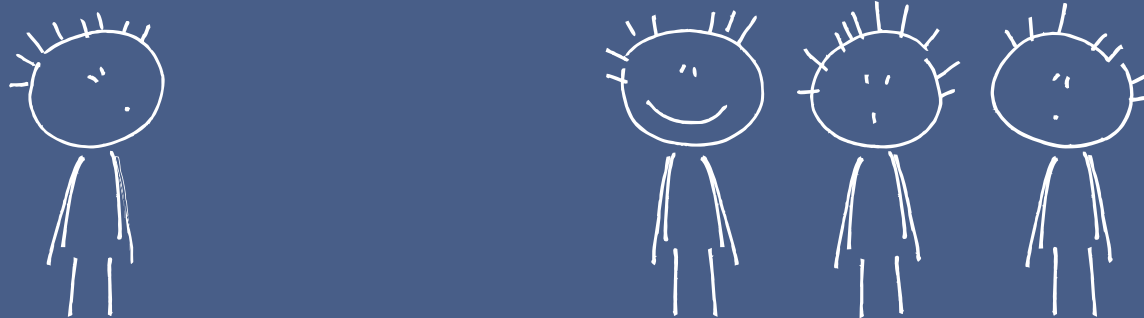

AUTYZM RELACYJNIE

(RE) INTEGRACJA SPOŁECZNA
DZIECI ZE SPEKTRUM AUTYZMU
MAJĄCYCH TRUDNOŚCI W FUNKCJONOWANIU
W GRUPIE RÓWIEŚNICZEJ

dr Paulina Gołaska



Niniejszy przewodnik jest efektem prac projektowych realizowanych w ramach innowacji społecznej „Autyzm relacyjnie (...)”- programu terapeutycznego dedykowanego uczniom ze spektrum autyzmu, którzy realizują program edukacyjny w trybie indywidualnym lub mają duże trudności z korzystania w edukacji wspólnie z rówieśnikami.

Przewodnik powstał na kanwie prawie półtorarocznych doświadczeń z wdrażania i testowania eksperymentalnej wersji programu w czterech poznańskich i podpoznańskich placówkach edukacyjnych: Szkole Podstawowej im. O. Żelazka w Chludowie, Szkole Podstawowej nr 68 w Poznaniu, Społecznej Waldorfskiej Szkole Podstawowej oraz Przedszkolu Integracyjno-Terapeutycznym „Miś” w Poznaniu. We wszystkich tych ośrodkach wdrożono półroczny program terapeutyczny skoncentrowany na budowaniu i rozwijaniu relacji pomiędzy dzieckiem ze spektrum autyzmu oraz nauczycielem-terapeutą. We wszystkich tych ośrodkach udało się osiągnąć pozytywne rezultaty. Po wprowadzeniu odpowiednich modyfikacji, uznaje się, że program jest odpowiednim narzędziem do powszechnego stosowania, które ułatwi uczniom ze spektrum wejście (lub ponowne wejście) w grupę klasową.

Przewodnik ten, podobnie jak wszystkie dokumenty stworzone w ramach innowacji „Autyzm relacyjnie” mają służyć potrzebującym takiego wsparcia osobom. Mogą być więc szeroko udostępniane i powielane.

Liczę na to, że niniejsza publikacja zainicjuje dyskusję nad wartością i zasadnością wprowadzania oddziaływań terapeutycznych i psychoterapeutycznych w placówkach oświatowych na terenie naszego kraju. Rozwiązania te są powszechnie stosowane w wielu ośrodkach europejskich i przynoszą duże sukcesy w postaci poprawy funkcjonowania dzieci ze swoistymi wyzwaniami emocjonalnymi i społecznymi. Ponadto, mam nadzieję, że przewodnik ten będzie impulsem do rozważań na temat potrzeby integrowania oddziaływań pomocowych dedykowanych dzieciom ze spektrum i uzupełniania interwencji behawioralnych relacyjnymi – wspierającymi dziecko w budowaniu kompetencji psychologicznych, związanych z umacnianiem i „porządkowaniem” ich chaotycznego zazwyczaj świata wewnętrznego.

Wszystkie osoby, które zechcą podjąć próbę wdrożenia programu w placówkach, w jakich pracują, zachęcam do osobistego kontaktu. Wszystkie te doświadczenia i refleksje są niezwykle cenne, gdyż – tak, jak zostało to już podkreślone wcześniej – mają służyć praktyce i być w niej mocno osadzone. Mam nadzieję, że sam przewodnik, jak i program będą źródłem inspiracji i motywacji do podejmowania innowacyjnych działań.

Z życzeniami owocnej pracy,

Paulina Gołaska

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie	2
Perspektywa systemowa w edukacji i terapii dzieci ze spektrum autyzmu	3
Współpraca z rodzicami	3
Edukacja włączająca	5
Terapia relacyjna	7
Podłoże teoretyczne	7
Miejsce terapii relacyjnej w edukacji dzieci ze spektrum autyzmu	11
Metodyka pracy terapeutycznej	12
Wdrażanie programu terapeutycznego w środowisku szkolnym – doświadczenia własne	18
Opis wybranych narzędzi terapeutycznych	19
Studium przypadku	20
Harmonogram działań programowych	22
Zakończenie	24
Załączniki	25
Arkusze wstępnej diagnozy dziecka	25
Arkusze wstępnej diagnozy rodziny	33
Arkusze wstępnej diagnozy zespołu klasowego	40
Dziennik spotkań terapeutycznych	49

WPROWADZENIE

Program „Autyzm relacyjnie” powstał w odpowiedzi na potrzeby uczniów ze spektrum autyzmu, którzy doświadczali trudności w funkcjonowaniu w grupie rówieśniczej i z tego względu realizowali naukę indywidualnie. Został stworzony, jako próba zapobieżenia sytuacji, w której spora część uczniów ze spektrum uczy się w swych domach – tendencji, która miała pojawić się na skutek zmian w rozporządzeniach dotyczących nauczania indywidualnego podanych do wiadomości publicznej w 2017 roku.

Liczne, szeroko zakrojone rozmowy z osobami ze spektrum i ich rodzinami wyraźnie pokazują, jak ważna i cenna jest dla nich obecność innych, życzliwych, bliskich osób. Dla wielu grupa rówieśnicza była jedną z ważniejszych, jeśli nie najważniejszą motywacją, aby codziennie wstawać z łóżka i wychodzić do szkoły – miejsca, które edukacyjnie i poznawczo często osobom ze spektrum nie odpowiadały, które przynosiły wiele przykrości i trudu, które nie były (i niestety w większości nadal nie są) odpowiednio dostosowane do potrzeb wrażliwych układów nerwowych. Samotność z wyboru osób ze spektrum jest więc mitem i krzywdzącym dla nich stereotypem, który publikacja ta ma na celu zmienić.

Rozwiązaniem, które zostaje zaproponowane w przewodniku, jest integracja oddziaływań edukacyjnych i terapeutycznych i realizacja ich na terenie placówki szkolnej w postaci półrocznego programu „Autyzm relacyjnie”. Wdrożenie interwencji terapeutycznych skoncentrowanych na wspieraniu rozwoju umiejętności społecznych i emocjonalnych, z odpowiednim czasem poświęconym na przygotowanie ucznia, jego rodziny i przyszłego terapeuty, zapewnienie im odpowiedniego wsparcia w osobie superwizora, przeprowadzenie szkolenia teoretycznego przed rozpoczęciem zajęć, a także zaplanowanie zajęć wspierających po wejściu ucznia do klasy – to wszystko zapewnić ma sukces w postaci trwałego włączenia dziecka w grupę rówieśniczą.

Jak pokazały doświadczenia z testowania innowacji społecznej, jaką był początkowo program „Autyzm relacyjnie”, rezultaty jej realizacji są szerokie i dotyczą przede wszystkim zmniejszenia zachowań agresywnych i autoagresywnych u dziecka (na skutek obniżenia poziomu napięcia), zwiększenia poziomu otwartości i zaciekawienia innymi ludźmi, częstszym inicjowaniem kontaktów z innymi, czerpaniem z tych kontaktów przyjemności i radości. Wydaje się, że te zmiany w przypadku dzieci i młodzieży ze spektrum autyzmu są niezwykle ważne, jeśli nie kluczowe, aby zapewnić im owocne życie zawodowe i prywatne teraz oraz w przyszłości.

Realizacja programu terapeutycznego na terenie placówki edukacyjnej nie jest wyzwaniem łatwym. Spotkać się może z początkowym dużym oporem i niechęcią ze strony środowiska. Jednak, jak pokazują doświadczenia zagraniczne, np. szkół

w Wielkiej Brytanii, te działania przynieść mogą znaczące korzyści, zdecydowanie większe nawet, aniżeli wdrażanie tych samych działań, lecz w izolacji. Mam więc nadzieję, że program stanie się impulsem do zmiany myślenia o spektrum autyzmu i wszczęcia działań nie tyle naprawczych, co pozwalających uczniom wieść dobre, satysfakcjonujące życie.

