

**Wyższa Szkoła Społeczno – Przyrodnicza  
im. Wincentego Pola w Lublinie**

Studia podyplomowe w zakresie:

Edukacja i rehabilitacja osób z niepełnosprawnością intelektualną  
(oligofrenopedagogika)

mgr Beata Popiołek

**Uczeń ze spektrum autyzmu.  
Pomoc psychologiczno-pedagogiczna w świetle nowego prawa  
oświatowego**

praca napisana pod kierunkiem  
dr Dawida Misiaka

Lublin 2018



## SPIS TREŚCI

WSTĘP .....	4
ROZDZIAŁ I .....	6
1. Etiologia – poglądy na temat autyzmu .....	6
1.1. Podejście psychologiczne i psychoanalityczne .....	6
1.2. Podejście genetyczne .....	11
1.3. Podejścia biomedyczne i biochemiczne .....	13
1.4. Podejście syntetyzujące .....	14
ROZDZIAŁ II .....	16
2. Autyzm u małego dziecka .....	16
2.1. Definicja autyzmu .....	17
2.2. Charakterystyka zaburzeń ze spektrum autyzmu .....	19
ROZDZIAŁ III .....	25
3. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna w świetle prawa .....	25
3.1. Organizacja i udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla uczniów posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ...	25
ROZDZIAŁ IV .....	30
4. Analiza form pomocy psychologiczno-pedagogicznej w świetle zmian Ministerstwa Edukacji Narodowej w 2017 r. ....	30
4.1. Nowości i zmiany w nowym rozporządzeniu o pomocy psychologiczno-pedagogicznej .....	31
4.2. Metodologia badań .....	33
WNIOSKI .....	35
BIBLIOGRAFIA .....	38

## WSTĘP

Bezpośrednim motywem napisania pracy o tematyce zaburzeń autystycznych, zarówno u dzieci, jak i uczniów, jest moja praca zawodowa – praca pedagoga szkolnego. Coraz częściej w swojej pracy spotykam się z dziećmi posiadającymi orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu lekkim lub umiarkowanym. Nieco mniejsza, ale stale rosnąca jest również liczba uczniów, którzy posiadają zaburzenia ze spektrum autyzmu, jak chociażby Zespół Aspergera (ZA).

Spśród licznych oferowanych przez Kuratorium Oświaty, Wydział Edukacji i Kultury, Urząd Miasta - Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych szkoleń, konferencji i innych kursów najczęściej pedagog szkolny styka się z profilaktyką uzależnień od środków psychoaktywnych, alkoholu, nikotyny, uzależnień od Internetu, z przemocą rówieśniczą etc.

W mojej ocenie mało zwraca się uwagę na rosnącą liczbę uczniów wymagających pomocy psychologiczno-pedagogicznej, szczególnie dla dzieci ze spektrum autyzmu. A wraz z tym potrzebę takich szkoleń. Problem sprawia już rozróżnienie zaburzeń, nauczyciele „przedmiotowi” są słabo przygotowani do pracy z uczniami posiadającymi takiego rodzaju zaburzenia. Równie często dzieci nie są zdiagnozowane, rodzice nie zawsze współpracują ze szkołą. W takich razach pedagog szkolny jest jedyną osobą, która rozwiązuje problematyczne sytuacje związane z uczniem ze spektrum autyzmu. Dodatkowym utrudnieniem w diagnozie jest fakt ograniczonej ilości specjalistów i długi okres oczekiwania na rozpoznanie.

We wrześniu 2017 roku Ministerstwo Edukacji Narodowej wprowadziło szereg zmian w udzielaniu pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach. W swojej pracy postanowiłam przyjrzeć się bliżej wprowadzonym zmianom, a głównym celem była analiza pomocy psychologiczno-pedagogicznej w świetle obowiązujących przepisów od września 2017 oraz wynikające z nich zmiany dla Szkoły oraz dziecka/ucznia z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego – w tym ucznia ze spektrum zaburzeń autyzmu

Praca miała również na celu opisanie oferowanych przez ustawodawcę form pomocy psychologiczno-pedagogicznych podejmowanych w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach.

W rozdziale I przywołuję poglądy na temat autyzmu ich ewolucję oraz głównych przedstawicieli. Rozdział II dotyczy zaburzenia ze spektrum autyzmu, definicje oraz krótką charakterystykę. W rozdziale III analizuję pomoc psychologiczno-pedagogiczną w świetle prawa, by w następnym IV rozdziale ustosunkować się do nowości oraz zmian wprowadzonych w roku szkolnym 2017/2018.

Swoje konkluzje przedstawiam jako wynik analizy obowiązujących aktów prawnych oraz dokumentacji dotyczącej pomocy psychologiczno-pedagogicznej, która wynika z tychże rozporządzeń.

# ROZDZIAŁ I

## 1. Etiologia - poglądy na temat autyzmu

„Autyzm” wywodzi się z greckiego słowa „autos” – „sam”. Pojęcie to użyte zostało w 1911 roku przez szwajcarskiego psychiatrę Paula Eugena Bleulera – oznaczało pierwotnie odwrócenie się od świata zewnętrznego, charakterystyczną przewagą życia wewnętrznego i utożsamiane było jako jeden z zasadniczych objawów schizofrenii. E. Bleuer opisał w ten sposób *jeden z osiowych objawów schizofrenii, oznaczał on zamknięcie się we własnym świecie i rozluźnienie dyscypliny logicznego myślenia*<sup>1</sup>.

Przytoczony obraz zachowań był przedmiotem licznych analiz lekarskich, nie uszedł też uwadze artystów oraz badaczy innych dziedzin nauki. Co najmniej od lat 40-tych XX wieku autyzm jest w kręgu zainteresowania wielu teoretyków, badaczy, lekarzy, specjalistów wielu dziedzin nauki, w tym pedagogów, logopedów, psychologów, dietetyków, genetyków, socjologów.

Aktualnie wydaje się, że etiologia autyzmu ma charakter złożony i opiera się na współwystępowaniu szczególnej konfiguracji czynników. Próby jednoznacznego ustalenia takiej konfiguracji nie powiodły się, być może dlatego, że autyzm nie jest pojedynczą chorobą, a zróżnicowanym zaburzeniem, którego różne typy mogą być wywoływane przez inne czynniki. Naukowcy zajmujący się tą tematyką poszukiwali przyczyn tego zaburzenia. Efektem ich starań są podstawowe teorie na temat etiologii autyzmu, które można pogrupować w kilka podstawowych nurtów<sup>2</sup>. Poniżej skrótowo prezentuję kilka zasadniczych.

### 1.1. Podejście psychologiczne i psychoanalityczne

Najstarszą próbą zrozumienia etiologii autyzmu są powszechne w połowie XX wieku koncepcje psychoanalityczne. Zgodnie z ich założeniami *autyzm to zaburzenie o podłożu psychogennym, stanowiące odpowiedź dziecka na zastane, niesprzyjające środowisko*<sup>3</sup>. Koncepcje zbudowane są na przekonaniu, iż *autyzm jest*

---

<sup>1</sup> L. Bobkovicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2005, s. 11.

<sup>2</sup> S. Baron-Cohen, P. Bolton, *Autyzm. Fakty*, Kraków 2009.

<sup>3</sup> E. Pisula, D. Danielewicz, *Terapia i edukacja osób z autyzmem – historia i dzień dzisiejszy*, [w:] *Terapia i edukacja osób z autyzmem. Wybrane zagadnienia*, (red.) D. Danielewicz, E. Pisula, Wydawnictwo APS, Warszawa 2003, s. 9.

skutkiem pojawienia się w trakcie rozwoju dziecka czynnika traumatyzującego, wynikającego z zaistnienia nieprawidłowych relacji między dzieckiem a opiekunem podstawowym, najczęściej matką<sup>4</sup>.

Prekursorami w tej dziedzinie byli przede wszystkim lekarze psychiatrzy. Wspomniani już Eugen Bleuler oraz pediatrzy Leo Kanner – austriacko-amerykański psychiatra, uważany za twórcę psychiatrii dziecięcej oraz Hans Asperger - austriacki pediatra i psychiatra. Swoje obserwacje badawcze wnikliwie opisał Leo Kanner, uważany za jednego z głównych przedstawicieli psychoanalitycznego spojrzenia na etiologię autyzmu. Prowadził on stałą obserwację u jedenaściorga niecodziennie zachowujących się dzieci w wieku od dwóch do ośmiu lat, u których odkrył specyficzne zachowania. Występujące u nich zaburzenia nazwał *autyzmem wczesnodziecięcym* (*early infantile autism*), który określił jako *niezdolność do wchodzenia w normalny sposób w relacje z ludźmi i sytuacjami*<sup>5</sup>. Dokonując wnikliwej obserwacji dzieci stworzył listę podstawowych kryteriów opisujących autyzm. Należą do nich<sup>6</sup>:

- *głęboki brak kontaktu afektywnego z innymi ludźmi, wycofywanie się z kontaktów społecznych lub niezdolność do ich tworzenia;*
- *obsesyjna potrzeba zachowania identyczności otoczenia;*
- *fascynacja obiektami (przedmiotami);*
- *mutyzm lub rodzaj mowy, którego celem nie zdaje się być komunikacja z innymi;*
- *zachowania inteligentne, które wskazują na możliwości intelektualne dziecka ujawniający niezwykle wysoką sprawność pamięci.*

Trzydzieści lat później wraz z Leo Eisenbergiem wyodrębnił dwa główne kryteria diagnostyczne, którymi *było społeczne izolowanie oraz nacisk na niezmiennosc*<sup>7</sup>. Dodatkowo wyróżnił szereg innych nieprawidłowości, które mogą wystąpić w autyzmie, takie jak:

- *upośledzenie niewerbalnych aspektów komunikacji i reaktywności społecznej,*
- *częste stereotypie ruchowe;*
- *upodobanie do nietypowych form aktywności fizycznej, jak chodzenie po dachu, spinanie się na meble;*

---

<sup>4</sup> M. Suchowierska, P. Ostaszewski, P. Bąbel, *Terapia behawioralna dzieci z autyzmem. Teoria, badania i praktyka stosowanej analizy zachowania*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2012, s. 28.

<sup>5</sup> J. Komander, G. Jagielska, A. Bryńska, (red.) *Autyzm i zespół Aspergera*, PZWL 2009, s. 10.

<sup>6</sup> H. Jaklewicz, *Autyzm wczesnodziecięcy. Diagnoza, przebieg, leczenie*, GWP 1993, s. 1-12.

