia i odroczone, słabe rozumienie potrzeb partnera interakcji.

Triada zaburzeń wyodrębnionych przez Wing i Gould znalazła odzwierciedlenie w aktualnie obowiązujących klasyfikacjach: DSM-IV TR (Diagnostic and Staistical Manual of Mental Disoders) oraz ICD-10 (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja dziesiąta), gdzie do grupy całościowych zaburzeń rozwoju zaliczono zaburzenia, w których w różnym nasileniu występują następujące objawy: nieprawidłowość w rozwoju społecznym, zwłaszcza zdolności do uczestnictwa w naprzemiennych interakcjach społecznych, deficyty i dysfunkcje w porozumiewaniu się (słownym i bezsłownym), obecność sztywnych wzorców zachowania, aktywności i zainteresowań¹⁵.

Całościowe zaburzenia rozwoju stanowią podgrupę zaburzeń neurorozwojowych, do których włącza się również specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka, specyficzne zaburzenia umiejętności szkolnych, specyficzne zaburzenia rozwoju funkcji motorycznych. Zaburzenia neurorozwojowe ujawniają się w okresie niemowlęstwa lub wczesnego dzieciństwa i związane są z uszkodzeniem lub opóźnieniem funkcji, które są ściśle uzależnione od procesu dojrzewania mózgu. Innymi słowy, są one związane z niewystąpieniem w toku rozwoju umiejętności odpowiednich dla wieku. W przypadku zaburzeń autystycznych zaburzenia te są „całościowe”, czyli dotyczą różnych sfer funkcjonowania dziecka, natomiast w zaburzeniach specyficznych zaburzona jest jedna sfera (np. rozwój mowy, rozwój funkcji motorycznych, rozwój umiejętności pisania i czytania)¹⁶.

Wartościowe wydaje się także zaprezentowanie stanowiska, jakie w kwestii istoty autyzmu zajęła Uta Frith. Według autorki:

¹⁵ E. Pisula, *Autyzm – przyczyny, symptomy, terapia*, Gdańsk 2010.

¹⁶ Ibidem.

[...] autyzm jest wywołany szczególnymi zaburzeniami funkcji mózgu. Jego źródłem może być którykolwiek z trzech czynników ogólnych: wada genetyczna, uraz mózgu lub jego choroba. Autyzm stanowi zaburzenie rozwojowe i dlatego jego manifestacja w zachowaniu zmienia się wraz z wiekiem i zdolnościami. Jego główną cechą, obecną w różnej postaci we wszystkich stadiach rozwoju i przy wszystkich poziomach zdolności, stanowi upośledzenie socjalizacji, komunikacji i wyobraźni¹⁷.

Nie budzi wątpliwości to, że przyczyn powstania autyzmu nie da się wytłumaczyć żadnym pojedynczym uszkodzeniem mózgu. Przez całe lata po tym, jak Kanner opisał omawiane zaburzenie, uważano, że podłoże autyzmu ma charakter raczej psychologiczny niż organiczny i może być spowodowane np. wychowaniem przez „zimnych”, obojętnych rodziców.

Margaret Mahler twierdzi, że stan autyzmu jest charakterystyczny dla krótkiego okresu po urodzeniu i występuje w rozwoju każdego dziecka. Okres ten nie trwa dłużej niż kilka pierwszych tygodni. Dziecko w tym czasie reaguje na własne instynktowne potrzeby, natomiast przed światem zewnętrznym chroni się za „barierą przeciwbodźcową”. Świat obiektów jest pusty i nie jest reprezentowany w umyśle dziecka. Określenie tego okresu, jako fazy niezróżnicowanej, oznacza, że dziecko nie pozostaje w relacji z żadnym obiektem oraz nie dokonuje rozróżnienia pomiędzy obiektami¹⁸.

W późniejszym dzieciństwie osiągnięcie stałości obiektu miłości jest uwarunkowane nie tylko zdolnością do zachowania umysłowej reprezentacji matki, gdy jest nieobecna. Stałość obiektu oznacza również, że dziecko posiada obdarzony pozytywną konotacją obraz matki, z którą zachowuje trwałą, dobrą więź, niezależnie od stanu chwilowej frustracji. Dziecko zaczyna zachowywać uczucia przywiązania i miłości, nawet jeżeli obiekt jest niesatysfakcjonujący, i cenić obiekt za wartości inne niż funkcje zaspokajania potrzeb. W ramach teorii relacji z obiektem, autyzm to zaburzenie związane z nieprawidłowym procesem separacji-indywidualizacji. Mahler, używając terminu psychoza autystyczna, podkreśla, że autyzm, jako obronny typ funkcjonowania, nie jest prostą formą regresji do nieobiektywnej fazy, ale raczej specyficznym typem relacji z obiektem¹⁹.

¹⁷ H. Asperger, „*Psychopatia autystyczna*” okresu dzieciństwa, [w:] *Autyzm i zespół Aspergera*, red. U. Frith, przeł. B. Godlewska, Warszawa 2005, s. 8.

¹⁸ Zob. L. Bobkowicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*, Kraków 2005, s. 21.

¹⁹ Zob. A. Gruna-Ożarowska, *Umysł niewspółodczuwających. Neurobiologia autyzmu*, [w:] *Autyzm. Na granicy zrozumienia*, red. Winczura, Kraków 2009, s. 9–21.

Zdaniem Ewy Czownickiej, w teorii Mahler autyzm jest efektem utraty lub wycofania konotacji z ludzkiego aspektu reprezentacji obiektu i zachowania relacji z nieożywionym i mechanicznym obiektem. Frances Tustin charakteryzuje stan autystyczny jako reakcję na zbyt wczesne doświadczenie utraty obiektu gratyfikującego; doświadczenie odebrane zanim dziecko nabyło zdolność do powracania do obiektu pod jego nieobecność poprzez halucynacje²⁰.

W świetle dotychczasowych doniesień naukowych, funkcjonujące od kilkudziesięciu lat teorie etiologiczne i psychoanalityczne nie wyjaśniają rzeczywistych przyczyn autyzmu. Nazywają one raczej zewnętrzne przejawy, nie tłumacząc jego neurobiologicznej natury. Autyzm dziecięcy to nie tylko specyficzny wzorzec ujawniający się w zachowaniu. To stan o objawach wielokładowych: nie tylko wiodących w patologii objawów psychicznych i behawioralnych, lecz i neurologicznych, mających swoje źródło w uszkodzeniach określonych struktur nerwowych, a także licznych towarzyszących zaburzeń somatycznych²¹.

Obecnie przyjmuje się pogląd, że zaburzenie to może być uwarunkowane genetycznie, ponieważ często towarzyszą mu takie problemy, jak zespół kruchego chromosomu X – schorzenie dziedziczne kojarzone z opóźnieniem w rozwoju umysłowym. Jednak nawet w przypadku bliźniąt jednojajowych jedno może cierpieć na autyzm, a drugie – nie. Dzięki badaniom prowadzonym przez International Molecular Genetic Study of Autism Consortium i współpracy wielu ośrodków badawczych wykryto prawie w każdym chromosomie co najmniej jedną nieprawidłowość mogącą mieć powiązania z autyzmem, przy czym wydaje się, że usytuowanie tych nieprawidłowości na paru chromosomach (X, 2, 3, 7, 15, 17, 22) ma bardziej istotne znaczenie w powstawaniu zaburzenia. Badacze są zgodni odnośnie tego, że czynniki genetyczne mogą odgrywać pewną rolę w powstawaniu autyzmu, lecz nie są jedyną i wystarczającą przyczyną powstania tego zaburzenia²².

W mózgu ludzi cierpiących na autyzm stwierdzono wiele nieprawidłowości zarówno w jego budowie, jak i funkcjonowaniu. Najczęściej stwierdzano, że lewa półkula mózgu nie jest aktywna, jak u osób pełnosprawnych. U większości ludzi do lewej półkuli dociera więcej krwi niż do prawej, nawet wówczas, gdy mózg jest w spoczynku. Natomiast u ludzi dotkniętych autyzmem

²⁰ Zob. L. Bobkowicz-Lewartowska, op. cit., s. 21.

²¹ Zob. A. Gruna-Ożarowska, op. cit., s. 8.

²² Zob. E. Pisula, *Małe dziecko z autyzmem*, Gdańsk 2005.

w czasie spoczynku przepływ krwi jest jednakowy w obu półkulach. Zauważono również, że stosunkowo słabo ukrwione obszary w mózgu autystycznym są odpowiedzialne za zdolności językowe i analityczne. Słaby rozwój mowy i umiejętności analitycznych typowy dla autyzmu może więc mieć związek z obniżoną aktywnością lewej półkuli. Z kolei półkula prawa, odpowiedzialna za zdolności wizualne i muzyczne, na które autyzm nie ma wpływu, jest aktywna w takim samym stopniu, jak u osób pełnosprawnych²³.

Aktualne badania strukturalne autystycznego mózgu, zarówno patomorfologiczne, jak i obrazowe, zrealizowane przy pomocy rezonansu magnetycznego dowodzą, że osoby z autyzmem, w porównaniu z osobami pełnosprawnymi mają większą całkowitą objętość mózgu, półkul mózgowych, mózdzku i jądra ogoniastego, przy jednoczesnej redukcji powierzchni ciała modelowanego. Wyniki badań dotyczące ciała migdałowego oraz hipokampa w autyzmie pozostają niespójne. Nie wykryto zmian w objętości wzgórza²⁴.

W trakcie innych badań ustalono, że u niektórych osób dotkniętych autyzmem występują nieprawidłowości w mózdzku, w strukturze otaczającej pień mózgu, do zadań której należy między innymi regulowanie motoryki i równowagi ciała. Stwierdzono również istnienie uszkodzeń w układzie limbicznym, w tym w strukturach odpowiedzialnych za emocje, pamięć i uczenie się. Ponieważ te funkcje i zdolności odróżniają ludzi cierpiących na autyzm od osób pełnosprawnych, wydaje się, że nieprawidłowości w tych strukturach mózgu mogą odgrywać jakąś rolę w powstawaniu zespołu autystycznego. Lecz jakie są ich pierwotne przyczyny, np. niedotlenienie, do którego dochodzi przed porodem lub w jego trakcie, w połączeniu z uwarunkowaniami genetycznymi – pozostaje nadal w sferze badań.

Ze współczesnych badań wynika, że autyzm jest stanem wrodzonym. Skłonność do autyzmu jest dziedziczona poligenowo. Odziedziczenie po przodkach skłonności nie oznacza jednak bezwzględnej determinacji jego wystąpienia, albowiem ujawnienie się autyzmu jest wypadkową zarówno czynników genetycznych, jak i pewnych niekorzystnych czynników środowiskowych. Czynniki środowiskowe, działając tylko u osób podatnych, z genetyczną poligenową predyspozycją, we wczesnych tygodniach życia prenatalnego, kiedy kształtują się

²³ Zob. A.D. Bragdon, D. Gamon, *Kiedy mózg pracuje inaczej*, przeł. L. Okupniak, Gdańsk 2003, s. 39.

²⁴ Zob. M. Hrdlicka, *Structural neuroimaging in autism*, „Neuro-Endocrinology Letters” 2008, nr 3, s. 281.

struktury mózgowie, stają się czynnikami spustowymi, powodując ekspresję kliniczną danego zaburzenia. Uszkodzającymi mózg czynnikami środowiskowymi mogą być zarówno oddziałujące w ciąży czynniki biologiczne (choroby zakaźne wirusowe lub bakteryjne), jak i chemiczne (egzogenne – alkohol etylowy, kwas walproinowy). Wydaje się, że specyficzna, trudna do przewidzenia niekorzystna konfiguracja rozmaitych czynników ryzyka znajduje się u podstaw autyzmu i powoduje jego objawową manifestację. Należy podkreślić, że do grupy całościowych zaburzeń rozwoju zalicza się bardzo zróżnicowane przypadki pod względem funkcjonowania: począwszy od osób mutystycznych (nie posługujących się mową), z poważną niepełnosprawnością intelektualną, autoagresywnych, agresywnych, do dobrze funkcjonujących osób z inteligencją w granicach normy lub ponadprzeciętnym ilorazem inteligencji, ale niepełnosprawnych pod względem umiejętności społecznych, z zaburzeniami dotyczącymi komunikacji słownej i bezsłownej oraz wycinkowymi, stereotypowymi zainteresowaniami²⁵.