PERSPEKTYWA SYSTEMOWA W EDUKACJI I TERAPII DZIECI ZE SPEKTRUM AUTYZMU

W pracy terapeutycznej z uczniami ze spektrum autyzmu konieczne jest wzięcie pod uwagę kontekstu szerszego, aniżeli jedynie funkcjonowanie samego dziecka – poznawcze, społeczne, czy emocjonalne. Ważne jest zarówno uwzględnienie potrzeb rodziny dziecka, jak i zaplanowanie takich działań, aby dziecko mogło uczestniczyć w spotkaniach z rówieśnikami – w wymiarze i formie jak najbardziej zbliżonej do typowej. Niedopuszczalne jest, jak się wydaje, planowanie i realizowanie pracy jedynie wobec i przy współdziałaniu dziecka - bez poinformowania, ale też ustalenia ram pracy z jego rodzicami. Nieetyczne jest traktowanie rodziców jedynie jako biernych odbiorców oferowanych działań lub wręcz przeciwnie – zmuszanie ich do wykonywania jakichkolwiek działań, bez wytłumaczenia czemu ma to służyć i skąd pomysł na wprowadzenie akurat takich interwencji wobec ich dziecka. Podobnie w kontekście kontaktu z rówieśnikami, który powinien być zarówno środkiem, jak i celem oddziaływać. To znaczy, iż dzięki kontaktom z innymi osobami w podobnym wieku uczeń może rozwijać swoje umiejętności społeczne i emocjonalne, a jednocześnie, zdolność nawiązywania głębokich i trwałych relacji, w tym relacji rówieśniczych, powinna być priorytetowym celem pracy z dzieckiem ze spektrum autyzmu.

Współpraca z rodzicami

Przez długi czas dominującym modelem, który wskazywał na strategię pracy z dzieckiem z wyzwaniami rozwojowymi i jego rodziną był model „profesjonalny”. Model ten na piedestale stawiał specjalistę, który swoją wiedzą, autorytetem i doświadczeniem „górował” nad rodzicem, dzięki czemu mógł podejmować wiążące, istotne decyzje odnośnie jego dziecka. W modelu „profesjonalnym” rodzic „posłusznie” przyjmował decyzje specjalisty lub ewentualnie wykonywał jego polecenia, gdyż sam nie dysponował zasobami, które pomagałyby mu wspierać własne dziecko. W tym ujęciu relacja między rodzicem a specjalistą była niesymetryczną, ukośną, stawiającą zdystansowanego, obiektywnego i racjonalnego profesjonalistę zdecydowanie ponad jego „pacjentami”. Model ten często obecny był w naukach

medycznych i niekiedy obecny jest również współcześnie w relacjach z przedstawicielami tej dziedziny. Na szczęście, w ostatnich latach obserwuje się znaczącą zmianę podejścia w obszarach związanych z leczeniem i wspieraniem potrzebujących osób. Na pierwszy plan wysuwa się bowiem model humanistyczny, związany nie tyle z leczeniem, co wspieraniem zgłaszających się osób. W modelu humanistycznym specjalista i jego klienci współpracują ze sobą po to, aby osiągnąć zamierzony cel, jakim jest pełny rozwój osoby. W przypadku pracy z dzieckiem, specjalista nawiązuje bliską relację z jego rodzicami, których postrzega jako pełnoprawnych partnerów procesu terapeutycznego, choć nie zapomina również o tym, że w związku z wyzwaniem rozwojowymi dziecka przeżywają oni zwykle silne emocje i niekiedy sami mogą potrzebować dodatkowego wsparcia.

W modelu humanistycznym specjalista wzmacnia rodziców, upełnomocnia ich w poczuciu, iż są kompetentnymi opiekunami własnego dziecka, iż posiadają wystarczające zasoby, aby poradzić sobie z daną trudną sytuacją. Podobne strategie – umacniające i podkreślające zasoby, specjalista stosuje względem samego dziecka. Rodzice zatem na sobie samych odczuć mogą, jakie interwencje będą względem niego podejmowane.

W modelu humanistycznym rodzice uczestniczą w planowaniu działań, mają prawo do pełnej informacji o metodach i działaniach, które wykonuje specjalista. Co więcej, powinni otrzymać ją w takiej formie, która będzie dla nich jasna i zrozumiała – nawet, jeśli sam rodzic przejawiać będzie mniejsze lub większe trudności poznawcze bądź społeczno-emocjonalne. Wyjaśnienia wtedy formułowane przez specjalistę muszą być dostosowane do jego indywidualnych potrzeb.

W modelu tym specjalista nie krytykuje, ani nie ocenia rodziców. Wie bowiem, że w żaden sposób nie wspiera to jego klientów. W zamian stara się zrozumieć ich działania i kroki - biorąc pod uwagę to, jakimi są osobami, jaką mają historię, w jakiej sytuacji się obecnie znaleźli. Przejawiając postawę rozumienia specjalista modeluje tożsame podejście względem dziecka u rodziców – nastawienie skoncentrowane na analizowaniu i wyjaśnianiu reakcji (nawet hipotetycznie, gdy nie mamy całkowitej pewności, co do przyczyn pojawienia się określonego zachowania).

Specjalista jest wobec rodziców życzliwy. To oznacza, iż z cierpliwością i spokojem słucha rodziców. Pozwala im wypowiedzieć swoje troski, opisać zmartwienia, podzielić się sukcesami. Specjalista nie reaguje emocjonalnie, choć jest jednocześnie wyraźny i przewidywalny w swych emocjach. Nie jest przesadnie chłodny, czy zdystansowany, nie utrzymuje maski obiektywnego racjonalizmu. Pozostaje autentyczny, ciepły i bliski rodzicom – tak, aby wzbudzać i realnie dawać im poczucie bezpieczeństwa, by stać się prawdziwym źródłem wsparcia. Relacja, jaką specjalista nawiązuje z rodzicami jest oczywiście relacją profesjonalną, zawodową, ograniczoną ramami etyki zawodowej.

Jest jednak jednocześnie ciepła i przyjacielska – ludzka, bowiem tylko taka realnie wspomóc może drugiego człowieka.

Edukacja włączająca

Budowanie i rozszerzanie środowiska rówieśniczego uczniów ze spektrum autyzmu jest jednym z priorytetowych celów pracy edukacyjno-terapeutycznej. Poprzez edukację włączającą rozumiem włączanie ucznia ze spektrum autyzmu w grupę klasową, dopasowaną do potrzeb ucznia, czyli taką, w jaką on chce się włączyć – niezależnie od stopnia sprawności czy typowości układu nerwowego. Ważną zmienną jest również gotowość grupy na przyjęcie ucznia ze spektrum – ich otwartość, zaciekawienie, życzliwość. Gotowość grupy nie jest związana bezpośrednio ze stopniem wiedzy o spektrum autyzmu. Informacje dotyczące spektrum przekazywane grupie powinny być wtórne do informacji dotyczących samego ucznia, jako osoby – jego preferencji, zainteresowań, silnych i słabszych stron, a proces adaptacji społecznej tożsamy, jak w przypadku włączania każdego nowego dziecka w grupę. Oczywiście, informacja o spektrum nie powinna być ukrywana przez innymi uczniami klasy. Nie jest to wszak powód do wstydu, czy obaw. Jednakże, nie powinna ona stanowić priorytetowej informacji, której waga przysłoni ważność każdej innej cechy ucznia. Jak pokazuje doświadczenie, dla wielu dzieci zupełnie inne cechy nowego kolegi czy koleżanki wyłaniają się na pierwszy plan, a ich postrzeganie drugiego człowieka różni się od postrzegania go przez dorosłego. Stąd też najefektywniejsze i najbezpieczniejsze działania w celu dostarczenia dzieciom odpowiednich informacji o nowym koledze czy koleżance, to zazwyczaj responsywne odpowiadanie na zadawane przez nich pytania i ich wewnętrznie rozbudzone zainteresowanie.

Każdy człowiek potrzebuje grupy odniesienia, w której może poczuć się lubiany i zaakceptowany. Każdy, niezależnie od tego, czy jest pełno, czy niepełnosprawny, czy ma typowy czy też nietypowy układ nerwowy. Dlatego też edukacja indywidualna nie jest korzystnym rozwiązaniem, z pewnością jeśli trwa dłuższy czas. Edukacja indywidualna dzieci ze spektrum autyzmu pokazuje jedynie naszą bezradność wobec trudności, jakie przejawia dziecko i brak naszej uważności na jego potrzeby oraz formułowane komunikaty. Jeśli dziecko zmuszone jest uczestniczyć w edukacji indywidualnej, to jest to wyraźny sygnał, iż w obszarze społecznym i emocjonalnym brakuje mu odpowiednich kompetencji, by dobrze sobie poradzić. Bez podjęcia odpowiednich działań w tym zakresie, trudno spodziewać się, że uczeń sam będzie w stanie do klasy powrócić, a jego trudności zmniejszą się samoistnie.

W programie „Autyzm relacyjnie” wspieranie kompetencji społecznych i emocjonalnych ucznia jest priorytetowym działaniem. Budowanie bliskiej, życzliwej, pozytywnej relacji z terapeutą jest początkowo celem, a następnie narzędziem do nawiązywania

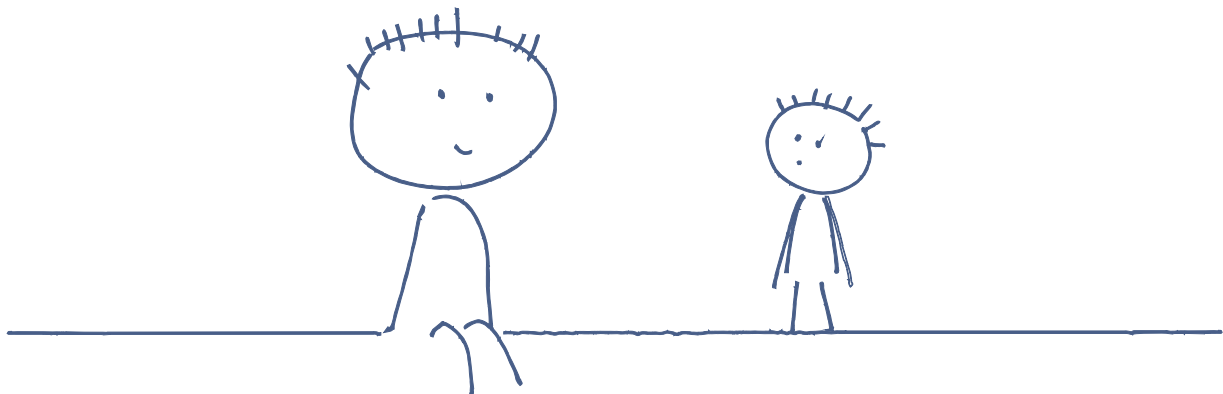
tożsamy kontaktów z rówieśnikami. Relacja z terapeutą staje się bowiem matrycą, wzorcem, z którego dalej dziecko może korzystać i który wdrażać może w innych społecznych sytuacjach.

