



JACEK JAROSŁAW BŁESZYŃSKI

Department of Special Education, Faculty of Education, Cardinal Stefan Wyszyński University

<https://orcid.org/0000-0002-6553-0550>

Organization of speech therapy for children with autism and more: action models

ABSTRACT: The article presents speech therapy used in work with children with autism spectrum disorder, starting from the essence of the actions taken, the scope and forms of interactions, and the co-organization of the supportive process. The specificity of the problem of acquiring linguistic competencies of children with autism, the variety of determinants (including age and progressiveness and/or regression of development), as well as the individual acquisition of this skill are the pivotal elements in shaping the therapy model. The organization, technical support, and the environment (its level of involvement) are important elements supporting and sometimes determining the achieved effects of therapy.

KEYWORDS: autism, ASD, speech therapy, organisation

Organizacja terapii logopedycznej dzieci z autyzmem i nie tylko. Modele działania

STRESZCZENIE: W artykule przedstawiono terapię logopedyczną stosowaną w pracy z dziećmi z zaburzeniem ze spektrum autyzmu, wychodząc od istoty podejmowanych działań, zakresu i form prowadzonych oddziaływań oraz współorganizacji procesu wspomagającego. Specyfika problemu nabywania kompetencji językowych dzieci z autyzmem, różnorodność uwarunkowań (w tym wiek i progresywność lub/i regresywność rozwoju), jak również indywidualne nabywanie tej umiejętności są elementami osiowymi w kształtowaniu modelu terapii. Organizacja, wsparcie techniczne i otoczenie (poziom jego zaangażowania) są istotnymi elementami wspomagającymi, a czasem determinującymi uzyskiwane efekty terapii.

SŁOWA KLUCZOWE: autyzm, ASD, terapia logopedyczna, organizacja

The essence of therapy is first and foremost to provide support. This therapy takes its place between the individual development of each person and socialisation, including a synonym of a standard. This approach is in line with the views of Antoni Kępiński, who notes that “[n]ormality is not synonymous with mental health, and abnormality with illness” (Kępiński, 2003, p. 11) or “[c]ognition of another human being is one of the most difficult cognitive tasks and we can probably never fully achieve it” (Kępiński, 2002, p. 161). It is therefore an intervention aimed at bringing about a change by improving functioning – which today

is associated with the terms such as quality of life, and well-being. Reconciling the personal and social direction of therapy is to direct interventions towards optimising the development of the subject undergoing therapy (Błeszyński, 2011, p. 94). An interaction, in therapy, is the occurrence of a problem and entering into an interaction that is carried out in a specific direction (goal) (Błeszyński, 2011, pp. 94–95). Actions should be taken whenever possible and necessary, with a personalised understanding of the person requiring such action, respecting his or her individuality and uniqueness. In this view, therapy can be understood as:

- 1) an **action**, an activity aimed at improving human functioning;
- 2) the assumption of intentional application of programmed methods and techniques used in the interventions undertaken;
- 3) the **psychological sphere**, the **physical sphere**, the co-occurrence of these, as well as the **spiritual sphere** – as presiding or accompanying spiritual fatherhood or motherhood, as mentioned by Wilfrid Stinissen OCD (2014);
- 4) the targeted impact, depending on the field of study, for example:
 - in psychology, to assist in a person's functioning in everyday life, to increase performance, to support personal development;
 - in pedagogy, the elimination or reduction of learning difficulties and delays as well as behavioural disorders;
 - in medicine – restoring health or improving the quality of life of an ill person, restoring balance (homeostasis) using drugs and equipment;
- 5) the form of organisation, such as individual, group (team).

In pedagogy, as Barbara Kaja (2001) notes, therapy is a therapeutic-educational activity (pedagogical therapy), which is conditioned by the essence of pedagogy, defined as an educational and upbringing activity.¹ This allows therapy to be directed as **an activity aimed at preparing the person to function optimally** (in both personal and social development – cf. Błeszyński, 2011, p. 94), which takes into account the capabilities of the person undergoing therapy as well as the conditions resulting from social expectations (assumptions).

Speech therapy as an interactive and interdisciplinary activity

Therapy in logopaedics, as defined by Stanisław Grabias, is an activity based on “the ability to combine into a synthesising whole the general knowledge about human

¹ “pedagogy [gr. *país* ‘child’, *agōgós* ‘guide’, *paidagōgikē* ‘conscious educational activity’], a discipline of science concerned with the study of educational processes in the broad sense (education, upbringing)”. (PWN, s.a.).

behaviour, about language and its disorders, about the possibilities and methods of dealing with a given disorder, it also requires reflection on the hierarchy of therapeutic steps” (Grabias, 2011, p. 32). This is a broad understanding of the therapy we use to work with people, from slight deviations from language norms (so-called speech defects) to disorders related to the overall communication process (functional and organic limitations). Nowadays, these activities are situated in humanism, and personalism (adaptation to individual abilities) and oriented towards the acquisition of linguistic, communicative, and cultural competencies by the persons undergoing therapy. The approach introduced by Grabias points to multifaceted, multi-aspect, and differentiated activities in the acquisition and formation of communication skills (Grabias, 2003, p. 30). In this view, therapeutic activities aim at shaping (optimising) communicative competence in the functionally disturbed layer.

An important element of shaping communicative skills in the case of persons with autism seems to be their inclusion in the scope of social skills, shaping first of all communicative and cultural competencies, which co-shape linguistic competencies. In the research conducted (Błeszyński, 1997) no specific articulation or phonemic hearing disorders were found. The disorders that occur are often functional and are associated with a specific, different perception of perceived stimuli (e.g. sound, as well as touch, taste, or smell), and may be characterised by hypersensitivity, hyposensitivity, or so-called noise – a heterogeneous response to a given stimulus. Due to the time of onset of the first symptoms of autism, the skills acquired and the experience in working with a child with autism, we can point to a differentiated approach to the organisation of speech therapy. Determinants may also result from the characteristics of the environment in which it is organised and the use of supporting tools (cf. diagram 1).

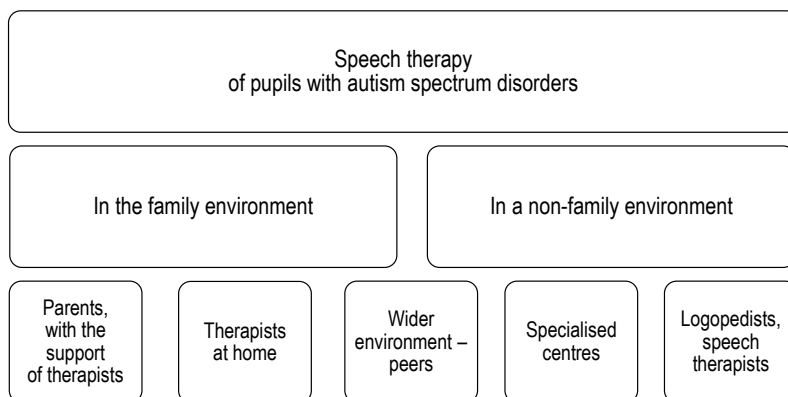


DIAGRAM 1. Division of speech therapy forms in work with a child with autism spectrum disorders

Source: Own research.

Examples of organising speech therapy for people with ASD

This part of the research will present selected methods and systems of speech therapy, which is an intervention based on multidirectional interactions. The presentation of the therapeutic approaches and their environmental conditions will be the main focus of the division of the therapeutic interventions presented. It was oriented towards the activation of the environment – as a factor in optimising the impacts undertaken. The selection of therapies presented here provides an overview and the selection of therapies presented here is an overview and serves to indicate and suggest solutions to improve the effectiveness of the actions taken by speech therapists. There is no one-size-fits-all treatment for ASD because of the individualised approach to the child, the varying symptoms of autistic disorders and their severity, and the functioning of the environment in which the child is raised. It is the talent, experience, and knowledge that guide the professional in taking the optimal action to primarily support the development of the child entrusted to his speech therapy care.

Parents as therapists – developing parents as teachers of communication The imPACT programme (IPCT)

The imPACT programme responds to parents' demands to be involved in the whole development of their child with participation of the immediate environment and with the inclusion of primordial social interactions. Based on the parents' experiences, an intervention programme is developed in collaboration with the doctor/therapist and the child. It is based on the Social Communication Checklist (SCC) designed to study children from 18 months to 6 years of age and is used to evaluate the evolving progress of the work with the child. This list allows the level of communication functions to be assessed and areas of impact to be identified. The programme aims to activate parents in providing interventions to support their child's communication and language development, as well as social integration using imitation and play (didactic). The project aims to support parents by teaching them interactive and direct strategies for social engagement by making intensive use of forms of play in shaping social interaction.

During the following meetings, the therapist introduces those concerned to the organisation of the intervention: the therapist discusses it, then adjusts the interaction interactions (for parent and child), models the actions taken by the parent, and introduces the interaction with the child (including feedback). With the participation of the parents, guidelines for home-based interventions are developed and reviewed in a subsequent session. Examples of actions taken could

be: following the directions given by the child (reading the child's information codes), then moving on to animations using toys (e.g. hand puppets), mimicry exercises, modelling, and at the same time extending language competencies. Classes can be conducted individually or in groups, which depends on the infrastructure of the environment and the programmed therapeutic goal.

**The family environment as the main place for the communication
interventions undertaken (parents with the support of professionals)
The Early Social Interaction project (ESI)**

The ESI project at Florida State University's Autism Institute targets families with children diagnosed with disabilities in infancy or up to age 2, including autism. The therapy activities are based on: an individual programme directed at the family (taking into account its needs, possibilities, and limitations); the location of the interventions in the child's natural environment (family and social environment, environment in which the child develops); securing support for the child's carers in the form of coaching (support and education during the activities) (cf. Wetherby et al., 2014, pp. 1084–1093).

The project envisages teaching the child's caregivers between three and five strategies to implement when working with the child (depending on the type, degree, and severity of the disorder present). During the sessions, workshops are conducted to identify resources for normal development and to guide the possible scope for intervention. It is assumed that the carer actively cooperates with the therapist and provides feedback in jointly taking action and validating the interventions carried out by the carer. Another skill being taught is the identification of a developmental framework, indicating priority areas for education and ongoing social skills intervention. To optimise operations the results obtained are validated. It is envisaged that the intensity of the activities should be a minimum of 25 hours per week.

Research using this method and the indicated effects of therapeutic interventions can be found, for example, in Amy M. Wetherby and Juliann J. Woods (2006, pp. 67–82), who present the results of a quasi-experiment conducted on a group of 17 children with ASD, aged 2, compared with a control group of 18 children with ASD receiving early intervention at age 3. Comparative studies indicated significantly higher social communication skills conducted using this method.

By design, early social intervention (ESI) design focuses on: the family (as a place for securing basic needs), the home they live in (as a natural environment), and the use of coaching (as a method in the process of developing competencies to support social development with professionals) (Wetherby et al., 2014, pp. 1084–1093).

Organising therapy in the family environment, and providing care and support by parents seems to be the most beneficial form of therapeutic interventions undertaken. The intensity of the intervention for a child with autism is determined by legislation in the USA (25 hours per week). The project itself is based on coaching stages:

- defining the purpose of actions taken, indicating situational conditions, with the support of the therapist;
- the practice of interacting with the parent based on the parent's active role, with the provision of feedback;
- outline a developmental framework for children's capabilities using standardised testing;
- conducting systematic education based on behavioural strategies;
- providing the right intensity appropriate to the disorder (Prizant, Wetherby, Rubin, Laurent & Rydell, 2006).

