**WSPIERANIE W KOMUNIKACJI I ROZWOJU SPOŁECZNYM**

**UCZNIA Z ZABURZENIAMI ZE SPEKTRUM AUTYZMU- ANALIZA**

**INDYWIDUALNEGO PRZYPADKU**

### Rozwój społeczny i poznawczy dziecka z autyzmem

### Wpływ środowiska szkolnego na powodzenie terapii

Dzieci z autyzmem w środowisku szkolnym często mają problem z zaakceptowaniem nawet najmniejszych zmian, są niespokojne. W takiej sytuacji szkoła powinna zapewnić dziecku przewidywalne oraz bezpieczne otoczenie, ograniczyć występowanie zmian, zaoferować niezmienny i realizowany co dzień rozkład zajęć. Dziecko autystyczne powinno rozumieć codzienną rutynę oraz wiedzieć, czego może oczekiwać, aby było w stanie koncentrować się na zadaniach bieżących. Nauczyciele powinni unikać niespodzianek   
i dokładnie przygotować dziecko przed specjalnymi wydarzeniami, np. zmianą rozkładu dnia. Szkoła musi też łagodzić obawy przed nieznanym, pozwalając dzieciom z autyzmem zapoznać się z wyprzedzeniem z nowym zajęciem czy nową szkołą. Kiedy dziecko  
 z autyzmem musi zmienić przedszkole bądź szkołę, powinno się spotkać z nowym nauczycielem, oglądać nowe budynki oraz poznać nowy rozkład zajęć jeszcze, nim faktycznie rozpocznie w nich uczestniczyć. W przeciągu pierwszych paru dni można realizować edukacyjne zadania ze starej szkoły, tak aby znajdującemu się w nieznanym otoczeniu dziecku czynności rutynowe wydały się znajome. Nauczyciele przyjmujący dziecko   
z autyzmem powinni dowiedzieć się o obszarach zainteresowań dziecka oraz zaopatrzyć się we właściwe konspekty zajęć[[1]](#footnote-2).

Nauczyciel nie powinien pozwalać dziecku z autyzmem na nieustanne dyskutowanie oraz zadawanie pytań powiązanych z wyizolowanymi obszarami zainteresowań. Stosowanie pozytywnego wzmocnienia skoncentrowanego selektywnie na promowaniu określonego zachowania jest jedną z najistotniejszych strategii pomocy dziecku autystycznemu. Dzieci te powinny być także chwalone za proste i oczekiwane od nich zachowanie społeczne, jakie   
w przypadku innych dzieci są uważane za normalne. Część dzieci z autyzmem nie będzie chciała wykonywać zadań, które wykraczają poza obszar ich zainteresowań. W związku   
 tym należy dziecku w dobitny sposób wyjaśnić, iż to nie ono ma kontrolę, jak też, że powinno ono przestrzegać pewnych reguł. Równocześnie szkoła powinna wychodzić dzieciom autystycznym naprzeciw, stwarzając im możliwość zajmowania się ich zainteresowaniami. W przypadku dzieci szczególnie opornych początkowo konieczne może się okazać indywidualizowanie wszystkich zadań przez dostosowanie ich do zainteresowań dziecka[[2]](#footnote-3).