Po wprowadzeniu dziecka do klasy, kiedy zarówno uczeń, jak i grupa klasowa są na to gotowi, terapeuta nadal spotyka się z dzieckiem i wspiera go już bezpośrednio w budowaniu sieci przyjaźni i sympatii z innymi. Terapeuta tłumaczy uczniowi świat relacji społecznych, pomaga rozwiązywać konflikty, staje się niejako doradcą, który służy pomocą wtedy, kiedy jest to potrzebne. W ten sposób zapewniona zostaje zdecydowanie większa trwałość prowadzonych oddziaływań terapeutycznych.

Umiejętności i kompetencje, które nabyło dziecko w początkowej fazie spotkań z terapeutą, mogą być teraz urzeczywistnione i sprawdzone w praktyce.

Wydaje się, iż wiele dzieci, wobec których nie zostały podjęte podobne lub tożsame działania pomocowe i które realizują podstawę programową w trybie indywidualnym, narażonych jest w przyszłości na poważne psychologiczne konsekwencje tego zaniedbania. Permanentna samotność, izolacja, brak poczucia przynależenia do jakiejś grupy społecznej, szczególnie rówieśniczej, brak możliwości „przeoglądania się w lustrze społecznym” z pozytywnym efektem, poczucie odrzucenia, poczucie niedopasowania, poczucie bycia poza grupą – jeśli trwają chronicznie - są bardzo obciążającym bagażem, z którym dziecko wchodzi w okres dorastania, a potem dorosłości. Tego typu długotrwałe doświadczenia mogą wywołać bardzo niekorzystne psychologiczne konsekwencje w postaci pojawienia się poważnych stanów lękowych, depresyjnych, a nawet kryzysów psychotycznych.

Działania programu „Autyzm relacyjnie” są nie tylko celowane w obszary największych trudności uczniów ze spektrum autyzmu (budowania i rozwijania trwałych, stabilnych i pozytywnych relacji z innymi oraz radzenia sobie z własnym pobudzeniem emocjonalnym), ale mają także charakter prewencyjny, chroniąc dziecko przed negatywnymi konsekwencjami długotrwałej izolacji społecznej.



TERAPIA RELACYJNA

Podejście relacyjne w terapii nie jest nowe. Było postulowane już kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt lat temu przez wielu specjalistów pracujących na rzecz osób ze spektrum. Podejście to jest alternatywne względem podejścia behawioralnego, lecz zgodnie z założeniem o konieczności wdrażania oddziaływań holistycznych w niniejszej publikacji postulowane będzie współwystępowanie, a nawet uzupełnianie się wzajemne tych dwóch podejść. Oba z nich, relacyjne i behawioralne wydają się potrzebne i wartościowe. Oba mogą pomóc dziecku ze spektrum znacznie lepiej radzić sobie z wyzwaniami codziennego życia, o ile - co jest niewyobrażalne i niedopuszczalne - nie wiążą się z krzywdzeniem drugiego człowieka. Dobrze, etycznie prowadzona terapia jest terapią pozytywną, nie wywołującą u dziecka dystresu, nadmiernego napięcia, intencjonalnego płaczu czy frustracji. Te bowiem na dłuższą metę mogą przynieść bardzo poważne konsekwencje w postaci nerwic, lęków, depresji czy innych zaburzeń psychicznych powstałych na skutek utrzymującego się wysokiego poziomu kortyzolu. Skuteczna terapia jest więc terapią wspierającą, pozytywną, w której – oczywiście – dziecko czy osoba dorosła próbuje przekraczać swoją „granicę komfortu”, mierzy się z nowymi dla siebie sytuacjami, uczy się nowych rzeczy, lecz jest to dla niej, jeśli nie zawsze przyjemne, to przynajmniej neutralne, a na pewno bezpieczne.

Podłoże teoretyczne

Podstawy prezentowanego tutaj podejścia są bardzo szerokie i eklektyczne. Bazą do stworzenia założeń terapii relacyjnej jest bowiem kilka inspirujących szkół i myśli psychologicznych, które uzupełnione zostały praktycznymi wskazówkami metodyki pedagogiki specjalnej – dziedziny, której strategię dopasowane są bezpośrednio do potrzeb osób z różnorodnymi wyzwaniami rozwojowymi.

Pierwszą i najważniejszą inspiracją terapii relacyjnej jest myśl psychoanalityczna, szczególnie w swojej nowej odsłonie – nieco mniej intra- a bardziej interpersonalnej, związanej z realną relacją, jaka buduje się między terapeutą a jego pacjentem – i to związaną przede wszystkim z dziećmi oraz młodzieżą. Koncepcjami mającymi największy wpływ na kształt podejścia relacyjnego prezentowanego w tejże broszurze są idee dotyczące mentalizacji (refleksyjności) stworzone przez Petera Fonagy'ego oraz ich rozszerzenie na obszar pracy z dziećmi i młodzieżą opracowane przez Arietę Slade. Ogromną inspiracją były również spotkania, jak i osobiste rozmowy z brytyjską psychoanalityczką Anne Alvarez, na co dzień pracującą z dziećmi i młodzieżą ze spektrum autyzmu. Psychoanaliza jako nauka i sztuka leczenia dała silne fundamenty podejściu relacyjnemu.

Umiejętność obserwacji, dostrzegania tego, co zwykle mało lub wcale niewidoczne, ciekawość tego, co się widzi i słyszy w drugim człowieku, próby rozumienia, porządkowania chaotycznego świata wewnętrznego, te wszystkie umiejętności rozwija w bardzo intensywny sposób szkoła psychoanalityczna.

Psychoanaliza jest najbardziej pogłębionym, najdokładniejszym bodajże sposobem badania wnętrza – swojego i innych. Uczestniczenie w procesie psychoanalitycznym daje możliwość intensywnej pracy nad własną psychiką, przede wszystkim poznania jej i zrozumienia, w jaki sposób działa. Jest to praca nad samym sobą i nabywanie umiejętności korzystania z własnych zasobów w pracy z drugim człowiekiem.

Psychoanaliza jest bardzo szerokim podejściem filozoficznym tłumaczącym naturę ludzką. Jej zrozumienie wymaga czasu i wysiłku. Pobieżnie, pośpiesznie czytana często nie jest rozumiana, gdyż trudny i hermetyczny nieco język nie jest łatwo dostępny i prosty do przyjęcia. Psychoanalityczne treści wymagają skupienia, zamyślenia, refleksji. Czegoś, czego współcześnie bardzo brakuje i na co nie mamy do końca możliwości. Stąd też duże zmiany w zakresie aktualnych koncepcji psychoanalitycznych – ich upraszczanie, większa dostępność dla osób postronnych, nie związanych z psychoanalitycznym światem, większa otwartość również na wpływ odmiennych nurtów, jak na przykład neuropsychologia, czy nawet psychologia poznawczo-behawioralna.

Wartościową wskazówką podejścia psychoanalitycznego uwzględnioną w terapii relacyjnej jest zalecenie, aby terapeuta-kandydat przechodził w toku szkolenia własną terapię/ analizę. W podejściu relacyjnym jest to ważne, gdyż praca z drugą osobą jest pracą „sobą”. Terapeuta ma za zadanie zbudować z dzieckiem bliską, życzliwą, bezpieczną relację, staje się więc najważniejszym narzędziem w tym procesie. Jest ponadto wtedy odpowiedzialny częściowo za dziecko – jego rozwój, dobrostan. Robi to na miarę swoich możliwości i nie wyręczając, ani, co gorsza, zastępując w tej roli rodziców. W pracy z emocjami pojawia się mnóstwo „pułapek” i zagrożeń mogących obniżyć skuteczność realizowanych działań, a nawet zaszkodzić dziecku czy terapii. Stąd tak ważna jest wiedza o samym sobie dorosłego oraz możliwość dyskusowania nad poszczególnymi zdarzeniami i ich przeżywaniem z bliskim, zaufanym terapeutą.

Drugim podejściem dającym silne podstawy terapii relacyjnej jest myśl humanistyczna. Terapeuci humanistyczni na pierwszym miejscu stawiają osobę – klienta, z którym odbywają wspólną podróż w celu uruchomienia drzemiącego w nim wewnętrznego potencjału. Podobnie w podejściu relacyjnym, które jest podejściem wzmacniającym dziecko. Choć zakłada, iż w każdym człowieku istnieją pewne ograniczenia, każdy przeżywa trudności, każdy ma swoje słabsze momenty i strony, to terapia relacyjna stara się przede wszystkim pokazywać dziecku i jego rodzinie ich zasoby – te cechy, umiejętności, zdolności, z których mogą korzystać po to, aby jak najlepiej radzić sobie z codziennymi wyzwaniami.

Wiedza o ograniczeniach i trudnościach jest ważna - przeciwdziała bowiem omnipotencji i przekonaniu, że jesteśmy niezniszczalni, wieczni i nieludzko silni. Daje możliwość spojrzenia na siebie i innych z troską, dobrym współczuciem i miłością. Świadomość tego, że każdy – niezależnie od stopnia sprawności, czy wrażliwości układu nerwowego z czymś się zmagają, daje poczucie wspólnoty i spokoju - redukuje tak obciążające i przykre poczucia wstydu czy winy. Jednakowoż, nadmierna koncentracja na ograniczeniach jest niezwykle zamykająca. Zawęża naszą perspektywę i marnują energię na pracę nad czymś, czego „nie ma”, bądź jest „zbyt mało”. Ogromny wysiłek wkładany w „redukowanie deficytów”, „dążenie do normy”, „uzupełnianie braków” okazuje się na dłuższą metę nie efektywny, a z pewnością dla wszystkich w procesie tym uczestniczących, wyczerpujący. Po czasie okazuje się, że pewne cechy oceniane, jako negatywne, są niemożliwe do wyeliminowania, co więcej uświadamiamy sobie, iż są one silnie związane z tymi, które warunkują sukces i powodzenie.