<sup>7</sup> M. Suchowierska, P. Ostaszewski, P. Bąbel, *Terapia behawioralna dzieci z autyzmem – teoria, badania i praktyka stosowanej analizy zachowania*, GWP, Sopot 2012, s. 22.

- *osobliwe reakcje na niektóre bodźce sensoryczne, jak fascynacja światłem czy niechęć do niektórych dźwięków;*
- *problem z jedzeniem;*
- *częste napady złości i agresji.*

Dzięki pracom Leo Kanner'a autyzm stał się nową, wyodrębnioną przez niego, jednostką chorobową. Co istotne, wspólną cechą zachowania badanych dzieci było widoczne *izolowanie się, preferowanie samotności, niechęć do kontaktów z innymi, niezdolność używania mowy do komunikowania się, a także obsesyjną potrzebę stałości otoczenia*<sup>8</sup>. Swoją uwagę L. Kanner skupił również na rodzicach badanych dzieci. W 1943 roku Kanner w opublikowanym artykule „*Autistic Disturbances of Affective Contact*” zawarł opis sylwetki psychologicznej rodziców dzieci z zaburzeniami spektrum autyzmu, którym *przypisał takie cechy jak: chłód emocjonalny, sztywność w funkcjonowaniu, przeintelektualizowanie, a także zachowania obsesyjne*<sup>9</sup>. Stał na stanowisku, iż *źródłem autyzmu jest „zimna”, nadmiernie racjonalna, odrzucająca noworodka, deprywująca jego emocjonalne potrzeby, matka*<sup>10</sup>. W pracy tej napisał również, iż *dzieci z tego typu zaburzeniami rodzą się z niezdolnością do formowania zwyczajnych, zdeterminowanych biologicznie emocjonalnych kontaktów z innymi osobami*<sup>11</sup>, co wskazuje, iż poza cechami osobowości rodziców dostrzegał neurobiologiczne podłoże zaburzeń spektrum autyzmu. *Mimo to psychiatrzy przyjęli kannerowski opis osobowości rodziców dzieci z autyzmem jako swoisty wzór, a inni psychoanalitycy potwierdzali związek między „zimną”, sztywną osobowością rodziców a autyzmem występującym u dzieci*<sup>12</sup>.

Kontynuatorem myśli Leo Kanner'a był Bruno Bettelheim – urodzony w Austrii psychoanalityk, psycholog, psychiatra i pedagog. Jego zdaniem *zachowania autystyczne stanowią mechanizm obronny, uruchamiany przez dzieci w sytuacjach skrajnego zagrożenia płynącego z najbliższego otoczenia. Reakcje te, choć często ekstremalne, pomagają dzieciom poradzić sobie z traumatycznymi doświadczeniami, które*

<sup>8</sup> E. Pisula, *Autyzm – od badań mózgu do praktyki psychologicznej*, GWP, Sopot 2012, s. 13.

<sup>9</sup> L. Bobkiewicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięc*, op. cit. s. 25.

<sup>10</sup> M. Talaroska, A. Florkowski, P. Gałęcki, K. Zboralski, (red.) *Psychologiczne koncepcje rozwoju autyzmu*, [w:] *Autyzm – epidemiologia, diagnoza i terapia*, (red.) T. Pietras, A. Witusik, P. Gałęcki, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010, s. 99; B. Winczura, *Dziecko z autyzmem. Terapia deficytów poznawczych a teoria umysłu*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2008, s. 350.

<sup>11</sup> B. Winczura, *Dziecko z autyzmem...*, op. cit. s. 17.

<sup>12</sup> A. Wojciechowska, *Koncepcje autyzmu i problemy diagnostyczne – przegląd literatury*, [w:] *Poznańska pedagogika specjalna. Tradycje – osiągnięcia – perspektywy*, (red.) W. Dykcik, A. Twardowski, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2006, s. 314.



przeżywają. Bettelheim wśród przyczyn autyzmu wymieniał: „psychotyczną więź matki z dzieckiem, zaburzenia osobowości obojga rodziców, trudności w nawiązywaniu kontaktu emocjonalnego między matką i dzieckiem”<sup>13</sup>. Jego zdaniem *odrzućcie i deprywacja ze strony opiekuna jest powodem, że dzieci tracą zaufanie do świata zewnętrznego. Zakłócona więź stanowi zatem przyczynę społecznego wycofania się dziecka, wyizolowania, ucieczki do własnego, wewnętrznego świata*<sup>14</sup>.

Późniejszym kontynuatorem psychoanalitycznych poglądów była Melanie Klein – brytyjska psycholog i psychoanalytyk. *Doszukiwała się ona przyczyn występowania zaburzeń spektrum autyzmu w niedojrzałym i słabo zintegrowanym ego dziecka*<sup>15</sup>. Zdaniem M. Klein funkcjonowanie psychiczne noworodka przechodzi przez kilka faz rozwoju i ma charakter psychotyczny. W pierwszej fazie (...) główną emocją przeżywaną przez dziecko jest silny lęk. W drugiej fazie dziecko reaguje całościowo na matkę. Na tym etapie rozwoju istotne są relacje matka – dziecko, jeśli dojdzie do zakłóceń przeżywany przez dziecko lęk, może spowodować wystąpienie u niego reakcji obronnych – zachowań autystycznych. Klein utrzymuje, że zaburzony kontakt jest przyczyną wycofania się z relacji interpersonalnych i ma charakter obronny. Podobnie jak przywołani badacze uważa ona, że *negatywne doświadczenia wyniesione z wczesnego dzieciństwa wpływają na sposób funkcjonowania osób w dorosłości*<sup>16</sup>.

Etiologię zaburzeń spektrum autyzmu wyjaśniała w podobny sposób zajmująca się psychoanalizą - węgierska psycholog dziecięca Margaret Mahler. Twierdziła, iż u podstaw zaburzeń autystycznych leży nieprawidłowa relacja matki i dziecka. Dodając jednocześnie, iż powstałe zakłócenia negatywnie wpływają na przebieg procesu indywidualizacji. Czyli zaburzenia spektrum autyzmu pojawiają się u dziecka na skutek nieprawidłowości zaistniałych w fazie symbiozy. Co ciekawe Mahler uważała, iż stan autyzmu występuje w rozwoju każdego dziecka i trwa przez kilka pierwszych tygodni życia. Jakość relacji implikuje (wpływa) pojawienie się lub brak zaburzeń ze spektrum autyzmu.

W podobnym tonie wypowiada się współczesna angielska psychoanalytyk dziecięca Francis Tustin. Podobnie jak Mahler stoi na stanowisku, iż autyzm jest jednym z pierwszych etapów rozwojowych każdego dziecka. Stanowi on przejaw radzenia sobie z trudną dla noworodka sytuacją (rozdzielenia jego ciała od ciała

---

<sup>13</sup> B. Winczura, *Dziecko z autyzmem*, op. cit., s. 351

<sup>14</sup> L. Bobkiewicz-Lewartowska, op. cit., s. 27; E. Pisula, D. Danielewicz, op. cit., s. 10.

<sup>15</sup> B. Winczura, *Dziecko z autyzmem*, op. cit., s. 351.

<sup>16</sup> M. Talaroska, A. Florkowski, P. Gałęcki, K. Zboralski, *Psychologiczne koncepcje*, op. cit., s. 100-101.

matki)<sup>17</sup>. Podczas separacji dziecko doświadcza poczucia silnego lęku przed obcym, niebezpiecznym, nieznanym światem zewnętrznym. (...) Zachowania te mogą jednak przejść w stan patologii (...) <sup>18</sup>. Podjęta F. Tustin próba połączenia (w sensie przyczyn) czynników psychologicznych z neurobiologicznymi jest koncepcją nową. Z tej perspektywy autyzm jest wynikiem reakcji z poziomu ośrodkowego układu nerwowego na traumę przeżywaną przez dziecko we wczesnym dzieciństwie<sup>19</sup>.

Inny badacz – John Hochman zajmujący się autyzmem, uważa że jest *on postawą aktywnego wycofania się z kontaktu z rzeczywistością, która dziecka nie satysfakcjonuje, ponadto jest unikaniem wszelkiej zmiany i zafascynowaniem czynnościami mechanicznego powtarzania*<sup>20</sup>. Źródłem tej sytuacji podobnie jak L. Kanner upatruje w postawach rodziców. *Rodzice, zgodnie z prezentowaną koncepcją, nie potrafią stworzyć interesującego dla dziecka środowiska rozwojowego*<sup>21</sup> Starają się stymulować jego rozwój poznawczy, czego dziecko nie toleruje, przez co zachwiane jest jego poczucie bezpieczeństwa. *Dziecko poprzez powtarzające się, mechaniczne działania stara się przywrócić sobie równowagę i zaspokoić swoje potrzeby*<sup>22</sup>.

Innym reprezentantem psychoanalitycznych sposobów poszukiwania etiologii zaburzeń ze spektrum autyzmu jest – Nikolaas Tinbergen. Postrzega on autyzm nie jako stan, lecz proces prowadzący od normy do patologii. Podobnie jak inni autorzy koncepcji uważa, iż zachowanie autystyczne pojawia się u dziecka w wyniku poczucia zagrożenia wywołującego lęk. Podkreśla znaczenie pierwszego (społecznego) kontaktu z matką. Mówi o dwóch ścieżkach/drogach rozwoju społecznego. Pierwsza to *radość z kontaktu* (pozytywne doświadczenia dziecka), druga zaś to *strach przed kontaktem* (efekt negatywnych doświadczeń)<sup>23</sup>. N. Tinbergen przyczyn zaburzeń spektrum autyzmu doszukuje się między innymi w *braku bezpośredniego kontaktu cielesnego (samotne leżenie w łóżeczku), wielogodzinnej rozłące po porodzie, awersyjnych doznaniach, np. klaps w pośladek i szybkie odcięcie pępowiny po urodzeniu*<sup>24</sup>. Znaczenie ma też tempo życia matki, mniej czasu ze względu na pracę, stres, przemęczenie, kariera zawodowa, skłonności depresyjne.

---

<sup>17</sup> B. Winczura, *Dziecko z autyzmem*, op. cit., s. 351

<sup>18</sup> L. Szymania, *Etiologia zaburzeń spektrum autyzmu – przegląd koncepcji*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej”, Nr 11/2015, s. 98-99.

<sup>19</sup> M. Talaroska, A. Florkowski, P. Gałęcki, K. Zboralski, *Psychologiczne koncepcje*, op. cit., s. 102.

<sup>20</sup> L. Szymania, *Etiologia zaburzeń spektrum autyzmu – przegląd koncepcji*, op. cit. s. 98-99.