As part of the classes conducted, an assessment is carried out, in which communication, emotion regulation, and transactional support are taken into account in particular. The developmental framework formulated in this way is used to outline high-priority goals and is combined with monitoring of the child's progress based on parent reports and direct observation. Meeting accepted communication goals for young children means "expanding the use of gestures, sounds, and words, initiating spontaneous verbal and non-verbal communication, understanding the meaning of words, initiating and responding to joint attention, and extending reciprocity in interactions" (Wetherby et al., 2014, p. 12). Behavioural techniques are often combined with other techniques in education to provide the most natural methods of operation for a given environment. The communicative interactions are undertaken (Woods, Wetherby, Kashinath & Holland, 2012) are intended mainly to develop the child's initiation of the act of communication, then broaden its scope, or to model child-directed utterances. This stage is followed by attention to the correctness of the child's language expression as a result of acquiring the competence to control the interaction with the child and arranging the environment to provide the child with more opportunities to initiate communication.

Use of interaction methods in a therapeutic peer environment – peer-mediated intervention (PMI)

The peer-mediated intervention is a method used by special educators to improve communication and social functions in natural situations (Chan et al., 2009, pp. 876–889; Wong et al, 2014; Zhang & Wheeler, 2011, pp. 62–77). The programme is designed for preschool children who understand verbal commands.

It aims to modelling behaviour, discussion, and role-playing, as well as provide direct support and feedback on the objectives of the interventions (Chan et al., 2009, pp. 876–889; Watkins et al., 2015, pp. 1070–1083). The programme is also used to develop social skills (including communication) and self-determination based on shaped patterns. The interventions undertaken are based on the use of modelling from normally developing peers in the interventions provided and aim to facilitate both the acquisition and maintenance of social communication and other skills in the child's natural environment (Chan et al., 2009, pp. 876–889; Wong et al., 2014; Zhang & Wheeler, 2011, pp. 62–77).

Typical strategies used in this programme include following Laci Watkins and co-authors (2015, pp. 876–889): initiating shared play, games, and conversation, motivating the child with ASD to engage in communicative behaviours using natural reinforcement, for example, verbal encouragement or gestures to engage the child in an activity, being near the child with ASD, for example participating in everyday activities (eating meals, dressing for a walk) or participating with the child and their peers in activities provided by clubs.

This programme, thanks to its flexibility, can be used to shape different types of skills as well as to reduce difficult or problematic behaviour (Chan et al., 2009, pp. 876–889). When it comes to shaping the social skills of children with ASD, including communicative competence, it supports interaction, for example through responding (Chan et al., 2009, pp. 876–889), conversational skills (Bambara, Cole, Kunsch, Tsai & Ayad, 2016, pp. 29–43), initiating and participating in collaborative activities with peers (Hochman, Carter, Bottema-Beutel, Harvey & Gustafson, 2015, pp. 96–116).

Activities of specialised treatment centres – therapy based on the wider environment The JASPER programme

The JASPER programme – whose name is derived from the words: joint attention, symbolic play, engagement, and regulation – has been running for over 10 years by specialised centres (Kasari, Freeman & Paparella, 2006) and includes parents in the home and community settings in its activities (Chang & Locke, 2016, pp. 1–10; Shire et al., 2017; Shire, Shih, Bracaglia, Kodjoe & Kasari, 2020). The main objective of the programme is to develop language competences, in particular expressive speech, as well as to build skills for creating and interacting in social situations social interaction. Speech therapy work pays particular attention to shaping attention and creating a common field of attention in conjunction with language skills (Manwaring, Stevens, 2017, pp. 11–26). The programme includes activities divided into groups: basic strategies, i.e. optimal adjustment

to the child's individual abilities of the pace and expression of emotions during play, with the use of behavioural strategies when the child does not take initiated actions or displays negative behaviours; forming the environment of following the child, preparing the rules of actions taken; expanding the area of application of acquired skills; forming the ability to focus attention; forming language strategies (Shire et al., 2017).

The design of the interventions is adapted to the individual psycho-physical needs and abilities of the child, which determine social interaction, above all with peers.

Therapy based on a broad environment, involving professionals – augmentative and alternative communication (AAC)

Some of the main problems in social functions for people with ASD include communication and language skills. Approximately one-third of people with ASD are considered to have significant limitations in verbal communication (Tager-Flusberg & Kasari, 2013, pp. 468–478). To optimally meet the needs of all individuals, and particularly those with ASD – who have impaired social interaction, it is important to activate full developmental support for the deficits noted. As mentioned earlier (cf. Błaszynski, 2015, p. 64, 2020, p. 122), important elements in the selection of communication method(s) may include:

- concerning the patient: intellectual development (e.g. ability to use and create messages with abstract content); physical development (ability to use part of the body to communicate, e.g. hand or leg); social conditioning of the use of the method (participation and recognition in the environment of the communication method); acceptance of the patient concerned (conviction of the validity and possibility of its use);
- about the method: the ease of the method; the importance of the communicative opportunity as an interaction; the easy reception of information by near and far; the possibility of constructing complex statements.

The choice of an appropriate method and the scope of its application (from supporting, and fostering communication to substituting another mode of communication – interaction) is the main teleological problem in terms of the activities undertaken. The ongoing debate on the possible adverse effects of introducing AAC (Kaczmarek, 2014; Tager-Flusberg & Kasari, 2013, pp. 468–478) points to the need to use it in early intervention together with other forms of interaction and therapies (Iacono, Trembath & Erickson, 2016, pp. 2349–2361; Romski, Sevcik, Barton-Hulsey & Whitmore, 2015, pp. 181–202). AAC has extensive core sets, as well as accompanying aids, for example in computer versions (pictograms) and devices adapted or specially developed to undertake communication, and

mixed methods are also used (Ganz, 2015, pp. 8–19), due to the possibility to “implement a multimodal approach to enhance effective communication that is culturally and linguistically appropriate” (American Speech-Language-Hearing Association, 2005, p. 1).

An important part of introducing AAC is to be aware of the goal, which is not only to activate the person undergoing therapy communicatively and linguistically but also to take care of his or her cognitive development, for example by expanding the verbal and conceptual range. But it also means paying attention to responsiveness (here understood as taking care of the child’s expressions, and not only focusing on the message to the child, e.g. by implementing request or protest building – cf. Ganz, 2015, pp. 8–19; Logan, Iacono & Trembath, 2017, pp. 51–64), to develop an attitude of independence and self-determination, which is the basis of empowerment.

In communication, a gesture is commonly used as an element on its own or supporting (e.g. emphasising or explaining) a verbal message. Since birth, we have used it in communication as an attention-getting factor, as well as to introduce joint attention or imitative communication (as preparation for performing an activity independently). Popular gestures are characterised by their generality and do not always require precise execution. The gesture system is used to work with children with autism, but it should be noted that there are difficulties in using it with these children. These may be due to motor limitations, difficulties in focusing attention, creating a shared field of attention (e.g. Lorah, Parnell, Whitby & Hantula, 2015; Paul, 2008), as well as insufficient imitation skills (originating in deficits in theory of mind or mirror neuron theory) (Goldstein, 2002; National Research Council, 2001).

The gesture and introduced graphic elements are the basis of the Makaton Language Programme (a system of gestures and graphic symbols) popularised and modified by Bogusława B. Kaczmarek. The programme has refined the gesture-based vocabulary, which has been adapted to the communication needs of pre-school and school-age pupils with varying difficulties in acquiring communication, and learning speech, and language. This allowed Kaczmarek’s concept to use gestures as well as words and images – becoming a polysensory message. Mel O’Neil and George O’Neil (2016) pointed out that there is potential to use the system to work with adults.

In its original formula, the Makaton Programme is divided into 9 stages of vocabulary introduction. It takes 5 years to introduce a complete vocabulary, as also mentioned by Kieron Sheehy and Hester Elizabeth Duffy (2009, pp. 91–201).

Traditional methods of alternative communication

The most common method of alternative communication is pictograms (PECS). Their undoubted advantage is their universality. In social perception, they are used to read the information contained (e.g. signposts, road signs); in the case of people with ASD, they are used to convey information through the person. The pictogram system is used in education and therapy when working with people of different ages, adapting the range of issues covered to development (Simpson & Ganz, 2012; Wong et al., 2014). Among the most common forms of communication using pictograms, we can distinguish: made on a white background, made on a black background, coloured pictograms, photograms (Błeszyński, 2006, 2015, p. 74, 2017). An exemplary scheme for introducing the PECS protocol includes 6 phases of training: basics of communication, distance and patience, distinguishing pictures, building sentences, answering questions (Frost & Bondy, 2002).

Methods using multimedia elements

There is increasing use of modern technology and mass media to support people with disabilities and difficulties in broadly defined social adaptation (Zielińska, 2015, 2016). Technical support measures, like traditional methods of alternative communication, which support the establishment, maintenance, and shaping of communication messages, are one of the roles of an inclusive society, aiming at the full acceptance and support of persons in need of rehabilitation or re-socialisation measures (as restoring these persons to society). This problem is particularly relevant for people who have not acquired communication skills or have lost them (due to some factor, e.g. aphasia) or for functional reasons have a significantly impaired reception of transmitted information (Mikołajewska, Mikołajewski, 2011).

Facilitated communication (FC) was first presented in the 1960s by Rosalind Oppenholz (Tetzchner, 1997, pp. 1–18) and was (still is) controversial even then (e.g. in terms of verifying its effectiveness). Despite reservations, it continues to be used in therapy and to support the social functioning of people with ASD. Many therapists undertake it and describe the effects achieved (e.g. Travers, Tincani & Lang, 2015, pp. 95–202; Przybyła, 2019, pp. 351–362). The most common objections concern the descriptions of the use of this method (i.e. the communication problems of people with autism, which is not synonymous with the possibilities of using this form of communication in other diseases and disorders), as well as the use of FC itself in the case of autism, one of the most profound developmental disorders with an undetermined etiology. There is no objective research to show unequivocally that the messages received are authored by the assisted persons,

and the texts produced by this method must be subjected to many manipulations (co-movements, mistakes errors made by the subject), which introduces the need for the tutor to intervene in the text transmitted.

The MÓWik talking system is widely used when working with people with speech difficulties. This tool can be used in therapy for both children and adults, as picture elements with captions are used. In addition to the software, and Android with a touch screen is used, with the help of which single-word statements (e.g. one picture) or complex statements (arrangement of several pictures) are arranged. Symbols can be unambiguous (e.g. referring to nouns or certain actions) as well as complex – strings of meaning (e.g. I want a hug). An advantage of the MÓWik system is the messenger. The child uses the device to create a form of verbalised message, spoken by a chosen voice. This technique, as an element of therapy supporting the development of children with profound intellectual disabilities, was presented by Jolanta Zielińska and Klaudia Piotrowska-Madej (2017, pp. 124–125). A lot of information can be found on websites, which primarily have an information and commercial function.

Speech generating devices (acronym: SGDs) is communication support using a device with the ability to generate speech using an appropriate vocabulary display format. The aim of a study conducted by a team led by Connie Kasari and co-authors (2014) was to determine whether young children with ASD can be taught to use different SGDs vocabulary display formats and whether there are differences between formats on several secondary measures (e.g. preference and generalisation). The effectiveness of this method has been confirmed in studies.