Podjęcie humanistyczne postuluje, iż każdy człowiek posiada niezwykle bogaty i niepowtarzalny zestaw zasobów, zdolności, czy pozytywnych cech. Jedynie w niektórych przypadkach środowisko uniemożliwia mu ich ujawnienie i rozwój. W podejściu relacyjnym przyjmuje się podobne założenia. Uznaje się, iż niekiedy najbliższe, bądź dalsze środowisko nie działa z jakiś powodów wspierająco i nie sprzyja rozwojowi jednostki. Terapeuta stara się zatem określić we wstępnej diagnozie, jakie czynniki w otoczeniu dziecka mogą utrudniać mu jego rozwój. Następnie rozważa rodzaje interwencji, które powinny zostać wdrożone tak, aby jak najefektywniej pomóc dziecku i jego rodzinie. Być może to dziecko powinno zostać objęte programem rehabilitacyjnym? A może dziecko wraz z rodzicami powinno uczestniczyć w spotkaniach, które pozwolą im spojrzeć na siebie w nowy, pozytywny sposób? A może wręcz to sami rodzice mogliby skorzystać ze wsparcia po to, aby nauczyć się lepiej odczytywać i lepiej rozumieć swoje dziecko? Podobnie rzecz ma się odnośnie środowiska edukacyjnego dziecka - podobna analiza i ewentualne interwencja powinna być wdrożona w sytuacji, gdy w tym obszarze terapeuta dostrzeże trudności i przeszkody. Jak widać, w pracy terapeuty relacyjnego potrzebna jest zatem bardzo duża uważność i holistyczne patrzenie, uwzględniające nie tylko samo dziecko, ale i jego rodzinę i środowisko nauki formalnej.

Dziecko ze spektrum autyzmu i jego rodzina są od początku, czyli momentu diagnozy, intensywnie konfrontowani z tym, co w dziecku i w nich „złe”, „wymagające pracy”, „wymagające naprawy”, „inne niż pożądane”. Wydaje się, że na dłuższą metę takie podejście może działać bardzo deprymująco, podcinając skrzydła i wyczerpując wszelkie siły na „walkę z wrogiem, jakim jest spektrum autyzmu”. Spektrum jest stanem neuroodmienności, nietypowości układu nerwowego, który wymaga nieco innego sposobu postępowania, nieco innego zadbania, nieco innych form uczenia się i bycia w świecie.

Spektrum, jak każdy stan odmienności, posiada jednak szereg pozytywnych stron, zasobów, z których można i należy czerpać, aby wzmacniać jednostkę i jej otoczenie.

Myśl psychoanalityczna i humanistyczną stanowią silne fundamenty teoretyczne podejścia relacyjnego. W kontekście praktycznym, metodycznym, inspiracji dla terapii relacyjnej było również wiele. Zdecydowana większość należy do nurtu niedyrektywnego, który w swą ideę wpisane ma podążanie za dzieckiem oraz responsywne reagowanie na jego potrzeby. W podejściu relacyjnym, podobnie, jak u prof. Hanny Olechnowicz, relacja dziecka z terapeutą jest relacją równorzędności podmiotowej, czyli sytuacji, w której potrzeby obu liczą się w podobnym stopniu. Wydaje się, iż jest to podejście zrównoważone, konieczne w pracy z dziećmi ze spektrum, które mają trudność ze zrozumieniem perspektywy innej osoby. Znacznie więcej niż przeciętnie odczuwają, bardziej odbierają emocje, które przeżywa ich rozmówca, czy partner zabawy, lecz nie potrafią ich zrozumieć, ani uporządkować. Odczuwają więc jeszcze większy chaos, niż będąc w pojedynkę. Stąd tak ważne jest jasne komunikowanie im swoich odczuć i oczekiwań – możliwe wyłącznie wtedy, gdy potrafimy je w sobie dostrzec, zrozumieć i nazwać.

Poszczególne strategie terapeutyczne zostaną opisane w dalszej części przewodnika. Poniżej zaś znajduje się subiektywnie stworzona lista wybranych pozycji książkowych oraz artykułów, które stanowić mogą uzupełnienie teoretyczne procesu wdrażania podejścia relacyjnego we wspieraniu osób ze spektrum autyzmu. Lista nie jest wyczerpująca, zawiera jednak ponadczasowe książki, które pozwalają spojrzeć szerzej i głębiej na potrzeby autystycznych dzieci i młodzieży.

1. Allen, G.J., Fonagy, P., Bateman, A.W. (2014). *Mentalizowanie w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
2. Alvarez, A. (2012). *The thinking heart. Three levels of psychoanalytic therapy with disturbed children*. London: Routledge.
3. Alvarez, A., Reid, S. (1999). *Autism and Personality: Findings from the Tavistock Autism Workshop*. London: Routledge.
4. Greenspan, S.I., Wieder, S. (2014). *Dotrzeć do dziecka z autyzmem. Jak pomóc dzieciom nawiązywać relację, komunikować się i myśleć. Metoda Floortime*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
5. Olechnowicz, H. (1995). *Dziecko własnym terapeutą. Jak wspomagać strategie autoterapeutyczne dzieci z dysfunkcjami więzi osobistych*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
6. Olechnowicz, H., Krawczyk, F. (2012). *Dynamika rozwoju chłopca z autyzmem*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
7. Olechnowicz, H., Wiktorowicz, R. (2012). *Dziecko z autyzmem. Wyzwalanie potencjału rozwojowego*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Naukowe.
8. Slade, A. (2009). *Mentalizing the unmentalizable: Parenting children on the spectrum*. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 8, 7-21.
9. Zalewska, M. (1998). *Dziecko w autoportrecie z zamalowaną twarzą*. Warszawa: Czarna Owca.

Miejsce terapii relacyjnej w edukacji dzieci ze spektrum autyzmu

Terapia relacyjna nie pretenduje do miana jednej, jedynej najlepszej metody, która „wyleczy” dziecko z autyzmu. Terapia relacyjna nie powoduje, że dzieci przestają być autystyczne, lecz wzbogaca repertuar ich reakcji o takie, dzięki którym lepiej radzą sobie społecznie i emocjonalnie. Celem procesu terapeutycznego opartego na relacji jest zbudowanie trwałej, żywej, pozytywnej relacji dziecka z terapeutą – takiej, dzięki której dziecko lepiej pozna swoje zasoby i ograniczenia i nauczy się z nich w świadomy sposób korzystać w innym niż terapeutyczny kontekście.

Terapia relacyjna jest działaniem istotnym, jednak jednym z kilku, które powinny być podjęte względem dziecka ze spektrum autyzmu i jego rodziny. Terapia relacyjna powinna współwystępować wraz z (1) interwencjami edukacyjnymi (realizacją podstawy programowej, opanowywaniem wiedzy o świecie, rozwijaniu niezbędnych do samodzielnego życia umiejętności – edukacją rozumianą funkcjonalnie, czyli jako przydatną życiowo) oraz (2) wsparciem dla rodziców, rodzeństwa, najbliższych – które powinno być oferowane równoległe do działań podejmowanym wraz z dzieckiem. Wsparcie dla rodziny powinno obejmować możliwość konsultowania się ze specjalistą – w zakresie wychowywania dziecka ze spektrum, zadbania o własne emocje i dobrostan psychiczny (z własnym terapeutą), zadbania o własne zdrowie i relaks fizyczny, a przede wszystkim możliwości kontaktowania się z innymi rodzinami w podobnej sytuacji (grupy wsparcia formalne i nieformalne, spotkania „przy kawie” itp.). Tego typu działania, które uznawane były zazwyczaj za poboczne, dodatkowe, przeżywają obecnie rozkwit i zdobywają uznanie wielu specjalistów, którzy widzą i wiedzą, że zadbanie siebie przez rodzica jest równoznaczne z wzrostem komfortu i dobrostanu dziecka. Tym działaniem, pośrednim wspieraniem dziecka poprzez zadbanie o rodzica, można osiągnąć bardzo wiele, co pokazują doświadczenia prowadzenia licznych Klubów Terapeutycznych dla Dzieci i ich Rodzin (por. Klub Terapeutyczny Hanny Olechnowicz prowadzony obecnie przez Fundację Sto Pociągów w Warszawie, Klubik Terapeutyczny prowadzony kilka lat temu przez zespół ZERO-PIĘĆ. Fundacji na rzecz zdrowia psychicznego małych dzieci w Poznaniu, czy podobne nieformalne inicjatywy, jakie odbywały się lokalnie ¹⁾).

Terapia relacyjna jest więc jednym z trzech fundamentów dobrego programu edukacyjno-terapeutycznego dla dzieci ze spektrum.

Oczywiście, w obszarze tym wskazać można wiele innych nurtów, które jednak bazować mogą na podejściu relacyjnym i nie wprost wpływają znacząco na poszerzenie zakresu kompetencji społecznych i emocjonalnych dziecka.

1) Np. poznański nieformalny Klubik Fraszka Igraszka prowadzony przez Paulinę Gołąską, Alicję Karwowską (Patecką), Jagodę Rzepkę i Zuzannę Adamiak oraz wolontariuszy.