Obecnie uważa się, że w etiologii całościowych zaburzeń rozwoju (podobnie jak specyficznych zaburzeń rozwoju) ważną rolę w większości przypadków, ale nie we wszystkich, odgrywają czynniki genetyczne. Istotne mogą być także czynniki środowiskowe. Nie można również wykluczyć, że czynniki psychologiczne, nakładające się na dodatkowe predyspozycje występujące u dziecka, mogą mieć pewne znaczenie w etiologii autyzmu.

Autyzm to niewątpliwie jedno z mniej znanych zaburzeń rozwoju człowieka, nawet wśród nauczycieli i studentów kierunków psychologiczno-pedagogicznych; jest to przede wszystkim zaburzenie kontaktu z otoczeniem, a jego osiowymi objawami, jak podaje np. Kanner, są: autystyczna izolacja oraz przymus stałości otoczenia²⁶.

Podstawową cechą tego zaburzenia jest nasiloną potrzeba izolowania się od innych. Dziecko przejawia pewne „dziwne” zachowania, nie reaguje na pojawienie się matki lub ojca, nie wyciąga do nich rączek, nie interesuje się przedmiotami, płacze i złości się, gdy coś w jego otoczeniu zostanie zmienione, np. przestawienie łóżeczka, zmiana zasłon. Nie nawiązuje kontaktu wzrokowego, fascynuje się niektórymi dźwiękami, światłem, przedmiotami, ale manipuluje nimi w sposób stereotypowy (np. uderzanie, kręcenie, drapanie, pocieranie).

²⁵ A.D. Bragdon, D. Gamon, op. cit., s. 39; P. Rodier, *Początki autyzmu*, „Świat Nauki” 2000, nr 5 (179), s. 50.

²⁶ J. Kruk-Lasocka, *Autyzm czy nie autyzm? Problemy diagnozy i terapii pedagogicznej małych dzieci*, Wrocław 1999, s. 45.

W kontakcie fizycznym, np. podczas przytulania, wykazuje dziwną sztywność. Matki często skarżą się, że ich dzieci nie odczuwają głodu – to one muszą pilnować pory posiłku²⁷.

W okresie od drugiego do piątego roku życia dziecka symptomy autyzmu są już bardzo widoczne. Rodzice dostrzegają, jak poważne różnice zachodzą w rozwoju ich dziecka w porównaniu z rówieśnikami. Rozwój fizyczny nie odbiega wyraźnie od normy, natomiast poważne niepokoje budzi proces komunikacji werbalnej. Dzieci później zaczynają gaworzyć, czasami w ogóle nie wydają dźwięków, wypowiadają słowa, ale nie w celu komunikacji, mowa zostaje w niektórych przypadkach zablokowana. Często można zaobserwować opóźnienie rozwoju umysłowego, któremu towarzyszą specyficzne uzdolnienia (np. muzyczne, doskonała pamięć, zręczność manipulacyjna). Wygląd takiego dziecka nie różni się niczym od wyglądu innych dzieci. Najbardziej charakterystyczne dla autyzmu są następujące zachowania: unikanie relacji emocjonalnych, brak poczucia tożsamości, wyjątkowe uzdolnienia lub prawidłowy rozwój fragmentarycznych funkcji na tle ogólnego opóźnienia, patologiczne zainteresowanie wybranymi przedmiotami, niechęć do wszelkich zmian, niepokoje i lęki bez widocznych przyczyn, dziwaczność zachowań, zaburzona mowa lub całkowity jej brak, stereotypie ruchowe. Czasami zdarza się, że dziecko nie reaguje na stymulację zewnętrzną do tego stopnia, że nawet bodźce sprawiające ból nie robią na nim wrażenia w sposób widoczny. Brak reakcji na dźwięki powoduje, że dzieci są klasyfikowane jako głuche. Za przyczynę autyzmu wczesnodziecięcego najczęściej podaje się uszkodzenie centralnego układu nerwowego, choć nie jest to jednoznaczne²⁸.

Diagnozowanie autyzmu opiera się najczęściej na podstawie przedstawionych kryteriów diagnostycznych dla rozpoznania zaburzeń autystycznych sformułowanych przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne.

Kryteria diagnostyczne autyzmu w DSM-IV są następujące:

A. Jakościowe zaburzenia interakcji społecznych, manifestujące się przez co najmniej dwa z następujących objawów:

- znaczne zaburzenia złożonych niewerbalnych zachowań, takich jak kontakt wzrokowy, ekspresja twarzy, postawa ciała i gestykulacja, w celu regulowania interakcji społecznych,
- brak związków rówieśniczych właściwych dla danego poziomu rozwoju,

²⁷ Zob. *Encyklopedia. Rodzice i dzieci*, red. M. Pawlus, Bielsko-Biała 2002, s. 184.

²⁸ Zob. *ibidem*.

- brak spontanicznego współdzielenia radości, zainteresowań lub osiągnięć z innymi ludźmi (np. brak pokazywania, przynoszenia, wskazywania obiektów zainteresowania),
- brak społecznej lub emocjonalnej wzajemności (wymiany).

B. Jakościowe zaburzenia w komunikacji, manifestujące się przez przynajmniej jeden z następujących objawów:

- opóźnienie lub brak rozwoju językowego, połączone z brakiem prób kompensowania przez alternatywne sposoby komunikacji, takie jak gestykulacja czy mimika,
- u osób z prawidłowym rozwojem mowy znaczne zaburzenia zdolności inicjowania lub podtrzymywania konwersacji,
- stereotypie i powtarzanie lub język idiosynkratyczny,
- brak zróżnicowanej spontanicznej zabawy z udawaniem lub zabawy opartej na społecznym naśladowaniu, właściwej dla danego poziomu rozwoju.

C. Ograniczone, powtarzane i stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i działania, manifestujące się przez przynajmniej jeden z następujących objawów:

- zaabsorbowanie jednym lub kilkoma stereotypowymi i ograniczonymi wzorcami zainteresowań, których intensywność lub przedmiot są nietypowe,
- sztywne przywiązanie do specyficznych, niefunkcjonalnych zwyczajów i rytuałów,
- stereotypowe i powtarzane manieryzmy ruchowe (np. trzepotanie palcami, rękoma, kręcenie się lub złożone ruchy całego ciała),
- uporczywe zajmowanie się częściami obiektów²⁹.

Istnieją także inne skale diagnozujące autyzm, wśród nich jedną z najpopularniejszych jest CARS – Skala Oceny Autyzmu Dziecięcego, obejmująca piętnaście obszarów, między innymi: relacje z ludźmi, naśladowanie, adaptacja i komunikacja niewerbalna. W obrębie każdego z nich obserwator dokonuje oceny zachowania dziecka na czterostopniowej skali, określającej stopień ciężkości zaburzeń w danym obszarze. Skalę tę powszechnie wykorzystuje się w celach diagnostycznych, a także do planowania postępowania terapeutycznego i oceny jego skuteczności. Służy ona do oceny zachowania dzieci od urodzenia do szesnastego roku życia, przy czym jej użyteczność jest większa w przypadku dzieci powyżej drugiego roku życia³⁰.

²⁹ Zob. E. Pisula, *Autyzm u dzieci. Ddiagnoza, klasyfikacja, etiologia*, Warszawa 2000, s. 18–19.

³⁰ Zob. eadem, *Małe dziecko z autyzmem...*, s. 85.

W celu zdiagnozowania autyzmu można posłużyć się Profilem Psychoedukacyjnym PEP-R, który posiada siedem obszarów pomiarowych, tak zwanych Skal Rozwojowych. Są to: naśladowanie, percepcja, motoryka mała, motoryka duża, koordynacja wzrokowo-ruchowa, komunikacja mowa czynna. Druga podstawowa skala PEP-R – to Skala Zachowań – dostarcza informacji o zaburzeniach dziecka w następujących sferach: nawiązywanie kontaktów i reakcje emocjonalne, zabawa i zainteresowanie przedmiotami, reakcje na bodźce, mowa. Wyniki uzyskane w Skali Zachowań umożliwiają dobieranie dzieci w grupach oraz służą obserwacji zmian zachodzących w zachowaniu dziecka pod wpływem terapii. Zastosowanie profilu Skali Zachowań ułatwia także prezentację danych o dziecku jego rodzicom³¹.

Szanse na normalne życie osoby z autyzmem po osiągnięciu dorosłości są różne i zależą od poziomu inteligencji oraz rozwoju umiejętności językowych. W wypadku dzieci autystycznych wykazujących poważne opóźnienie w rozwoju umysłowym prognozy są niepomyślne. Około jednej trzeciej osób dorosłych cierpiących na autyzm osiąga częściową niezależność, mieszkają np. w ośrodku resocjalizacyjnym i wykonują pracę pod ścisłym nadzorem. Nieliczne, najlepiej funkcjonujące osoby autystyczne prowadzą całkowicie niezależne życie, lecz ich ograniczone kontakty społeczne, słabe umiejętności komunikowania się oraz wąski zakres zainteresowań i aktywności sprawiają, że i tak są uważane za dziwaków³².

Autyzm jest zaburzeniem neurorozwojowym, co oznacza, że obserwowane zaburzenia w zachowaniu i funkcjonowaniu osoby autystycznej zmieniają się wraz z wiekiem. Obraz kliniczny autyzmu zależy również od zdolności intelektualnych osoby nim dotkniętej, rozwoju mowy służącej komunikacji oraz zakresu otrzymanej pomocy terapeutycznej i edukacyjnej. Zwykle rozwój jest zaburzony od najwcześniejszego okresu życia, a objawy autyzmu pojawiają się przed trzecim rokiem życia. Na objawy autyzmu dziecięcego składają się jakościowe zmiany w interakcjach społecznych, jakościowe zaburzenia komunikacji oraz występowanie ograniczonych, powtarzających się i stereotypowych wzorców zachowań, zainteresowań i aktywności³³.

Większość dzieci z autyzmem przejawia obniżony poziom intelektualny – niektórzy badacze szacują odsetek występowania niepełnosprawności intelek-

³¹ Zob. *ibidem*.

³² Zob. A. Bryńska, J. Komender, G. Jagielska, *Autyzm i zespół Aspergera*, Warszawa 2009, s. 64.

³³ Zob. *ibidem*.

tualnej (czyli ilorazu inteligencji poniżej 70) nawet na 75%. Z kolei w około 37% przypadków autyzm związany jest ze specyficznymi zespołami klinicznymi, takimi jak: zespół kruchego chromosomu X (prawie 90% osób z tym zespołem ma cechy autystyczne), inne anomalie chromosomów płciowych (np. zespół XYY), częściowa tetrasomia chromosomu 15, mózgowe porażenie dziecięce, zespół Downa³⁴.

Od wielu lat stosowane są różne metody terapii osób z autyzmem. Niezależnie od podejścia, należy wyraźnie podkreślić, że skuteczna forma pomocy zawsze opiera się na indywidualnej pracy z osobą autystyczną. Im wcześniej terapia zostanie podjęta, tym lepsze będą rokowania, co oznacza niezwykle ważną rolę wczesnej diagnozy autyzmu. Istotna w prowadzeniu skutecznej terapii jest współpraca z rodziną i osobami z najbliższego otoczenia dziecka. Brak jakiegokolwiek pomocy specjalistycznej, zwłaszcza w przypadku małych dzieci, najczęściej powoduje pogłębianie się deficytów w zakresie zachorowań społecznych, izolację od świata zewnętrznego i całkowitą niezdolność do samodzielnego funkcjonowania w przyszłości. Procedury terapeutyczne, stosowane długotrwale, ukierunkowane są przede wszystkim na poprawę komunikacji społecznej dziecka, rozwój mowy oraz naukę zachowań społecznych³⁵.