Video modelling is designed to work with children, young people, and adults (Mason, Ganz, Parker, Burke & Camargo, 2012a; Mason, Rispoli, Ganz, Boles & Orr 2012b; Teddy, 2019). When applying the method to work with people with autism, it is notable that this modelling fits into the visual learning style of people with ASD (Reichow & Volkmar, 2010), and by analogy with TV programmes, computer screens, as well as the possibility of self-presentation, the social barriers associated with live modelling are reduced (Buggey, 2014). The person recording uses a system to model behaviour by performing a specific task or eliciting the desired behaviour. There are 4 types of video modelling: basic video modelling, where someone other than the subject (e.g. an adult or peer) models; self-modelling, where the subject is recorded as a specific target sentence demonstrating the desired behaviour or skill; modelling, which reflects the perspective of what the subject will see while performing the target task/behaviour; video prompts, which enable – by recording each step of the behaviour or skill being learned as a sequence – the construction of a specific behaviour even before viewing the footage and taking alternatives (Murray & Nolan, 2013). Thanks to the multiple repetitions enabled by the video, it is possible to adapt the repetition programme to the needs and abilities of the participant (Cardon 2012, 2013; Ganz,

Earles-Vollrath & Cook, 2011; Sigafoos, O'Reilly & Cruz, 2007). Video modelling can be used to shape and model cognitive, emotional, and also social skills (McCoy & Harmansen, 2007), including the acquisition of communication skills. An important element is the development of empathy skills, which is related to the theory of mind (Phillips, Baron-Cohen & Rutter, 1998). Video modelling activities can be carried out in the natural environment as well as in an institutionalised system, by parents, carers, teachers, and therapists (Sigafoos, O'Reilly & Cruz, 2007). In Poland, we have been observing the use of this method for several years. Possibilities of its use and effectiveness concerning the theory of mind were presented by Agnieszka Sokołowska (2017).

Summary

In speech therapy, it is important to be aware of the varied options available, especially for people with autism spectrum disorders. In the case of pupils with ASD, the heterogeneity of the picture of impairments in articulatory skills determines the direction of interventions concerning social competence, including communicative and linguistic competence (cf. Grabias, 2011, p. 21).

This presentation of the problem points to the need to anchor therapy in the environment, involving it to varying degrees and extents. The effectiveness of speech therapy interventions is dependent on engagement resulting from an awareness of the environment in which the pupil with ASD lives, the necessity of prolonging the proposed interventions, the consequences of their application, and remembering them (as a factor of repetition).

A holistic approach to therapy requires influencing the whole of the student's functions, but also organising (often reorganising) the environment in which the student with ASD learns and grows, as emphasised by Roman Ossowski (2020, p. 318): an integral view of the person and his or her life problems and life tasks.

This is an important element of the overlap of interactions through a common goal, as well as the development of a common model of interactions (forms of communication, motivation, involvement, etc.). In the search for different solutions we often practically experience and acquire skills related to the organisation of therapeutic activities. The possibility of collaborating with the support of the environment closest to our pupils provides the certainty of achieving better results, introducing co-responsibility and pedagogy of those involved. It is also the realisation of the idea of inclusion as a higher level of maturity of social coexistence – because as Johann Wolfgang Goethe mentioned, “To tolerate is to offend” (Goethe, 1907, p. 190).

References

- AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION (2005). *Roles and responsibilities of speech-language pathologists concerning augmentative and alternative communication (Position Statement)*. www.asha.org/policy [access: 22.01.2021].
- BAMBARA, L.M., COLE, C.L., KUNSCH, C., TSAI, S., & AYAD, E. (2016). A peer-mediated intervention to improve the conversational skills of high school students with an autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 27, 29–43. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2016.03.003>.
- BŁESZYŃSKI, J.J. (1997). *Mowa i język osób z autyzmem, wybrane zagadnienia*. Słupsk: WSP.
- BŁESZYŃSKI, J.J. (2011). Miejsce terapii pedagogicznej w pedagogice specjalnej – studium terminologiczne. In: Z. GAJZICA (ed.), *Wokół problemów edukacji i socjalizacji osób niepełnosprawnych – idee, koncepcje, badania* (pp. 93–102). Kraków: Impuls.
- BŁESZYŃSKI, J.J. (2015). Alternatywne i wspomagające metody komunikacji. In: N. MORGULEC-ADAMOWICZ, A. KOSMOL, B. MOLIK (eds.), *Adaptowana aktywność fizyczna dla fizjoterapeutów* (pp. 61–85). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- BŁESZYŃSKI, J.J. (2020). Komunikacja wspomagająca i alternatywna w pracy z chorymi onkologicznie. In: A. HAMERLIŃSKA, B. MIKUŁA (eds.), *Onkologopedia. Podejście interdyscyplinarne* (pp. 118–139). Bielsko-Biała: Alfamedica Press.
- BŁESZYŃSKI, J.J. (ed.). (2006). *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*. Kraków: Impuls.
- BUGGEY, T. (2014). Video modeling applications for persons with autism. In: P.A. PRELOCK & R.J. MCCAULEY (eds.), *Treatment of autism spectrum disorders: Evidence-based intervention strategies for communication and social interactions*. Baltimore MD: Paul H. Brookes.
- CARDON, T. (2013). Video modeling imitation training to support gestural imitation acquisition in young children with an autism spectrum disorder. *Speech, Language and Hearing*, 16(4), 227–238. <https://doi.org/10.1179/2050572813Y.0000000018>.
- CARDON, T.A. (2012). Teaching caregivers to implement video modeling imitation training via iPad for their children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(4), 1389–1400.
- CHAN, J.M. et al. (2009). Use of peer-mediated interventions in the treatment of autism spectrum disorders: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(4), 876–889. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2009.04.003>.
- CHANG, Y.C., & LOCKE, J. (2016). A systematic review of peer-mediated interventions for children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 27, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2016.03.010>.
- FROST, L.A., & BONDY, A.S. (2002). *The picture exchange communication system training manual* (2nd ed.). Cherry Hill, NJ: Pyramid Educational Consultants. <https://pecs-poland.com/pecs/> [access: 26.01.2021].
- GANZ, J.B. (2015). AAC interventions for individuals with autism spectrum disorders: State of the science and future research directions. *Augmentative and Alternative Communication*, 31(3), 203–214. <https://doi.org/10.3109/07434618.2015.1047532>.
- GANZ, J.B., EARLES-VOLLRATH, T.L., COOK, K.E. (2011). Video modeling. A visually based intervention for children with autism. *Teaching Exceptional Children*, 6(43), 8–19. <https://doi.org/10.1177/004005991104300601>.
- GOETHE, J. (1907). *Maximen und Reflexionen*. Ed. M. HECKER. (Schriften der Goethe-Gesellschaft, Bd. 21), p. 190.
- GOLDSTEIN, H. (2002). Communication intervention for children with autism: A review of treatment efficacy. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(5), 373–396. <https://doi.org/10.1023/a:1020589821992>.

- GRABIAS, S. (2003). *Język w zachowaniach społecznych*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- GRABIAS, S. (2011). Logopedia – nauka o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowaniach językowych. *Logopedia*, 39/40, 9–34.
- HOCHMAN, J.M., CARTER, E.W., BOTTEMA-BEUTEL, K., HARVEY, M.N., & GUSTAFSON, J.R. (2015). Efficacy of peer networks to increase social connections among high school students with and without autism spectrum disorder. *Exceptional Children*, 82(1), 96–116. <https://doi.org/10.1177/0014402915585482>.
- IACONO, T., TREMBATH, D., ERICKSON, S. (2016). The role of augmentative and alternative communication for children with autism: Current status and future trends. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2349–2361. <https://doi.org/10.2147/ndt.s95967>.
- KACZMAREK, B.B. (ed.). (2014). *Makaton w rozwoju osób ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi*. Kraków: Impuls.
- KAJA, B. (2001). *Zarys terapii dziecka. Metody psychologicznej i pedagogicznej pomocy wspomagającej rozwój dziecka*. Bydgoszcz: Akademia Bydgoska im. Kazimierza Wielkiego.
- KASARI, C., FREEMAN, S., & PAPARELLA, T. (2006). Joint attention and symbolic play in young children with autism: A randomized controlled intervention study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(6), 611–620. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01567.x>.
- KASARI, C., et al. (2014). Communication interventions for minimally verbal children with autism: A sequential multiple assignment randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(6), 635–646. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.01.019>.
- KĘPIŃSKI, A. (2002). *Psychopatologia nerwic*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- KĘPIŃSKI, A. (2003). *Psychopatie*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- LOGAN, K., IACONO, T., & TREMBATH, D. (2017). A systematic review of research into aided AAC to increase social-communication functions in children with autism spectrum disorder. *Augmentative and Alternative Communication*, 33(1), 51–64. <https://doi.org/10.1080/07434618.2016.1267795>.
- LORAH, E.R., PARNELL, A., WHITBY, P.S., & HANTULA, D. (2015). A systematic review of tablet computers and portable media players as speech generating devices for individuals with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(12), 3792–3804. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2314-4>.
- MANWARING, S.S., & STEVENS, A.L. (2017). Does teaching joint attention improve language in children with autism spectrum disorder? *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 2(1), 11–26.
- MASON, R.A., GANZ, J.B., PARKER, R., BURKE, M.D., & CAMARGO, S.P. (2012a). Moderating factors of video modeling with other as a model: A meta-analysis of single-case studies. *Research in Developmental Disabilities*, 33(4), 1076–1086. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.01.016>.
- MASON, R.A., RISPOLI, M., GANZ, J.B., BOLES, M.B., & ORR, K. (2012b). Effects of video modeling on communicative social skills of college students with Asperger syndrome. *Developmental Neuro-rehabilitation*, 15(6), 425–434. <https://doi.org/10.3109/17518423.2012.704530>.
- MCCOY, K., & HERMANSEN, E. (2007). Video modeling for individuals with autism: A review of model types and effects. *Education and Treatment of Children*, 30(4), 183–213. <https://doi.org/10.1353/etc.2007.0029>.
- MIKOŁAJEWSKA, E., MIKOŁAJEWSKI, D. (2011). *Neurorehabilitacja XXI wieku. Techniki teleinformatyczne*. Impuls: Kraków.
- MIŚ, L. (2019). Wideotrening Komunikacji ćwierć wieku później. Rozwój *Video Home Training / Video Interaction Guidance* w pracy socjalnej, psychologii, pedagogice i medycynie. *Zeszyty Pracy Socjalnej*, 24(4), 283–296. <https://doi.org/10.4467/24496138ZPS.19.024.12008>.
- MURRAY, S., & NOLAN, B. (2013). *Video modeling form young children with autism spectrum disorders. A practice guide for parents and professionals*. London: Jessica Kingsley Publication.