Trzeba w tym miejscu koniecznie wymienić oddziaływania muzykoterapeutyczne, integrację sensoryczną, różnego rodzaju działania związane z obniżaniem napięcia psychofizjologicznego poprzez pracę z ciałem (masaże, zabiegi fizjoterapeutyczne, osteopatia), a także wszelkie działania w innych obszarach, których potrzeba wdrożenia jest uzasadniona klinicznie, np. interwencje logopedyczne, dietetyczne, czy też medyczne.

Terapia relacyjna jest podejściem subtelnym, zorientowanym na dziecko, wynikającym z dużej wiedzy w zakresie wieloaspektowego rozwoju dziecka. Podejmowane w ramach spotkań interwencje są tymi, które zwykle w rozwoju dziecka rodzic sam wykonuje (nieświadomie, czasami nieintencjonalnie, czyli bez świadomego zamiaru wspierania jego rozwoju). W terapii relacyjnej strategię te są stosowane celowo jako sposób naturalnego wspierania rozwoju dziecka. Bez konieczności wdrażania niepotrzebnych, nadmiarowych, nierozwojowych oddziaływań.

W terapii relacyjnej zakłada się, iż dziecko musi przejść odpowiednie etapy rozwojowe, a żadna umiejętność nie rozwinię się ot tak, bez ich wcześniejszego osiągnięcia. Ponadto, zakłada się, iż każda umiejętność ma swoje odzwierciedlenie w strukturze psychicznej dziecka, a zatem aby umiejętność pojawiła się i była wykorzystywana w szerszym kontekście – zmiana musi nastąpić na poziomie psychicznym, wewnętrznym. Stąd też tak duża uważność wobec i chęć poznania świata psychicznego dziecka.

Metodyka pracy terapeutycznej

W niniejszym fragmencie opisane zostaną pokrótce najważniejsze założenia prowadzenia terapii relacyjnej z dziećmi i młodzieżą ze spektrum autyzmu. Mają one pomóc osobom chcącym zaznajomić się z metodyką pracy relacyjnej oraz służyć jako drogowskaz przy planowaniu wdrożenia programu relacyjnego względem swoich uczniów/ podopiecznych. Dużym zasobem podejścia relacyjnego jest jego elastyczność. Jak pokazują doświadczenia własne autorki koncepcji, jak również wyniki testowania programu w ramach innowacji społecznych, jakkolwiek organizacyjnie wprowadzone interwencje – jeśli dopasowane do potrzeb ucznia, jego rodziny i danego terapeuty – przynoszą pozytywne rezultaty w wymiarze adekwatnym do poświęconych na proces liczby godzin spędzonych z dzieckiem.

a) Setting terapeutyczny

Czas i miejsce prowadzenia zajęć jest w największej mierze zależne od rodzaju relacji, jaka nawiązuje się między terapeutą, a dzieckiem, z którym on pracuje. W programie „Autyzm relacyjnie” zakłada się, iż etap wdrożeniowy potrwa pięć miesięcy – od lutego do czerwca, czyli w drugim semestrze (letnim) danego roku szkolnego. W tym czasie realizowane są spotkania programowe, w wymiarze

dwóch godzin lekcyjnych dziennie codziennie. Jest to znaczące obciążenie czasowe dla dziecka i nauczyciela-terapeuty, jednak jak pokazały doświadczenia z testowania innowacji, wymiar ten pozwala osiągnąć pozytywne rezultaty w zakresie funkcjonowania społecznego i emocjonalnego uczniów ze spektrum autyzmu. Wymiar godzinowy jest uzależniony od możliwości czasowych i wysiłkowych ucznia – w przypadku, gdy realizuje on nauczanie w trybie indywidualnym, wdrożenie programu jest łatwiejsze, gdyż liczba godzin edukacyjnych w tej sytuacji jest mniejsza, a sam uczeń w mniejszym stopniu obciążony. W przypadku wdrażania programu w sytuacji realizowania programu nauczania przez ucznia ze spektrum autyzmu wraz z grupą rówieśniczą, gdy podstawa programowa jest rozbudowana, liczba godzin programu terapeutycznego powinna być dostosowana do tejże sytuacji. Minimalna liczba godzin terapii relacyjnej w tygodniu, która pozwala już obserwować widoczne pozytywne rezultaty to 1 godzina w tygodniu. Warto jednak, aby jeśli jest to jedynie tak mała liczba godzin, zajęcia te prowadzone były przez doświadczoną terapeutę, aby dostępny czas był wykorzystany najlepiej, jak to tylko możliwe. Dobrze, jeśli miejsce prowadzenia zajęć jest jasno określone – konkretne pomieszczenie, lubiane przez dziecko, o przyjaznej, ciepłej atmosferze, ale również dostosowane do potrzeb i preferencji dziecka oraz dorosłego. Pomieszczenie musi być ciche i chronione przed przypadkowymi odwiedzinami innych pracowników placówki lub dzieci.

Im dłużej prowadzony program, im bliższa i stabilniejsza relacja z terapeutą, tym stałość miejsca ma coraz mniejsze znaczenie. W przypadku dobrej i silnej relacji (dłuższej znajomości z dzieckiem) można pokusić się o różnego rodzaju wyjścia i zajęcia w terenie. Z pamięcią i świadomością tego, iż najważniejsze jest zważanie na przeżycia dziecka oraz kolorystykę jego świata wewnętrznego.

W sytuacji, gdy uczeń realizuje naukę w trybie indywidualnym – w domu - praca relacyjna może zostać podjęta, choć jest zdecydowanie trudniejsza. Preferowanym miejscem realizowania zajęć jest placówka edukacyjna lub gabinet terapeuty (jeśli posiada). Spotkania w domu są ważne, szczególnie, gdy trudności ucznia są bardzo poważne, jednak terapeuta dążyć powinien do jak najszybszego przejścia do placówki szkolnej lub środowiska pozadomowego. Istotne jest ponadto, aby spotkania prowadzone były w przewidywalnym dla ucznia czasie, szczególnie na wstępnym etapie wdrażania programu. Konkretnie ustalona godzina zajęć pomaga zbudować uczniowi środowisko bezpieczne, o określonych ramach, granicach.

Im bliższa i dłuższa znajomość, tym te zewnętrzne granice słabnąć mogą na rzecz wewnętrznych – poczucia bezpieczeństwa, które daje sam terapeuta, swoją osobą. Początkowo jednak stałość miejsca i czasu są istotnymi zmiennymi wpływającymi na skuteczność prowadzonego procesu.

b) Kompetencje terapeuty

Terapeuta prowadzący zajęcia w zakresie terapii relacyjnej powinien spełniać trzy warunki dotyczące swojej wiedzy i umiejętności relacyjnych. Po pierwsze, terapeuta powinien posiadać wiedzę dotyczącą rozwoju dziecka – z zakresu psychologii rozwojowej, prawidłowości rozwojowych, jakim podlega dziecko, mechanizmów warunkujących optymalny wzrost i poszerzanie swoich kompetencji. Wiedza ta wzbogacona powinna być informacjami z zakresu psychopatologii – czyli ewentualnych nieprawidłowości rozwojowych, jakie mogą się pojawić, patologicznych mechanizmów, które negatywnie wpływać mogą na dziecko oraz jego rodzinę. Wiedza, którą posiada terapeuta powinna mieć charakter systemowy, a więc obejmować rodzinę dziecka oraz jej wpływ na rozwój. Ponadto, informacje, którymi dysponuje terapeuta relacyjny obejmować powinny zagadnienia dotyczące samej relacji per se – jej budowania, rozwijania i to nie tylko w kontekście pracy z dziećmi ze spektrum autyzmu, ale w szerszym, interpersonalnym i ogólnospołecznym. Wiedza stanowi jeden z podstawowych elementów warsztatu pracy terapeuty.

Drugim elementem są kompetencje tzw. miękkie, inter- i intrapersonalne, którymi dysponuje terapeuta od urodzenia (cechy osobowości, zasoby psychologiczne) lub nabywane i rozwijane w trakcie własnego szkolenia i własne terapii. Do kompetencji tych zaliczyć można:

- wrażliwość a detale,
- uważność,
- spokój wewnętrzny,
- życzliwość,
- poczucie humoru,
- umiejętność opóźniania impulsywnych reakcji,
- otwartość,
- tolerancyjność i wyrozumiałość,
- chęć zrozumienia drugiej osoby,
- świadomość własnych zasobów i ograniczeń, wiedza o samym sobie,
- zaciekawienie drugim człowiekiem,
- umiejętność elastycznego reagowania,
- szybkość i bystrość myślenia,
- motywację wewnętrzną do pomagania drugiemu człowiekowi,
- motywację wewnętrzną do pracy nad własnym wnętrzem i postawą,
- umiejętność dbania o siebie i własne potrzeby,
- jasność formułowanych komunikatów,
- przyjemność odczuwaną w trakcie zabawy z dziećmi,
- dystans wobec siebie,

- wrażliwość,
- empatię,
- bogatą wyobraźnię, w szczególności społeczną.

Wszystkie te kompetencje osobowe terapeuty rozwija w trakcie swojego szkolenia terapeutycznego, które jest nie tylko nastawione na zdobywanie coraz to nowych i szerszych informacji teoretycznych, ale i zmiany i rozwój wewnętrzny, społeczno-emocjonalny.