<sup>21</sup> B. Winczura, *Dziecko*, op. cit., s. 351.

<sup>22</sup> Ibidem, s. 352.

<sup>23</sup> Ibidem.

<sup>24</sup> L. Bobkowicz-Lewartowska, op. cit., s. 35.

Jirina Prekop – czeska psycholog, autorka Terapii Mocnego Trzymania (TMT) uważa, iż powodem występowania specyficznych zachowań u dzieci z autyzmem jest zbyt statyczny tryb życia kobiet spodziewających się dziecka. Według niej zachowania takie jak: kompulsje, stereotypie czy rytuały występujące u dzieci wynikają z niewystarczającej stymulacji trzech kanałów: wertykalnego, kinestetycznego i dotykowego. *Niezaspokojone w trakcie życia płodowego potrzeby powodują, iż dzieci starają się samodzielnie dostarczyć sobie brakujących im bodźców*<sup>25</sup>.

Przytoczone koncepcje łączy wspólne założenie - *główną przyczyną wystąpienia autyzmu u dziecka jest nieprawidłowa relacja między niemowlęciem a matką*<sup>26</sup>.

Zgadzam się z autorką artykułu „*Etiologia autyzmu – przegląd współczesnych teorii*”<sup>27</sup>, która uważa iż podejście psychologiczne i psychoanalityczne upatruje przyczyn autyzmu w traumatycznych wydarzeniach z okresu dzieciństwa lub nieodpowiedniego wchodzenia w relacje z najbliższymi. Zwykle zakłada, że dziecko rodzi się zdrowe, a pod wpływem negatywnych doświadczeń zaczyna izolować się od świata. Współcześnie teorie te nie są popularne ze względu na odkrycia w funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego osób z autyzmem.

## 1.2. Podejście genetyczne

Genetycznych źródeł powstawania autyzmu doszukiwał się już Asperger, który wskazywał na możliwość przekazywania męskiego charakteru, czy też męskiej inteligencji przez ojców swoim dzieciom<sup>28</sup>. Argumentem wspierającym taką koncepcję jest nadreprezentacja chłopców wśród dzieci autystycznych. Obecnie współczynnik ten w różnych badaniach wynosi od 1:4 do 1:8 dziewczynek do chłopców<sup>29</sup>. Rozwinięciem tego poglądu jest współczesna teoria Barona-Cohena (2008), który wiąże występowanie autyzmu z wysokim poziomem testosteronu w wodach płodowych w okresie ciąży. Baron-Cohen wskazuje również na pewne typowo męskie cechy myślenia ujawniające się w autyzmie, jak słaba zdolność empatyzowania i silne systemizowanie. Wskazuje na możliwe genetyczne podłoże sugerując, że ilość inżynierów w rodzinach zarówno od strony ojca jak i matki jest znacznie wyższa niż w rodzinach innych dzieci.

---

<sup>25</sup> M. Młynarska, op. cit., s. 89.

<sup>26</sup> M. Talaroska, A. Florkowski, P. Gałęcki, K. Zboralski, op. cit., s. 99.

<sup>27</sup> M. Karwala, „*Etiologia autyzmu – przegląd współczesnych teorii*”, <http://procare.edu.pl/publikacje/64-etologia-autyzmu>, [dostęp:] 09-01-2018.

<sup>28</sup> Za: J. Kruk-Lasocka, *Autyzm czy nie autyzm? problemy diagnozy i terapii pedagogicznej małych dzieci*. Wrocław 1999.

<sup>29</sup> M. Karwala, „*Etiologia autyzmu ...*”, op. cit., [dostęp:] 09-01-2018.

Sformułował on teorię doboru selektywnego, według której skłonności genetyczne do systemizowania są przekazywane przez obojga rodziców, którzy dobierają się na zasadzie podobieństwa zainteresowań i zbliżonego sposobu myślenia. Teoria ta wymaga dalszych weryfikacji.

*Badania laboratoryjnie wskazują na liczne nieprawidłowości w genotypie osób z autyzmem. Odnotowano wiele zmian chromosomalnych i zlokalizowano potencjalne miejsca tych zmian*<sup>30</sup>. Wciąż jednak nie udało się ustalić jasnego wzorca genetycznego i konkretnych zmian w organizmie, które ten wzorzec by wywoływał – badania sugerują raczej, że pewna konfiguracja genetyczna wpływa na predyspozycje do negatywnej reakcji na czynniki środowiskowe, w szczególności czynniki toksyczne<sup>31</sup>. Wydaje się, że dziedziczony nie jest sam autyzm jako taki, ale biogenetyczne predyspozycje do jego rozwinięcia. Choć zlokalizowano potencjalne miejsca zmian w genach, to nadal nieznanym jest mechanizm patogenezy. Rubenstein i Merzenich podają kilka takich wstępnych ustaleń:

- Zaburzenia w neurotransmisji GABA – u osób z autyzmem odnotowano 50% spadek ilości enzymu syntetyzującego neuroprzekaźnik GABA, (który jest podstawowym hamującym neuroprzekaźnikiem). Udało się znaleźć kilka potencjalnych miejsc mutacji, które prowadzą do niedoborów tego enzymu.
- Niektóre przypadki autyzmu wiąże się z nadmiarem glutaminianu w układzie nerwowym. Udało się zlokalizować potencjalną mutację odpowiedzialną za to, choć możliwe są również czynniki środowiskowe (chemiczne).
- Z autyzmem wiążą się także zaburzenia w ilości neuropeptydów, a także monoamin, w tym szczególnie acetylocholinę (ze względu na jej kluczową rolę w funkcjonowaniu płatów przedczołowych), dopaminy oraz serotoniny, ale nie udało się odnaleźć odpowiedzialnych za nie mutacji<sup>32</sup>.

Rubenstein i Merzenich upatrują źródeł tych zaburzeń w genetyce. Na podstawie analizy badań stwierdzili, że *autyzm może być wywoływany przez kombinację genów i prawdopodobnie nie zostanie zlokalizowany główny „gen autyzmu”*. Co więcej, *geny odziedziczone przez różne jednostki nie muszą prowadzić do tych samych mutacji*:

---

<sup>30</sup> M. Karwala, „*Etiologia autyzmu ...*”, op.cit., [dostęp:] 09-01-2018.

<sup>31</sup> M. Karwala, „*Etiologia autyzmu ...*”, op.cit., [dostęp:] 09-01-2018.

<sup>32</sup> Ibidem.

*osoba mogła nie odziedziczyć innego współwystępującego genu, a także oddziaływały na nią odmienne czynniki środowiskowe*<sup>33</sup>.

Współczesna wiedza genetyczna nie zna odpowiedzi dotyczącej etiologii autyzmu. Zidentyfikowane zmiany genetyczne nie zostały jasno powiązane z późniejszymi zaburzeniami biochemicznymi, które wyjaśniałyby obraz symptomów autyzmu. Badacze zajmujący się tą problematyką są zdania, iż genetyka wydaje się być jeszcze na początku tej drogi.

### **1.3. Podejścia biomedyczne i biochemiczne**

Podejście biomedyczne swoimi badaniami obejmuje funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego oraz całego organizmu. Szuka przyczyn w substancjach chemicznych, głównie toksycznych oraz łączy autyzm z problemami metabolicznymi. Łączy się z podejściem biochemicznym, które zajmuje się problematyką dziedziczenia zaburzeń ze spektrum autyzmu.

Badacze zaznaczają, że czynniki środowiskowe, mogą prowadzić do uszkodzenia mózgu i wywołać autyzm, uważają także, że ich zewnętrzne źródło nie wyklucza wrodzonego charakteru autyzmu. Układ nerwowy jest najbardziej podatny na uszkodzenia w okresie prenatalnym, w czasie porodu oraz w pierwszych miesiącach życia. Obecnie najczęściej wskazywane czynniki ryzyka to:

- poziom testosteronu płodowego – poglądy Barona-Cohena (2008) próbują łączyć pewne typowo męskie cechy myślenia osób z autyzmem z wpływem testosteronu na rozwój płodowy. Istotnie, pomiar poziomu testosteronu wykazuje negatywną korelację między innymi z rozwojem mowy w późniejszym wieku;
- pestycydy – badania kobiet, które w czasie ciąży przebywały w pobliżu terenów, na których stosowano pestycydy, wykazały, że czynnikiem ryzyka może być także ekspozycja matki na organochloryny (ang. organochlorines), szeroko stosowane przy uprawie bawełny, owoców i warzyw (McGovern, 2007);
- metale ciężkie, w tym głównie rtęć i aluminium – badania wykazały podwyższone stężenie metali ciężkich w organizmie dzieci z autyzmem (Adams, Romdalvik, Sadagopa Ramanujam i Legator, 2007). Wysokie stężenie rtęci powoduje poważne uszkodzenia mózgu – pojawiły się głosy, że źródłem rtęci

---

<sup>33</sup> M. Karwala, „*Etiologia autyzmu ...*”, op. cit., [dostęp:] 09-01-2018.

w organizmie dzieci są dodawane do szczepionek stabilizatory, w tym głównie timerosal (metylortęć). Ten temat szczególnie ostatnio bardzo często jest podnoszony w publikacjach popularnonaukowych i czasopismach. Ma liczne grono zarówno zwolenników jak i przeciwników. Badania Haleya (2002) na komórkach nerwowych potwierdziły, że szczepionki z timerosalem powodują śmierć komórek, czego nie obserwuje się przy szczepionkach bez timerosalu. Co ciekawe, badania wykazały też, że metylortęć ma silniejszy negatywny wpływ na komórki w obecności testosteronu (Haley 2002);

- antybiotyki – podawanie dzieciom antybiotyków, szczególnie w ciągu pierwszych 36 miesięcy życia, może być kolejnym czynnikiem ryzyka. Doustne antybiotyki niszczą naturalną florę jelit, która odpowiada za usuwanie metali ciężkich, w tym rtęci, z organizmu (Adams i in., 2007). Wyjaśniałoby to większe stężenie metali ciężkich w organizmie osób z autyzmem, a także często spotykane w tej grupie problemy z funkcjonowaniem jelit. Co więcej, obecność tetracykliny (antybiotyku) zwiększa niszczące działanie rtęci na komórki nerwowe (Haley 2002);
- składniki pokarmowe: gluten i kazeina – Shattock i Witheley (2002) w swojej teorii widzą w autyzmie złożone zaburzenie metaboliczne. W wyniku nieprawidłowego funkcjonowania błony jelit, do organizmu przedostają się białka powstałe z niepełnego rozpadu glutenu i kazeiny. Pokonują one barierę krew-mózg i zaburzają neurotransmisję opioidów, co bezpośrednio powoduje zaburzenia w percepcji, myśleniu oraz zachowaniu.