1. **Zastosowanie terapii.**

Do badań wybrano 8-letniego Macieja, którego rodzice wyrazili zgodę na przedstawienie sytuacji swojego dziecka. Przed rozpoczęciem badań z chłopcem zapoznano się ze wszystkimi dostępnymi dokumentami dotyczącymi dziecka, czyli badaniami pedagogicznymi, diagnozą lekarską, badaniami psychologicznymi i skierowaniem Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej. Przeprowadzono, w trakcie pierwszej wizyty w rodzinnym domu chłopca, rozmowę i wywiad z jego mamą. Później określono poziom jego umiejętności wykorzystując „Kartę szkolnych osiągnięć ucznia” i „Arkusz obserwacji autystycznego dziecka w wieku przedszkolnym”. Obserwacja oraz podstawa, którą dały zastosowane narzędzia pozwoliły na analizę przypadku. Maciej jest stosunkowo zdrowym oraz odpornym somatycznie chłopcem. Pod względem wzrostu oraz wyglądu zewnętrznego nie odbiega znacząco od normy. Wśród swoich rówieśników wyróżnia się jako dziecko ładne o ciemnych włosach, a także jasnej karnacji skóry, jednak motorycznie jest mało sprawny, szczególnie w sferze koordynacji oraz elastyczności małej i dużej motoryki. Od 5. roku życia u niego utrzymuje się stereotypia ruchowa w formie kręcenia się w kółko oraz machanie i trzepotanie dłońmi. Wykonuje to bardzo często w ciągu dnia. Jest niezaradny w zakresie samoobsługi, np. nie potrafi korzystać samodzielnie z toalety, nie sygnalizuje również potrzeb fizjologicznych. Nie ubiera się w pełni samodzielnie i chociaż nie ma żadnych przeciwwskazań, nie wykonuje takich czynności, czekając na mamę. Umie jednak samodzielnie myć ręce i jeść. Maciej nie mówi ani nie komunikuje się w sposób niewerbalny, a rodzice odgadują, o co mu chodzi. Rozumie przekaz słowny, nawet bardziej złożony, a także polecenia i ich znaczenie, lecz nie zawsze się do nich stosuje. Jego bierny słownik jest dość bogaty.

1. Maciej nie toleruje w słownym przekazie kierowanym do niego bądź w jego obecności wyrazu „nie”, niezależnie od tego, w jakiej formie jest użyte - zakazu, negacji lub przeczenia. Reaguje wówczas bardzo gwałtownie i agresywnie - drapie, a bywa że gryzie, kopie lub uderza pięściami w skronie. U chłopca najsilniej zaznaczony jest opór wobec zmian oraz nowych sytuacji czy postępowania osób niezgodnego z jego oczekiwaniami. Takie sytuacje wyzwalają w nim agresję nakierowaną na osoby, a rzadziej na przedmioty i autoagresję, kiedy uderza głową w twarde przedmioty. Atak agresji objawia się różnym poziomem nasilenia i długością trwania. Maciej wraca po nim szybko do pogodnego nastroju, jaki go właściwie cechuje. Dziecko bardzo szybko popada w nastroje skrajne, oscylując pomiędzy nimi w przeciągu całego dnia wielokrotnie, dlatego wymaga ciągłej obecności dorosłej osoby. Podstawowe objawy występujące u Macieja to:
2. - autostymulacje, czyli uderzanie pięściami w skronie, kręcenie się w kółko, głośne wykrzykiwanie głoski: aaaaa,
3. - zachowania agresywne nakierunkowane na przedmioty, czyli zrzucanie gwałtownymi ruchami przedmiotów z półek, stołów lub rzucanie przedmiotami z dość dużą siłą,
4. - zachowania agresywne nakierunkowane na osoby, czyli bardzo silne pociąganie oraz szarpanie za włosy, gryzienie, drapanie
5. W trakcie agresywnych zachowań, Maciej wykazuje dużą siłę fizyczną. Jest on jedynakiem i wychowuje się w rodzinie pełnej. Mama poświęca mu całą swą uwagę i czas. Nietypowe zachowania chłopca stwierdzono już w 19. miesiącu życia. Matka posiada wykształcenie średnie bez matury, natomiast ojciec edukację zakończył po szkole średniej i zdaniu maturalnego egzaminu. Rodzina mieszka w dwupokojowym mieszkaniu. Obowiązek wychowawczy głównie spoczywa na matce, ale może ona liczyć na męża, chociaż nie wykazuje on inicjatywy przy kontaktach z synem. Matka często wyręcza Macieja podczas codziennych czynności, jednak jest świadoma jego umiejętności. Dla rodziców najcięższy do zaakceptowania jest bardzo ograniczony kontakt z synem oraz problemy z odczytaniem jego potrzeb. Maciej, podczas prowadzenia wywiadu, nie wykazywał zainteresowania obecnością ludzi spoza rodziny, siedział z boku i obserwował swoje poruszające się palce. Kilka razy spojrzał na mamę, nie zainicjował jednak żadnego kontaktu z nią. Warto zaznaczyć, że w rodzinie ani ze strony matki ani ojca wcześniej nie występowały choroby neurologiczne, psychiczne lub upośledzenia.