- NATIONAL RESEARCH COUNCIL (2001). *Educating children with autism*. Eds. C. LORD, J.P. MCGEE. Washington, DC: National Academy Press.
- O'NEIL, M., & O'NEIL, G. (2016). Making freedom real: Exploring the use of Makaton by adults. A discussion paper from the Centre for Welfare Reform. <https://www.centreforwelfarereform.org/uploads/attachment/486/making-freedom-real.pdf> [access: 28.01.2021].
- OSSOWSKI, R. (2020). *Psychologia rehabilitacyjna w praktyce*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- PAUL, R. (2008). Interventions to improve communication in autism. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(4), 835–856. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.06.011>.
- PHILLIPS, W., BARON-COHEN, S., & RUTTER, M. (1998). Understanding intention in normal development and in autism. *British Journal of Developmental Psychology*, 16(3), 337–348. <https://doi.org/10.1111/j.2044-835X.1998.tb00756.x>.
- PRIZANT, B.M., WETHERBY, A.M., RUBIN, E., LAURENT, A.C., & RYDELL, P.J. (2006). *The SCERTS model: A comprehensive educational approach for children with autism spectrum disorders*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- PRZYBYŁA, O. (2019). Facilitated communication in autism. Case study. *Logopedia Silesiana*, 8, 351–362. <https://doi.org/10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2019.08.15>.
- PWN. (s.a.). Pedagogika. In: *Encyklopedia PWN*. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/pedagogika;3955414.html> [access: 29.12.2021].
- REICHOW, B., & VOLKMAR, F.R. (2010). Social skills interventions for individuals with autism: Evaluation for evidence-based practices within a best evidence synthesis framework. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(2), 149–166. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0842-0>.
- ROMSKI, M., SEVCIK, R.A., BARTON-HULSEY, A., & WHITMORE, A.S. (2015). Early intervention and AAC: What a difference 30 years makes. *Augmentative and Alternative Communication*, 31(3), 181–202. <https://doi.org/10.3109/07434618.2015.1064163>.
- SHEEHY, K., & DUFFY, H.E. (2009). Attitudes to Makaton in the ages on integration and inclusion. *International Journal of Special Education*, 24(2), 91–201. file:///C:/Users/jacek/Downloads/SheehyDuffy_Makaton_112009_No_2.pdf.
- SHIRE, S.Y., SHIH, W., BRACAGLIA, S., KODJOE, M., KASARI, C. (2020). Peer engagement in toddlers with autism: Community implementation of dyadic and individual Joint Attention, Symbolic Play, Engagement, and Regulation intervention. *Autism*, 24(8), 2142–2152. <https://doi.org/10.1177/136236132093568>.
- SHIRE, S.Y., et al. (2017). Hybrid implementation model of community-partnered early intervention for toddlers with autism: A randomized trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(5), 612–622. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12672>.
- SIGAFOOS, J., O'REILLY, M., & CRUZ, B. de la (2007). *How to use video modeling and videoprompting*. Austin, TX: Pro-Ed.
- SIMPSON, R.L., & GANZ, J.B. (2012). Picture exchange communication system (PECS). In: P.A. PRELOCK & R.J. MCCAULEY (eds.), *Treatment of autism spectrum disorders: Evidence-based intervention strategies for communication and social interactions*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- SOKOŁOWSKA, A. (2017). *Video modeling jako innowacyjna technika pracy terapeutyczno-edukacyjnej z dziećmi z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*. *Prace Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości z siedzibą w Wałbrzychu*, 44(5), 115–138.
- STINISSEN, W. (2014). *Terapia duchowa*. Ttransl. J. IWASZKIEWICZ. Poznań: W drodze.
- TAGER-FLUSBERG, H., & KASARI, C. (2013). Minimally verbal school-aged children with autism spectrum disorder: The neglected end of the spectrum. *Autism Research*, 6(6), 468–478. <https://doi.org/10.1002/aur.1329>.
- TRAVERS, J.C., TINCANI, M.J., & LANG, R. (2015). Facilitated communication denies people with

- disabilities their voice. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities* (RPSD), 39(3), 95–202. <https://doi.org/10.1177/1540796914556778>.
- TETZCHNER, S. von (1997). Historical issues in intervention research: Hidden knowledge and facilitating techniques in Denmark. *European Journal of Disorders of Communication*, 32(1), 1–18. <https://doi.org/10.3109/13682829709021453>. PMID 9135710.
- WATKINS, L., et al. (2015). A review of peermediated social interaction interventions for students with autism in inclusive settings. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(4), 1070–1083. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2264-x>.
- WETHERBY, A.M., & WOODS, J.J. (2006). Early social interaction project for children with autism spectrum disorders beginning in the second year of life: A preliminary study. *Topics in Early Childhood Special Education*, 26(2), 67–82. <https://doi.org/10.1177/02711214060260020201>.
- WETHERBY, A.M., et al. (2014). Parent-implemented social intervention for toddlers with autism: An RCT. *Pediatrics*, 134(6), 1084–1093. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0757>.
- WONG, C., et al. (2014). *Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder*. Chapel Hill, NC: The University of North Carolina; Frank Porter Graham Child Development Institute; Autism Evidence-Based Practice Review Group. <http://autismpdc.fpg.unc.edu/sites/autismpdc.fpg.unc.edu/files/2014-EBP-Report.pdf>.
- WOODS, J.J., WETHERBY, A.M., KASHINATH, S., & HOLLAND, R.D. (2012). Early social interaction project. In: P.A. PRELOCK & R.J. MCCAULEY (eds.), *Treatment of autism spectrum disorders: Evidence-based intervention strategies for communication and social interactions*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- ZHANG, J., & WHEELER, J.J. (2011). A meta-analysis of peer-mediated interventions for young children with autism spectrum disorders. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 46(1), 62–77.
- ZIELIŃSKA, J. (2015). *Metody obrazowania pracy mózgu w perspektywie pedagogiki specjalnej. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- ZIELIŃSKA, J. (2016). *Wybrane techniki obrazowania sygnałów w perspektywie pedagogiki specjalnej. Przykłady zastosowania w praktyce diagnostyczno-terapeutycznej*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- ZIELIŃSKA, J., & PIOTROWSKA-MADEJ, K. (2017). Komunikacja AAC w terapii osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną. In: J.J. BŁESZYŃSKI & D. BACZAŁA (eds.), *Społeczeństwo włączające a komunikacja*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.



JACEK JAROSŁAW BŁESZYŃSKI

Katedra Pedagogiki Specjalnej, Wydział Nauk Pedagogicznych, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

 <https://orcid.org/0000-0002-6553-0550>

Organizacja terapii logopedycznej dzieci z autyzmem i nie tylko Modele działania

Organization of speech therapy for children with autism
and more: operation models

ABSTRACT: The article presents speech therapy used in work with children with autism spectrum disorder, starting from the essence of the actions taken, the scope and forms of interactions, and the co-organization of the supportive process. The specificity of the problem of acquiring linguistic competencies of children with autism, the variety of determinants (including age and progressiveness and/or regression of development), as well as the individual acquisition of this skill are the pivotal elements in shaping the therapy model. The organization, technical support, and the environment (its level of involvement) are important elements supporting and sometimes determining the achieved effects of therapy.

KEYWORDS: autism, ASD, speech therapy, organization

STRESZCZENIE: W artykule przedstawiono terapię logopedyczną stosowaną w pracy z dziećmi z zaburzeniem ze spektrum autyzmu, wychodząc od istoty podejmowanych działań, zakresu i form prowadzonych oddziaływań oraz współorganizacji procesu wspomagającego. Specyfika problemu nabywania kompetencji językowych dzieci z autyzmem, różnorodność uwarunkowań (w tym wiek i progresywność lub/i regresywność rozwoju), jak również indywidualne nabywanie tej umiejętności są elementami osiowymi w kształtowaniu modelu terapii. Organizacja, wsparcie techniczne i otoczenie (poziom jego zaangażowania) są istotnymi elementami wspomagającymi, a czasem determinującymi uzyskiwane efekty terapii.

SŁOWA KLUCZOWE: autyzm, ASD, terapia logopedyczna, organizacja

Istotą terapii jest przede wszystkim udzielanie wsparcia. Ma ona swoje umiejscowienie pomiędzy rozwojem indywidualnym każdego człowieka a społecznieniem, w tym w odniesieniu do synonimu normy. Takie podejście mieści się w ujęciu Antoniego Kępińskiego, który zauważa, iż „[n]ormalność nie jest równoznaczna ze zdrowiem psychicznym, a nienormalność – z chorobą” (Kępiński, 2003, s. 11) czy „[p]oznanie drugiego człowieka należy do najtrudniejszych zadań

poznawczych i prawdopodobnie nigdy nie możemy go w pełni osiągnąć” (Kępiński, 2002, s. 161). Jest to więc oddziaływanie mające na celu przyniesienie zmiany polegającej na polepszeniu funkcjonowania – które dzisiaj wiążemy z określeniami: jakość życia, dobrostan. Godzeniem kierunku osobistego i społecznego terapii jest ukierunkowanie oddziaływań na optymalizowanie rozwoju podmiotu poddawanej terapii (Błeszyński, 2011, s. 94). Jako oddziaływanie, w terapii przyjmuje się wystąpienie problemu i wejście w interakcję, która jest prowadzona w określonym kierunku (celu) (Błeszyński, 2011, s. 94–95). Czynności powinny być podejmowane w miarę możliwości i potrzeb, z upodmiotowionym rozumieniem poczynań wobec osoby wymagającej takiego działania, z zachowaniem jej indywidualności, niepowtarzalności. W takim ujęciu terapię można rozumieć jako:

1) **działanie**, czynność ukierunkowaną na poprawienie funkcjonowania człowieka;

2) założenie intencjonalnego stosowania zaprogramowanych metod i technik wykorzystywanych w podejmowanych oddziaływaniach;

3) sferę **psychiczną, fizyczną**, współwystępowanie ich, jak również **duchową** – jako przewodniczenia czy towarzyszenia, duchowego ojcostwa lub macierzyństwa, o czym wspomina Wilfrid Stinissen OCD (2014);

4) ukierunkowany cel oddziaływania, w zależności od dziedziny nauki, na przykład:

- w psychologii – wspomaganie w funkcjonowaniu osoby w jej codziennym życiu, zwiększenie skuteczności działania, wspieranie w rozwoju osobistym;
- w pedagogice – likwidacja lub ograniczenie, zmniejszenie trudności i opóźnień w nauce, jak również zaburzeń w zachowaniu;
- w medycynie – przywrócenie choremu zdrowia lub poprawa jakości jego życia, przywrócenie równowagi (homeostazy) z użyciem leków i aparatury;

5) formę organizowania, na przykład o charakterze indywidualnym, grupowym (zespołowym).

W pedagogice, jak zauważa Barbara Kaja (2001), terapia to działania terapeutyczno-wychowawcze (terapia pedagogiczna), co ma swoje uwarunkowania w istocie pedagogiki, definiowanej jako działanie edukacyjne i wychowawcze¹. Pozwala to na ukierunkowanie terapii jako **działania zmierzającego do przygotowania osoby do optymalnego funkcjonowania** (w rozwoju zarówno osobowym, jak i społecznym – por. Błeszyński 2011, s. 94), które uwzględni możliwości poddawanej terapii, jak również uwarunkowania wynikające z oczekiwań (założeń) społecznych.

¹ „pedagogika [gr. *país* ‘dziecko’, *agōgós* ‘przewodnik’, *paidagōgikē* ‘świadoma działalność wychowawcza’], dyscyplina nauki zajmująca się badaniem szeroko rozumianych procesów edukacyjnych (edukacja, wychowanie)”. (PWN, s.a.).