Czynniki biochemiczne wydają się mieć decydujący wpływ na rozwinięcie się autyzmu. Uwagę zwraca również fakt synergicznego wzmacniania się negatywnego wpływu poszczególnych substancji (Lathe, 2008). Biorąc pod uwagę rosnące zanieczyszczenie środowiska, tłumaczy to znaczący wzrost zachorowań na autyzm w ostatnich latach.

#### **1.4. Podejście syntetyzujące**

Współczesna nauka nie zna jednoznacznej odpowiedzi na temat etiologii autyzmu. Najczęściej łączy się podejścia genetyczne i biomedyczne, rzadziej uwzględniając przyczyny stricte psychologiczne. *Wydaje się, że istotę etiologii autyzmu najlepiej oddaje teoria dwuuderzeniowa (Lathe, 2008), według której autyzm powstaje*

w wyniku nałożenia się predyspozycji genetycznych i negatywnych oddziaływań środowiskowych (głównie chemicznych).

Wielość teorii wyjaśniających powstawanie autyzmu świadczy o ogromnym zróżnicowaniu tego zaburzenia. *Odmiennosc czynników powodujących autyzm może wyjaśniać niejednorodność objawów osób z autyzmem. Dalsze badania nad etiologią mogą przyczynić się do wydzielenia z tak szerokiego terminu, jakim jest „autyzm wczesnodziecięcy”, bardziej szczegółowych i praktycznych terminów uściślających zaburzenia, które występują u poszczególnych osób z autyzmem*<sup>34</sup>.

Obecnie próbuje się badać funkcjonowanie biochemiczne organizmu autystyków i przeprowadza pierwsze interwencje dietetyczne oraz suplementacyjne. Większość badaczy zgadza się, że bez względu na główny czynnik powodujący, autyzm może wywołać uszkodzenie mózgu o praktycznie każdej etiologii (Frith, 2008).

Baron-Cohen i Bolton (1999) wprowadzali model „końcowej ścieżki wspólnej”, według której autyzm powodują różne czynniki, których cechą wspólną jest fakt, że uszkodzają obszary mózgu odpowiedzialne za prawidłowy rozwój komunikacji i funkcjonowania społecznego.

Coraz częściej akcentowana jest rola dziedziczenia genetycznego predyspozycji do zachorowania na autyzm. Wydaje się, że obecnie najbardziej trafnie opisuje etiologię autyzmu model dwuuderzeniowy (Lathé, 2008), według którego dziedziczne predyspozycje u matki lub dziecka do problemów z detoksykacją organizmu, potęgują negatywny wpływ wielu substancji toksycznych w czasie ciąży lub w ciągu pierwszych lat po narodzeniu.

Michael Graziano<sup>35</sup> stwierdza, że autyzm jest różnorodnym biologicznie zaburzeniem o wspólnej funkcjonalnej charakterystyce. Stąd konieczność badania nie tylko biologicznej etiologii, ale także wpływu środowiska na poznawczy i behawioralny rozwój oraz funkcjonowanie. Dopiero połączenie podejść biologicznego, behawioralnego i poznawczego umożliwi zrozumienie natury autyzmu i stworzenie efektywnych programów terapii dla osób z tym zaburzeniem.

---

<sup>34</sup> H. Jaklewicz, *Autyzm wczesnodziecięcy, diagnoza, przebieg, leczenie*, GWP. Gdańsk 1993.

<sup>35</sup> M. Karwala, *Etiologia autyzmu – przegląd współczesnych teorii*, <http://procare.edu.pl/publikacje/64-etologia-autyzmu>, [dostęp:] 09-01-2018.

## ROZDZIAŁ II

### 2. Autyzm u małego dziecka

Oznaki autyzmu nie są jednoznaczne, dlatego ich odkrycie u małych dzieci jest dość trudne. Ma to nie mały wpływ na należyłą diagnozę, co przekłada się na działania terapeutyczne. Im wcześniejsza diagnoza, tym szybciej można wdrożyć działania terapeutyczne. Ma to duży wpływ na dalsze funkcjonowanie dziecka.

Pierwsze symptomy autyzmu są zauważane już przez rodziców w okresie do drugiego roku życia. Jak podaje E. Pisula *niepokój rodziców budzą głównie trudności związane z porozumiewaniem się z dzieckiem, a także jego relacje społeczne oraz nietypowy sposób bawienia się. W zakresie komunikacji obawy dotyczą między innymi niereagowania na własne imię, nieumiejętności komunikowania swoich potrzeb, ogólnego opóźnienia rozwoju mowy, braku gestów społecznych. W rozwoju społecznym obawy budzi brak uśmiechu, preferowanie samotności, nie interesowanie się rówieśnikami, nie nawiązywanie kontaktu wzrokowego, ignorowanie ludzi*<sup>36</sup>. Niepokój rodziców może budzić nieosiągnięcie przez dziecko kluczowych umiejętności.

Niepokój jest uzasadniony, gdy dziecko w kolejnych miesiącach życia różni się od rówieśników<sup>37</sup>:

- 6 miesiąc – nie uśmiecha się do rodzica, nie wykazuje innej radosnej ekspresji;
- 9 miesiąc – nie odwzajemnia uśmiechów, ekspresji twarzy, nie odpowiada na wydawane przez dorosłego dźwięki;
- 12 miesiąc – nie gaworzy;
- 16 miesiąc – występuje brak mowy;
- 24 miesiące – nie używa w sposób sensowny zdań złożonych z dwóch słów (nie tylko powtarzanie);
- w każdym wieku może wystąpić utrata mowy, gaworzenia, umiejętności społecznych.

Rola w diagnozowaniu dzieci w pierwszych latach życia przypada pediatrom. Wykrycie zaburzeń autystycznych stanowi w tym wieku dość duży problem, gdyż rozwój dziecka w tym okresie przebiega nieharmonijnie. Bywa, że mimo zgłaszanych specjalistom przez rodziców obaw często są one lekceważone i odsuwane w czasie.

---

<sup>36</sup> E. Pisula, *Małe dziecko z autyzmem. Diagnoza i terapia*, GWP 2005, s. 61.

<sup>37</sup> Wczesne objawy autyzmu, <https://polskiautyzm.pl/wczesne-objawy-autyzmu/>, [dostęp:] 04.02.2018.



W tym celu zespół badaczy pod kierunkiem Simona Barona – Cohena opracował kwestionariusz CHAT, który pozwala ocenić zdolność do stwarzania zabawy i wspólnego pola uwagi już u dzieci 18-miesięcznych. Składa się on z wywiadu z rodzicami i z obserwacji dziecka połączonej z przeprowadzeniem eksperymentów. Na jego podstawie diagnozuje się poziom rozwoju w pięciu zakresach:

1. zabawa z udawaniem,
2. zainteresowania społeczne,
3. współdzielenie uwagi, zabawa społeczna,
4. wskazywanie protodeklaratywne,
5. współdzielenie uwagi.

Duże doświadczenie w diagnozowaniu dzieci z całościowymi zaburzeniami mają specjalnie powołane do tego fundacje, które współpracują ze specjalistami, prowadzą szereg działań wspierających, diagnostycznych i terapeutycznych. Diagnoza autyzmu jest kluczowa, dotyczy wielu sfer życia dziecka jak nawiązywanie i podtrzymywanie relacji i interakcji społecznych, komunikowania się, a także specyficznych reakcji i zachowań. Im wcześniej zostanie rozpoczęta terapia tym szybciej pozwoli dziecku nabyć niezbędne kompetencje społeczne, nauczyć się odpowiedniego zachowania i reagowania oraz radzenia sobie z emocjami. Indywidualne badania ze specjalistą (diagnostą) często nie są jednoznaczne, dlatego należy przeprowadzić diagnozę w grupie celem obserwacji funkcjonowania dziecka wśród innych dzieci.

Zdaniem Hansa Aspergera dzieci autystyczne *charakteryzują się brakiem empatii, ograniczoną zdolnością budowania przyjaźni, mają szczególne zainteresowania, zachowują się w sposób stereotypowy. Są uparte, złośliwe, niezdarne, pedantyczne, bez poczucia humoru*<sup>38</sup>.

## **2.1. Definicja autyzmu**

Według Nowego Słownika Pedagogicznego „autyzm” określany jest, jako *skłonność do zamykania się w świecie marzeń i urojeń - przy niekiedy daleko idącym braku kontaktu społecznego z otoczeniem. Urojenia i halucynacje uważa się za objawy wtórne, które można tłumaczyć, jako reakcje na zaburzenie pierwotne w postaci*

---

<sup>38</sup> A. Kozdroń, *Zespół Aspergera. Zrozumieć, aby pomóc*, Warszawa 2015, s.11.

schizofrenii. Niekiedy nawet u osób psychicznie zdrowych myślenie może nosić pewne cechy autyzmu<sup>39</sup>.

Warto też przytoczyć definicję Janusza Kostrzewskiego z 1991 roku. Jest on zdania, że *autyzm to zespół objawów, jakie ujawniają się u dziecka od chwili narodzin do około trzeciego roku życia*<sup>40</sup>.

Uta Frith psycholog zajmująca się autyzmem zaznacza, że *autyzm jest wywołany szczególnym zaburzeniem 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 (...) stanowi upośledzenie socjalizacji, komunikacji i wyobraźni*<sup>41</sup>.

W pierwszych wydaniach klasyfikacji zaburzeń psychicznych (DSM-I z roku 1952 i DSM-II z roku 1968) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego autyzm traktowany był jako odmiana schizofrenii dziecięcej. W klasyfikacji z roku 1980 (DSM-III) wliczał się już do grupy całościowych zaburzeń rozwoju. Rok później tj. 1981 Lorna Wing nadała nazwę opisanym przez Hansa Aspergera objawom – „Zespół Aspergera”, a kryteria diagnostyczne tego zaburzenia zostały określone w 1989 roku przez Carinę i Christophera Gillbergów, którzy przeanalizowali opisy kliniczne dzieci badanych przez Aspergera. Po raz pierwszy jednostka ta znalazła się w klasyfikacji ICD-10 (*Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja dziesiąta - International Classification of Diseases*) w roku 1993, a w klasyfikacji psychiatrycznej - DSM-IV w roku 1994<sup>42</sup>.

Sposób, w jaki Leo Kanner uporządkował swoje obserwacje i przemyślenia na temat zaburzeń autystycznych, wciąż odpowiada obecnie funkcjonującym kryteriom diagnostycznym DSM-5 (klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, opublikowanej 18 maja 2013 roku), gdzie *autyzm rozumiany jest jako jedna z trzech jednostek chorobowych zawartych w pojęciu „zaburzenia ze spektrum autyzmu*<sup>43</sup> (ASD - *Autism Spectrum Disorders*).