W wyniku zastosowanej terapii chłopiec bardzo chętnie uczestniczy w zajęciach indywidualnych i w miarę swych możliwości bierze aktywny udział. Poprawiła się znacząco jego sprawność manualna oraz grafomotoryczna. Kolorując obrazek stara się nie wychodzić poza linię, a do kolorowania wykorzystuje różne kredki, a nie jak poprzednio tylko jeden kolor czy ołówek. Zwiększa się jego tolerancja na słowo „nie” i mniej jest zachowań agresywnych. Maciej nadal przejawia opór oraz bunt przed pozawerbalnym komunikowaniem się w bardziej zrozumiały sposób dla innych. Nie zmniejszyły się akty autostymulacji, nie próbowano ich jednak wyeliminować, gdyż nie czynią one dziecku krzywdy. Dwutorowa rewalidacja Macieja (indywidualna oraz w grupie dzieci) w ciągu jednego roku szkolnego wzbogaciła go w nowe wiadomości oraz umiejętności, wykształciła nowe rodzaje pozytywnych zachowań. Chłopiec nie unikał z dziećmi wspólnych kontaktów, lecz też ich nie szukał. W trakcie wspólnych zajęć wspomagany przez nauczyciela, który wydawał chłopcu niedługie polecenia, rozdawał następnym uczniom kostki domino, zbierał klocki, podawał książkę. Dzieci nigdy nie zaprotestowały przeciwko wspólnym zajęciom z Maciejem. Obecnie, występujące jego zachowania agresywne, dzieci traktują jako „naturalne”, więc nie wzbudzają one już większych emocji. Uzyskane efekty są widoczne, jednak nie jest to kres możliwości chłopca. Po roku terapii nastąpiły znaczące zmiany w zachowaniu oraz rozwoju macieja. Chłopiec zaczął inicjować ulubione zabawy przez wskazywanie (np. na piłkę), ale tylko podczas zajęć z terapeutą. Opanował rozpinanie i zapinanie zamka, wciąż upuszcza mydło w czasie mycia rak, opanował za to zakręcanie i odkręcanie kurka. Przestał zgniatać plastikowe kubki i utrzymuje grubsze kredki oraz pisaki. Podczas terapii okazało się, iż szczoteczka, którą Maciej się posługiwał, także miała pogrubiony uchwyt. Nauczył się pić z kubka, a kanapki, które próbuje jeść nadal bywają zgniatane, ale dzieje się to znacznie rzadziej, głównie kiedy zrobione są one z miękkiego pieczywa (jak np. chleb z piekarni lub pieczywo tostowe). Chłopiec zaczął reagować na polecenia, a po ich usłyszeniu samodzielnie sprząta zabawki, nigdy jednak sam nie inicjuje tej czynności. Umie wskazać swoją oraz drugiej osoby głowę, ręce czy nogi. Jego reakcja na hałas nie ulega zmianie, ale zaczął tolerować większą gamę dźwięków. Maciej naśladuje gesty oraz ruchy na wyraźne polecenia, choć naśladownictwa mimiki nie zdołał jeszcze opanować. Umie utrzymać wzrokowy kontakt przez około 5 sekund, jego sposobem na inicjowanie kontaktu jest intensywne „wpatrywanie się” w człowieka, którym jest zainteresowany. Wciąż jednak nie zwraca większej uwagi na dzieci.