Podstawowym warunkiem terapii jest całkowita akceptacja dziecka – wszystkich jego zachowań i potrzeb, szczególnie na początku, gdy najważniejsze jest nawiązanie kontaktu między terapeutą a dzieckiem. Rozwijanie procesów poznawczych mogą stymulować masaże, zajęcia relaksacyjne, plastyczne, muzyczne. Można dostarczać wzorców zachowań dziecku autystycznemu, pokazując mu przeznaczenie przedmiotów i rozbudzając w ten sposób zainteresowanie światem, co może w późniejszym okresie zaowocować uczeniem się samoobsługi. Także nazywanie czynności i zachowań dziecka daje mu informację zwrotną o nim samym, umożliwia kształtowanie się własnego ja. Z powodu problemów z mową wskazane są ćwiczenia logopedyczne. Rozwojowi umiejętności społecznych służą zabawy grupowe, jeśli dziecko jest do nich gotowe. Niezwykle ważna jest kontynuacja zajęć, ich ciągłość, regularność i jednorodność (zajęcia powinien prowadzić zawsze ten sam terapeuta). Nawet tygodniowa przerwa może spowodować regres i rozpoczynanie „wszystkiego od początku”, szczególnie na początku terapii³⁶.

³⁴ Zob. *ibidem*.

³⁵ Zob. *ibidem*.

³⁶ Zob. *ibidem*.

Nie ustalono do tej pory uniwersalnej metody leczenia dzieci z autyzmem, dlatego zaleca się stosowanie wielu metod i technik, które dostosowuje się indywidualnie do potrzeb. Niezwykle ważnym elementem w pracy z dzieckiem autystycznym jest stworzenie pewnej stałej i przewidywalnej struktury otoczenia (stałe miejsce i czas terapii, ten sam terapeuta, stały charakter zajęć i organizacji czasu, jasny, jednoznaczny język wypowiedzi). Większość programów terapeutycznych opiera się na zasadach terapii behawioralnej, polegającej na stopniowej modyfikacji zachowania i tzw. ustrukturalizowanego nauczania, dostosowanego do możliwości i potrzeb dziecka. W zakres oddziaływań terapeutyczno-edukacyjnych wchodzi: praca nad kontaktem dotykowym i wzrokowym (stymulacja prawidłowego rozwoju percepcji), praca nad rozwojem mowy i stymulowanie ogólnego rozwoju dziecka, praca nad procesami uwagi, rozwijanie umiejętności w dziedzinie socjalizacji, samodzielności i samoobsługi, motoryki małej, funkcji poznawczych oraz komunikowania się³⁷.

Spośród różnych procedur i metod terapeutycznych stosowanych w przypadku dzieci z autyzmem dziecięcym, należy wymienić: techniki integracji sensorycznej, terapię „holding”, metodę opcji Barry’ego i Suzi Kaufmanów, techniki behawioralne, zmodyfikowaną metodę dobrego startu, metodę ruchu rozwijającego Weroniki Sherborne, model TEACCH – jako program kompleksowej pomocy osobom autystycznym³⁸.

Techniki integracji sensorycznej, zazwyczaj w formie zabawowej, są stosowane na pierwszym etapie leczenia. Procedura ta zakłada stworzenie dziecku atmosfery swobody, całkowitej akceptacji i zapewnienie możliwości wyrażania swoich uczuć. W trakcie spotkań dziecko kieruje ich przebiegiem, terapeuta nie przyspiesza terapii, ale „podąża za dzieckiem”, angażuje się w jego zabawy, naśladuje je itp. Nadrzędnym zadaniem jest nawiązanie kontaktu z dzieckiem, co okazuje się możliwe tylko wtedy, gdy dziecko czuje się akceptowane i bezpieczne. Celem danej terapii jest oddziaływanie na zaburzone sfery, a nie edukacja dziecka. Dziecko musi być „samo swoim terapeutą” – aktywne, wybierające to, co mu sprawia przyjemność lub czego potrzebuje. Najważniejszą wspólną cechą tych technik, ich celem, jest wyrobienie tolerancji u dziecka na bodźce pochodzące z zewnątrz i kontrolowania ich przez terapeutę, a nie samo dziecko³⁹.

³⁷ Zob. D. Danielewicz, E. Pisula, *Terapia i edukacja osób z autyzmem*, [w:] *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, red. E. Pisula, D. Danielewicz, Kraków 2005, s. 16–17.

³⁸ Zob. ibidem.

³⁹ L. Bobkiewicz-Lewartowska, op. cit., s. 98–99.

Poprzez przeróżne bodźce sensoryczne (od dotyku po smak) stara się zlikwidować lub zminimalizować nadwrażliwość, a także niewrażliwość danych obszarów. Inną metodą terapii jest „holding” (przytulanie, trzymanie), czyli metoda wymuszonego kontaktu, którą mogą stosować rodzice dziecka. Polega na przytulaniu dziecka nawet wbrew jego woli, często przy oporze, a jej celem jest budowanie lub przywrócenie więzi emocjonalnych pomiędzy matką a dzieckiem. Według Marty Welch, autorki tej metody, ma to za zadanie zwalczyć zaburzający równowagę emocjonalną lęk u dziecka autystycznego, który w sytuacjach kryzysowych prowadzi do wycofania. Welch twierdzi, iż źródłem tego lęku jest brak więzi z matką w wieku niemowlęcym. Każda sesja składa się z trzech etapów: konfrontacji; odrzucenia – dziecko protestuje przeciwko kontaktowi, czasem bardzo gwałtownie, wraz z agresją wobec matki, krzykiem, płaczem; rozwiązania – rozluźnienie, relaksacja dziecka w ramionach matki. Faza ta jest ogromnie ważna, gdyż jednym z mechanizmów terapii holding jest pozytywne skojarzenie przez dziecko kontaktu z matką z uczuciem odprężenia, spokoju. Metoda ta nie została poddana obiektywnej, empirycznej ocenie, a jej wartość bywa kwestionowana. Nie może być ona jednak jedyną metodą terapii. Jej krytycy zwracają uwagę na bardzo silny protest wielu dzieci, nieetyczne zmuszanie do kontaktu wbrew widocznemu sprzeciwowi⁴⁰.

Metoda opcji Barry’ego i Suzi Kaufmanów, często kojarzona z holdingiem, opiera się na całkowitej akceptacji dziecka i na swoistym podążaniu za dzieckiem i wchodzeniu w jego świat. Postępowaniu terapeutyczne polega przede wszystkim na naśladowaniu zachowań dziecka, co pozwala na wzbudzenie zainteresowania dziecka otoczeniem, na odkrywanie jego potrzeb i zainteresowań, pokazywanie świata zewnętrznego, również na budowie poczucia bezpieczeństwa⁴¹.

Techniki behawioralne w przypadku dzieci z autyzmem to przede wszystkim techniki warunkowania sprawczego, polegające na analizie związków między zachowaniem a jego konsekwencjami i kształtowaniu zachowań za pomocą wzmocnień pozytywnych lub negatywnych. Są ukierunkowane na rozwijanie zachowań związanych z umiejętnością skupiania uwagi na drugiej osobie, uczenie i limitowanie ruchów i dźwięków, redukcję niepożądanych

⁴⁰ Zob. D. Danielewicz, E. Pisula, *Terapia i edukacja osób z autyzmem*, [w:] *Terapia i edukacja osób z autyzmem. Wybrane zagadnienia*, red. D. Danielewicz, E. Pisula, Wydawnictwo APS, Warszawa 2003, s. 16–17.

⁴¹ Zob. A. Schenk, *Strategia postępowania z dziećmi autystycznymi. Poradnik dla rodziców*, przeł. E. Wiekiera, Krajowe Towarzystwo Autyzmu, Kraków 1995.

zachowań agresywnych, autoagresywnych i związanych z autostymulacją oraz na wykształcenie umiejętności komunikacyjnych i społecznych⁴². Droga do tego celu jest:

1. Systematyczne wzmocnianie; nagradzanie coraz bardziej zbliżonych do docelowych form zachowania przy użyciu znaczących dla dziecka wzmocnień. W pierwszym etapie terapii zazwyczaj są to tzw. wzmocnienia pierwotne, w postaci smakołyków lub preferowanych przez dziecko zachowań, w tym zachowań autostymulacyjnych. Później, co jest również wynikiem uczenia się, coraz większego znaczenia nabierają wzmocnienia społeczne.
2. Ścisłe kontrolowanie sytuacji, w których zachowanie przebiega. Oznacza to odpowiedni sposób wydawania poleceń, które w pierwszej fazie terapii muszą być krótkie i bardzo konkretne, oraz umiejętne wprowadzanie i wycofywanie różnorodnych podpowiedzi: manualnych, wizualnych, werbalnych, itp. Temu samemu celowi służy wprowadzanie do środowiska terapeutycznego wyraźnej struktury czasowo-przestrzennej⁴³.

Podczas stosowania metody behawioralnej podstawowym zadaniem stojącym przed terapeutą jest wykazywanie przez podopiecznego jak największej liczby zachowań akceptowalnych, tak aby potrafił sprawnie i niezależnie funkcjonować w środowisku. Terapia behawioralna przebiega według poszczególnych etapów: wczesne rozumienie mowy – przygotowanie do nauczania, trening imitacji – naśladowanie, dopasowywanie i sortowanie, imitacja werbalna, rozwój rozumienia mowy i mowy czynnej; nazywanie obiektów i czynności; pojęcia abstrakcyjne, budowanie zdań i nauka odpowiadania na pytania, umiejętności szkolne, rozwój społeczny i nauka wspólnej zabawy, czynności samoobsługowe⁴⁴.

Metoda behawioralna jest jedną z najbardziej powszechnie stosowanych metod terapii dzieci autystycznych. Z kolei zmodyfikowana metoda dobrego startu służy usprawnianiu i integracji funkcji słuchowych, wzrokowych i ruchowych. Składają się na nią trzy elementy: element słuchowy (piosenka lub wiersz), element wzrokowy (wzory graficzne) i element motoryczny (wykonywanie ruchów w czasie odtwarzania wzorów graficznych, połączonych z rytmem piosenki lub wiersza). Rozwija ona percepcję i szybkość reakcji,

⁴² Zob. L. Bobrowicz-Lenartowska, op. cit.

⁴³ Zob. J. Kozłowski, *Zastosowanie teorii uczenia się w terapii małych dzieci z autyzmem na przykładzie projektu wczesnej interwencji O. I. Lovaasa*, [w:] *Terapia i edukacja osób z autyzmem...*, s. 49.

⁴⁴ Zob. L. Bobrowicz-Lenartowska, op. cit.

wzmaga koncentrację i podzielność uwagi, rozwija wyobraźnię, pamięć oraz zdolność lateralizacji. Metoda opracowana przez Martę Bogdanowicz kształci rozumienie i operowanie symbolami, rozwija myślenie matematyczne, percepcję pozycji i ruchów ciała bez kontroli wzroku. Poprzez terapię składającą się z dwóch aspektów (profilaktyczno-terapeutycznego i diagnostycznego) dzieci autystyczne kształtują świadomość położenia i wzajemnego ruchu części ciała względem siebie, rozwijają sprawność manualną i koordynację ruchową kończyn górnych i dolnych⁴⁵.