---

<sup>39</sup> W. Okoń „Nowy Słownik Pedagogiczny”, Wyd. „Żak”, Warszawa 1996.

<sup>40</sup> J. Błęszyński, *Autyzm a niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie w rozwoju. Skala Oceny Zachowań Autystycznych*, Gdańsk 2016, s. 55.

<sup>41</sup> U. Frith, *Autyzm i zespół Aspergera*, PZWL, Warszawa 2005, s. 8.

<sup>42</sup> G. Jagielska, *Autyzm dziecięcy - rys historyczny*. [w:] *Autyzm i Zespół Aspergera*, (red.) A. Bryńska, J. Komender, G. Jagielska, Warszawa 2009, s. 9-12.

<sup>43</sup> W poprzedniej formie klasyfikacji, DSM-IV, grupa ta nazywana była „całościowymi zaburzeniami rozwoju” i zawiera dodatkowo zespół Retta i dziecięce zaburzenia dezintegracyjne.

Według klasyfikacji DSM-5 obejmuje ona zaburzenia psychiczne takie jak<sup>44</sup>:

- autyzm;
- zespół Aspergera;
- PDD-NOS (całościowe zaburzenie rozwoju niezdiagnozowane inaczej).

Według klasyfikacji ICD -10 wciąż funkcjonuje termin „całościowe zaburzenia rozwoju” (F84) odnoszący się do grupy zaburzeń ze spektrum autyzmu, a obejmuje jednostki takie jak<sup>45</sup>:

- F84.0 Autyzm dziecięcy;
- F84.1 Autyzm atypowy;
- F84.2 Zespół Retta;
- F84.3 Inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne;
- F84.4 Zaburzenie hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi;
- F84.5 Zespół Aspergera;
- F84.8 Inne całościowe zaburzenia rozwojowe;
- F84.9 Całościowe zaburzenia rozwojowe, nieokreślone.

*Zgodnie klasyfikacją ICD-10 autyzm jest całościowym zaburzeniem rozwoju charakteryzującym się nieprawidłowym i/lub upośledzonym rozwojem, pojawiające się przed 3 rokiem życia, w którym występuje nieprawidłowe funkcjonowanie we wszystkich spośród trzech sfer: interakcjach społecznych, komunikacji oraz ograniczonym, powtarzającym się repertuarze zachowań. Termin autyzm atypowy został uwzględniony w wyżej podanej klasyfikacji dla opisanego nietypowego przebiegu autyzmu, a owa „nietypowość” wyraża się w braku zaburzeń w jednym z trzech obszarów osiowych lub w czasie wystąpienia objawów autyzmu<sup>46</sup>.*

## **2.2. Charakterystyka zaburzeń ze spektrum autyzmu**

Wyraźne objawy zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD - *autism spectrum disorder*) najczęściej zaczynają pojawiać się w okresie późnego wieku poniemowlęcego - dziecko traci wtedy wypracowane już prewerbalne kompetencje społeczne,

---

<sup>44</sup> Informacje ze strony internetowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Tucholi: [http://poradnia.tuchola.pl/files/Biblioteka/Zespol\\_Aaspergera/Kryteria\\_Diagnostyczne\\_DSM\\_V.pdf](http://poradnia.tuchola.pl/files/Biblioteka/Zespol_Aaspergera/Kryteria_Diagnostyczne_DSM_V.pdf); [dostęp:] 18.01.2018.

<sup>45</sup> Międzynarodowa klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych, <http://wyszukiwarka.icd10.pl/index.php>, [dostęp:] 22.01.2018.

<sup>46</sup> E. Pisula, op. cit.

a zwiastunów owego załamania w procesie rozwoju często nie ma lub pozostają niezauważone<sup>47</sup>.

Jak pisze Olechnowicz i Wiktorowicz, gdy dziecko staje się autystyczne, traci podstawowe umiejętności społeczne i unika tego, do czego dążyło przed wystąpieniem objawów autyzmu. Staje się wtedy nadwrażliwe i nieodporne na zwiększenie pracy ośrodkowego układu nerwowego (OUN), poszukiwane jak dotąd doznania mogą zagrażać integralności psychofizycznej dziecka. W wyniku tego dziecko odcina się od bodźców z zewnątrz i tworzy mechanizmy obronne, przy czym pierwszym objawem staje się stopniowe zanikanie intencjonalnego spoglądania na otaczające je osoby.

Według klasyfikacji ICD-10 kryteria diagnostyczne autyzmu przedstawiają się następująco:

- A) Nieprawidłowy lub upośledzony rozwój wyraźnie widoczny przed 3 rokiem życia w co najmniej jednym z następujących obszarów:
  - 1) rozumienie i ekspresja językowa używane w społecznym porozumiewaniu się,
  - 2) rozwój wybiórczego przywiązania społecznego lub wzajemnych kontaktów społecznych,
  - 3) funkcjonalna lub symboliczna zabawa.
- B) W sumie co najmniej sześć objawów spośród wymienionych w punktach 1, 2 i 3, przy czym co najmniej dwa z nich z punktu 1 i po co najmniej jednym z punktów 2 i 3:
  - 1) jakościowe nieprawidłowości wzajemnych interakcji społecznych przejawiane co najmniej w dwóch z następujących obszarów:
    - a) niedostateczne wykorzystanie kontaktu wzrokowego, wyrazu twarzy, postaw ciała i gestów do odpowiedniego regulowania interakcji społecznych,
    - b) niedostateczny (odpowiednio do wieku umysłowego i mimo licznych okazji) rozwój związków rówieśniczych obejmujących wzajemnie podzielane zainteresowania, czynności i emocje,
    - c) brak odwzajemniania społeczno-emocjonalnego, przejawiający się upośledzeniem lub odmiennością reagowania na emocje innych osób, albo

---

<sup>47</sup> H. Olechnowicz, R. Wiktorowicz, *Dziecko z autyzmem. Wyzwalanie potencjału rozwojowego*, Warszawa 2013, s. 10-11.

brak modulacji zachowania odpowiedniej do społecznego kontekstu, albo słaba integracja zachowań społecznych, emocjonalnych i komunikacyjnych,  
d) brak spontanicznej potrzeby dzielenia się z innymi osobami radości, zainteresowań lub osiągnięć (np. brak pokazywania, przynoszenia lub podkreślania wobec innych osób przedmiotów swego indywidualnego zainteresowania).

2) Jakościowe nieprawidłowości w porozumiewaniu się przejawiane co najmniej w jednym z następujących obszarów:

a) opóźnienie lub zupełny brak rozwoju mówionego języka, które nie wiążą się z próbą kompensowania za pomocą gestów lub mimiki jako alternatywnego sposobu porozumiewania się (często poprzedzane przez brak komunikatywnego gaworzenia),

b) względny niedostatek inicjatywy i wytrwałości w podejmowaniu wymiany konwersacyjnej (na jakimkolwiek występującym poziomie umiejętności językowych), w której zachodzą zwrotne reakcje na komunikaty innej osoby,

c) stereotypowe i powtarzające się, idiosynkratyczne wykorzystanie słów i wyrażeń,

d) brak spontanicznej różnorodności zabawy w udawanie („na niby”) lub zabawy naśladowującej role społeczne.

3) Ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności przejawiane w co najmniej jednym z następujących obszarów:

a) pochłonięcie jednym lub liczniejszymi stereotypowymi zainteresowaniami o nieprawidłowej treści i zogniskowaniu, albo jednym lub więcej zainteresowaniami nieprawidłowymi z powodu swej intensywności i ograniczenia, choć nie z powodu treści i zogniskowania,

b) wyraziście kompulsywne przywiązanie do specyficznych, niefunkcjonalnych czynności rutynowych i zrytualizowanych,

c) stereotypowe i powtarzające się manieryzmy ruchowe, obejmujące albo stukanie lub kręcenie palcami, albo złożone ruchy całego ciała,

d) koncentracja na cząstkowych lub niefunkcjonalnych właściwościach przedmiotów, służących do zabawy (jak: ich zapach, odczucie powierzchni lub powodowanego hałasu lub wibracji).

Obrazu klinicznego nie można wyjaśnić innymi odmianami całościowymi zaburzeń rozwojowych, specyficznymi rozwojowymi zaburzeniami rozumienia języka (F80.2) z wtórnymi trudnościami społeczno-emocjonalnymi, reaktywnymi zaburzeniami przywiązania ani zaburzeniem selektywności przywiązania, upośledzeniem umysłowym (F70-72) z pewnymi cechami zaburzeń emocji i zachowania, schizofrenią (F20) o niezwykle wczesnym początku, ani zespołem Retta (F84.2)<sup>48</sup>.

Dzieci z autyzmem charakteryzują się m.in. brakiem umiejętności modulacji zachowania w zależności od kontekstu społecznego, w jakim się znajdują, nieadekwatnym odczytywaniem sygnałów społeczno-emocjonalnych. Obserwuje się u tych dzieci ograniczenie zdolności nawiązywania i podtrzymywania społecznych interakcji<sup>49</sup>. Zauważa się stereotypie w zachowaniu, w podejmowanych przez nie aktywnościach i zainteresowaniach (częste są stereotypie ruchowe w postaci wielokrotnego powtarzania tej samej czynności w obrębie motoryki dużej, np. kołysanie się, i małej - machanie rękoma)<sup>50</sup>. Charakterystyczne jest również obsesyjne pragnienie niezmienności otoczenia i zakresu zainteresowań<sup>51</sup>. W wyniku opisanych trudności w akceptacji zmian pojawiają się utarte schematy aktywności, stały, schematyczny plan działań, zawsze taki sam sposób wykonywania najprostszych codziennych czynności, w tym samoobsługowych<sup>52</sup>.

Dzieci z autyzmem nie wykazują charakterystycznego interesowania się ludzką twarzą, z której mogłyby wyczytać wiele informacji potrzebnych w procesie komunikacji interpersonalnej, takich jak tożsamość, wiek i płeć osoby czy emocje jakie odczuwa. Dodatkowo, jak pokazują badania i obserwacje naukowców, wraz z wiekiem widoczne jest wzmożenie uwagi kierowanej na przedmioty nieożywione, nie natomiast na przedmioty ożywione<sup>53</sup>. Co ważne, w badaniach neuroobrazowania i za pomocą okulografu wykazano, że dzieci z autyzmem unikają kontaktu wzrokowego w szczególności wtedy, kiedy prezentowana twarz osoby wyraża emocje<sup>54</sup>.