Terapia logopedyczna jako działanie interakcyjne i interdyscyplinarne

Terapia w logopedii, w ujęciu Stanisława Grabiasa, jest działaniem opierającym się na „umiejętności łączenia w syntetyzującą całość ogólnej wiedzy o zachowaniach człowieka, o języku i jego zaburzeniach, o możliwościach i metodach postępowania w danym zaburzeniu, wymaga też namysłu nad hierarchią kroków terapeutycznych” (Grabias, 2011, s. 32). Jest to szerokie rozumienie terapii, jaką stosujemy w pracy z osobami, od przejawiających niewielkie odstępstwa od norm językowych (tzw. wad wymowy) do zaburzeń związanych z całościowym procesem porozumiewania się (ograniczeń funkcjonalnych i organicznych). Obecnie działania te umiejscowione są w humanizmie, personalizmie (dostosowanie do indywidualnych możliwości) i ukierunkowane na nabywanie przez osoby poddane terapii kompetencji językowych, komunikacyjnych i kulturowych. Podejście wprowadzane przez Grabiasa wskazuje na wielostronne, wieloaspektowe i zróżnicowane działania w zakresie nabywania i kształtowania umiejętności komunikacyjnych (Grabias, 2003, s. 30). W takim ujęciu, działania terapeutyczne zmierzają do kształtowania (optymalizowania) kompetencji komunikacyjnych w zaburzonej funkcjonalnie warstwie.

Istotnym elementem kształtowania umiejętności komunikacyjnych w przypadku osób z autyzmem wydaje się ich włączanie w zakres umiejętności społecznych, kształtowanie przede wszystkim kompetencji komunikacyjnych i kulturowych, które współkształtują kompetencje językowe. W prowadzonych badaniach



SCHEMAT 1. Podział form terapii logopedycznych w pracy z dzieckiem z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

Zródło: Opracowanie własne.

(Błeszyński, 1997) nie stwierdzono specyficznych zaburzeń artykulacyjnych czy związanych ze słuchem fonematycznym. Występujące zaburzenia mają często charakter funkcjonalny i są związane ze specyficzną, odmienną percepcją odczuwanych bodźców (np. dźwiękowych, jak również dotykowych, smakowych czy węchowych) i mogą charakteryzować się między innymi nadwrażliwością, *niedowrażliwością* lub tzw. szumem – niejednorodną reakcją na dany bodziec. Ze względu na czas wystąpienia pierwszych objawów autyzmu, nabyte umiejętności i doświadczenia w pracy z dzieckiem z autyzmem możemy wskazać zróżnicowane podejście do organizacji terapii logopedycznej. Uwarunkowania mogą wynikać również z cech środowiska, w jakim jest ona organizowana, oraz użycia narzędzi wspomagających (por. schem. 1).

Przykłady organizowania terapii logopedycznej osób z ASD

W tej części opracowania zostaną przedstawione wybrane metody i systemy terapii logopedycznej, które są interwencją opartą na wielokierunkowych oddziaływaniach. Prezentacja podejść do terapii i ich uwarunkowań środowiskowych będzie główną osią podziału przedstawianych oddziaływań terapeutycznych. Został on ukierunkowany ze względu na aktywizację środowiska – jako czynnik optymalizujący podejmowane oddziaływania. Przedstawiony wybór terapii ma charakter przeglądowy i służy wskazaniu, podpowiedzeniu, rozwiązań mierzących do podniesienia efektywności działań podejmowanych przez logopedów. Z powodu indywidualizacji podejścia do dziecka, zróżnicowanych objawów zaburzeń autystycznych i ich nasilenia, jak również funkcjonowania środowiska, w jakim się dziecko wychowuje, nie ma jednorodnej terapii w ASD. To talent, doświadczenie i wiedza są wskazaniem, jakimi kieruje się specjalista w podejmowaniu optymalnych działań przede wszystkim wspomagających rozwój dziecka powierzonego jego logopedycznej opiece.

Rodzice jako terapeuci – doskonalenie rodziców jako nauczycieli komunikacji Program imPACT (IPCT)

Program imPACT jest odpowiedzią na postulaty rodziców oczekujących zaangażowania ich w całość rozwoju swojego dziecka z udziałem najbliższego otoczenia i z włączeniem prymarnych interakcji społecznych. Bazując na doświadczeniach rodziców, we współpracy z lekarzem/terapeutą oraz dzieckiem tworzony jest program interwencji. Opiera się on na *Liście kontrolnej*

komunikacji społecznej (SCC) przeznaczona do badań dzieci od 18. miesiąca do 6. roku życia i służy do ewaluowania postępów pracy z dzieckiem. Lista ta pozwala ocenić poziom funkcji komunikacyjnych oraz wskazać obszary podejmowanych oddziaływań. Jego celem jest aktywizacja rodziców w prowadzeniu interwencji wspomagających rozwój komunikacji i języka ich dziecka, jak również integracji społecznej z zastosowaniem naśladowstwa i zabawy (dydaktycznej). Zadaniem projektu jest wsparcie rodziców poprzez nauczenie ich interaktywnych i bezpośrednich strategii ukierunkowanych na zaangażowanie społeczne polegające na intensywnym wykorzystaniu form zabawy w kształtowaniu interakcji społecznych.

Podczas kolejnych spotkań terapeuta wprowadza zainteresowanych w organizację interwencji: omawia ją, następnie dostosowuje oddziaływania interakcji (dla rodzica i dziecka), modeluje działania podejmowane przez rodzica, wprowadzając interakcję z dzieckiem (z uwzględnieniem informacji zwrotnej). Z udziałem rodziców są opracowywane założenia oddziaływań prowadzonych w domu, weryfikowane podczas kolejnej sesji. Przykładem podejmowanych działań mogą być: podążanie za wskazówkami udzielanymi przez dziecko (odczytywanie kodów informacyjnych dziecka), następnie przechodzenie do animacji z wykorzystaniem zabawek (np. pacynki), ćwiczenia naśladowcze, modelowanie z jednoczesnym rozszerzaniem kompetencji językowych. Zajęcia mogą być prowadzone indywidualnie lub w grupie, co jest uzależnione od infrastruktury środowiska oraz programowanego celu terapeutycznego.

Środowisko rodzinne jako główne miejsce podejmowanych oddziaływań komunikacji (rodzice ze wsparciem profesjonalistów) Projekt wczesnych interakcji społecznych (ESI)

Projekt ESI realizowany w Instytucie Autyzmu Uniwersytetu Narodowego na Florydzie jest adresowany do rodzin z takimi dziećmi, u których zdiagnozowano niepełnosprawność w okresie niemowlęctwa lub do 2. roku życia, w tym autyzm. Założeniem działań podejmowanych w ramach terapii są: indywidualny program ukierunkowany na rodzinę (z uwzględnieniem jej potrzeb, możliwości i ograniczeń); umiejscowienie oddziaływań w naturalnym środowisku dziecka (rodzinnym i społecznym – środowisku, w jakim dziecko rozwija się); zabezpieczenie wsparcia opiekunom dziecka w formie coachingu (wsparcie i edukacja w trakcie podejmowanych działań) (por. Wetherby et al., 2014, s. 1084–1093).

W projekcie przewiduje się nauczenie opiekunów dziecka od trzech do pięciu strategii realizowanych w pracy z dzieckiem (uzależnionych od rodzaju, stopnia i nasilenia występującego zaburzenia). W trakcie sesji prowadzone są warsztaty mające na celu określenie zasobów prawidłowego rozwoju oraz ukierunkowanie

na ewentualny zakres interwencji. Zakłada się aktywną współpracę opiekuna z terapeutą i zapewnianie informacji zwrotnej we wspólnym podejmowaniu działań i walidacji oddziaływań prowadzonych przez opiekuna. Kolejną kształtowaną umiejętnością jest określanie ram rozwojowych, ze wskazaniem na priorytetowe obszary edukacji i interwencji w zakresie umiejętności społecznych. W celu optymalizacji działań prowadzi się walidację uzyskiwanych wyników. Przewiduje się, iż intensywność prowadzonych działań powinna wynosić minimum 25 godzin tygodniowo.

Badania realizowane z wykorzystaniem opisanej metody wraz ze wskazanymi efektami oddziaływań terapeutycznych możemy znaleźć między innymi w publikacji Amy M. Wetherby i Juliann J. Woods (2006, s. 67–82), w której przedstawiono wyniki *quasi*-eksperymentu przeprowadzonego na grupie 17 dzieci z ASD, w wieku 2 lat w porównaniu z grupą kontrolną 18 dzieci z ASD poddanych wczesnej interwencji w wieku 3 lat. Badania porównawcze wskazały na istotnie wyższe umiejętności w zakresie komunikacji społecznej prowadzonej tą metodą.

Projekt wczesnej interwencji społecznej (ESI) z założenia skupiony jest na 1) rodzinie (jako miejscu zabezpieczania podstawowych potrzeb), 2) mieszkaniu, w jakim przebywają (jako środowisko naturalne), 3) wykorzystaniu metody coachingu (jako metody w procesie kształtowania kompetencji wspierania rozwoju społecznego ze specjalistami) (Wetherby et al., 2014, s. 1084–1093).

Zorganizowanie terapii w środowisku rodzinnym, zapewnienie opieki i wsparcia przez rodziców wydaje się najkorzystniejszą formą podejmowanych oddziaływań terapeutycznych. Intensywność prowadzonych oddziaływań w przypadku dziecka z autyzmem jest uwarunkowana w USA aktami prawnymi (25 godzin tygodniowo). Sam projekt oparty jest na etapach coachingu:

- określanie celu podejmowanych działań, ze wskazaniem uwarunkowań sytuacyjnych, ze wsparciem terapeuty;
- praktyka oddziaływania z rodzicem opierająca się na jego aktywnej roli, z zapewnieniem mu informacji zwrotnej;
- zarysowanie ram rozwojowych dotyczących dziecięcych możliwości, z wykorzystaniem wystandaryzowanych badań;
- prowadzenie systematycznej edukacji opierającej się na strategiach behawioralnych;
- zapewnienie odpowiedniej intensywności oddziaływań, adekwatnej do zaburzenia (Prizant, Wetherby, Rubin, Laurent, Rydell, 2006).

W ramach prowadzonych zajęć dokonywana jest ocena, w której bierze się pod uwagę przede wszystkim komunikację, regulację emocji i wsparcie transakcyjne. Tak sformułowane ramy rozwojowe są wykorzystywane do nakreślenia celów o wysokim priorytecie i łączą się z monitorowaniem postępów dziecka na podstawie raportu rodziców i bezpośredniej obserwacji. Realizacja przyjętych celów komunikacyjnych dla małych dzieci oznacza „poszerzanie zakresu

stosowania gestów, dźwięków i słów, inicjowanie spontanicznej komunikacji werbalnej i niewerbalnej, rozumienie znaczenia słów, inicjowanie i reagowanie na wspólną uwagę oraz rozszerzanie wzajemności w interakcjach” (Wetherby et al., 2014, s. 12). Techniki behawioralne są często łączone z innymi technikami w edukacji, co ma zapewnić najbardziej naturalne dla danego środowiska metody działania. Podejmowane oddziaływania komunikacyjne (Woods, Wetherby, Kashinath, Holland, 2012) mają służyć głównie wykształceniu przez dziecko inicjowania aktu komunikacji, aby następnie poszerzać jego zakres lub modelować wypowiedzi kierowane do dziecka. Po tym etapie następuje dbanie o poprawność wypowiedzi językowej dziecka jako efekt nabywania kompetencji kontroli nad interakcją z dzieckiem i aranżowaniem środowiska, aby zapewnić dziecku większe możliwości inicjowania komunikacji.