W metodzie stymulacji wzajemnych seryjnych powtórzeń podstawową stosowaną techniką jest aktywność ruchowa. Celem prowadzonych ćwiczeń jest podniesienie liczby bodźców oddziałujących na korę mózgową i uzyskanie nowych połączeń nerwowo-mięśniowych. Ukierunkowana aktywność ruchowa pozwala również rozładować napięcie emocjonalne dziecka, choć z drugiej strony, w czasie ćwiczeń, dziecko może wykorzystywać napięcie w celu intensyfikacji tempa i rytmu aktywności⁴⁶.

Głównym założeniem metody ruchu rozwijającego Weroniki Sherborne jest posługiwanie się ruchem jako narzędziem we wspomaganym rozwoju psychoruchowym. Ćwiczenia prowadzą przede wszystkim do poznania własnego ciała. Pomagają również zdobyć pewność siebie i poczucie bezpieczeństwa w kontakcie z innymi osobami. Ułatwiają nawiązywanie relacji i współpracy z ludźmi. Wykonywane w grupie budują więzi grupowe i interpersonalne. Prowadząc terapię daną metodą, należy wziąć pod uwagę następujące czynniki: wiek dziecka (im młodsze dziecko tym bardziej efektywna staje się terapia), terapia jest najbardziej efektywna w pierwszym okresie jej zastosowania, co można wykorzystać do inicjowania i podtrzymywania kontaktów społecznych z otoczeniem. Metoda ruchu rozwijającego może być początkiem wprowadzenia adekwatnych do możliwości i potrzeb innych terapii wspierających osoby z autyzmem. Istotne jest dostosowanie terapii do indywidualnych możliwości, włączanie środowiska rodzinnego, wykorzystanie metody ruchu rozwijającego do wspierania innych terapii⁴⁷.

⁴⁵ Por. ibidem

⁴⁶ Zob. K. Kucharski, *Metoda Stymulowanych Seryjnych Powtórzeń Ćwiczeń (SSP)*, [w:] *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*, red. J. Błeszyński, Kraków 2005, s. 161.

⁴⁷ Zob. J. Błeszyński, *Wykorzystanie metody Ruchu Rozwijającego w terapii dziecka z głębokimi deficytami rozwojowymi – autystycznego*, [w:] *Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem. Teoria, metodyka, przykłady*, red. J. Błeszyński, Kraków 2004, s. 122–123.

Kompleksową pomoc osobom autystycznym zapewnia metoda TEACCH, czyli tzw. program Terapii i Edukacji Dzieci Autystycznych oraz Dzieci z Zaburzeniami w Komunikacji. Został opracowany przez amerykańskiego psychologa Erica Schoplera w latach 60. XX wieku. Pierwszy etap pracy z dzieckiem polega na ocenie poziomu rozwojowego dziecka, jego profilu psychoedukacyjnego oraz deficytów i mocnych stron. Następnie, na tej podstawie, opracowywane są indywidualne programy terapeutyczne, ukierunkowane na najważniejsze obszary deficytu, takie jak: naśladowanie, motoryka mała i duża, percepcja, koordynacja wzrokowo-ruchowa, czynności poznawcze, komunikacja, mowa czynna, oraz na redukcję zachowań niepożądanych. Program realizowany jest przez rodziców we współpracy z terapeutą, który systematycznie dokonuje oceny postępów w rozwoju dziecka i odpowiednio do tego modyfikuje program. Program TEACCH opiera się na kilku podstawowych zasadach: współpraca – polega na bliskiej współpracy między rodzicami a instytucjami (przedszkole, szkoła, dom krótkiego pobytu); dalekosiężny cel – trening nastawiony jest na potrzeby życiowe dorosłego; indywidualizacja, co oznacza, że każde dziecko jest unikalne i pedagogikę należy dostosować do niego; pedagogika wizualna – polega na tym, że należy wyraźnie pokazać, unaocznic to, co dziecko ma zrobić⁴⁸.

Duże znaczenie ma trening umiejętności społecznych, polegający na uczeniu adekwatnych zachowań w sytuacjach życia codziennego (robienie zakupów, korzystanie z komunikacji publicznej), a także na uczeniu czynności samoobsługowych (samodzielne ubieranie się, jedzenie, korzystanie ze sprzętów gospodarstwa domowego). Osiągnięcie przez dzieci autystyczne jak największej samodzielności jest nadrzędnym celem tego programu.

Innymi metodami, często stosowanymi w terapii dzieci autystycznych, są: metoda Felicie Affolter (wykorzystująca kontakt dotykowy terapeuty z podopiecznym, jako podstawę terapii, poprzez położenie dłoni na zewnątrz dłoni dziecka przesyła się sygnał prowokujący do działania); metoda FC (*Faciliated Communication* – wspomagana komunikacja, umożliwia wyrażenie woli dzieciom niemówiącym lub mającym problemy z mową, poprzez wskazywanie na przedmioty, symbole i przede wszystkim litery, wspomaganie jest wsparte fizyczną i psychiczną pomocą terapeuty, nie oczekuje się efektywności, lecz zapewnia się sposób komunikacji); metoda Marianny i Christophera Knill'ów (polega na pracy z ciałem, wykorzystywanym jako pierwotny kanał komu-

⁴⁸ Zob. W. Waclaw, U. Aldenrud, S. Ilstedt, *Dzieci z autyzmem i zespołem Aspergera. Praktyczne doświadczenia z codziennej pracy*, przeł. M. Aleksandrowicz, Katowice 2000.

nikacyjny, przez który możliwe jest nawiązanie kontaktu interpersonalnego i stworzenie więzi emocjonalnych z drugą osobą. Poprzez dotyk i naśladowanie dziecko buduje obraz samego siebie i uczy się nadawania i odbierania informacji od osoby, z którą wchodzi w interakcję⁴⁹; metoda Glenna Domana (holistyczna zindywidualizowana metoda stymulująca rozwój biologiczny, ruchowy, intelektualny oraz uczuciowo-społeczny poprzez wykorzystywanie „bitów” – czyli dużych, wyraźnych obrazków lub fotografii faktów z różnych dziedzin)⁵⁰.

Podejściami wykorzystywanymi dodatkowo są także: muzykoterapia, która zmniejsza poziom lęku, pobudza do zabawy i kontaktów z rówieśnikami, oraz hipoterapia, dzięki której tworzy się związek emocjonalny między dzieckiem a koniem, a w konsekwencji poprawiają się relacje ze światem zewnętrznym. Postępowanie z dzieckiem autystycznym powinno być kompleksowe i dotyczyć wszystkich środowisk, w których ono funkcjonuje. Podstawową kwestią jest prowadzenie psychoedukacji mającej na celu uświadomienie otoczeniu, a więc rodzicom, nauczycielom i innym dzieciom, problemów i ograniczeń wynikających z obecności zaburzenia. Konieczne jest dostosowanie metod nauczania do możliwości dziecka i indywidualizacja procesu dydaktycznego. Kolejna, niezmiernie ważna kwestia, to dążenie do uspołecznienia dziecka, co może dokonywać się poprzez angażowanie go w działalność różnego rodzaju klubów, organizacji, kół zainteresowań (także za pośrednictwem Internetu). Pomocna może okazać się również obecność osoby wspierającej-trenera, który doradza i pomaga w trudnych sytuacjach, np. na terenie szkoły⁵¹.

W niektórych przypadkach autyzmu dziecięcego stosuje się leczenie farmakologiczne, które jest głównie leczeniem objawowym i ma na celu zmniejszenie nasilenia objawów najbardziej zaburzających funkcjonowanie osoby z autyzmem. Objawami, na które najczęściej ukierunkowane jest leczenie farmakologiczne, są: napady padaczkowe, objawy obsesyjno-kompulsywne i nasilone rytuały, objawy lękowe, nadmierna impulsywność, zachowania agresywne i samouszkodzające, zaburzenia uwagi i nadmierna ruchliwość, labilność nastroju, obniżony nastrój, stereotypie ruchowe. Konieczność współdziałania z różnymi specjalistami, jak również realizowanie zintegrowanych celów rehabilitacji umożliwi pełniejsze oddanie obrazu działań po-

⁴⁹ Zob. *Autyzm wyzwaniem naszych czasów*, red. T. Gałkowski, J. Kossewska, Kraków 2004, s. 148.

⁵⁰ Zob. G. Doman, *Jak nauczyć małe dziecko czytać?*, przeł. M. Pietrzak, Bydgoszcz 1992.

⁵¹ Zob. J. Błęszyński, *Uwarunkowania efektywnego oddziaływania terapeutycznego w pracy z osobami autystycznymi*, [w:] *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem...*, s. 13–15.

dejmowanych wobec osób z autyzmem. Dobór odpowiedniego typu terapii w przypadku autyzmu jest uwarunkowany koniecznością wzięcia pod uwagę występujących dodatkowych, szczegółowych zaburzeń funkcji społecznych, komunikacyjnych i w sferze zachowania⁵².

NAUCZANIE JĘZYKÓW OBCYCH DZIECI Z AUTYZMEM ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM JĘZYKA ANGIELSKIEGO

Nauczanie języków obcych jest obecnie ukierunkowane na kształtowanie umiejętności skutecznego porozumiewania się, zaś skuteczność komunikacji w znacznym stopniu jest uwarunkowana opanowaniem obcojęzycznej leksyki. Przystwojenie bogatego leksykonu warunkuje rozwój poszczególnych sprawności językowych oraz zapewnia władanie językiem na odpowiednio wysokim poziomie. Aby sprostać zadaniom, stawianym przed nauczaniem języków obcych, podejmowane są różnorodne działania. Powstaje wiele nowych podręczników, które powinny nie tylko wzbudzać zainteresowanie uczniów bogatą szatą graficzną, przejrzystym układem materiału, lecz przede wszystkim stanowić właściwie skonstruowaną pomoc i materialną bazę, umożliwiającą realizację zakładanych celów nauczania⁵³.

Wprowadzenie języka obcego do programów szkół specjalnych wywołało wiele emocji, dyskusji i obaw. Na przykład nauczanie języka obcego niepełnosprawnych intelektualnie uczniów może wydawać się bardzo trudne z wielu powodów. Przed rozpoczęciem zajęć, nauczyciel powinien postawić sobie pytania, które wyznaczą całość prac programowych. Wśród nich wyróżnić należy: w jakim celu uczyć, według jakiego programu nauczania należy uczyć i jak dostosować materiał nauczania, jakie stawiać wymagania, jak odpowiednio dobrać podręczniki i w jaki sposób z nich korzystać, jakie metody i techniki zastosować w pracy, jak oceniać wiedzę uczniów⁵⁴.

Język obcy jest szczególnym przedmiotem. Wśród innych przedmiotów szkolnych wyróżnia się tym, że jest równocześnie narzędziem zdobywania wiedzy. Jego przyswajanie wpływa w szczególny sposób na intelektualny, emocjonalny i społeczny rozwój ucznia. Na etapie początkowym, czyli szkoły

⁵² E. Dźwierżyńska, *Aktywizowanie uczniów warunkiem skuteczności przyswajania obcojęzycznej leksyki*, „Języki Obce w Szkole” 2009, nr 4, s. 55.

⁵³ Zob. ibidem.

⁵⁴ Zob. M. Majewska, *Nauczanie języka angielskiego dzieci z obniżoną normą intelektualną*, http://docs7.chomikuj.pl/118596679,PL,0,0,nauczanie_refleksje1.doc [dostęp: 21.05.2013].

podstawowej lub przedszkola, nauczyciel języka obcego, np. języka angielskiego, powinien uświadomić uczniom, że otrzymują nowy, odmienny od ojczystego środek komunikacji, najczęściej używany na całym świecie. Może im on pomóc wzbogacić wiedzę o otaczającej rzeczywistości oraz w nawiązaniu ciekawych i wartościowych kontaktów z osobami z różnych państw, a także w korzystaniu z nowoczesnych środków techniki, jakimi są komputer, smartphone oraz Internet⁵⁵.