---

<sup>48</sup> E. Pisula, op. cit.

<sup>49</sup> „Psychiatria Polska” *Zaburzenia ze spektrum autyzmu – epidemiologia, objawy, współzachorowalność i rozpoznawanie*, [http://www.badabada.pl/images/pobierz/psychiatria\\_pol2014\\_48.pdf](http://www.badabada.pl/images/pobierz/psychiatria_pol2014_48.pdf), [dostęp:] 02-02-2018.

<sup>50</sup> E. Pisula (2005); op. cit. s. 80-109.

<sup>51</sup> Ibidem.

<sup>52</sup> Ibidem.

<sup>53</sup> Ibidem.

<sup>54</sup> K. Rymarczyk, op.cit., s. 80-109.

Charakterystycznym objawem autyzmu są echolalie (odroczone lub bezpośrednio natychmiastowe powtarzanie usłyszanego słowa, melodii, a nawet całych zdań, np. treści reklam, fragmentów dialogów z bajek, bez zrozumienia - echolalie nie mają związku z prawidłowym użyciem języka<sup>55</sup>) oraz wypowiedzi o charakterze kompulsywnym, które są powtarzane zawsze w podobnych kontekstach. Dzieci z autyzmem nie opowiadają, nie komentują i nie wyrażają spontanicznie opinii, a deficyty w mowie czynnej nie są kompensowane przez mimikę, gest czy postawę ciała. U osób tych nie obserwuje się również gestu wskazywania (w zamian pojawia się często użycie ręki dorosłego jako narzędzia służącego do wskazywania i komunikowania potrzeb), brak zaimków osobowych, dzierżawczych, wskazujących i przyimków. Ponadto, osoby z autyzmem mają problemy z prawidłowym użyciem form gramatycznych (dominuje w ich mowie mianownik i bezokolicznik), kategorii gramatycznych takich jak czas, liczba mnoga czy rodzaj.

U osób ze spektrum autyzmu można zaobserwować pewne dysfunkcje w ich funkcjonowaniu. Są one indywidualne dla każdej z tych osób. Różnice występują m.in. w poziomie ich rozwoju umysłowego – od głębokiego upośledzenia do normy intelektualnej. Autyzm może także współwystępować z innymi zaburzeniami<sup>56</sup>. Jak podaje J. Błeszyński najbardziej specyficzne symptomy autyzmu zebrano w pięciu charakterystycznych kategoriach<sup>57</sup>:

- trudności w kontaktach społecznych;
- trudności w werbalnym komunikowaniu się;
- trudności w pozawerbalnym komunikowaniu się;
- trudności w podejmowaniu zabawy i rozwijaniu wyobraźni;
- sprzeciw lub opór wobec zmian.

Istnieją różne klasyfikacje osób z autyzmem. Według Prizanta i Schulera wyróżnia osoby ze względu na stopień natężenia i rodzaju zaburzeń rozwoju społecznego. Są wśród nich *osoby aktywnie unikające kontaktów społecznych, osoby bierne akceptujące kontakty społeczne, osoby aktywne, ale w sposób specyficzny realizujące kontakty społeczne*<sup>58</sup>.

---

<sup>55</sup> J. Cieszyńska J. *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych. Metoda krakowska*, Kraków 2011, s. 38-39

<sup>56</sup> Ibidem, s. 15.

<sup>57</sup> J. Błeszyński, *Autyzm a niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie w rozwoju. Skala Oceny Zachowań Autystycznych*, Gdańsk 2016, s. 55.

<sup>58</sup> D. Marzec, A. Banasiak, *Dziecko z autyzmem. Rozważania teoretyczne, doniesienia z badań* (red.) Częstochowa 2005, s. 29-30.

Inną klasyfikację przedstawiły w swoich badaniach w 1979 roku Lorna Wing i Judith Gould. Wyróżniły one trzy grupy osób ze spektrum autyzmu<sup>59</sup>:

1. zamknięci w sobie, powściągliwi,
2. pasywni, ulegli,
3. osoby aktywne, specyficzne w kontakcie.

Kolejną typologię osób autystycznych przedstawiły w 1994 r Linda Eaves, Helena Ho i D. M. Eaves. Na podstawie badań w grupie 166 dzieci wyróżniły: typową grupę autystyczną, grupę osób słabo funkcjonujących, grupę osób hiperaktywnych i osób dobrze funkcjonujących<sup>60</sup>.

Istnieje wiele różnych typologii autyzmu, które nie zostały tu przedstawione. Wszystkie pokazują, iż grupa osób z zaburzeniem autystycznym jest bardzo zróżnicowana. Co do przyczyn występowania uznano, iż jest to zaburzenie o złożonej i wieloczynnikowej etiologii.

---

<sup>59</sup> E. Pisula, *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, PWN 2000, s. 37-39.

<sup>60</sup> *Ibidem*, s. 42.



## ROZDZIAŁ III

### 3. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna w świetle prawa

Z uwagi na przedmiot pracy poniżej zostanie zaprezentowana jedynie pomoc psychologiczno-pedagogiczna dotycząca dzieci/uczniów posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego. Dokumentami szczegółowo regulującymi pracę zespołu pomocy psychologiczno-pedagogicznej w stosunku do dzieci z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego odbywających wychowanie przedszkolne w publicznych przedszkolach są:

- Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty. (Dz.U. 1991, nr 95, poz. 425 z późn. zm.);
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 lipca 2015 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. 2015, poz. 1113).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2017, poz. 1591).

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana uczniowi w przedszkolu, szkole i placówce polega na rozpoznawaniu i zaspokajaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych ucznia oraz rozpoznawaniu indywidualnych możliwości psychofizycznych ucznia i czynników środowiskowych wpływających na jego funkcjonowanie w przedszkolu, szkole i placówce, w celu wspierania potencjału rozwojowego ucznia i stwarzania warunków do jego aktywnego i pełnego uczestnictwa w życiu przedszkola, szkoły i placówki oraz w środowisku społecznym. Należy nadmienić, iż pomoc psychologiczno-pedagogiczna oferowana przez ustawodawcę dotyczy wielu płaszczyzn.

#### 3.1. Organizacja i udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla uczniów, posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego

1. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna, w przypadku posiadania przez ucznia/dziecko opinii wydanej przez poradnię psychologiczno – pedagogiczną lub specjalistyczną jest udzielana po złożeniu wniosku.

2. Złożenie w sekretariacie Szkoły, przez rodzica, orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego obliguje Szkołę do organizowania dla ucznia/dziecka pomocy psychologiczno – pedagogicznej.
2. Korzystanie z pomocy psychologiczno – pedagogicznej w Szkole jest dobrowolne i nieodpłatne.
3. Jeżeli rodzic ucznia/dziecka nie wyraża zgody na organizowanie przez Szkołę pomocy psychologiczno – pedagogicznej, składa pisemny wniosek w tej sprawie.
4. Niezwłocznie, po złożeniu przez rodzica orzeczenia, wychowawca oddziału zwołuje zespół składający się z nauczycieli uczących ucznia oraz specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem, np.: pedagoga, psychologa, socjoterapeuty, logopedy, terapeuty pedagogicznego.
5. Wychowawca koordynuje spotkanie ww. zespołu oraz udzielanie dalszej pomocy psychologiczno – pedagogicznej.
6. Niezwłocznie, po złożeniu przez rodzica orzeczenia zespół, o którym mowa w punkcie 4 opracowuje wielospecjalistyczną ocenę poziomu funkcjonowania ucznia, uwzględniając diagnozę i wnioski sformułowane na jej podstawie oraz zalecenia zawarte w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego, we współpracy, w zależności od potrzeb, z poradnią psychologiczno-pedagogiczną, w tym specjalistyczną
7. Wielospecjalistyczna ocena poziomu funkcjonowania ucznia uwzględnia w szczególności:
  - 1) indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne, możliwe strony, predyspozycje, zainteresowania i uzdolnienia ucznia;
  - 2) w zależności od potrzeb, zakres i charakter wsparcia ze strony nauczycieli, specjalistów, asystentów lub pomocy nauczyciela.

Przyczyny niepowodzeń edukacyjnych lub trudności w funkcjonowaniu ucznia, w tym bariery i ograniczenia utrudniające funkcjonowanie i uczestnictwo ucznia w życiu przedszkolnym lub szkolnym, a w przypadku ucznia realizującego wybrane zajęcia wychowania przedszkolnego lub zajęcia edukacyjne indywidualnie lub w grupie liczącej do pięciu uczniów, zgodnie ze wskazaniem zawartym w programie – także napotkane trudności w zakresie włączenia ucznia w zajęcia realizowane wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym oraz efekty działań podejmowanych w celu ich przezwyciężenia.

8. Zespół, o którym mowa w punkcie 4, w terminie 30 dni od złożenia w Szkole orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego opracowuje indywidualny program edukacyjno – terapeutyczny (IPET).
9. Wielospecjalistyczna ocena poziomu funkcjonowania ucznia, po opracowaniu IPET- u jest dokonywana co najmniej dwa razy w roku (od 30 listopada, do 15 maja) uwzględniając ocenę efektywności wdrażanego indywidualnego programu edukacyjno – terapeutycznego, w każdym jego elemencie.
10. Okresowej wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia dokonuje się, w zależności od potrzeb, we współpracy z poradnią psychologiczno – pedagogiczną, w tym poradnią specjalistyczną, a także za zgodą rodziców ucznia z innymi podmiotami.
11. W pracach nad opracowaniem wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia/dziecka oraz indywidualnego programu edukacyjno – terapeutycznego, uczestniczą wszyscy nauczyciele uczący oraz specjaliści.
12. Spotkania zespołu, o którym mowa w punkcie 4, mogą być organizowane z inicjatywy każdego członka zespołu, rodziców bądź Dyrektora.
13. Za ustalanie terminów spotkań oraz powiadomienie osób biorących udział w spotkaniach, w tym rodziców ucznia/dziecka, każdorazowo jest odpowiedzialny wychowawca oddziału.
14. O spotkaniach wychowawca w ustaleniu z Dyrektorem Szkoły informuje przez e’dziennik w terminie – na dwa tygodnie przed spotkaniem.
15. Osoby biorące udział w spotkaniu są zobowiązane do nieujawniania spraw poruszanych na spotkaniu, które mogą naruszać dobra osobiste ucznia, jego rodziców, nauczycieli specjalistów pracujących z uczniem/dzieckiem lub innych osób.
16. O terminach spotkań zespołu w celu dokonania wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia/dziecka oraz w celu opracowania IPET – u lub jego modyfikacji, za każdym razem jest informowany, przez wychowawcę na piśmie lub poprzez e’ dziennik, rodzic, który ma prawo wziąć udział w spotkaniach zespołu.
17. W spotkaniach zespołu może uczestniczyć osoba zaproszona przez Szkołę, np. pracownik z poradni lub przez rodzica, np. lekarz (osoba uprawniona, z racji posiadanych kwalifikacji, do współpracy w związku z organizowaniem pomocy psychologiczno – pedagogicznej).