Wykorzystanie metod oddziaływania w terapeutycznym środowisku rówieśniczym – interwencja z udziałem rówieśników (PMI)

Interwencja z udziałem rówieśników jest metodą wykorzystywaną przez pedagogów specjalnych, mającą za zadanie usprawnienie funkcji komunikacyjnych i społecznych w sytuacjach naturalnych (Chan et al., 2009, s. 876–889; Wong et al., 2014; Zhang, Wheeler, 2011, s. 62–77). Program przeznaczony jest dla dzieci w wieku przedszkolnym, które rozumieją wydawane polecenia słowne. Ma na celu modelowanie zachowania, prowadzenie dyskusji i odgrywanie ról, jak również bezpośrednie wsparcie i udzielanie informacji zwrotnej dotyczącej celów prowadzonych oddziaływań (Chan et al., 2009, s. 876–889; Watkins et al., 2015, s. 1070–1083). Program jest wykorzystywany także do kształtowania umiejętności społecznych (w tym komunikacji) i samostanowienia na podstawie kształtowanych wzorców. Podejmowane działania opierają się na stosowaniu w prowadzonych interwencjach wzorowania się na prawidłowo rozwijających się rówieśnikach i mają na celu ułatwienie zarówno nabywania, jak i utrzymywania kompetencji komunikacji społecznych i innych umiejętności w naturalnym środowisku dziecka (Chan et al., 2009, s. 876–889; Wong et al., 2014; Zhang, Wheeler, 2011, s. 62–77).

Do typowych strategii zastosowanych w tym programie należy zaliczyć za Lacim Watkinsem i współautorami (2015, s. 876–889): inicjowanie wspólnej zabawy, gier i konwersacji, motywowanie dziecka z ASD do podejmowania zachowań komunikacyjnych z wykorzystaniem naturalnych wzmocnień, na przykład zachęt słownych lub gestów, w celu zaangażowania go w jakąś czynność, przebywanie w pobliżu dziecka z ASD, na przykład udział w czynnościach codziennych (jedzenie posiłków, ubieranie się na spacer) czy uczestniczenie razem z dzieckiem i jego rówieśnikami w zajęciach prowadzonych przez kluby.

Program ten dzięki swojej elastyczności może być wykorzystywany do kształtowania różnego typu umiejętności, jak również ograniczania zachowań trudnych lub problemowych (Chan et al., 2009, s. 876–889). W przypadku kształtowania umiejętności społecznych dzieci z ASD, w tym kompetencji komunikacyjnych, wspiera wchodzenie w interakcje, na przykład poprzez udzielanie odpowiedzi (Chan et al., 2009, s. 876–889), umiejętności konwersacyjne (Bambara, Cole, Kunsch, Tsai, Ayad, 2016, s. 29–43), inicjowanie wspólnych działań z rówieśnikami i uczestniczenie w nich (Hochman, Carter, Bottema-Beutel, Harvey, Gustafson, 2015, s. 96–116).

Działania wyspecjalizowanych ośrodków terapeutycznych – terapia oparta na szerszym środowisku Program JASPER

Program JASPER – którego nazwa pochodzi od słów: *joint attention, symbolic play, engagement, and regulation* (wspólna zabawa, zabawa symboliczna, zaangażowanie i regulacja) – od ponad 10 lat jest prowadzony przez wyspecjalizowane ośrodki (Kasari, Freeman, Paparella, 2006) i swoim działaniem obejmuje rodziców w środowisku domowym oraz lokalnym (Chang, Locke, 2016, s. 1–10; Shire et al., 2017; Shire, Shih, Bracaglia, Kodjoe, Kasari, 2020). Głównym celem programu jest rozwój kompetencji językowych, a w szczególności mowy ekspresywnej, jak również budowanie umiejętności tworzenia interakcji społecznych i wchodzenia w nie. W pracy logopedycznej zwraca się szczególną uwagę na kształtowanie koncentracji uwagi i tworzenia wspólnego pola uwagi w powiązaniu z umiejętnościami językowymi (Manwaring, Stevens, 2017, s. 11–26). Program obejmuje działania podzielone na grupy: podstawowe strategie, czyli optymalne dopasowanie do indywidualnych możliwości dziecka – tempa i ekspresji emocji podczas zabawy, z stosowaniem strategii behawioralnych w przypadku, gdy dziecko nie podejmuje zainicjowanych działań lub przejawia zachowania negatywistyczne; formowanie środowiska podążania za dzieckiem; przygotowanie zasad podejmowanych działań; poszerzanie obszaru zastosowania nabytych umiejętności; kształtowanie umiejętności skupienia uwagi; kształtowanie strategii językowych (Shire et al., 2017).

Projekt oddziaływań jest dostosowany do indywidualnych potrzeb i możliwości psychofizycznych dziecka, które warunkują wchodzenie w społeczne interakcje przede wszystkim z rówieśnikami.

Terapia oparta na szerokim środowisku, angażująca specjalistów – komunikacja wspomagająca i alternatywna (AAC)

Do podstawowych problemów w funkcjach społecznych w przypadku osób z ASD należy zaliczyć komunikację i kształtowanie kompetencji językowych. Uznaje się, iż około 1/3 osób z ASD ma znaczne ograniczenia w zakresie werbalnego porozumiewania się (Tager-Flusberg, Kasari, 2013, s. 468–478). W celu optymalnego zabezpieczenia potrzeb wszystkich osób, a szczególnie z ASD – u których występują zaburzenia w kształtowaniu się interakcji społecznych, ważne jest uaktywnienie pełnego wsparcia rozwoju w zakresie odnotowywanych deficytów. Jak wcześniej wspomniałem (por. Błeszyński, 2015, s. 64; Błeszyński, 2020, s. 122), ważnymi elementami doboru metody/metod komunikacji mogą być:

- w odniesieniu do pacjenta: rozwój intelektualny (np. możliwość wykorzystywania i tworzenia przekazów z treściami abstrakcyjnymi); rozwój fizyczny (możliwość użycia części ciała do komunikacji, np. ręki czy nogi); społeczne uwarunkowanie zastosowania metody (współudział i rozpoznawalność w środowisku metody komunikacji); akceptacja zainteresowanego pacjenta (przekonanie o zasadności i możliwości jej użycia);
- w odniesieniu do metody: łatwość metody; waga możliwości komunikacyjnej jako interakcji; łatwy odbiór informacji przez otoczenie bliższe i dalsze; możliwość konstruowania wypowiedzi złożonych.

Dobór odpowiedniej metody i zakres jej zastosowania (od wspomagania, wspierania komunikacji do zastąpienia innym sposobem przekazu – interakcji) jest głównym problemem teleologicznym w zakresie podejmowanych działań. Tocząca się dyskusja nad ewentualnymi skutkami niepożądanymi wprowadzania AAC (Kaczmarek, red., 2014; Tager-Flusberg, Kasari, 2013, s. 468–478) wskazuje na konieczność stosowania jej we wczesnej interwencji wspólnie z innymi formami oddziaływania i terapiami (Iacono, Trembath, Erickson, 2016, s. 2349–2361; Romski, Sevcik, Barton-Hulsey, Whitmore, 2015, s. 181–202). AAC ma rozbudowane podstawowe zestawy, a także towarzyszące pomoce, na przykład w wersji komputerowej piktogramy oraz urządzenia przystosowane lub specjalnie opracowane do podejmowania komunikacji, wykorzystuje się też metody mieszane (Ganz, 2015, s. 8–19), dzięki możliwości „wdrożenia multimodalnego podejścia w celu wzmocnienia skutecznej komunikacji, która jest odpowiednia kulturowo i językowo” (American Speech-Language-Hearing Association, 2005, s. 1).

Ważny element wprowadzenia AAC to świadomość celu, jakim jest nie tylko aktywizowanie komunikacyjne i językowe osoby poddawanej terapii, ale również dbanie o jej rozwój poznawczy, na przykład poprzez poszerzanie zakresu słowno-pojęciowego. Ale to również zwrócenie uwagi na reaktywność (tu rozumiana jako dbanie o wypowiedzi dziecka – a nie skupianie się jedynie na przekazie do dziecka, np. przez wdrażanie do budowania prośby lub protestu – por. Ganz, 2015,

s. 8–19; Logan, Iacono, Trembath, 2017, s. 51–64), w celu kształtowania postawy samodzielności i samostanowienia, co jest podstawą upodmiotawiania.

W komunikacji powszechnie stosowany jest gest jako element samodzielny, lub wspomagający (np. podkreślający lub wyjaśniający) przekaz werbalny. Od urodzenia w komunikacji stosujemy go jako czynnik mający zwrócić uwagę, jak również wprowadzający w zakres wspólnej uwagi czy przekazu naśladowczego (jako przygotowanie do wykonania samodzielnie czynności). Popularne gesty charakteryzują się dużą ogólnością i nie zawsze wymagają precyzyjnego wykonania. System gestów jest wykorzystywany do pracy z dziećmi z autyzmem, jednak należy zaznaczyć, że u tych dzieci występują trudności w jego zastosowaniu. Mogą one wynikać z ograniczeń narządów ruchu, trudności w koncentracji uwagi, tworzenia wspólnego pola uwagi (np. Lora, Parnell, Whitby, Hantula, 2015; Paul, 2008), jak również niewystarczających umiejętności naśladowczych (mających swe źródła w deficytach w teorii umysłu czy w teorii lustrzanych neuronów) (Goldstein, 2002; National Research Council, 2001).

Na geście oraz wprowadzonych elementach graficznych opiera się rozpowszechniony i modyfikowany przez Bogusławę B. Kaczmarek Program Językowy Makaton (system gestów i symboli graficznych). W ramach Programu dopracowano słownik w powiązaniu z gestem, jaki dostosowano do potrzeb komunikacyjnych uczniów w wieku przedszkolnym i szkolnym, którzy przejawiają różnicowane problemy w nabywaniu komunikacji, uczeniu się mowy i języka. To pozwoliło na wykorzystanie w koncepcji Kaczmarek zarówno gestu, jak i słowa oraz obrazu – stających się przekazem polisensorycznym. Mel O'Neil i George O'Neil (2016) zwrócili uwagę na to, że istnieje możliwość wykorzystania systemu do pracy z osobami dorosłymi.

W oryginalnej formule Program Makaton podzielony został na 9 etapów wprowadzania słownictwa. Czas wprowadzania pełnego słownictwa trwa 5 lat, o czym też wspominają Kieron Sheehy i Hester Elizabeth Duffy (2009, s. 91–201).

Tradycyjne metody komunikacji alternatywnej

Najbardziej rozpowszechnioną metodą komunikacji alternatywnej są piktogramy (PECS). Niewątpliwą ich zaletą jest powszechność. W społecznym odbiorze służą do odczytywania zawartych informacji (np. drogowskazy, znaki drogowe), w przypadku osób z ASD – do przekazu informacji przez te osoby. System piktogramów wykorzystuje się w edukacji i terapii w pracy z osobami w różnym wieku, dostosowując zakres poruszanych zagadnień do rozwoju (Simpson, Ganz, 2012; Wong et al., 2014). Wśród najczęściej spotykanych form przekazu z wykorzystaniem piktogramów możemy wyróżnić: wykonane na białym tle, wykonane na czarnym tle, piktogramy kolorowe, fotogramy (Bleszyński, 2015, s. 74; 2006; 2017).

Przykładowy schemat wprowadzania protokołu PECS obejmuje 6 faz treningu: podstawy porozumiewania się, odległość i cierpliwość, rozróżnianie obrazków, budowanie zdań, odpowiadanie na pytania (Frost, Bondy, 2002).