### Perspektywy powodzenia terapii

Dotychczas działania terapeutyczna spełniały swoje funkcje, jednak należy jeszcze przeanalizować perspektywy terapii w przyszłości. Najpierw skupmy się na prognozie pozytywnej. Konsekwentne działania terapeutyczne pozwoliłyby Maciejowi wykształcić takie mechanizmy reakcji na bodźce zewnętrzne, jakie nie powodowałyby jego rówieśniczej izolacji, nie tworzyłyby zagrożenia dla niego samego ani innych. Motywowanie chłopca do niewerbalnego komunikowania się pozwoliłoby na lepsze kontakty z rówieśnikami oraz innymi osobami z otoczenia, na większe otwieranie się i zaakceptowanie środowiska, w którym przebywa. Wyeliminowanie zachowań agresywnych i zwiększanie zakresu samodzielności umożliwiłyby uczestnictwo w zajęciach w szkole oraz w różnych sytuacjach codziennych. Z kolei prognoza negatywna zakłada, że pozostawienie Macieja w obecnej sytuacji spowodowałoby coraz mocniejszą alienację dziecka, całkowite odizolowanie, zwiększanie ataków agresji oraz amo agresji, a być może nawet poważniejsze uszkodzenie ciała. Niesamodzielność i dalsze wyręczanie dziecka przez rodziców, a także brak konsekwencji w ich zachowaniu mógłby doprowadzić do pełnego braku motywacji działania oraz chęci podjęcia nowych czynności przez Macieja. Program stworzony dla chłopca obejmował swym oddziaływaniem wszystkie sfery rozwoju: samoobsługę, komunikację, zachowania społeczne, rozumienie mowy i umiejętności poznawcze.

Trudno oszacować, czy rozwój Macieja będzie przebiegał bardzo nieharmonijnie. Niektóre sfery zachowania będą bardziej zaburzone, a inne mniej. W niektórych dziecko może nie wykazywać żadnych anomalii rozwojowych. Jednakże terapia dała możliwość rozwoju każdej aktywności życiowej chłopca. Nie skupiała się na jednym problemie, lecz brała pod uwagę cały rozwój Macieja i w każdej sferze dążyła do normy rozwojowej. Terapia zajmowała się zarówno rozwijaniem zachowań deficytowych, a więc tych, które w czasie rozwoju uległy zaburzeniu bądź regresowi, ale też redukowaniem oraz eliminowaniem zachowań niepożądanych i nieakceptowanych społecznie, które uniemożliwiały chłopcu naukę i skuteczne nawiązanie kontaktu z innymi rówieśnikami. Terapia pozwoli na wyzwolenie w Macieju motywacji do pracy, gdyż zakłada, że wszelkie zachowania, które w pewien sposób zostały wzmocnione z dużym prawdopodobieństwem ponownie się pojawią. Ponadto zdawano sobie sprawę, że brak reakcji w czasie wykonywania zadania ze strony terapeuty może niejednokrotnie doprowadzić do częstszego występowania u chłopca zachowań takich, jak stymulacje lub agresja. Na podstawie dotychczasowych działań terapeutycznych można stwierdzić, że kluczem do osiągnięcia przez chłopca sukcesu w terapii będzie sposób zachęty do podjęcia aktywności. Maciej uczy się z dużą trudnością i zachowania motywujące innych do nauki (np. pochwały, możliwość czynienia tego co inne dzieci, samodzielnie wykonywane zadania) nie umacniają go na tyle, aby chciał on dalej kontynuować naukę spontanicznie. Zbudowanie odpowiednio funkcjonującego systemu motywacji i jego ciągła weryfikacja, a także udoskonalanie oraz korelowanie z potrzebami chłopca może okazać się najistotniejszą kwestią, która rozwiąże kwestię nauki.