Trzecim elementem wyposażenia osobowego terapeuty jest to, co wynika z połączenia wiedzy i umiejętności, które posiada. Mianowicie, terapeuta zasobny w bogatą, rozbudowaną wiedzę potrafi na czas wejścia w kontakt z dzieckiem tę wiedzę „zawiesić”, odsunąć „na bok”, na tyle, aby z czystym umysłem i otwartością spotkać się z dzieckiem – nie nastawiać się na cokolwiek, lecz uważnie obserwować i analizować to, co „mówi” do niego samo dziecko. Podobne postulaty głosiła Hanna Olechnowicz, która z tego powodu swoich współpracowników przestrzegała przed czytaniem i poznawaniem jakichkolwiek opinii i dokumentów dotyczących dziecka przed osobistym poznaniem go i sformułowaniem własnych hipotez na temat jego funkcjonowania. Terapeuta relacyjny jest świadomy wartości własnej wiedzy. Dbą o jej poszerzanie, systematycznie wzbogaca jej zakres. Jednocześnie wie również, jak owa wiedza utrudniać może zobaczenie dziecka takim, jakie ono jest, dostrzeżenie go, jako niepowtarzalnej i indywidualnej jednostki. Świadomy tego zagrożenia, racjonalnie korzysta z wszystkich zasobów, jakimi dysponuje, mając na uwadze przede wszystkim dobro dziecka, z którym przyszło mu pracować.

c) Strategie terapeutyczne

W zakresie metodyki pracy istnieje duża trudność w jednoznacznym określeniu konkretnych zachowań, jakie powinien przejawiać terapeuta względem dziecka. Wynika to z prostego faktu, jakim są różnice indywidualne w zakresie funkcjonowania osobowego terapeuty, dziecka, jego rodziny. W terapii relacyjnej najważniejszym czynnikiem warunkującym skuteczność podejmowanych działań jest dopasowanie dwojga uczestników procesu do siebie. Trudno zatem wskazać odgórnie to, co ma robić dorosły, aby dobrze dopasować się do dziecka, skoro są dwoma odrębnymi, niepowtarzalnymi bytami. Po jego stronie jednak leży największa odpowiedzialność za stopień ich wzajemnego dostrojenia.

Pierwszą strategią, jaka jest stosowana w terapii relacyjnej, jest obserwacja. Obserwacja jest podstawowym narzędziem pracy terapeuty relacyjnego. Obserwacja jest zadaniem niełatwym, wymagającym bardzo dużej cierpliwości, wysiłku i pracy wewnętrznej. Skuteczna, pogłębiona obserwacja wymaga zatrzymania się, skupienia uwagi przez dłuższy czas na jednym obiekcie,

otwartości na docierające z zewnątrz bodźce, systematycznego przetwarzania docierających bodźców, ich łączenia, utrzymywania stanu „niewiedzenia” – bez formułowania nastawień, hipotez, oczekiwań odnośnie analizowanych bodźców. Umiejętność obserwacji może być poddawana treningowi i rozwijana, jak każda inna, a jej używanie jest konieczne w pracy z dziećmi, w szczególności odmiennie odbierającymi świat, o nieco innych potrzebach, nieco inaczej się komunikujących. Obserwacja jest związana z wrażliwością na szczegóły, dostrzeganiem mało widocznych elementów, zwracaniem na nie uwagi pomimo, iż innym wydają się błahе czy nieważne. Obserwacja jest związana też z koncentracją uwagi i odpornością na dystraktory przy jednoczesnym dopuszczaniu ich do siebie. Dobry obserwator potrafi cierpliwie patrzeć, utrzymując spokój wewnętrzny i zaciekawienie tym, co ogląda. Dobry obserwator potrafi także analizować to, co widzi – łączyć fakty, stawiać hipotezy, wnioskować. Obserwacja jest podstawowym, lecz nie prymitywnym narzędziem terapeutycznym, a jej skuteczność udowodniona jest chociażby w doświadczeniach szkolenia z zakresu obserwacji niemowląt (por. Esther Bick lub innych autorów piszących o tym zagadnieniu).

Drugą strategią, jaką stosuje terapeuta relacyjny jest analiza własnych uczuć, myśli i innych doświadczeń, które pojawiają się na skutek kontaktu z dzieckiem, czyli tzw. danych z recypatii. Umiejętność ta związana jest wprost z obserwacją, lecz dotyczy bardziej zdolności do samoobserwowania, autoanalizy. W terapii relacyjnej zakłada się, że terapeuta staje się „lustrem” i „ekranem” tego, co rzuca na niego dziecko. Otwarty, pozbawiony własnych nastawień, oczekiwań, hipotez terapeuta staje się czystą kartą, na którą dziecko narzuca to, z czym zwykle wchodzi w kontakt również z innymi. Często, w przypadku dzieci ze spektrum autyzmu, tym, co dziecko rzuca, początkowo przekazuje terapeutę jest pustka – związana z brakiem kontaktu, brakiem umiejętności zbudowania relacji, dążeniem raczej „od” aniżeli „do” drugiej osoby. Terapeuta potrafi rozpoznawać te stany, które wzbudza w nim dziecko i rozumie je w kontekście tworzonej między nimi relacji.

Kolejną strategią terapeutyczną jest odzwierciedlanie, czyli pokazywanie dziecku tego, czego ono samo doświadcza za pośrednictwem reakcji terapeuty. Odzwierciedlenie nie jest prostym powtórzeniem tego, co dziecko robi, naśladowaniem jego ruchów, czy nazwaniem jego reakcji. Takie mechaniczne zachowanie nie przyniesie oczekiwanego rezultatu w postaci zwrócenia uwagi dziecka i obniżenia poziomu jego napięcia, (od)budowania relacji. Odzwierciedlenie jest bowiem związane z próbą zrozumienia tego, co dziecko robi. Nadaniem jego zachowaniu psychologicznej głębi, sensu, odszukania owego sensu w pozornie bezsensownych reakcjach. Rozumiejący dorosły odzwierciedli reakcje dziecka w taki sposób, aby zakomunikować dziecku owo

zrozumienie. Zrobi to z życzliwością i sympatią, nie po to, aby zawstydzić dziecko („no popatrz, jak się zachowujesz, jak to wygląda!”), czy je poniżyć. Terapeuta zrobi to po to, aby dziecko poczuło się z nim dobrze, bezpiecznie, aby zaciekawiło się jego reakcjami i zechciało odnowić kontakt. Odzwierciedlenie może zachodzić na różnych poziomach – od prostego, behawioralnego, kiedy terapeuta powtarza zachowania dziecka, poprzez poziomy związane z odzwierciedlaniem za pośrednictwem gestów, mimiki, czy wyrazów dźwiękonaśladowczych i kolejny związany z prostym nazywaniem dziecięcych zachowań, a potem stanów mentalnych im towarzyszących (emocje, myśli, intencje), aż do poziomu, w którym terapeuta nazywa to, co dzieje się między nim a dzieckiem odwołując się do ich relacji („Rozzłościłeś się na mnie, bo chciałeś pobawić się klockiem, a ja Ci go zabrałem”). Poziomy wykorzystywane są różnie, w zależności od poziomu funkcjonowania dziecka, rozumienia przez nie komunikatów werbalnych, stopnia zażyłości relacji, bieżącego samopoczucia. Im gorzej czujące się dziecko, im słabsza relacja, tym bardziej początkowy poziom reagowania terapeuty będzie adekwatny. Odzwierciedlenie nie powinno być stosowane jednak, jeśli wzbudza w dziecku niechęć i protest. Ta reakcja dziecka oznacza, iż coś w zachowaniu lub intencji terapeuty jest niewłaściwe. Bądź też w historii relacyjnej dziecka zadziało się coś, co utrudnia mu wejście w bliską, bezpieczną relację z drugim człowiekiem. Podstawową zasadą terapii relacyjnej jest reguła mówiąca o konieczności zaprzestania działania, jeśli przynosi ono dziecku, bądź terapeutcie przykrość/ frustrację. Działania terapeutyczne są związane z odczuwaniem przez wszystkich zainteresowanych przyjemności, a przede wszystkim poczucia bezpieczeństwa i spokoju w kontakcie.

Ważną strategią wykorzystywaną w pracy relacyjnej jest strategia „niedziałania”, związana z nie podejmowaniem przez terapeutę własnych aktywności i nie wychodzenia przez niego (przynajmniej na początkowym etapie) ze swoją inicjatywą. Spotkanie z dzieckiem ma być okazją do zbudowania przez dziecko własnej przestrzeni, w której obecna będzie druga, bliska osoba. To zatem dziecko staje się na moment kreatorem, scenarzystą, reżyserem widowiska, jakiego wspólnie z terapeutą doświadczają. I nie oznacza to, iż dziecko wie dzie tutaj absolutny prym, gdyż to przecież terapeuta decyduje o tym, kiedy się widzą, jak długo się widzą, jakie zabawki mają w podorędziu. Zakres decyzyjności dziecka jest i tak niewielki, a zatem, aby dążyć do równorzędności w relacji, terapeuta oddaje mu „pałeczkę” i pozwala decydować o tym, co wspólnie będą robić. Terapeuta ulega propozycjom dziecka (o ile nie są one krzywdzące dla niego, bądź dorosłego) i dzięki temu też poznaje świat wewnętrzny osoby, z którą przyszło mu pracować. Podobnie, jak rozmowa z dorosłym, zabawa z dzieckiem jest tym kanałem, którym najskuteczniej wyraża ono siebie. Przyzwolenie na

dokonywanie przez dziecko wyborów jest nie tylko zatem związane z chęcią rozwijania jego poczucia sprawstwa, podmiotowości, ale również ciekawością tego, jak skonstruowana jest jego struktura psychiczna i w jaki sposób przekłada się na zachowanie dziecka.

Poszczególnych strategii, które wykorzystywać może w swojej pracy terapeuta można byłoby opisywać wiele. Jednak byłoby to sprzeczne z ideą podejścia relacyjnego, gdyż w ujęciu tym na pierwszy plan wysuwa się indywidualizacja (a więc dostosowanie reakcji do potrzeb danego dziecka i terapeuty), a także myślenie o dziecku ponad działaniem (a więc określony sposób rozumienia spektrum autyzmu, osobowości dziecka, jego psychologicznego funkcjonowania). Najważniejsze zatem w metodyce pracy będzie pogłębione, regularne poznawanie dziecka i jego rodziny, a także elastyczne reagowanie na zmieniające się potrzeby i sposoby ich wyrażania.