Metody wykorzystujące elementy multimedialne

Coraz powszechniejsze jest wykorzystanie nowoczesnych technologii oraz środków masowego przekazu w celu wsparcia osób z niepełnosprawnościami i mających trudności w szeroko rozumianej adaptacji społecznej (Zielińska, 2015; 2016). Techniczne środki wsparcia, podobnie jak tradycyjne metody komunikacji alternatywnej, wspomagające nawiązywanie, podtrzymywanie i kształtowanie przekazu komunikacyjnego, są jedną z ról społeczeństwa inkluzyjnego, zmierzającego do pełnej akceptacji i wsparcia osób wymagających działań rehabilitacyjnych czy resocjalizacyjnych (jako przywracanie tych osób społeczeństwu). Problem ten dotyczy szczególnie osób, które nie nabyły umiejętności komunikacyjnych albo je utraciły (na skutek jakiegoś czynnika, np. afazji) lub z powodów funkcjonalnych występuje u nich znacząco utrudniony odbiór przekazywanej informacji (Mikołajewska, Mikołajewski, 2011).

Ułatwiona Komunikacja (FC) po raz pierwszy została zaprezentowana w latach sześćdziesiątych ubiegłego stulecia przez Rosalind Oppenholz (Tetzchner, 1997, s. 1–18) i już wtedy wzbudziła (nadal budzi) wiele kontrowersji (np. pod względem weryfikacji jej efektywności). Mimo zastrzeżeń jest nadal wykorzystywana w terapii i wspomaganiu funkcjonowania społecznego osób z ASD. Wielu terapeutów podejmuje się jej prowadzenia i opisuje uzyskane efekty (np. Travers, Tincani, Lang, 2015, s. 95–202; Przybyła, 2019, s. 351–362). Najczęściej stawiane zarzuty dotyczą opisów wykorzystania tej metody (tj. problemów komunikacyjnych osób z autyzmem, co nie jest jednoznaczne z możliwościami wykorzystania tej formy komunikacji w innych chorobach i zaburzeniach), jak i samego wykorzystania FC w przypadku autyzmu, jednego z najgłębszych zaburzeń w rozwoju o nieustalonej etiologii. Nie ma zobiektywizowanych badań, które wskazywałyby jednoznacznie, iż otrzymywane komunikaty są autorstwa osób wspomaganych, a teksty uzyskane tą metodą muszą podlegać wielu obróbkom (występujące współruchy, błędy popełniane przez podopiecznego), co wprowadza konieczność ingerencji opiekuna w przekazywany tekst.

System Mówik jest szeroko wykorzystywany w pracy z osobami przejawiającymi trudności w zakresie mowy. Narzędzie to można zastosować w terapii zarówno dzieci, jak i osób dorosłych, ponieważ używane są elementy obrazkowe z podpisami. Poza oprogramowaniem wykorzystuje się Android z ekranem dotykowym, za którego pomocą układane są wypowiedzi jednowyrazowe (np. jeden obrazek) lub złożone (układ kliku obrazków). Symbole mogą być jedno-

znaczne (np. dotyczące rzeczowników lub niektórych czynności), jak również złożone – ciągi znaczeniowe (np. Chcę się przytulić). Zaletą Mówika jest system komunikatora. Dziecko za pomocą urządzenia tworzy formę komunikatu zwerbalizowanego, wypowiedanego przez wybrany głos. Technikę tę, jako element terapii wspomagającej rozwój dzieci z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, zaprezentowały Jolanta Zielińska i Klaudia Piotrowska-Madej (2017, s. 124–125). Wiele informacji można znaleźć na stronach internetowych, które przede wszystkim pełnią funkcję informacyjno-komercyjną.

Speech generating devices (skrót: SGDs) to wsparcie komunikacyjne za pomocą urządzenia z możliwością generowania mowy z wykorzystaniem odpowiedniego formatu wyświetlania słownictwa. Celem badania przeprowadzonego przez zespół pod kierunkiem Connie Kasari (2014) było ustalenie, czy małe dzieci z ASD można nauczyć korzystania z różnych formatów wyświetlania słownictwa SGDs oraz czy istnieją różnice między formatami w zakresie wielu miar drugorzędnych (np. preferencji i uogólnień). Efektywność tej metody została potwierdzona w badaniach.

Wideotrening (*videomodeling*) przeznaczony jest do pracy z dziećmi, młodzieżą i osobami dorosłymi (Mason, Ganz, Parker, Burke, Camargo, 2012a; Mason, Rispoli, Ganz, Boles, Orr, 2012b; Miś, 2019). W przypadku zastosowania metody w pracy z osobami z autyzmem zwraca uwagę fakt, iż modelowanie to wpisuje się w wizualny styl uczenia się osób z ASD (Reichow, Volkmar, 2010), a przez analogię do programów telewizyjnych, ekranów komputerowych, jak również możliwość autoprezentacji ograniczone zostają bariery społeczne związane z modelowaniem na żywo (Buggey, 2014). Nagrywająca osoba wykorzystuje system modelowania zachowania poprzez wykonanie określonego zadania lub wywołanie pożądanego zachowania. Wyróżniamy 4 typy modelowania wideo: podstawowe modelowanie wideo, w którym modeluje ktoś inny niż osoba poddana terapii (np. dorosły lub rówieśnik); automodelowanie, gdzie osoba poddana terapii jest nagrywana jako określone zdanie docelowe, prezentująca pożądane zachowanie lub umiejętność; modelowanie, które odzwierciedla perspektywę tego, co poddany terapii zobaczy podczas wykonywania docelowego zadania/zachowania; podpowiedzi wideo, które umożliwiają – przez nagrywanie każdego kroku zachowania czy zdobywanej umiejętności w postaci sekwencji – budowanie określonego zachowania jeszcze przed obejrzeniem materiału i podjęciem alternatywnych rozwiązań (Murray, Nolan, 2013). Dzięki wielokrotnemu powtarzaniu, na jakie pozwala nagranie wideo, możliwe jest dostosowanie programu powtórzeń do potrzeb i możliwości biorącego udział w terapii (Cardon 2012, 2013; Ganz, Earles-Vollrath, Cook, 2011; Sigarfoos, O'Reilly, Cruz, 2007). Metoda wideomodelowania może być wykorzystywana do kształtowania i modelowania umiejętności poznawczych, emocjonalnych, a także społecznych (McCoy, Harmansen, 2007), w tym również nabywania umiejętności komunikacyjnych. Ważnym elementem jest kształtowanie umiejętności empatii, która ma związek z teorią umysłu (Phillips, Baron-Cohen,

Rutter, 1998). Zajęcia z wideomodelowaniem mogą być prowadzone w środowisku naturalnym, jak również w systemie zinstytucjonalizowanym, przez rodziców, opiekunów, nauczycieli i terapeutów (Sigarfoos, O'Reilly, Cruz, 2007). W Polsce obserwujemy stosowanie tej metody od kilku lat. Możliwości jej wykorzystania oraz efektywność w odniesieniu do teorii umysłu przedstawiła Agnieszka Sokołowska (2017).

Podsumowanie

W terapii logopedycznej ważna jest świadomość zróżnicowanych możliwości jej prowadzenia dotyczy to zwłaszcza osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Niejednorodność obrazu występujących zaburzeń w obrębie umiejętności artykulacyjnych w przypadku uczniów z ASD warunkuje kierunek oddziaływań podejmowanych w odniesieniu do zakresu kompetencji społecznych, a w nich – kompetencji komunikacyjnych i językowych (por. Grabias, 2011, s. 21).

Takie ujęcie problemu wskazuje na konieczność umocowania terapii w środowisku, z aktywizacją go w różnym stopniu i zakresie. Efektywność prowadzonych działań w ramach terapii logopedycznej jest uwarunkowana zaangażowaniem wynikającym z uświadomienia środowisku, w jakim przebywa uczeń z ASD, konieczności przedłużenia proponowanych oddziaływań, konsekwencji ich stosowania i zapamiętywania (jako czynnika powtarzalności).

Holistyczne podejście do terapii wymaga oddziaływania na całokształt funkcji ucznia, ale również organizowania (często przeorganizowania) środowiska, w jakim uczy się, wychowuje uczeń z ASD, jak to podkreśla Roman Ossowski (2020, s. 318): integralnego widzenia osoby i jej problemów życiowych oraz realizowanych zadań życiowych.

To istotny element nakładania się oddziaływań dzięki wspólnemu celowi, jak również wypracowaniu wspólnego modelu stymulowania (form przekazu, motywowania, angażowania itd.). W poszukiwaniu różnych rozwiązań często praktycznie doświadczamy i nabywamy umiejętności związanych z organizowaniem działań terapeutycznych. Możliwość podejmowania współpracy ze wsparciem środowiska najbliższego naszym uczniom daje pewność uzyskiwania lepszych efektów, wprowadza współodpowiedzialność oraz pedagogizację zaangażowanych w to działanie osób. Jest również realizacją idei inkluzji jako wyższego poziomu dojrzałości społecznego współistnienia – ponieważ, jak wspomniał Johann Wolfgang Goethe, „Tolerować to obrażać” (Goethe, 1907, s. 190).

Bibliografia

- AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION. (2005). *Roles and responsibilities of speechlanguage pathologists with respect to augmentative and alternative communication (Position Statement)*. www.asha.org/policy [data dostępu: 22.01.2021].
- BAMBARA, L.M., COLE, C.L., KUNSCH, C., TSAI S., AYAD E. (2016). A peer-mediated intervention to improve the conversational skills of high school students with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 27, 29–43. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2016.03.003>
- BŁESZYŃSKI, J.J. (1997). *Mowa i język osób z autyzmem, wybrane zagadnienia*. Słupsk: WSP.
- BŁESZYŃSKI, J.J. (2011). Miejsce terapii pedagogicznej w pedagogice specjalnej – studium terminologiczne. W: Z. GAJZICA (red.), *Wokół problemów edukacji i socjalizacji osób niepełnosprawnych – idee, koncepcje, badania* (s. 93–102). Kraków: Impuls.
- BŁESZYŃSKI J.J. (2015). Alternatywne i wspomagające metody komunikacji. W: N. MORGULEC-ADAMOWICZ, A. KOSMOL, B. MOLIK (red.), *Adaptowana aktywność fizyczna dla fizjoterapeutów* (s. 61–85). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- BŁESZYŃSKI, J.J. (2020). Komunikacja wspomagająca i alternatywna w pracy z chorymi onkologicznie. W: A. HAMERLIŃSKA, B. MIKUŁA (red.), *Onkologopedia. Podejście interdyscyplinarne* (s. 118–139). Bielsko-Biała: Alfamedica Press.
- BŁESZYŃSKI, J.J. (red.) (2006). *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*. Kraków: Impuls.
- BUGGEY, T. (2014). Video modeling applications for persons with autism. W: P.A. PRELOCK, R.J. MCCAULEY (eds.), *Treatment of autism spectrum disorders: Evidence-based intervention strategies for communication and social interactions*. Baltimore MD: Paul H. Brookes.
- CARDON, T. (2013). Video modeling imitation training to support gestural imitation acquisition in young children with autism spectrum disorder. *Speech, Language and Hearing*, 16(4), 227–238. <https://doi.org/10.1179/2050572813Y.0000000018>.
- CARDON, T.A. (2012). Teaching caregivers to implement video modeling imitation training via iPad for their children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(4), 1389–1400.
- CHAN, J.M., et al. (2009). Use of peer-mediated interventions in the treatment of autism spectrum disorders: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(4), 876–889. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2009.04.003>.
- CHANG, Y.C., LOCKE J. (2016). A systematic review of peer-mediated interventions for children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 27, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2016.03.010>.
- FROST, L.A., BONDY, A.S. (2002). *The picture exchange communication system training manual* (2nd ed.). Cherry Hill, NJ: Pyramid Educational Consultants. <https://pecs-poland.com/pecs/> [data dostępu: 26.01.2021].
- GANZ, J.B. (2015). AAC interventions for individuals with autism spectrum disorders: State of the science and future research directions. *Augmentative and Alternative Communication*, 31(3), 203–214. <https://doi.org/10.3109/07434618.2015.1047532>.
- GANZ, J.B., EARLES-VOLLRATH, T.L., COOK, K.E. (2011). Video modeling. A visually based intervention for children with autism. *Teaching Exceptional Children*, 6(43), 8–19. <https://doi.org/10.1177/004005991104300601>.
- GOETHE J. (1907), *Maximen und Reflexionen*. Ed. M. HECKER. (Schriften der Goethe-Gesellschaft, Bd. 21), 190.
- GOLDSTEIN, H. (2002). Communication intervention for children with autism: A review of treatment efficacy. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(5), 373–396. <https://doi.org/10.1023/a:1020589821992>.