W opracowanym dla Macieja programie wiele miejsca poświęcono systemowi motywacji. Określono, jakie wzmocnienia (np. smakołyki, pochwały i przedmioty) są dla dziecka najbardziej motywujące. Ustalono również jasny oraz logiczny system wprowadzania wzmocnień. Z początku wszystkie właściwie wykonane ćwiczenia były nagradzane, potem stopniowo przechodzono do systemu żetonów, a więc wszystkie nagrody biologiczne były ciągle łączone ze wzmocnieniami społecznymi. Starano się, aby rodzice byli częścią zespołu terapeutycznego**,** więcw procesie opracowywania programu dla Macieja czynny udział miała matka chłopca. Od samego początku trwania terapii była traktowana i postrzegana jako członek zespołu. Konsultowano z mamą Macieja nie tylko procedury terapeutyczne, lecz również wszelkie zmiany w programie, uzasadniając ich przyczynę. Brano pod uwagę jej propozycje oraz sugestie, a przede wszystkim potrzeby. Rodzice chłopca na skutek wielu niejasności wiążących się z autyzmem (np. nieznane przyczyny, sprzeczność w teoriach czy mnogość nieprawidłowości rozwojowych) czuli się często bezradni oraz zagubieni. Jeśli specjaliści skoncentrują się wyłącznie na dziecku, to rodzice będą pozostawieni sami sobie, a taka postawa wzbudza wiele etycznych wątpliwości. W systemie terapeutycznym, jaki zastosowano, rodzice nie byli jedynie źródłem informacji o chłopcu, lecz stali się jej aktywnymi uczestnikami, ponieważ rodzice są najlepszymi znawcami swego dziecka, zaś ich wymagania oraz oczekiwania wyznaczają cele terapii. To uczyniło ich partnerami terapeutów, uczestniczącymi aktywnie na każdym etapie terapii. Takie podejście wobec rodziców ukształtuje w nich poczucie kompetencji. Przestaną czuć się bezradnie, natomiast poprzez pracę oraz obserwację Macieja zyskają szansę na zrozumienie zależności między chłopcem a jego otoczeniem. Należy również podkreślić, iż taki sposób włączenia rodziców do pracy z chłopcem ma przewagę na innymi terapiami, które koncentrując się tylko na dziecku oraz jego problemach, zapominają często o rodzicach, którzy przeważnie czują się odsunięci na drugi plan.

Mama Macieja uczestniczyła nie tylko w konstruowaniu programu, lecz na bieżąco kontynuuje ona domową terapię w trakcie codziennych sesji. Poza tym bierze udział w zajęciach grupowych, obserwując terapeutów i pracując pod ich okiem. Zastosowana terapia będzie terapią efektywną. Zastosowana terapia jest metodą posiadającą swój system pojęć, technik oraz narzędzi, jak również naukowo potwierdzonych badań, decydujących o jej wysokiej skuteczności. Istniejąca dokumentacja badawcza dowodzi, że zastosowanie tej terapii przyniosło efekty poprawy wielu zdolności chłopca. W przypadku Macieja pierwszym oraz największym sukcesem w procesie terapii było całkowite wyeliminowanie fobii na dźwięki. Należy wspomnieć, że mama Macieja wypowiada się na temat postępów chłopca: „...mogę wyjść z nim do sklepu, do autobusu, a jego zachowanie już nie wzbudza sensacji wśród ludzi. Uważam, że wyzbycie się strachu uczyniło mojego synka szczęśliwszym...”. Następnym dużym sukcesem terapii było obniżenie poziomu zachowań, które zakłócały proces uczenia się. Stymulacje jako pewna grupa zachowań niepożądanych w znaczny sposób ograniczała, czasem wręcz uniemożliwiała dziecku właściwe postrzeganie świata i komunikowanie się z rówieśnikami. W przypadku Macieja stymulacje były jego wyłączną aktywnością. Wspólnie z matką podjęto decyzję o zaczęciu pracy nad tym obszarem zachowań chłopca. Po około dwóch miesiącach udało się uzyskać poziom stymulacji, jaki umożliwiał chłopcu nabycie pierwszych umiejętności. Ilość stosowanych przerywających konsekwencji spadła z 98 do 4 w czasie terapii. Ponieważ spadła ilość konsekwencji zmniejszył się też poziom stymulacji. Obecnie u Macieja można jeszcze zauważyć pewną liczbę stymulacji, ale nie osiągają one takiego poziomu ilości oraz natężenia, gdyż łatwiej jest je przerwać lub odwrócić uwagę chłopca bądź zainteresować go inną aktywnością. Alternatywne aktywności dla stymulacji są dla chłopca atrakcyjne, dzięki czemu zaczął się interesować.