18. Wychowawca oddziału odpowiada za właściwe prowadzenie i przechowywanie dokumentacji ucznia/dziecka.
19. Rodzice ucznia otrzymuje kopię:
  - a) wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia,
  - b) indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego.
20. IPET opracowuje się według określonego wzoru.
21. IPET powstaje w dwóch egzemplarzach: jeden dla Szkoły, jeden dla rodzica.
22. IPET jest odbierany przez rodzica osobiście, po pisemnym potwierdzeniu odbioru.
23. Po napisaniu IPET-u, rodzic, od Dyrektora Szkoły, za pośrednictwem wychowawcy, otrzymuje pisemną informację o formach przyznanej w roku szkolnym pomocy.
24. Zespół opracowuje IPET na okres, na jaki zostało wydane orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego.
25. Zespół opracowuje IPET w terminie:
  - a) do 30 września danego roku szkolnego, w którym uczeń/dziecko rozpoczyna od początku roku szkolnego kształcenie w Szkole lub
  - b) 30 dni od dnia złożenia w Szkole orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego.
26. Pedagog w oparciu o ewidencję prowadzoną przez wychowawców prowadzi ewidencję wszystkich uczniów w szkole, którym udzielana jest pomoc psychologiczno-pedagogiczna.
27. Osobą odpowiedzialną za sposób zorganizowania, przebieg udzielanej pomocy psychologiczno-pedagogicznej jest wychowawca oddziału.
28. Osobami odpowiedzialnymi za efekty udzielanej pomocy psychologiczno-pedagogicznej są osoby udzielające tej pomocy – bezpośrednio pracujące z uczniem.
29. Osoby odpowiedzialne za poprawność merytoryczną opracowanej wstępnej wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia/dziecka, to osoby opracowujące tę ocenę.
30. Osoby odpowiedzialne za poprawność merytoryczną opracowanego IPET-u, to osoby opracowujące IPET.
31. Nauczyciele/specjaliści monitorują, w ustalony przez siebie sposób, przebieg realizacji udzielanej pomocy psychologiczno-pedagogicznej, jakość zajęć rozwijających zainteresowania i uzdolnienia uczniów, zajęć dydaktyczno-

wyrównawczych, specjalistycznych, rewalidacyjnych poprzez autoewaluację, stały monitoring, zbieranie informacji zwrotnych od rodziców i uczniów

32. Sposób pracy zespołu oraz zasady udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej uczniowi posiadającemu orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego reguluje przywołane wyżej Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. 2017, poz. 1578).

## ROZDZIAŁ IV

### 1. Analiza form pomocy psychologiczno-pedagogicznej świetle zmian Ministerstwa Edukacji Narodowej w 2017 r.

Przedmiotem badania było przedstawienie pomocy psychologiczno-pedagogicznej udzielanej dziecku/uczniowi w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach na podstawie nowych przepisów zawartych w aktach prawnych. Zmiana dotyczy rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2013, poz. 532). Uwzględniono uwagi niektórych podmiotów, w związku z czym rozporządzenie, które weszło w życie, różni się od projektu. W stosunku do projektu z 11 sierpnia 2017 r. przyjęto dwie zmiany:

- możliwość objęcia odpowiednim wsparciem uczniów z zaburzeniami emocji, a nie przejawiających zaburzenia zachowania,
- pomoc psychologiczno-pedagogiczna będzie organizowana i udzielana we współpracy m.in. z organizacjami pozarządowymi oraz instytucjami i podmiotami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży.

Nowe obowiązujące od 2017 roku przepisy to:

- Rozporządzenie MEN w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2017, poz. 1591), na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz.U. 2017, poz. 59) z 9 sierpnia 2017 r.

oraz

- Rozporządzenie MEN zmieniające rozporządzenie w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2017, poz. 1643), na podstawie art. 22 ust. 2 pkt 11 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. 2016, poz. 1943, z późn. zm.).

Należy zaznaczyć, że obydwa nowe rozporządzenia są spójne i wprowadzają zmiany w organizacji pomocy psychologiczno - pedagogicznej w przedszkolu, szkole, placówce.

#### 4.1. Nowości i zmiany w rozporządzeniu o pomocy psychologiczno-pedagogicznej

Do istotnych zmian w nowych obowiązujących od 2017 roku przepisach należy zakres udzielanej pomocy<sup>61</sup>:

1. Poszerzono zakres rozpoznawania czynników wpływających na funkcjonowanie ucznia również o czynniki środowiskowe.;
2. Potrzeba objęcia ucznia pomocą psychologiczno-pedagogiczną powinna wynikać również z zaburzeń zachowania i emocji.
3. Dyrektor przedszkola, szkoły lub placówki uzgadnia z organizacjami pozarządowymi, instytucjami i podmiotami działającymi na rzecz dziecka i rodziny warunki współpracy.
4. Zajęcia socjoterapeutyczne zamieniono na zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno-społeczne.
5. W przedszkolu dodano jeszcze jedną formę pomocy psychologiczno-pedagogicznej – jest nią zindywidualizowana ścieżka realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego. Jest ona przewidziana dla dzieci, które ze względu na trudności w funkcjonowaniu w przedszkolu, wynikające szczególnie ze stanu nie mogą realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego wspólnie z oddziałem przedszkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych. Dzieci objęte tą formą pomocy część zajęć będą realizowały indywidualnie a część razem z grupą. Objęcie ucznia tą formą wymaga opinii poradni psychologiczno - pedagogicznej na podstawie wniosku przedszkola za zgodą rodziców.
6. W szkole do dotychczasowych form pomocy psychologiczno-pedagogicznej dodano:
  - zajęcia rozwijające umiejętność uczenia się;
  - zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno-społeczne zamiast socjoterapeutycznych;
  - zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu;
  - zindywidualizowaną ścieżkę kształcenia (analogicznie jak w przedszkolu, dla uczniów, którzy ze względu na trudności w funkcjonowaniu w szkole nie mogą realizować wszystkich zajęć edukacyjnych z klasą);

---

<sup>61</sup> A. Polak, „Pomoc psychologiczno - pedagogiczna w przedszkolu, szkole, placówce od 1 września 2017 r. ”, <http://edurada.pl/artykuly/pomoc-psychologiczno-pedagogiczna-w-przedszkolu-szkole-placowce-od-1-wrze-nia-2017-r/>, [dostęp:] 22-01-2018.

- warsztaty.

7. Ustalono formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej udzielanej w placówce. Wśród nich są zajęcia: rozwijające uzdolnienia, rozwijające umiejętność uczenia się, specjalistyczne, związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu, porady, konsultacje i warsztaty.
8. Godzina zajęć specjalistycznych, a więc: korekcyjno-kompensacyjnych, rozwijających kompetencje emocjonalno - społeczne, logopedycznych, innych o charakterze terapeutycznym trwa 45 min. (dotychczas trwały 60 min.)
9. Podkreślono wagę analizy i oceny efektywności udzielanej pomocy psychologiczno - pedagogicznej.
10. Rozszerzono zadania, wychowawców, nauczycieli, specjalistów w przedszkolu, szkole, placówce, min. o: rozpoznawanie przyczyn niepowodzeń edukacyjnych lub trudności w funkcjonowaniu uczniów, w tym barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie uczniów, podejmowanie działań sprzyjających rozwojowi kompetencji oraz potencjału uczniów w celu podnoszenia efektywności uczenia się i poprawy ich funkcjonowania, współpracy z poradnią w procesie diagnostycznym i postdiagnostycznym.
11. Dyrektor przedszkola, szkoły, placówki ma prawo wystąpić, za zgodą rodziców lub pełnoletniego ucznia, z wnioskiem do poradni psychologiczno-pedagogicznej o przeprowadzenie diagnozy i wskazanie sposobu rozwiązania problemu ucznia, u którego nie następuje poprawa funkcjonowania mimo udzielanej uczniowi pomocy psychologiczno-pedagogicznej w przedszkolu, szkole lub placówce.

Powyższe, najważniejsze zmiany w 2017 roku wymagają dostosowania organizacji pomocy psychologiczno - pedagogicznej w przedszkolu, szkole, placówce, min.: aktualizacja wewnętrznej dokumentacji, prowadzenie nowych zajęć oraz poszerzanie kompetencji nauczycieli i specjalistów. Nowelizacja przepisów stanowiących o formach przyznanej i udzielanej pomocy wymaga ponownego rozważenia planu pracy publicznych przedszkoli, szkół i placówek oraz osób bezpośrednio współpracujących z dziećmi/uczniemi posiadającymi orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego.



## 4.2. Metodologia badań

Zebrane w pracy informacje zostały pozyskane na podstawie analizy dostępnych aktów prawnych oraz dokumentacji szkolnej. Wnioski wynikające z analizy posłużą mi do podejmowania działań edukacyjnych wynikających z możliwości jakie oferuje ustawodawca.

Przystępując do formułowania problemu badawczego pamiętałam, że Stanisław Palka ujmuje problem badawczy w następujący sposób: *problem badawczy jest pytaniem, na które odpowiedź jest uzyskiwana na drodze badań naukowych*<sup>62</sup>. Od strony semantycznej problemy badawcze formułuje się w postaci pytań.

- Problem badawczy

W prezentowanej pracy główny problem sprowadza się do dwóch zasadniczych pytań:

1. Jaka pomoc psychologiczno-pedagogiczną zapewnia publiczne przedszkole, szkoła lub placówka w przypadku dziecka z diagnozą autyzmu?
2. W jaki sposób wprowadzone w 2017 roku zmiany przyczynią się do poprawy efektywności pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla uczniów posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego?

- Cel badań

Celem przeprowadzonych badań jest analiza pomocy psychologiczno-pedagogicznej w świetle obowiązujących przepisów, tj. od września 2017 oraz wynikające z niej zmiany dla Szkoły oraz dziecka/ucznia z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego – ucznia ze spektrum zaburzeń autyzmu

Praca miała na celu opisanie oferowanych przez ustawodawcę form pomocy psychologiczno-pedagogicznych podejmowanych w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach.