Omawiając wskazówki szczegółowe dla nauczyciela języka obcego, pracującego z dzieckiem autystycznym, Jagielska zwraca uwagę na: istotność minimalizacji wszelkiego rodzaju lęku i niepewności, związanego z nową sytuacją lub otoczeniem. Bardzo ważne jest stosowanie się do wcześniej ustalonego planu zajęć, „schematu pracy i stałości działań”⁵⁶. Spośród wszystkich wskazówek należy, biorąc pod uwagę nauczanie języka angielskiego u dzieci autystycznych, zastosować te dotyczące: wspierania rozwoju umiejętności komunikacji i rozumienia języka, zachęcania ucznia do wzbogacania języka poprzez wyszukiwanie wyrazów bliskoznacznych i korzystanie na lekcji ze słownika, pozwolenia uczniowi na prowadzenie własnego słownika pojęć i nowych terminów związanych z zajęciami, zachęcania do gry w kalambury, do odgadywania za pomocą wskazówek kolegów, np.: „Co mam w sekretnej torbie?”, wyjaśniania metafor i wyrazów wieloznacznych, przedstawiania znaczenia pojęć abstrakcyjnych za pomocą obrazów albo przeciwieństw, np.: uczciwość-nieuczciwość, przyjaźń-wrogość itp., używania prostego i jednoznacznego języka, unikania ironii, dowcipów, przenośni, idiomów, które mogą spowodować niepotrzebny zamęt, niepokój, a nawet lęk u dziecka, dostosowania zadawania pracy domowej do możliwości ucznia, pamiętania o trudnościach w prawidłowym odczycie przez ucznia sygnałów pozawerbalnych⁵⁷.

Każdy wyraz twarzy i gest powinien być poparty informacją słowną:

1. Gdy uczeń ma trudności w pisaniu – pozwolenie uczniowi na korzystanie z edytora tekstu, rozważenie możliwości, by dziecko dyktowało, a dorosły lub inny uczeń zapisywał dosłownie jego wypowiedź, sprawdzanie wiedzy ucznia w formie odpowiedzi ustnych, pozwolenie na poprawę prac pisemnych w formie ustnej.

⁵⁵ Zob. ibidem.

⁵⁶ G. Jagielska, *One są wśród nas. Dziecko z autyzmem i zespołem Aspergera w szkole i w przedszkolu. Informacje dla pedagogów i opiekunów*, Warszawa 2010, s. 19.

⁵⁷ Zob. ibidem, s. 22–23.

2. Gdy uczeń ma trudności w czytaniu ze zrozumieniem – zastosowanie metody posługiwania się ilustrowanym tekstem, pozwolenie na czytanie książek o ulubionej tematyce, nie zakładanie, że uczeń zrozumiał to, co przeczytał; sprawdzanie stopnia zrozumienia tekstu, zadawanie dodatkowych pytań, w pracy nad zrozumieniem tekstu pomocne dla ucznia mogą być cząstkowe pytania: „Co się wydarzyło? Kiedy? Gdzie? Komu? Jakie było zakończenie zdarzenia? Dlaczego? Co przeżywał bohater?”⁵⁸.

Mówiąc o wsparciu edukacyjnym, oferowanym uczniowi z autyzmem, warto też uświadomić, że dzięki nauce języka obcego, np. języka angielskiego, nie jest on gorszy od swoich pełnosprawnych rówieśników. Uczniowie mają więc poczuć się dowartościowani, ponieważ tak samo jak ich rówieśnicy uczą się języka obcego, posiadają zesyty i odnoszą w tej dziedzinie sukcesy⁵⁹.

Polski system oświaty pozwala nauczycielowi samodzielnie decydować o jakości procesu nauczania, dając możliwość tworzenia własnych, autorskich programów nauczania lub wyboru gotowego programu spośród wielu dopuszczonych do użytku szkolnego przez Ministerstwo Edukacji Narodowej (MEN). Ministerstwo nie wydało programu nauczania języka angielskiego dla szkół specjalnych, stąd dobór odpowiedniego programu dla dzieci, np. z obniżoną normą intelektualną, jest bardzo trudny. Należy szczegółowo przeanalizować treści nauczania, metody i techniki pracy z dziećmi, cele nauczania i odnieść to do danych uczniów, mając na uwadze ich możliwości⁶⁰.

Nauka języka obcego ma na celu rozwój umiejętności kompetentnego używania języka. Kompetencja ta osiąga różny zakres. Zdarza się, że czasem uczeń napotyka wyrazy, które są obce, zarówno pod względem stylistycznym, jak i ortograficznym. Celem nauki jest więc maksymalne rozwinięcie kompetencji językowych, nie tylko komunikacyjnych (skuteczne porozumiewanie się), lecz także lingwistycznych (tworzenie poprawnych zdań). We współczesnych kursach podstawowych najistotniejsze są sprawności związane z żywym językiem, czyli sprawność mówienia i słuchania⁶¹.

Dokonując selekcji materiału dla uczniów z niepełnosprawnością, należy odrzucić wszelkie programy kładące nacisk na gramatykę. Unika się również

⁵⁸ Ibidem.

⁵⁹ Zob. M. Majewska, op. cit.

⁶⁰ Zob. G. Jagielska, op. cit., s. 22–23.

⁶¹ Zob. T. Kacperski, *Nauczanie języka obcego osób ze sprzężoną niepełnosprawnością*, „Szkoła Specjalna” 2005, nr 4, s. 292.

programów, gdzie w sporym zakresie uczniowie uczą się pisać i czytać. Najbardziej istotne są umiejętności mówienia i słuchania. Są też uczniowie, którzy radzą sobie z czytaniem – wówczas powinno się poświęcić trochę czasu na rozwój tej umiejętności. Będzie ona jednak podrzędna. Natomiast bardzo wartościowe mogą okazać się programy tematyczne, czyli nauka skoncentrowana wokół pewnych zakresów treściowych, oraz sytuacyjne. Istotne jest, aby uczniowie uczyli się przede wszystkim tego, co ma dużą wartość komunikacyjną, co okaże się przydatne oraz tego, co jest łatwiejsze i co stanowi fundament ich codziennego życia. Pośród wielu metod konwencjonalnych najbardziej przydatna jest metoda komunikatywna – Communicative Approach, która koncentruje się przede wszystkim na efektywnym porozumiewaniu się. Proponuje umieszczenie ucznia w sytuacji, w której będzie on musiał nawiązać komunikację. Ma to wymusić skuteczne, choć nie zawsze idealnie poprawne użycie języka oraz przyswajanie wymowy najbardziej zbliżonej do oryginalnego wzorca językowego. Rezygnuje się z bezbłędnego opanowania języka, jednocześnie, co jest korzystne dla uczniów z autyzmem, skupia się na potrzebach uczniów, a także na związku między językiem nauczonym w klasie a językiem używanym poza klasą. Zadaniem jest rozwijanie kompetencji komunikatywnej⁶².

Kolejną metodą, na którą warto zwrócić uwagę, przeciwstawną do Communicative Approach, jest metoda audiolingwalna, która powstała w czasie II wojny światowej w Stanach Zjednoczonych. Była najskuteczniejszym sposobem nauczania żołnierzy języka obcego. Na podstawie behawioryzmu traktuje język jako system nawyków (trwały związek między bodźcem a reakcją). Po wielokrotnym podaniu wzoru zdaniowego, uczniowie powtarzają go. Potem nauczyciel zapewnia bodziec (obrazek, początek zdania, pytania), który powinien wywołać reakcję. Metoda ta odrzuca jakiegokolwiek objaśnienia gramatyczne. Uczenie następuje poprzez analogię, powtarzanie i zapamiętywanie⁶³.

Z kolei metoda kognitywna dopuszcza pewną liczbę reguł gramatycznych, aby uczeń mógł samodzielnie tworzyć poprawne zdania (nie zgadza się, że język to system nawyków). W przypadku niektórych uczniów, np. o niższej sprawności intelektualnej, wyuczenie pewnych nawyków językowych (odpowiedzi na proste pytania, zadawanie prostych pytań, prośby), unikających objaśnień gramatycznych, wydaje się bardzo trafne. Zróżnicowanie uczniów w szkole specjalnej jest duże, dlatego niektórzy uczniowie zadając pytanie:

⁶² Zob. H. Komorowska, *Metodyka nauczania języków obcych*, Warszawa 2002.

⁶³ Zob. J. Harmer, *The Practice of English Language Teaching*, London 2001, s. 22.

„czy jesteś?”, będą kształtowali nawyk „are you?”, natomiast będą mieli problem z innym pytaniem, np. „czy lubisz?” („do you like?”). Niektórzy uczniowie mający trudności z określeniem, która to osoba i liczba, będą uczyli się nawyku zadawania pytania „do you like?” lub „does he like?”. Inni poznają regułę, że w trzeciej osobie liczby pojedynczej w zdaniach pytających i przeczących nie stosuje się „do” lecz „does”⁶⁴.

Mówiąc o metodach nauczania języka obcego, wspomnieć należy o coraz powszechniej stosowanych metodach niekonwencjonalnych. Zwracają one uwagę na to, że komunikacji uczy się zarówno nasz umysł, jak i ciało oraz emocje. Ciekawą metodą, którą warto stosować w przypadku dzieci niepełnosprawnych, jest „metoda reagowania całym ciałem” (TPR – Total Physical Response). Metoda ta uruchamia lewą półkulę mózgową odpowiedzialną za język i mowę oraz prawą półkulę, odpowiedzialną za realizację ruchu fizycznego. Oprócz kształtowania kompetencji językowych uczniowie doskonalą orientację w przestrzeni, a czasem uprawiają najzwyklejszą gimnastykę. Proste polecenia w języku angielskim, wraz z ich wykonaniem – zamknij okno, usiądź, zamknij książkę, połóż liść na głowie, pod ręką, połóż książkę pod krzesłem, stań przed stołem, odwróć się twarzą do drzwi, dotknij lewej stopy i inne – prowadzą do lepszego zapamiętywania zdań, poleceń, słówek. Ważne jest również korzystanie z rekwizytów, takich jak naczynia kuchenne, rekwizyty plażowe, ubrania, co oprócz poprawiania sprawności językowej, doskonalili posługiwanie się zmysłem dotyku. Inną korzyścią stosowania tej metody jest pewna dynamika lekcji, jej charakter. Nie tylko więc: pytanie-odpowieź, lecz cały szereg innych działań⁶⁵.

Inną niekonwencjonalną metodą jest metoda Counselling Language Learning (CLL). Opiera się na twierdzeniu, że ludzie porozumiewają się jedynie w obrębie spraw, na których temat naprawdę chcą coś powiedzieć. Na początku oczywiście w języku ojczystym. Stosowanie tej metody może zmotywować niektórych uczniów zamkniętych, wycofanych. Po wysłuchaniu wersji polskiej nauczyciel tłumaczy tekst na język angielski⁶⁶.

Powyższe metody, czy to konwencjonalne, czy niekonwencjonalne, mają często charakter przenikający się. Oczywiście na lekcji nie może być nadmiaru bodźców, lekcja to nie widowisko artystyczne utkane w niesamowite, zaskaku-

⁶⁴ Zob. ibidem, s. 45.

⁶⁵ Zob. H. Komorowska, op. cit., s. 48.

⁶⁶ Zob. ibidem, s. 51.

jące sytuacje. Szczególnie dla osób upośledzonych umysłowo powinna istnieć pewna doza przewidywalności, aby nie spowodować sytuacji lękowych, które mogą doprowadzić do wycofania się. Tak więc różnorodność stosowania metod nauki języka obcego jest wskazana, ale pod warunkiem zachowania umiaru i zdrowego rozsądku. W miarę doświadczenia każdy nauczyciel buduje swój repertuar niezawodnych ćwiczeń, czerpiąc wiadomości z rozmaitych metod, konwencjonalnych lub nie⁶⁷.