Wdrażanie programu terapeutycznego w środowisku szkolnym – doświadczenia własne

W ramach Inkubatora WINS program terapeutyczny „Autyzm relacyjnie” wdrożono w czterech placówkach edukacyjnych na terenie Poznania i okolic. Początkowo stosowany w warunkach gabinetowych, okazał się przynosić pozytywne rezultaty zarówno w środowisku przedszkolnym, jak i szkolnym. Co prawda, warunki i organizacja pracy terapeutycznej musiały ulec pewnym modyfikacjom – nie dało się bowiem zachować takiej „sterylności” i „czystości” oddziaływań, jak w warunkach gabinetowych. Mimo to, skuteczność programu pozostała nade wszystko wysoka.

W efekcie wdrożenia programu w szkołach i przedszkolach biorących udział w projekcie WINS, w ostatecznym programie wprowadzono kilka modyfikacji, które są konieczne, aby dostosować działania do potrzeb każdego ucznia i każdej placówki. W związku z tym (1) zmieniono początkowo sztywno ustaloną liczbę godzin dziennie zalecaną w programie (dwie godziny w projekcie innowacji vs liczba godzin dostosowana do potrzeb i możliwości ucznia oraz placówki w docelowej wersji produktu). Po drugie (2), wprowadzono zajęcia wspierające, po włączeniu ucznia do klasy szkolnej - mające na celu pomoc mu w rozwiązywaniu bieżących trudności społecznych i emocjonalnych oraz ugruntowanie jego miejsca w klasie. Charakter zajęć jest inny niż w fazie wdrażania programu, a ich liczba i czas trwania określone są indywidualnie, w zależności od sytuacji, w jakiej znalazł się uczeń. Po trzecie (3), zrezygnowano z działań dedykowanych wszystkim pracownikom placówki oraz odgórnego tworzenia zespołów edukacyjno-terapeutycznych. Te kroki okazały się nieefektywne i nie przyniosły żadnych pozytywnych rezultatów dla dziecka, ani terapeuty. W zamian zaproponowano rozbudowany program szkolenia koordynatorów-terapeutów oraz inicjację procesu budowania

sieci wsparcia złożonej z uczestników szkolenia (terapeutów z różnych placówek). Wydaje się, że takie rozwiązanie będzie zdecydowanie bardziej korzystne ze względu na wewnętrzną motywację terapeutów oraz ich dalszą pracę z dzieckiem.

Projekt, co prawda, uwypuklił duże zasoby i zaangażowanie pojedynczych jednostek w środowisku szkolnym / oświatowym, ale jednocześnie – niestety – nikłe przygotowanie, a co gorsza, niską gotowość ogółu pedagogów do pracy skoncentrowanej na wspieraniu umiejętności społecznych i emocjonalnych uczniów ze spektrum autyzmu.

Ważnym elementem ostatecznej wersji programu jest również superwizja koordynatorów-terapeutów (4), początkowo w formie szkoleń teoretycznych i możliwości konsultowania się z nauczycielem podczas comiesięcznych spotkań, a następnie w formie rozmów indywidualnych (1/tyg) oraz spotkań grupowych (1/mc). Szczegółowy opis szkolenia koordynatorów-terapeutów opisany jest w osobnym dokumencie.

Nieprzygotowanie oraz brak otwartości ze strony środowiska pedagogicznego są dojmujące i pesymistyczne. Jednak projekt „Autyzm relacyjnie” pokazał, iż pomimo tych trudności, jest możliwe, aby oddziaływania terapeutyczne zostały wdrożone w placówce edukacyjnej z dużymi, pozytywnymi efektami dla dziecka i jego rodziny. (por. Studium przypadku).

OPIS WYBRANYCH NARZĘDZI TERAPEUTYCZNYCH

W dalszej części przewodnika znalazły się gotowe do użycia narzędzia terapeutyczne – arkusze diagnostyczne do wykorzystania w przygotowawczej fazie programu. Arkusze przygotowane są na bazie funkcjonujących już w praktyce narzędzi oraz na bazie doświadczeń własnych autorki programu.

Arkusze są przeznaczone do powszechnego użytku z zaznaczeniem źródła, z którego wzorce pobrano. Wśród przygotowanych szablonów znajdują się kolejno:

1. Szablon wstępnej diagnozy dziecka (zał. 1)
2. Szablon wstępnej diagnozy rodziny (zał. 2)
3. Szablon wstępnej diagnozy zespołu klasowego (zał. 3)
4. Szablon dziennika zajęć edukacyjno-terapeutycznych (zał. 4)

W ostatniej części zaś zawarto fragment opisu przypadku - modelowego dziennika streszczającego przebieg sesji, przygotowanego zgodnie z wszystkimi wymogami podejścia relacyjnego. Uwagę zwracają w szczególności bardzo bogate i pogłębione opisy doświadczeń własnych autorki, wyróżniająca się zdolność autorefleksji i autoanalizy (por. Studium przypadku).

STUDIUM PRZYPADKU

Poniżej znajduje się fragment jednego z dzienników przygotowanego w ramach testowania innowacji „Autyzm relacyjnie” – modelowego przykładu pogłębionego opisu reakcji dziecka, terapeuty i ich interakcji. Terapeutką prowadzącą była pani Jagoda Rzepka, terapeutka mająca duże doświadczenie w pracy relacyjnej z dziećmi ze spektrum autyzmu. Opisany uczeń był już wcześniej uczestnikiem tożsamego programu relacyjnego (i inspiracją do podjęcia próby oceny efektywności działań na szerszą skalę), dlatego też uczestniczył już w zajęciach w klasie wraz z grupą rówieśniczą (po dwóch latach edukacji indywidualnej).

Dzień 1, 03.01.18

Przychodzi spokojny, zadowolony. Idziemy na przywitanie do klasy – okazuje się, że nie ma jego krzesła, wpada w panikę, biega, płacze. Chce szukać, jasno mówi „chcesz krzesło owalne”. Szybko daje się uspokoić, wracamy do sali, gdzie witamy się i obiecuję, że poszukam krzesła. Uspokaja się równie szybko jak zdenerwował. Jest bardzo dużo kontaktu, B. domaga się masażu, głaskania (głównie twarzy, głowy, dłoni). Utrzymuje przy tym bardzo uważny kontakt wzrokowy. Leży mi na kolanach, bawi się moimi dłońmi, dotyka twarzy (zachowuje się jak bardzo małe dziecko). Inicjuje także kontakt werbalny – mówi coś, np. „togo” i czeka aż powtórzę, uważnie obserwując ruch ust. Powtarza raz jeszcze z nieco przerysowanym ruchem warg. Taka zabawa trwa kilka dobrych minut. Lubi, kiedy dokładnie odtwarzam całe zdania z wierną intonacją, wyraźnie jest usatysfakcjonowany. Bawi się – zmienia intonację, wyrazy i czeka na mnie. Żartuje przy tym, śmiejemy się razem. Leżymy razem na dywanie – zwracam uwagę na pająka idącego po ścianie. Przez chwilę udaje nam się zbudować wspólne pole uwagi. Później akceptuje również kiedy razem obserwujemy ruch wody w butelce, którą porusza (ja nazywam co się dzieje). Inicjuje masaż „idą słonie po betonie ...”. Śpiewa/nuci „Czerwone korale”, kiedy ja chwilę się nie dołączam mówi „śpiewajmy razem czerwone korale” (!). (Jest to piosenka, którą sama lubię i zawsze śpiewam razem z nim. Wie, że kiedy będzie ją śpiewał to ja się dołączę i zwykle to akceptuje. Mam wrażenie, że on wie, że może mi dać tę piosenką znak, że chce kontaktu. Jest bardzo spokojnie, ciepło, występuje bardzo mało echolalii, zachowań kompulsywnych, behawiorizmów. Wspomina o tacie – „tato” (ja myślę ostatnich kłopotach zdrowotnych taty).

Komentarz: Widać bardzo wyraźnie wysoką zdolność terapeutki do przyjmowania perspektywy ucznia, z jakim pracuje. Terapeutka „wie, że uczeń wie (...)”, stara się domyślać, o czym on może myśleć, co może czuć. Ponadto jest otwarta na swobodne skojarzenia, jak np. kłopoty zdrowotne taty, o których być może chłopiec chciał jej zakomunikować. Widać dobrą, bliską relację, z bardzo jasną komunikacją oraz dużym wyczuleniem na potrzeby ucznia.

Dzień 2, 04.01.18

B. przychodzi w bardzo dobrym nastroju. Jest teraz w szkole szybciej, więc mamy chwilę w sali przed przywitaniem (uprzedzam go, że kiedy wrócimy będzie muzyka z panem M.). Podczas przywitania w klasie jest niespokojny, trudno mu usiedzieć i ustać w miejscu. Lubi mieć coś w ręce, więc daję mu do zabawy swoje korale, uspokaja się trochę. Prosi o głaskanie głowy, dłoni, twarzy. Podczas kiedy uczniowie grają na instrumentach zatyka uszy, przeczekuje. Nie włącza się do wspólnego śpiewu. Powitanie trwa długo (ze względu na dyscyplinowanie klasy), wracamy do swojej sali o 8.50.

Czeka tam Pan M., B. wskakuje na parapet. Marszczy czoło, nic nie mówi. Pan M. muzykuje. Z minuty na minutę jest coraz gorzej, widać, że chce mu się płakać, ale próbuje wytrzymać. Przybliżam się, chcę pogłaskać i zapytać co się dzieje, ale mówi, że mam nie dotykać. Wytrzymuje jeszcze trochę, ale kiedy Pan M. wyciąga flet protestuje – mówi „nie graj”, później „nie śpiewaj”. Pan M. responsywnie reaguje i chowa flet do swojej torby. B. ma dość, pan M. kończy. Jemy śniadanie – B. chyba czuje ulgę, ale zjada mało.