- Okres prowadzonych badań

Wrzesień 2017 (w roku szkolnym 2017/2018)

- Metody i techniki badawcze

Przez metodę badań rozumie się *zespół teoretycznie uzasadnionych zabiegów koncepcyjnych i instrumentalnych obejmujących najogólniej całość postępowania badacza, zmierzającego do rozwiązania określonego problemu naukowego*.

W pracy wykorzystano metodę badań jakościowych – analizę danych zastanych.

---

<sup>62</sup> S. Palka, *Metodologia...*, op. cit., s. 12.

Analizowano obowiązujące i nowe akty prawne dotyczące zasad udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach.

- a) Analiza dokumentacji – jest techniką badawczą służącą do gromadzenia wstępnych, opisowych, także ilościowych informacji o badanej instytucji, czy zjawisku wychowawczym<sup>63</sup>.
- b) Analizie poddano formularze Indywidualnych Potrzeb Edukacyjno-Terapeutycznych (IPET) oraz arkusze Wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia (WOPFU).

Całość działań mających na celu zebranie informacji odnośnie przedmiotu badawczego odbyła się w szkole podstawowej, do której uczęszczają dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu lekkim i umiarkowanym.

---

<sup>63</sup> T. Pilch, op.cit, s. 88.

## WNIOSKI

Podczas analizy dostępnych dokumentów ściśle związanych z pomocą psychologiczno-pedagogiczną takich jak:

1. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2017, poz. 1591), na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz.U. 2017, poz. 59).
2. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2017, poz. 1643), na podstawie art. 22, ust. 2, pkt 11 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. 2016, poz. 1943, z późn. zm.).
3. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2013, poz. 532).
4. Indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny (IPET).
5. Arkusz Wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia (WOPFU).
6. Ocena efektywności dotychczas udzielanej uczennicy pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz innych (dodatkowe wnioski, załączniki)

Na podstawie przeprowadzonej analizy o pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach da się opowiedzieć w poetyce sukcesu, jeśli nie o całości planowanych działań, to z pewnością o oferowanych przez ustawodawcę możliwościach wsparcia.

Państwo polskie skonstruowało i dostarczyło diagnozy, zaproponowało narzędzia oraz środki, prawda, że niewystarczające, ale – rosnące. Inaczej mówiąc stworzyło mechanizm poprawy, mający także te zaletę, że daje możliwość wielu działań, które poprawiają sytuację dzieci i uczniów dając Szkole możliwości działań adekwatnych do potrzeb. Pomoc pedagogiczno-psychologiczna ma charakter rządowej

strategii zagwarantowanej w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej na rzecz poprawy sytuacji tej grupy.

Specjaliści o najwyższych kompetencjach widzą potrzebę systematycznych działań wspierających tę szczególną grupę dzieci i uczniów, jak również ich rodziny i nauczycieli. Wymaga to jednak (poza sporem) merytorycznych kompetencji, ale także osobowościowych. Pojawiają się nauczyciele zaangażowani i z coraz lepszym skutkiem rozumiejący potrzebę takich działań. W tym miejscu muszę przyznać wyczerpały się „blaski” oferowanej przez rząd - MEN pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Pozostaje spojrzeć na „cienie”.

Podjmując się napisania tejże pracy, która jest wynikiem obserwacji uczestniczącej (pracuję w szkole 11 lat a 7 jako pedagog szkolny) przypomniał mi się cytat pewnego poety – Wystana Hugh'a Audena:

*„Jesteśmy tu wszyscy na ziemi, by sobie nawzajem pomagać,  
ale Bóg jeden wie, po co są tu inni”.*

Niemal dekada „obserwacji uczestniczącej” pracy w szkole, jako pedagog po analizie przywołanych wyżej dostępnych dokumentów ściśle związanych z pomocą psychologiczno-pedagogiczną skłania mnie do przekonania, że dużo chętniej funkcjonariusze publiczni – nauczyciele realizowaliby zalecenia poradni psychologiczno-pedagogicznej, gdyby nie ograniczenia czasowe (limit godzin) i finansowe.

Gdyby formy doskonalenia zawodowego nauczycieli nie były finansowane z własnego, skromnego budżetu a było to częścią, na przykład awansu zawodowego opłaconego przez prowadzącą jednostkę oświatową.

Zatrudnienie nauczycieli wspomagających (w klasie liczącej powyżej 15 uczniów), a nie tylko dla uczniów ze spektrum autyzmu (Zespół Aspergera) polepszyłoby znacznie funkcjonowanie uczniów, którym wspomniana pomoc jest konieczna zarówno w aspekcie dydaktycznym jak i społecznym.

Realizacja zajęć wyrównawczych pozostawia wiele do życzenia, najczęściej w niewielkim stopniu pomaga uczniom (wyjątek - praca *face to face*).

Subwencje przeznaczane na ten cel nie znajdują odbicia w wyposażeniu sal, materiałów, pomocy dydaktycznych oraz zatrudnieniu profesjonalnych terapeutów.

Brak statystyk dotyczących ewaluacji udzielanej pomocy psychologiczno-pedagogicznej sprawia, że trudno odnieść się do tzw. twardych danych.

Należy uwzględnić arkusze ocen, arkusze wielospecjalistycznej oceny funkcjonowania uczniów korzystających z takich form pomocy na przestrzeni jednego etapu edukacji (np. Szkoła Podstawowa, do niedawna Gimnazjum, itd).

Wszyscy są entuzjastami pomocy psychologiczno-pedagogicznej, ale na początku ścieżki zawodowej nauczyciela z niemal najniższą krajową pensją, awansem wydłużonym do granic, (czego próżno szukać w innych zawodach) trudno mówić o szerokich kompetencjach i entuzjazmie w codziennej pracy terapeutycznej/wspomagającej i poszukiwaniu nowych skutecznych strategii pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Uważam, że analiza cieni, (mimo że krótka) jest korzystna dla powodzenia i umocnienia blasków pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

## BIBLIOGRAFIA

### Akty prawne:

Ustawa o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 r. (Dz.U. 1991, nr 95, poz. 425).

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2013, poz. 532).

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 lipca 2015 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. 2015, poz. 1113).

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2017, poz.1591).

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2017, poz. 1643).

### Publikacje zwarte:

Baczała D., J. Błęszyński, *Komunikacja w logopedii. Terapia, wspomaganie, wsparcie*, Toruń 2014.

Baron-Cohen S., P. Bolton, *Autyzm. Fakty*, Kraków 2009.

Błęszyński J., *Autyzm a niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie w rozwoju. Skala Oceny Zachowań Autystycznych*, Gdańsk 2016.

Bobkowicz-Lewartowska L., *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2005.

Cieszyńska J. *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych. Metoda krakowska*, Kraków 2011.

Frith U, *Autyzm i zespół Aspergera*, PZWL, Warszawa 2005.

Jagielska G., *Autyzm dziecięcy - rys historyczny*. [w:] *Autyzm i Zespół Aspergera*, (red.) A. Bryńska, J. Komender, G. Jagielska, Warszawa 2009.

Jaklewicz H., *Autyzm wczesnodziecięcy. Diagnoza, przebieg, leczenie*, GWP 1993.

Komander J., G. Jagielska, A. Bryńska, (red.) *Autyzm i zespół Aspergera*, PZWL 2009.

Kozdroń A., *Zespół Aspergera. Zrozumieć, aby pomóc*, Warszawa 2015.

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

Marzec D., A. Banasiak, *Dziecko z autyzmem. Rozważania teoretyczne, doniesienia z badań* (red.), Częstochowa 2005.

Olechnowicz H., R. Wiktorowicz, *Dziecko z autyzmem. Wyzwalanie potencjału rozwojowego*, Warszawa 2013.

Okoń W. „*Nowy Słownik Pedagogiczny*”, Wyd. „Żak”, Warszawa 1996.

Pisula E., D. Danielewicz, *Terapia i edukacja osób z autyzmem – historia i dzień dzisiejszy*, [w:] *Terapia i edukacja osób z autyzmem. Wybrane zagadnienia*, (red.) D. Danielewicz, E. Pisula, Wydawnictwo APS, Warszawa 2003.

Palka S., *Metodologia Badania Praktyka Pedagogiczna*, GWP 2010.

Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Żak 2010.

Pisula E., *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, PWN 2000.

Pisula E., *Autyzm – od badań mózgu do praktyki psychologicznej*, GWP, Sopot 2012.

Pisula E., *Małe dziecko z autyzmem. Diagnoza i terapia*, GWP 2005.

Suchowierska M. P. Ostaszewski, P. Bąbel, *Terapia behawioralna dzieci z autyzmem – teoria, badania i praktyka stosowanej analizy zachowania*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2012.

Szymania L., *Etiologia zaburzeń spektrum autyzmu – przegląd koncepcji*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej”, Nr 11/2015.

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

Winczura B., *Dziecko z autyzmem. Terapia deficytów poznawczych a teoria umysłu*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2008.

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

#### **Źródła internetowe:**

Karwala M., „*Etiologia autyzmu – przegląd współczesnych teorii*”, <http://procare.edu.pl/publikacje/64-etologia-autyzmu>, [dostęp:] 09-01-2018.

Wczesne objawy autyzmu, <https://polskiautyzm.pl/wczesne-objawy-autyzmu/>, [dostęp:] 04.02.2018

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Tucholi:  
[http://poradnia.tuchola.pl/files/Biblioteka/Zespol\\_Aspagera/Kryteria\\_Diagnostyczne\\_DSM\\_V.pdf](http://poradnia.tuchola.pl/files/Biblioteka/Zespol_Aspagera/Kryteria_Diagnostyczne_DSM_V.pdf), [dostęp:] 18.01.2018.

Międzynarodowa klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych,  
<http://wyszukiwarka.icd10.pl/index.php>, [dostęp:] 22.01.2018.

„Psychiatria Polska” *Zaburzenia ze spektrum autyzmu – epidemiologia, objawy, współzachorowalność i rozpoznawanie*  
[http://www.badabada.pl/images/pobierz/psychiatria\\_pol2014\\_48.pdf](http://www.badabada.pl/images/pobierz/psychiatria_pol2014_48.pdf), [dostęp:] 02-02-2018.

Polak A., „*Pomoc psychologiczno - pedagogiczna w przedszkolu, szkole, placówce od 1 września 2017 r.*”, <http://edurada.pl/artykuly/pomoc-psychologiczno-pedagogiczna-w-przedszkolu-szkole-placowce-od-1-wrze-nia-2017-r/>, [dostęp:] 22-01-2018.