Warto też wspomnieć o metodzie nazwanej „suggestopedia”. Zakłada ona, że ludzki umysł posiada pewne rezerwy, które można uruchomić, i które zapewniają poczucie bezpieczeństwa. Istotna jest dbałość o wyposażenie sali, właściwe oświetlenie, poczucie intymności, muzykę, rytm. Zwłaszcza te dwa ostatnie elementy są dla osób niepełnosprawnych szczególnie znaczące. Muzyka sprzyja zapamiętywaniu podczas prezentacji (np. muzyka dramatyczna z epoki romantyzmu) czy utrwalaniu wiadomości (muzyka barokowa)⁶⁸.

Nauczyciel prowadząc lekcję, chce przekazać określone treści oraz chce, aby były one zapamiętywane (nie mówiąc o aspektach wychowawczych). Ważne, aby stworzyć odpowiednią atmosferę. Pozytywne emocje sprzyjają uczeniu się i zapamiętywaniu. Nauczyciel powinien okazywać życzliwość, przyjazny stosunek, częściej chwalić niż krytykować, pamiętając o większej liczbie sygnałów werbalnych niż niewerbalnych. Powinien pamiętać o częstym i żywym reagowaniu, poruszaniu się po klasie. Prowadząc lekcję powinien pamiętać o stosowaniu krótkich, zróżnicowanych ćwiczeń, o poprawianiu błędów dopiero po zakończeniu zdania, nie przerywając wypowiedzi, aby nie zniechęcać, nie peszyć w jej trakcie. Powinien intensywnie wystawić uczniów na działanie języka obcego, mówić w obcym języku, odtwarzać teksty z taśmy, prezentować i uczyć wierszy, piosenek, organizować scenki i dialogi, konkursy i gry językowe⁶⁹.

Do każdej jednostki lekcyjnej powinno się dobierać metody, techniki nauczania i formy pracy, które są adekwatne do typu modalnego poszczególnych uczniów, ich indywidualnych możliwości, potrzeb, preferowanych stylów uczenia się, faz rozwoju. Każdy z nich w różny sposób postrzega rzeczywistość, wykorzystując przy tym różne zmysły (słuch, wzrok, dotyk, węch) w charakterystycznym dla nich zakresie. Należy wyłaniać wśród uczniów różne typy modalne (kinestetyczny, słuchowy, werbalny) i do nich dostosowywać treści

⁶⁷ Zob. M. Majewska, op. cit.

⁶⁸ Zob. T. Kacperski, op. cit., s. 292.

⁶⁹ Zob. G. Jagielska, op. cit., s. 22–23.

nauczania i metody pracy. Oto metody, techniki nauczania oraz formy pracy i ich krótka charakterystyka: metoda komunikacyjna – zgodnie z tą metodą wszystkie sytuacje występujące na zajęciach są pretekstem do komunikowania się. Błędy językowe traktowane są jako naturalny element procesu uczenia się. Metodę tę warto stosować przy poznawaniu słownictwa, przy dialogach, szczególnie w klasach gimnazjalnych; metoda Total Physical Response – opiera się na rozumieniu i wykonywaniu instrukcji wydawanych przez nauczyciela. Metoda ta ma zastosowanie zwłaszcza przy nauczaniu małych dzieci, polega na wydawaniu bardzo krótkich i prostych poleceń typu: „clap your hands”, „sit down” itp.; technika audiowizualna – polega na prezentacji nowego materiału językowego w audio-wizualnym kontekście w celu uczenia się poszczególnych umiejętności: słuchanie, czytanie, mówienie. Często bywa wykorzystywana jako trening koncentracji uwagi, gdyż dzieci niepełnosprawne intelektualnie mają bardzo słabą koncentrację uwagi⁷⁰.

Uczniowie o specjalnych potrzebach edukacyjnych mają duże trudności z przyswojeniem języka obcego. Wykazują problemy z wypowiedaniem się, czytaniem i pisanem, nawet w języku ojczystym. Największą przeszkodą w nauce języka angielskiego, oprócz takich dysfunkcji, jak: słaba pamięć, zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej, słuchu fonematycznego, wady wymowy, mniejsze możliwości koncentracji, jest niska motywacja do nauki języka obcego, ponieważ większość uczniów nie jest gotowych, aby zrozumieć i zapamiętać zasady gramatyki, ani też, w swoim mniemaniu, nie mają powodu, aby je przyswajać; nie widzą potrzeby nauki języka angielskiego, gdyż komunikują się w swoim środowisku za pomocą języka ojczystego, a przydatność umiejętności posługiwania się językiem obcym w przyszłości jest dla nich abstrakcją⁷¹.

Nadrzędnym celem nauczania języka angielskiego w szkole dla uczniów z niepełnosprawnością jest zapewnienie zorganizowanej formy nauki w wieloletnim cyklu kształcenia i jednocześnie stworzenie właściwych warunków rozwoju, przede wszystkim wyposażenie w narzędzia niezbędne do zrozumienia współczesnego świata. Celem nauczania jest wytworzenie podstawowej kompetencji językowej i komunikacyjnej umożliwiającej porozumiewanie się w języku angielskim na poziomie elementarnym. Zadania nauczania to:

⁷⁰ Zob. M. Majewska, op. cit.

⁷¹ Zob. ibidem.

- rozwijanie w uczniach poczucia wartości oraz wiary w swoje możliwości językowe (szczególnie u uczniów, którzy już mieli kontakt z językiem obcym zakończony niepowodzeniem), poprzez pozytywną informację zwrotną dotyczącą indywidualnych kompetencji językowych;
- zapewnienie dostępu do stosowanych materiałów dydaktycznych;
- zapewnienie uczniom, w miarę możliwości, kontaktu z językiem obcym;
- uwrażliwianie uczniów na język angielski spotykany w życiu codziennym, ukazywanie przydatności jego rozumienia i tym samym motywowanie ich do nauki tego języka;
- stworzenie uczniom możliwości stosowania języka jako narzędzia przy wykonywaniu projektów – grupowych bądź indywidualnych;
- rozwijanie w uczniach postaw ciekawości, otwartości i tolerancji wobec innych kultur⁷².

W klasie pierwszej, kiedy rozpoczyna się nauka języka angielskiego w szkole specjalnej, większość uczniów wykazuje trudności w czytaniu i pisaniu w języku ojczystym. Zakłada się więc, że uczniowie ci nie są gotowi, aby podjąć naukę czytania i pisania w języku obcym. W związku z tym proponuje się położenie akcentu na sprawność rozumienia, a w drugiej kolejności sprawność mówienia. Zdarza się, że niektórzy uczniowie z klasy pierwszej mieli już kontakt z językiem angielskim w przedszkolu. W tym samym czasie, można stwierdzić, że poziom ich umiejętności jest zbliżony do uczniów, którzy nigdy nie mieli kontaktu z językiem angielskim. W dodatku często są oni obciążeni poczuciem niepowodzenia w nauce języka obcego, którą odbierają jako przedmiot trudny, czasami wręcz niemożliwy do opanowania. Dlatego pierwsze zajęcia należy poświęcić na motywowanie uczniów do aktywnego uczestnictwa w lekcjach języka angielskiego poprzez wzbudzanie wiary we własne możliwości⁷³.

Oprócz trudności rozwojowych, które musi przezwyciężać uczeń, nauczyciele języka angielskiego nie posiadają żadnych pomocy dydaktycznych, choćby w postaci odpowiednich podręczników czy zeszytów ćwiczeń. W związku z wyżej wymienionymi trudnościami w nauczaniu języka angielskiego w szkole specjalnej należałoby stworzyć odpowiedni program oraz przygotować podręczniki, które chociaż w stopniu podstawowym ułatwiłyby uczniom naukę tego trudnego przedmiotu.

⁷² Zob. H. Komorowska, op. cit.

⁷³ Zob. M. Majewska, op. cit.

OPINIA RODZICÓW DZIECI Z AUTYZMEM NA TEMAT NAUCZANIA DZIECI JĘZYKA ANGIELSKIEGO W ŚWIETLE ZREALIZOWANYCH BADAŃ

W celu poznania opinii rodziców mających dzieci z autyzmem na temat nauczania ich dzieci języka angielskiego przeprowadzono badania, dzięki którym dokonano charakterystyki pewnej specyfiki nauczania języka angielskiego dzieci autystycznych, a także stwierdzono, że zajęcia z języka angielskiego z daną grupą uczniów mają sens oraz przynoszą pożądane efekty edukacyjne i rozwojowe. Problemy badawcze ujęto następująco: 1. Jaki wpływ na rozwój dziecka ze zdiagnozowanym autyzmem ma szeroko pojęty kontakt z językiem angielskim w najbliższym otoczeniu dziecka w opinii jego rodziców? 2. Czy i jakie efekty przynoszą zajęcia z języka angielskiego dla dzieci autystycznych w opinii ich rodziców? Jak naukę języka angielskiego w placówce edukacyjnej oceniają rodzice dzieci z autyzmem? 3. Jakie metody i techniki nauczania, a także formy zajęć wydają się najbardziej efektywne w przyswajaniu języka angielskiego przez dzieci z autyzmem w opinii ich rodziców?

W oparciu o podane problemy badawcze sformułowano następujące hipotezy badawcze, tzw. robocze:

1. W opinii rodziców duża intensywność kontaktów dziecka z autyzmem z językiem angielskim w jego najbliższym otoczeniu, a także w czasie kształcenia instytucjonalnego (zajęć terapeutycznych, odbywających się w placówce edukacyjnej) oraz poza placówką pozytywnie wpływa na rozwój dziecka i pomaga w przyswajaniu języka angielskiego, nauczanego w czasie lekcji z tego języka realizowanych w placówce edukacyjnej.
2. W opinii rodziców dzieci z autyzmem częstotliwość zajęć z języka angielskiego, ich rodzaj, czas trwania zajęć mają znaczący wpływ na ich efektywność oraz na rozwój ucznia z autyzmem. Dziecko autystyczne otrzymujące w domu pomoc przy nauce języka angielskiego wykazuje większe postępy, ma lepszą wymowę, pamięta więcej zwrotów i potrafi użyć ich w odpowiedniej sytuacji językowej.
3. W opinii rodziców dzieci z autyzmem wykorzystanie elementów różnych metod terapeutycznych sprzyja procesowi uczenia się języka angielskiego przez dzieci z autyzmem.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego oraz technikę ankiety. Zostały one zrealizowane w roku 2013 (marzec–kwiecień) w Ośrodku Rewalidacyjno-Wychowawczym „Tęcza” dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem w Toruniu; to ośrodek terapeutyczny umożliwiający danej grupie uczniów reali-

zając obowiązku szkolnego. Ośrodek składa się z dwóch oddziałów: przedszkola dla dzieci z autyzmem oraz oddziału wczesnoszkolnego. W ośrodku „Tęcza” znajduje się 12 dzieci w oddziałach przedszkolnych oraz 12 dzieci kontynuujących naukę na pierwszym etapie edukacyjnym (klasy I–III szkoły podstawowej). Podopieczni są poddawani terapii z zastosowaniem wszystkich możliwych metod wspomagania ich rozwoju, począwszy od metody behawioralnej, a na terapii Metodą Integracji Sensorycznej skończywszy. Oprócz tego, dzieci uczęszczające do ośrodka biorą udział w zajęciach z muzykoterapii, dogoterapii, hipoterapii, języka angielskiego, religii, edukacji przyrodniczo-ekologicznej⁷⁴.

Ośrodek zatrudnia 14 osób, z czego 10 w pełnym wymiarze czasu pracy. W większości personel stanowią terapeuci-wychowawcy, a także logopeda i psycholog. Dodatkowo, placówka korzysta z usług nauczyciela religii, muzyki oraz języka angielskiego w niepełnowymiarowym czasie pracy. W ośrodku pracują także dwie osoby, które wspierają terapeutów w ramach wolontariatu.