W obszarze poznawczym chłopiec osiągnął następujące sprawności i umiejętności:

- dopasowuje kilka kształtów i kolorów, proste obrazki, litery i cyfry, przedmioty identyczne oraz kilka nieidentycznych;

- rozpoznaje, a także wskazuje dwie części ciała;

- umie naśladować rysowanie kreski pionowej oraz spontanicznie bazgrze po kartce;

- potrafi naśladować ruchy motoryki dużej i niektóre ruchy motorki małej, umie też naśladować aktywności z przedmiotami, jak np.: zabawkami i instrumentami muzycznymi;

- manipuluje użytkowymi przedmiotami, jak np. szczoteczka do zębów, grzebień, ręcznik itd. zgodnie z ich przeznaczeniem;

- posługuje się chwytem pęsetkowym i wykorzystuje dwie ręce w czasie wykonywania określonych czynności, jak również odnajduje ukryty przedmiot;

- wykonuje proste polecenia, które dotyczą czynności dnia codziennego;

- imituje dźwięki.

Postępy Macieja w każdej sferze rozwojowej przybliża analiza jego dokumentacji testowej, która pokazuje, że w momencie rozpoczęcia edukacji przedszkolnej Maciej miał 4 lata i 6 miesięcy. Przed przystąpieniem do tworzenia programu terapeutycznego wykonano badania poziomu rozwoju chłopca oraz ustalono wiek rozwojowy na pięć miesięcy. Później przeprowadzono następne badanie testowe i wiek rozwojowy określono na 1 rok i 3 miesiące. Okazało się, iż w trakcie trapii wiek rozwojowy wzrósł z 5 miesięcy do 15, co oznacza roczny postęp rozwojowy, a prognozowana sfera rozwoju określona została na 1 rok i 8 miesięcy. Po wykonaniu następnego testu okazało się, że prognozowany rozwój został wyznaczony na 2 lata i 7 miesięcy. Takie wyniki pozwalają na następującą interpretację: na początku terapii, kiedy chłopiec przyswajał sobie strategie uczenia się oraz kiedy redukowane były zachowania najbardziej zaburzające rozwój, to jego skok rozwojowy był największy. W późniejszym okresie Maciej uczył się bardziej skomplikowanych czynności, a postępy, chociaż zauważalne, w diagnostycznym teście były słabo uwydatnione. Należy w tym miejscu dodać jeszcze, że badania testowe nie oddawały całokształtu postępów, które uczynił Maciej w przeciągu terapii. Liczby nie mówią osiągnięciach dziecka, jakie uczynił w sferze społecznej. Chłopiec nieprzejawiający wcześniej żadnego zainteresowania otoczeniem (osobami ani przedmiotami) aktualnie wyróżnia rodziców w znaczny sposób, jako bliskie osoby, przytula się częściej. Dzięki terapii Maciej interesuje się otoczeniem w miarę swoich dzisiejszych umiejętności, prosi o określone przedmioty, wskazując palcem. Stał się też bardziej świadomy otaczającej rzeczywistości . Widać więc, że terapia jaką prowadzono z Maciejem, przyniosła zamierzone efekty, choć nie efektywność jest tutaj najważniejsza. Dla terapeutów najcenniejsze było to, iż widzieli, że chłopiec się uczy czegoś nowego z każdym dniem. Widać również korzystne zmiany, które zaszły w rodzinie dziecka. Na zakończenie analizy warto zacytować wypowiedź matki Macieja, która podzieliła się swoim doświadczeniem w pracy terapeutycznej: „Widziałam już wiele zdesperowanych rodziców, którzy chwytali się różnych metod leczenia, począwszy od pływania z delfinami aż po różnorakie formy terapii, aż do metody tzw. terapii rytmicznej. Słuchałam również terapeutów, głoszących niczym niewsparte przekonanie o wysokiej efektywności edukacji słuchowej. Poznałam dietetyków propagujących określoną dietę eliminującą zaburzenia u Macieja, jednak nie ma uniwersalnego leku na autyzm. Dlatego razem z mężem zdecydowaliśmy się na metodę behawioralną, która jak dotąd przyniosła zamierzone efekty i rokuje dobre nadzieje na przyszłość.