- GRABIAS, S. (2003). *Język w zachowaniach społecznych*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- GRABIAS, S. (2011). Logopedia – nauka o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowaniach językowych. *Logopedia*, 39/40, 9–34.
- HOCHMAN, J.M., CARTER, E.W., BOTTEMA-BEUTEL, K., HARVEY, M.N., GUSTAFSON, J.R. (2015). Efficacy of peer networks to increase social connections among high school students with and without autism spectrum disorder. *Exceptional Children*, 82(1), 96–116. <https://doi.org/10.1177/0014402915585482>.
- IACONO, T., TREMBATH, D., ERICKSON, S. (2016). The role of augmentative and alternative communication for children with autism: Current status and future trends. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2349–2361. <https://doi.org/10.2147/ndt.s95967>.
- KACZMAREK, B.B. (red.). (2014). *Makaton w rozwoju osób ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi*. Kraków: Impuls.
- KAJA, B. (2001). *Zarys terapii dziecka. Metody psychologicznej i pedagogicznej pomocy wspomagającej rozwój dziecka*. Bydgoszcz: Akademia Bydgoska im. Kazimierza Wielkiego.
- KASARI, C., FREEMAN, S., PAPARELLA, T. (2006). Joint attention and symbolic play in young children with autism: A randomized controlled intervention study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(6), 611–620. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01567.x>.
- KASARI, C., et al. (2014). Communication interventions for minimally verbal children with autism: A sequential multiple assignment randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(6), 635–646. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.01.019>.
- KĘPIŃSKI, A. (2002). *Psychopatologia nerwic*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- KĘPIŃSKI, A. (2003). *Psychopatie*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- LOGAN, K., IACONO, T., TREMBATH, D. (2017). A systematic review of research into aided AAC to increase social-communication functions in children with autism spectrum disorder. *Augmentative and Alternative Communication*, 33(1), 51–64. <https://doi.org/10.1080/07434618.2016.1267795>.
- LORAH, E.R., PARNELL, A., WHITBY, P.S., HANTULA, D. (2015). A systematic review of tablet computers and portable media players as speech generating devices for individuals with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(12), 3792–3804. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2314-4>.
- MANWARING, S.S., STEVENS, A.L. (2017). Does teaching joint attention improve language in children with autism spectrum disorder. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 2(1), 11–26.
- MASON, R.A., GANZ, J.B., PARKER, R., BURKE, M.D., CAMARGO, S.P. (2012a). Moderating factors of videomodeling with other as model: A meta-analysis of single-case studies. *Research in Developmental Disabilities*, 33(4), 1076–1086. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.01.016>.
- MASON, R.A., RISPOLI, M., GANZ, J.B., BOLES, M.B., ORR, K. (2012b). Effects of video modeling on communicative social skills of college students with Asperger syndrome. *Developmental Neuro-rehabilitation*, 15(6), 425–434. <https://doi.org/10.3109/17518423.2012.704530>.
- MCCOY, K., HERMANSEN, E. (2007). Video modeling for individuals with autism: A review of model types and effects. *Education and Treatment of Children*, 30(4), 183–213. <https://doi.org/10.1353/etc.2007.0029>.
- MIKOŁAJEWSKA, E., MIKOŁAJEWSKI D. (2011). *Neurorehabilitacja XXI wieku. Techniki teleinformatyczne*. Impuls: Kraków.
- MIŚ, L. (2019). Wideotrening Komunikacji ćwierć wieku później. Rozwój *Video Home Training/ Video Interaction Guidance* w pracy socjalnej, psychologii, pedagogice i medycynie. *Zeszyty Pracy Socjalnej*, 24(4), 283–296. <https://doi.org/10.4467/24496138ZPS.19.024.12008>.
- MURRAY, S., NOLAN, B., (2013). *Video modeling form young children with autism spectrum disorders. A practice guide for parents and professionals*. London: Jessica Kinglsey Publication.

- NATIONAL RESEARCH COUNCIL, (2001). *Educating children with autism*. Eds. C. LORD, J.P. MCGEE. Washington, DC: National Academy Press.
- O'NEIL, M., O'NEIL, G. (2016). Making freedom real: Exploring the use of Makaton by adults. A Discussion. *Paper from the Centre for Welfare Reform*. <https://www.centreforwelfarereform.org/uploads/attachment/486/making-freedom-real.pdf> [data dostępu: 28.01.2021].
- OSSOWSKI, R. (2020). *Psychologia rehabilitacyjna w praktyce*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- PAUL, R. (2008). Interventions to improve communication in autism. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(4), 835–856. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.06.011>.
- PHILLIPS, W., BARON-COHEN, S., RUTTER, M. (1998). Understanding intention in normal development and in autism. *British Journal of Developmental Psychology*, 16(3), 337–348. <https://doi.org/10.1111/j.2044-835X.1998.tb00756.x>.
- PRIZANT, B.M., WETHERBY, A.M., RUBIN, E., LAURENT, A.C., RYDELL P.J. (2006). *The SCERTS model: A comprehensive educational approach for children with autism spectrum disorders*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- PRZYBYŁA, O. (2019). Facilitated communication in autism. Case study. *Logopedia Silesiana*, 8, 351–362. <https://doi.org/10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2019.08.15>.
- PWN. (s.a.). *Pedagogika*. W: *Encyklopedia PWN*. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/pedagogika;3955414.html> [data dostępu: 29.12.2021].
- REICHOW, B., VOLKMAR, F.R. (2010). Social skills interventions for individuals with autism: Evaluation for evidence-based practices within a best evidence synthesis framework. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(2), 149–166. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0842-0>.
- ROMSKI, M., SEVCIK R.A., BARTON-HULSEY A., WHITMORE A.S. (2015). Early intervention and AAC: What a difference 30 years makes. *Augmentative and Alternative Communication*, 31(3), 181–202. <https://doi.org/10.3109/07434618.2015.1064163>.
- SHEEHY, K., DUFFY, H.E. (2009). Attitudes to Makaton in the ages on integration and inclusion. *International Journal of Special Education*, 24(2), 91–201. file:///C:/Users/jacek/Downloads/Sheehy_Duffy_Makaton_112009_No_2.pdf.
- SHIRE, S.Y., et al. (2020). Peer engagement in toddlers with autism: Community implementation of dyadic and individual Joint Attention, Symbolic Play, Engagement, and Regulation intervention. *Autism*, 24(8), 2142–2152. <https://doi.org/10.1177/136236132093568>.
- SHIRE, S.Y., CHANG, Y.C., SHIH, W., BRACAGLIA, S., KODJOE, M., KASARI, C. (2017). Hybrid implementation model of community-partnered early intervention for toddlers with autism: A randomized trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(5), 612–622. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12672>.
- SIGAFOOS, J., O'REILLY, M., DE LA CRUZ, B. (2007). *How to use video modeling and videoprompting*. Austin, TX: Pro-Ed
- SIMPSON, R.L., GANZ, J.B. (2012). Picture exchange communication system (PECS). W: P.A. PRELOCK, R.J. MCCAULEY (eds.), *Treatment of autism spectrum disorders: Evidence-based intervention strategies for communication and social interactions*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- SOKOŁOWSKA, A. (2017). *Video modeling* jako innowacyjna technika pracy terapeutyczno-edukacyjnej z dziećmi z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. *Prace Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości z siedzibą w Wałbrzychu*, 44(5), 115–138.
- STINISSEN, W. (2014). *Terapia duchowa*. Tłum. J. IWASZKIEWICZ. Poznań: W drodze.
- TAGER-FLUSBERG, H., KASARI, C. (2013). Minimally verbal school-aged children with autism spectrum disorder: The neglected end of the spectrum. *Autism Research*, 6(6), 468–478. <https://doi.org/10.1002/aur.1329>.

- TRAVERS, J.C., TINCANI, M.J., LANG, R. (2015). Facilitated communication denies people with disabilities their voice. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities (RPSD)*, 39(3), 95–202. <https://doi.org/10.1177/1540796914556778>.
- TETZCHNER VON, S. (1997). Historical issues in intervention research: Hidden knowledge and facilitating techniques in Denmark. *European Journal of Disorders of Communication*, 32(1), 1–18. <https://doi.org/10.3109/13682829709021453>. PMID 9135710.
- WATKINS, L., et al. (2015). A review of peermediated social interaction interventions for students with autism in inclusive settings. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(4), 1070–1083. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2264-x>.
- WETHERBY, A.M., et al. (2014). Parent-implemented social intervention for toddlers with autism: An RCT. *Pediatrics*, 134(6), 1084–1093. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0757>.
- WETHERBY, A.M., WOODS J.J. (2006). Early social interaction project for children with autism spectrum disorders beginning in the second year of life: A preliminary study. *Topics in Early Childhood Special Education*, 26(2), 67–82. <https://doi.org/10.1177/02711214060260020201>.
- WONG, C., et al. (2014). *Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder*. Chapel Hill, NC: The University of North Carolina/Frank Porter Graham Child Development Institute/Autism Evidence-Based Practice Review Group. <http://autismpdc.fpg.unc.edu/sites/autismpdc.fpg.unc.edu/files/2014-EBP-Report.pdf>.
- WOODS, J.J., WETHERBY, A.M., KASHINATH, S., HOLLAND, R.D. (2012). Early social interaction project. W: P.A. PRELOCK, R.J. MCCAULEY (eds.), *Treatment of autism spectrum disorders: Evidence-based intervention strategies for communication and social interactions*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- ZHANG, J., WHEELER, J.J. (2011). A meta-analysis of peer-mediated interventions for young children with autism spectrum disorders. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 46(1), 62–77.
- ZIELIŃSKA, J. (2015). *Metody obrazowania pracy mózgu w perspektywie pedagogiki specjalnej. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- ZIELIŃSKA, J. (2016). *Wybrane techniki obrazowania sygnałów w perspektywie pedagogiki specjalnej. Przykłady zastosowania w praktyce diagnostyczno-terapeutycznej*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- ZIELIŃSKA, J., PIOTROWSKA-MADEJ, K. (2017). Komunikacja AAC w terapii osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną. W: J.J. BŁESZYŃSKI, D. BACZAŁA (red.), *Spółeczeństwo włączające a komunikacja*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.