Dobór próby badawczej został ograniczony do rodziców dzieci ze zdiagnozowanym autyzmem, które edukują się na pierwszym etapie edukacyjnym, uczęszczających do oddziału wczesnoszkolnego, a więc realizują program klas I–III, w wieku 7–10 lat, mieszkających w województwie kujawsko-pomorskim, na obszarach wiejskich i miejsko-wiejskich (5 dziewczynek i 7 chłopców).

W badaniu wzięło udział 20 rodziców. Większość ankietowanych to kobiety (14), a 6 to mężczyźni. Badana populacja charakteryzowała się wiekiem średnim. Przedział 30–40 lat i 40–50 lat zaznaczyło odpowiednio 10 i 5 osób (50% i 25%), a więc zdecydowana większość. Tylko dwie osoby podały przedział wiekowy 50 i więcej lat. Biorąc pod uwagę stan cywilny ankietowanych, 12 osób zaznaczyło odpowiedź żonaty/mężatka, 3 były w związku nieformalnym, natomiast 5 określiło swój stan cywilny jako rozwodnik/rozwódka. Nie pojawiły się odpowiedzi kawaler/panna oraz wdowiec/wdowa. Pod względem miejsca zamieszkania 14 osób odpowiedziało, że jest nim miasto powyżej 100 tys. mieszkańców, 4 wybrały małe miasto i 2 wieś. Żadna z ankietowanych osób nie zaznaczyła odpowiedzi wykształcenie podstawowe; cztery osoby, wśród ankietowanych ojców, i jedna wśród matek miały wykształcenie zawodowe. Największą grupą były osoby legitymujące się wykształceniem średnim, odpowiednio 70% (ankietowanych ojców) i 55% (ankietowanych matek). Wykształcenie wyższe zadeklarował większy procent matek niż ojców, czyli

⁷⁴ Zob. http://przedszkoleautyzm.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=72&Itemid=35 [dostęp: 1.05.2013].

40% matek i 10% ojców. Aktywnych zawodowo było 85% ankietowanych (17 osób). Jedynie 15%, czyli 3 osoby zadeklarowały, że nie pracują.

Można zaobserwować, że w pytaniu o płeć dziecka 60% podało odpowiedź chłopiec (12 osób), a 40% dziewczynka (8 osób). Największa liczba ankietowanych, czyli 40% odpowiedziała, że ich dzieci są w przedziale wiekowym 8–9 lat (8 osób). Z kolei 30% dzieci było w wieku 9–10 lat (6 osób), i również 30% to młodsze dzieci w wieku 7 lat (6 osób).

Kolejnym zagadnieniem poruszonym w kwestionariuszu były pierwsze objawy autyzmu. Zdecydowana większość ankietowanych udzieliła odpowiedzi 0–2 lata i było to 70% ankietowanych (14 osób). Pozostałe osoby zaznaczyły odpowiedź 3–4 lata – 20% (4 osoby) i tylko 10% odpowiedź 5–7 lat (2 osoby). Wśród najbardziej charakterystycznych objawów autyzmu u dziecka badani rodzice najczęściej wymieniali: obojętność wobec rodziców (13 osób – 65%), zaburzenia mowy lub jej brak (14 osób – 70%), wyraźne wycofanie (16 osób – 80%) i pragnienie zachowania niezmienności (18 osób – 90%). Rodzice wskazywali również na nieokazywanie emocji (10 osób – 50%) i agresję (7 osób – 35%). Pojawiła się także odpowiedź echolalie, którą podało 5 osób, czyli 25% badanych. To najbliższa rodzina (rodzice, rodzeństwo) została wskazana najczęściej przez ankietowanych jako osoby, które jako pierwsze zauważyły objawy autyzmu u dziecka (65% – 13 osób). Pojawiły się także odpowiedzi: dalsza rodzina (20% – 4 osoby), profesjonalni opiekunowie dziecka (10% – 2 osoby) oraz lekarz ogólny (5% – 1 osoba). Diagnozę autyzmu u dziecka badanych rodziców na ogół postawił psychiatra dziecięcy (45% ankietowanych – 9 osób) albo też specjalista z poradni specjalistycznej (50% – 10 osób). Natomiast jedna z ankietowanych osób udzieliła odpowiedzi, że w Centrum Oceny i Wsparcia dla Rodzin zdiagnozowało autyzm u ich dziecka (co stanowi 5% ogółu udzielonych odpowiedzi). Większość ankietowanych osób podała wiek 3–4 lata jako okres rozwoju dziecka, w którym zdiagnozowano autyzm (60% – 12 osób). Mniejsza liczba dzieci została zdiagnozowana w innym wieku. 10% ankietowanych zaznaczyło odpowiedź 2–3 lata i 5–6 lat. Według 4 osób (20%) autyzm u ich dziecka został zdiagnozowany, gdy miało 4–5 lat. Na pytanie o czas, w jakim dziecko korzysta z profesjonalnej pomocy specjalistycznej, zdecydowana większość próbek populacji, bo 80% (16 osób) wskazało przedział 3–4 lata. Dwie osoby podały przedział 2–3 lata i także dwie osoby zaznaczyły dłużej niż 5 lat (po 10%).

Część szczegółową kwestionariusza ankiety dla rodziców rozpoczynały pytania o kontakt dziecka z językiem angielskim w zorganizowanej, sformali-

zowanej formie. Okazało się, że dodatkowe zajęcia z języka angielskiego nie były zbyt popularne wśród dzieci z autyzmem. Ankietowani przyznali (60%), że ich dziecko nie uczestniczyło w żadnych zajęciach z języka angielskiego (12 osób). Jedynie 40% dzieci korzystało przed podjęciem edukacji szkolnej z zajęć z języka angielskiego (8 osób). Następnie badane osoby określały charakter zajęć językowych, w jakich dzieci brały udział. Na ogół były to zajęcia indywidualne – 30% (6 osób). Pozostała część badanych (10% – 2 osoby) zaznaczyła odpowiedź, która mówiła o zajęciach w małych grupach (5–7 osób). Lekcje odbywały się zarówno jeden raz w tygodniu (20% – 4 osoby), jak i od dwóch do trzech razy w tygodniu (także 20% – 4 osoby). Najczęściej zajęcia z języka angielskiego dzieci z autyzmem, w opinii ich rodziców, trwały od 30 minut do 1 godziny (20% – 4 osoby). Pojawiły się także odpowiedzi: do 30 minut (10% – 2 osoby) oraz 1–1,5 godziny (10% – 2 osoby). Podobne pytanie zostało sformułowane nieco później w kwestionariuszu ankiety przeznaczonym dla rodziców, z tą różnicą, iż dotyczyło zajęć z języka angielskiego, na które miały uczęszczać dzieci autystyczne w chwili obecnej. W tym przypadku również niewielka liczba ankietowanych odpowiedziała pozytywnie (30% – 6 osób). Aż 70% ankietowanych rodziców stwierdziło, że ich dzieci nie korzystają z żadnego rodzaju zorganizowanych zajęć z języka angielskiego poza zajęciami realizowanymi w ośrodku. Podobnie najpopularniejszą formą zajęć były zajęcia indywidualne (20% – 4 osoby), a zatem zajęcia w mniejszych grupach (2–4 osoby), taką odpowiedź wybrało 10% ankietowanych, czyli 2 osoby. Więcej badanych twierdziło, że lekcje z języka angielskiego odbywają się 2–3 razy w tygodniu (20% – 4 osoby) i 1 raz w tygodniu (10% – 2 osoby). Na pytanie o jakikolwiek rodzaj kontaktu dziecka z językiem angielskim odpowiedziano twierdząco 70% (14 osób). Na pytanie o typy danej relacji większość respondentów wybrała zaproponowane w kwestionariuszu odpowiedzi (tylko dwie osoby – 10% – dodały odpowiedź własną: korzystanie z plansz, plakatów z angielskimi napisami). Najczęściej wybieraną odpowiedzią było korzystanie z anglojęzycznych źródeł, takich jak: prasa, książeczki, nagrania, filmy. Na wybór tej odpowiedzi zdecydowało się aż 60% badanych (12 osób). Ponadto, 10% wymieniło rozmowę z rodzicami w języku angielskim jako formę kontaktu z danym językiem, z której korzysta dziecko, a także 10% rodziców twierdziło, że dziecko ma styczność z osobą, której językiem ojczystym jest język angielski. Połowa respondentów uważała, że dziecko ma dodatkowy kontakt z językiem angielskim kilka razy w tygodniu, a jedna piąta rodziców zdecydowała się zaznaczyć odpowiedź kilka razy w miesiącu. Niestety, 6 osób,

co stanowi 30% badanej populacji, było zdania, że ich dziecko nie ma żadnego pozainstytucjonalnego kontaktu z językiem angielskim.

Kolejnym zagadnieniem, na które zwrócono uwagę w czasie realizowanych badań, była ewaluacja zajęć z języka angielskiego, odbywających się w ośrodku rewalidacyjno-wychowawczym, a prowadzonych w ramach obowiązującej podstawy programowej dla klas I–III. Szczególny nacisk położono na percepcję i efektywność lekcji. Połowa rodziców zadeklarowała, że ocenia zajęcia z języka angielskiego bardzo dobrze. Ogólnie rzecz biorąc, zostały one zaopiniowane pozytywnie, ponieważ także 30% wybrało odpowiedź dobrze oraz 20% opcję poprawnie. Żaden z respondentów nie zaznaczył opcji słabo lub bardzo źle. Na pytanie: czy dziecko pamięta i powtarza zwroty, które poznało na zajęciach? – zdecydowana większość ankietowanych zakreśliła opcję tak (aż 90% – 18 osób). Podobnie wysoki wynik, bo 85% odpowiedzi na tak, otrzymało następane pytanie: czy sposób wymowy tych zwrotów jest poprawny? Nieznacznie gorzej wyglądała sytuacja ze zrozumieniem nauczonych pojęć i umiejętnością ich wykorzystania w określonym kontekście komunikacyjno-sytuacyjnym. W tym wypadku wynik pozytywny był w dalszym ciągu wysoki, stanowił 70% odpowiedzi. Według ankietowanych efektywność przeprowadzanych zajęć z języka angielskiego jest także na wysokim poziomie – 85% respondentów podało, że lekcje dają bardzo dobre efekty, 10% twierdziło, że rezultaty są dobre, a 5% uznało je za poprawne. Następnie omówiono problemy z nauką oraz pomoc, jaką otrzymuje uczeń w domu. Połowa ankietowanych rodziców uważała, że ich dziecko ma trudności w nauce tego języka, z czego 20%, że są to problemy poważne, a 30% określiło je jako dosyć częste. Jedynie 15% respondentów deklarowało, że dziecko autystyczne nie ma żadnych problemów z nauką języka obcego. Dla 35% badanych rodziców trudności te pojawiały się sporadycznie.

Ostatnią część kwestionariusza ankiety poświęcono propozycjom metodycznym zajęć z języka angielskiego. Na podstawie uzyskanych wyników można powiedzieć, że aż 85% badanych rodziców propagowało nauczanie swoich dzieci języka angielskiego w formie indywidualnej; z kolei zajęcia w małych grupach, liczących 2–4 osoby, popierało 15% badanych rodziców. Biorąc pod uwagę częstotliwość, z jaką powinny odbywać się lekcje, większość respondentów wybrała opcję 3–2 razy w tygodniu (45%). Natomiast jeśli chodzi o czas trwania zajęć, przeważał przedział czasowy od 30 minut do 1 godziny (55%).