# BIBLIOGRAFIA

1. Błeszyński J. (red.), Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2005.
2. Błeszyński J., Analiza różnicująca wybranych zespołów zaburzeń autystycznych: zarys rewalidacji. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2010.
3. Bobkowicz-Lewartowska L., Autyzm dziecięcy – zagadnienia diagnozy i terapii. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010.
4. Bożek L., Metoda Knillów z elementami stymulacji polisensorycznej w terapii dzieci autystycznych. [w:] J. Błeszyński (red.), Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2005.
5. Danielewicz D., Pisula E., Terapia i edukacja osób z autyzmem. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa 2003.
6. Dziecko autystyczne. Krajowe Towarzystwo Autyzmu, Szczecin 2008.
7. Howlin P., Leczenie autyzmu. „Impuls Krakowski”, nr 15 (33), 2002.
8. Kucharski K., Metoda Stymulowanych Seryjnych Powtórzeń Ćwiczeń [w:] J. Błeszyński (red.), Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2005.
9. Kułakowska J., Własny (autystyczny) świat*.* „Gazeta Szkolna”, 2003, nr 15.
10. Marcinkowska-Suchowierska E., Rola rodziców w terapii dziecka. „Krok po kroku”, nr 3, 2011.
11. Olechnowicz H., Wokół autyzmu - fakty, skojarzenia refleksje. Wydawnictwa Szkolne i pedagogiczne, Warszawa 2004.
12. Pisula E., Autyzm u dzieci, diagnoza, klasyfikacja, etiologia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.
13. Piszczek M., Typologia O.S. Nikolskiej, cz. I, II, III, IV. „Rewalidacja” nr 4/98, nr 5,6/99, nr 8/2000.
14. Rakowska A., Język, komunikacja, niepełnosprawność. Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków 2003.
15. Sałacki B., Jak pomóc dziecku z autyzmem. Krajowe Towarzystwo Autyzm, Lublin 2003.
16. Sekułowicz M., Metoda Integracji Sensorycznej w diagnozie i terapii dzieci z autyzmem. [w:] J. Błeszyński (red), Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2005.
17. Seta R., Muzykoterapia w pracy z dzieckiem autystycznym. [w:] J. Błeszyński (red), Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2005.
18. Sędzimir B., Dziecko autystyczne, *„*Wychowawca”, 2003, nr 9.
19. Stone W., Małe dziecko z autyzmem: diagnoza i terapia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
20. Strelau J. (red), Psychologia. Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
21. Wysocka K., Metoda Dobrego Startu w pracy z dziećmi autystycznymi. [w:] J. Błeszyński (red), Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2005.

1. Dziecko autystyczne. Krajowe Towarzystwo Autyzmu, Szczecin 2008, s. 21-43. [↑](#footnote-ref-2)
2. Tamże. [↑](#footnote-ref-3)