KONKLUZJA

Podjęcie nauki języka obcego, np. języka angielskiego, przez dzieci z autyzmem może wydawać się pomysłem kontrowersyjnym, nawet wśród osób na co dzień pracujących z takimi dziećmi, ponieważ to właśnie funkcje językowe są szczególnie zaburzone w danej grupie dzieci niepełnosprawnych. Problemy w komunikacji stanowią przecież istotny objaw autyzmu – Lorna Wing i Judith Gould zaliczyły je do triduum zwanego „kontinuum autystycznym”. Dla osób z autyzmem komunikacja werbalna (a często niewerbalna również) nie służy do kontaktów interpersonalnych. Z tego względu, celem zrealizowanych badań było podkreślenie celowości nauki języka obcego i zapewnienia dziecku wielowymiarowej styczności z tym językiem. Kierując się wynikami badań, które zostały przeprowadzone w Ośrodku Rewalidacyjno-Wychowawczym „Tęcza” w Toruniu, można stwierdzić, iż im większa intensywność kontaktów dziecka z językiem angielskim w jego otoczeniu: podczas kształcenia zintegrowanego, zajęć terapeutycznych odbywających się w ośrodku, a także poza ośrodkiem, przede wszystkim w domu rodzinnym, tym wyższe zainteresowanie dziecka nauką języka obcego i tym wyższa efektywność owej nauki. Ma to oczywiście, zdaniem rodziców dzieci z autyzmem, pozytywny wpływ na rozwój dziecka, nie tylko psychiczny, lecz także społeczny. Korzystanie z różnego rodzaju źródeł multimedialnych w czasie nauki języka obcego stanowi bodziec dla rozwoju pamięci, możliwości intelektualnych, a nawet zdolności interpersonalnych. Ponadto dziecko autystyczne otrzymujące pomoc w nauce języka obcego w domu rodzinnym wykazuje większe umiejętności operowania językiem obcym, ma lepszą wymowę, pamięta więcej zwrotów i w większym stopniu potrafi dostosować je do kontekstu sytuacyjnego, w którym wykorzystuje się znajomość języka obcego.

Biorąc pod uwagę analizę wyników przeprowadzonych badań, można stwierdzić, że częstotliwość zajęć z języka obcego, realizowanych w placówce edukacyjnej, ich rodzaj oraz czas trwania mają znaczący wpływ na efektywność danych zajęć i na rozwój ucznia. Wykorzystywanie elementów różnych metod terapeutycznych sprzyja procesowi uczenia się języka obcego przez dzieci z autyzmem. Jednakże, z punktu widzenia złożoności badanego zagadnienia oraz z racji tego, że w dalszym ciągu dany temat pozostaje dyskusyjny, nie może być on uznany za zamknięty. Również pod względem legislacyjnym propozycja obowiązkowej nauki języka obcego w szkołach specjalnych jest

wciąż tematem debat i z pewnością jej charakter będzie w bliższej i dalszej przeszłości ewoluował.

Podsumowując, warto wspomnieć o Noamie Chomskim, znanym językoznawcy z drugiej połowy XX wieku. Według niego, każda ludzka istota jest w stanie nauczyć się języka bez względu na stan zdrowia, stopień sprawności fizycznej czy umysłowej. Każda osoba ma wrodzony potencjał lingwistyczny – innymi słowy: rodzi się z zestawem zasad językowych zwanych gramatyką uniwersalną, będącą podstawą budowy wszystkich ludzkich języków⁷⁵.

BIBLIOGRAFIA

- Asperger H., „*Psychopatia autystyczna*” *okresu dzieciństwa*, [w:] *Autyzm i zespół Aspergera*, red. U. Frith, przeł. B. Godlewska, Warszawa 2005.
- Autyzm i zespół Aspergera*, red. U. Frith, przeł. B. Godlewska, Warszawa 2005.
- Autyzm wyzwaniem naszych czasów*, red. T. Gałkowski, J. Kossewska, Kraków 2004.
- Błęszyński J., *Uwarunkowania efektywnego oddziaływania terapeutycznego w pracy z osobami autystycznymi*, [w:] *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*, red. J. Błęszyński, Kraków 2005.
- Błęszyński J., *Wykorzystanie metody Ruchu Rozwijającego w terapii dziecka z głębokimi deficytami rozwojowymi – autystycznego*, [w:] *Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem*, red. J. Błęszyński, Kraków 2004.
- Bobkowicz-Lewartowska L., *Autyzm dziecięcy, zagadnienia diagnozy i terapii*, Kraków 2005.
- Bragdon A., Gamon D., *Kiedy mózg pracuje inaczej*, przeł. L. Okupniak, Gdańsk 2004.
- Bryńska A., Komendera J., Jagielska G., *Autyzm i zespół Aspergera*, Warszawa 2009.
- Crane J.L., Winsler A., *Early autism detection: Implications for pediatric practice and public policy*, „*Journal of Disability Policy Studies*” 2008, nr 10.
- Czapika A., *Model rozwoju w autyzmie i zaburzenia współwystępujące z autyzmem*, [w:] *Autyzm. Na granicy zrozumienia*, red. B. Winczura, Kraków 2009.
- Danielewicz D., Pisula E., *Terapia i edukacja osób z autyzmem*, [w:] *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, red. E. Pisula, D. Danielewicz, Kraków 2005.
- Doman G., *Jak nauczyć małe dziecko czytać?*, przeł. M. Pietrzak Bydgoszcz 1992.
- Dźwierzynska E., *Aktywizowanie uczniów warunkiem skuteczności przyswajania obcojęzycznej leksyki*, „*Języki Obce w Szkole*” 2009, nr 4.
- Gillberg C., Wing L., *Autism: not an extremely rare disorder*, „*Acta Psychiatr Scand*” 1999, nr 6.

⁷⁵ T. Mason, *First Language Acquisition. Argument*, http://www.timothyjpmaison.com/WebPages/LangTeach/Licence/CM/OldLectures/L1_Introduction.htm [dostęp: 7.06.2013].

- Gillberg C., Wing L., *Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification*, „The Journal of Autism and Developmental Disorders” March 1979, vol. 9 (1).
- Gruna-Ożarowska A., *Umysł niewspółodczuwających. Neurobiologia autyzmu*, [w:] *Autyzm. Na granicy zrozumienia*, red. B. Winczura, Kraków 2009.
- Harmer J., *The Practice of English Language Teaching*, London 2001.
- Hrdlicka M., *Structural neuroimaging in autism*, „Neuro-Endocrinology Letters” 2008, vol. 29 (4).
- Jagielska G., *One są wśród nas. Dziecko z autyzmem i zespołem Aspergera w szkole i w przedszkolu. Informacje dla pedagogów i opiekunów*, Warszawa 2010.
- Jaklewicz H., *Autyzm wczesnodziecięcy. Diagnostyka – przebieg – leczenie*, Gdańsk 1993.
- Johnson Ch.P., Myers S.M., *Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders*, Clinical Report, „Pediatrics” 2007, nr 120.
- Kacperski T., *Nauczanie języka obcego osób ze sprzężoną niepełnosprawnością*, „Szkoła Specjalna” 2005, nr 4.
- Komorowska H., *Metodyka nauczania języków obcych*, Warszawa 2002.
- Koperwas A., Lipiec I., *Metodologia działalności szkolnego ośrodka kariery wobec uczniów z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi*, Projekt Szkoły Andersena Szkołami Równych Szans, Lublin 2011.
- Kozłowski J., *Zastosowanie teorii uczenia się w terapii małych dzieci z autyzmem na przykładzie projektu wczesnej interwencji O. I. Lovaasa*, [w:] *Terapia i edukacja osób z autyzmem. Wybrane zagadnienia*, red. D. Danielewicz, E. Pisula, Warszawa 2003.
- Kruk-Lasocka J., *Autyzm czy nie autyzm? Problemy diagnostyki i terapii pedagogicznej małych dzieci*, Wrocław 1999.
- Kucharski K., *Metoda Stymulowanych Seryjnych Powtórzeń Ćwiczeń (SSP)*, [w:] *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*, red. J. Błęszyński, Kraków 2005.
- Pawlus M., *Encyklopedia. Rodzice i dzieci*, Bielsko-Biała 2002.
- Pisula E., *Autyzm u dzieci. Diagnostyka, klasyfikacja, etiologia*, Warszawa 2000.
- Pisula E., *Małe dziecko z autyzmem*, Gdańsk 2005.
- Pisula E., *Autyzm – przyczyny, symptomy, terapia*, Gdańsk 2010.
- Rodier P., *Początki autyzmu*, „Świat Nauki” 2000, nr 179 (5).
- Schenk A., *Strategia postępowania z dziećmi autystycznymi. Poradnik dla rodziców*, przeł. E. Wiekiera, Kraków 1995.
- Sullivan J.A., Lewis M.J., Nikko E. et al., *Multiple interactions drive adaptor-mediated recruitment of the ubiquitin ligase Rsp5 to membrane proteins in vivo and in vitro*, *MOL BIOL CELL* 2007, vol. 18 (7).
- Waclaw W., Aldenrud U., Ilstedt S., *Dzieci z autyzmem i zespołem Aspergera. Praktyczne doświadczenia z codziennej pracy*, przeł. M. Aleksandrowicz, Katowice 2000.

Warren F., *Spółeczeństwo, które zabija wasze dzieci*, [w:] *Dziecko autystyczne i jego rodzice*, red. T. Gałkowski, Warszawa 1984.

Winczura B., *Autyzm. Na granicy zrozumienia*, Kraków 2009.

Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem, red. E. Pisula, D. Danielewicz, Kraków 2005.

Netografia

Majewska M., *Nauczanie języka angielskiego dzieci z obniżoną normą intelektualną*, http://docs7.chomikuj.pl/118596679,PL,0,0,nauczanie_refleksje1.doc [dostęp: 21.05.2013].

Mason T., *First Language Acquisition. Argument*, http://www.timothyjpmason.com/WebPages/LangTeach/Licence/CM/OldLectures/L1_Introduction.htm [dostęp: 7.06.2013].

http://przedszkoleautyzm.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=72&Itemid=35 [dostęp: 1.05.2013].

CZY NAUCZANIE DZIECI Z AUTYZMEM JĘZYKA ANGIELSKIEGO MA SENS (NA PODSTAWIE OPINII RODZICÓW DZIECI AUTYSTYCZNYCH)?

Streszczenie: Autyzm wczesnodziecięcy zaliczany jest do grupy poważnych, złożonych zaburzeń rozwoju dziecka. Wywołuje liczne kontrowersje nie tylko w kwestii etiologii, objawów (w tym między innymi objawów związanych z obszarem komunikacji), możliwości terapii, lecz także edukacji – na poszczególnych etapach kształcenia – osób doświadczających jego skutków. Stąd ożywione dyskusje wywołuje również zagadnienie nauczania dzieci z autyzmem języka obcego, np. języka angielskiego. Zdania na ten temat są podzielone, szczególnie w gronie specjalistów pracujących z dziećmi z autyzmem, jak i wśród samych rodziców. W niniejszym artykule zostały przedstawione wyniki zrealizowanych badań naukowych w grupie rodziców dzieci z autyzmem wskazujące opinie badanych na temat możliwości oraz celowości nauczania języka angielskiego analizowanej kategorii uczniów i jego wpływ na ich rozwój ogólny.

Słowa kluczowe: autyzm, autyzm Kanner, autystyczne spektrum, rodzice dziecka z autyzmem, język angielski, nauczanie języka angielskiego

DOES TEACHING ENGLISH TO CHILDREN WITH AUTISM MAKE SENSE (BASED ON THE OPINIONS OF AUTISTIC CHILDREN'S PARENTS)?

Summary: Kanner's autism is considered a complex and severe disorder of child development. Controversy surrounds not only its etiology, symptoms (including symptoms observed in the area of interpersonal communication) or treatment possibilities, but also education – at its various levels – of people influenced by its effects. Accordingly, the idea of teaching autistic children a foreign language, e.g. English, is the subject of a heated debate – opinions are divided both among specialists working with autistic children and among autistic children's parents. The article presents the results of studies conducted among parents of autistic children, focusing on their opinions concerning the viability and usefulness of teaching English to autistic children and its influence on their general development.

Keywords: autism, Kanner's autism, autistic spectrum, parents of an autistic child, English language, teaching English