Przez kilkanaście minut B. odreagowuje – biega po sali, pojawiają się echolalie. Próbuję go uspokoić – pytam, czy chce, by pan M. przychodził na muzykę (B. odpowiada, że nie). Mówię o tym co się wydarzyło i o tym co mógł czuć. Zaznaczam, że widziałam, że starał się wytrzymać. Uspokaja się trochę, znów mamy bliski kontakt. Długo patrzy na moją twarz, szczególnie kiedy mówię i jem. Robi miny i czeka aż powtórzę. Znów chce głaskania głowy i twarzy.

Proponuję zdjęcie dekoracji świątecznej z tablicy korkowej (cel edukacyjny), zrobienie tego razem. Mam jego zgodę, ale widzę, że się zestresował, biega, uciekł na parapet, później pod pretekstem pójścia do toalety wybiegł na korytarz, ale szybko wrócił. Ważne jest dla niego, kiedy mówię, że dokładnie mu powiem co ma zrobić i nie będzie to trudne. Podchodzi do tablicy i razem ściągamy gwiazdki, idzie mu to sprawnie, razem ściągamy wszystko. Mówię mu, że właśnie o to mi chodzi. Później razem ściągamy materiał, pomaga przy wkładaniu szpilek do pudełka. Nie było to dla niego bardzo wymagające zadanie, czuje się chyba zadowolony.

Komentarz: W powyższym opisie bardzo wyraźnie dostrzec można umiejętność terapeutki radzenia sobie z sytuacjami frustrującymi ucznia. Terapeutka jest bardzo wyczulona na przejawy poczucia przykrości, czy dystresu dziecka. Uczeń to czuje i bardzo wyraźnie i adekwatnie komunikuje jej swoje stany (Brawo!).

To duża umiejętność i zasób tego dziecka. Terapeutka oraz nauczyciel muzyki wrażliwie reagują na potrzeby chłopca i nie dopuszczają do sytuacji, gdy on miałby się przeciążyć i wpaść w kryzys. Zdecydowanie priorytetowym celem jest nauczenie chłopca coraz bardziej złożonych form komunikowania innym swoich potrzeb oraz preferencji, co udało się podczas tego spotkania wyśmienicie. Widać również, jak elastycznie i subtelnie terapeutka reaguje pomagając chłopcu regulować poziom pobudzenia jego organizmu, np. pozwalając mu m.in. na zachowania regulacyjne (głównie ruchowe).

Dzień 4, 08.01.18

B. przyszedł do szkoły spokojny, późno, nie mieliśmy czasu na przygotowanie w sali. Podczas powitania nie jest spokojny, kręci się na krześle, chce głaskania po głowie i karku. Idziemy wspólnie na poranny, wspólny śpiew. Patrzy przez okno z zatkanymi uszami, stoi spokojnie, nie biega. Wracając przewraca się na korytarzu, bardzo go to bawi, szuka uwagi, podniecony. Nie chce włączyć się do śpiewu z klasą.

Wracamy do sali o 8.55, śniadanie przesuwam na 9.15 z 9.00, nie buntuje się przeciw temu, czeka na jedzenie. Odreagowuje długie przywitanie (podskoki, eholalie), ja w tym czasie nic nie mówię, siedzę nieruchomo. Proponuję śniadanie na obrusie, z talerzami, B. nie chce się włączyć, ale obserwuje co robię. Je bardzo dużo i łapczywie, uspokajając się przy tym.

Nie inicjuje, więc powtarzam co mówi. Spogląda na mnie raz po raz, za każdym razem dłużej. Zaczyna bawić się słowami i czeka na moją reakcję. W końcu patrzy na mnie i zaczyna się śmiać. Inicjuje w ten sposób igraszki, łaskoczę go, przekomarzamy się, cały czas śmiejąc się, wyczuwam, że ze mnie. Uspokaja się, jesteśmy w emocjonalnym kontakcie.

Komentarz: Terapeutka zna chłopca od trzech miesięcy, ich relacja jest zatem nieco bardziej zażyła i stabilna. Stąd też może ona pozwolić sobie na więcej inicjatywy, własne propozycje i działania. Jest bowiem w stanie łatwiej pomóc chłopcu regulować pobudzenie w sytuacji niechęci, czy protestu. Sam chłopiec także lepiej i z większą chęcią reaguje na jej propozycje, co było trudno osiągalne wcześniej. Po raz kolejny terapeutce i uczniowi udaje się odbudować utracony uprzednio kontakt, co jest ogromnym sukcesem i istotą podejścia relacyjnego.

HARMONOGRAM DZIAŁAŃ PROGRAMOWYCH

W tabeli zawarty został spójny opis działań realizowanych w ramach programu „Autyzm relacyjny”. Stanowi on bardzo wymierną i konkretną wskazówkę dla osób planujących wdrożyć go w swojej placówce.

1) Te działania wynikają wprost z sytuacji i potrzeb uczestników programu – w zależności od stopnia znajomości i zażyłości koordynatora oraz ucznia i jego rodziny zmienia się liczba potrzebnych godzin diagnostycznych (jeśli koordynator i rodzina nie znają się, muszą zrealizować spotkania; jeśli się znają, organizacja spotkań nie jest konieczna – ważne, aby móc uzupełnić informacje zawarte w arkuszu diagnostycznym); podobnie w kwestii klasy – jeśli zespół klasowy jest już ukonstytuowany, diagnoza jest możliwa; jeśli nie, przebiega po zawiązaniu się klasy, tj. we wrześniu kolejnego roku szkolnego.

Okres	Rodzaj działania
Faza przygotowawcza: wrzesień	Rozpoczęcie działań programowych: wybór koordynatora programu (przyszłego terapeuty), wybór rodziny biorącej udział w programie
Faza przygotowawcza: wrzesień – styczeń 1)	<p>Dokonanie wstępnej diagnozy dziecka i jego rodziny: spotkania diagnostyczne na terenie placówki (z dzieckiem i jego rodzicami) oraz wizyty domowe (po nawiązaniu wstępnego kontaktu).</p> <p>Dokonanie wstępnej diagnozy zespołu klasowego (jeśli już utworzony): obserwacja uczestnicząca podczas lekcji, rozmowy z uczniami, spotkanie z rodzicami uczniów, rozmowy z nauczycielami uczącymi w klasie (w tym z wychowawcą).</p> <p>Realizacja szkolenia dla przyszłych terapeutów: 5 comiesięcznych spotkań tematycznych rozwijających kompetencje zawodowe terapeutów relacyjnych (opis szkolenia zawarty został w oddzielnym dokumencie).</p>
Faza wdrożeniowa: luty – czerwiec	<p>Dokonanie wstępnej diagnozy dziecka i jego rodziny: spotkania diagnostyczne na terenie placówki (z dzieckiem i jego rodzicami) oraz wizyty domowe (po nawiązaniu wstępnego kontaktu).</p> <p>Realizacja programu terapeutycznego „Autyzm relacyjnie” (liczba godzin dostosowana do potrzeb i możliwości, dziecka, rodziny oraz placówki; preferowane dwie godziny dziennie zajęć terapeutycznych).</p> <p>Superwizja grupowa: comiesięczne spotkania dla zespołu koordynatorów-terapeutów z różnych placówek.</p> <p>Superwizja indywidualna: cotygodniowe rozmowy indywidualne koordynatora-terapeuty z superwizorem.</p>
Ewaluacja: lipiec – sierpień	Analiza funkcjonowania ucznia, ocena możliwości dołączenia do zespołu klasowego, organizacja programu nauczania w kolejnym roku szkolnym (we współpracy z rodzicami ucznia).
Faza wspierająca: od września kolejnego roku szkolnego	<p>Włączenie ucznia ze spektrum autyzmu w grupę klasową (wymiar godzin i organizacja nauczania zaplanowane w okresie wakacyjnym przez pracowników szkoły we współpracy z rodzicami ucznia).</p> <p>Zajęcia wspierające z koordynatorem-terapeutą, który na bieżąco wspomaga ucznia w rozumieniu złożonych sytuacji społeczno-emocjonalnych (liczba godzin dostosowana do możliwości i potrzeb ucznia, rodziny, nauczyciela oraz placówki).</p> <p>Jeśli zespół klasowy jest nowo utworzony: diagnoza zespołu klasowego i gotowości jego członków do włączenia ucznia ze spektrum autyzmu w ich grupę, prowadzenie działań na rzecz akceptacji ucznia ze spektrum.</p> <p>Superwizja grupowa: comiesięczne spotkania wspierające zespół koordynatorów-terapeutów w realizacji programu.</p> <p>Superwizja indywidualna: cotygodniowe rozmowy koordynatora-terapeuty z superwizorem mające na celu dalsze rozwijanie kompetencji terapeutycznych.</p>

Program „Autyzm relacyjnie” jest przygotowany do wdrożenia w różnego rodzaju placówkach i ośrodkach, w stosunku do uczniów o różnym poziomie funkcjonowania. Jego zaletą jest duża elastyczność i możliwość realizacji niezależnie od kontekstu. Powyższy opis jest ogólnym szkicem, dzięki któremu zachowana zostaje główna struktura programu, jednak jego ostateczny kształt wprost wynika z potrzeb i możliwości biorących w nim udział osób. Ze względu na tę dużą swobodę i dopasowanie programu do uczestników, konieczna jest aktywna obecność superwizora / superwizorów, którzy na bieżąco monitorować będą i wspierać proces wdrażania programu i budowania jego ostatecznego kształtu. Ich rola jest nieoceniona, co pokazały doświadczenia testowania innowacji oraz wszelkie inne, związane z prowadzeniem działań terapeutycznych z udziałem innych, potrzebujących wsparcia osób.

ZAKOŃCZENIE

Niniejszy przewodnik metodyczny nie jest publikacją wystarczającą ani wyczerpującą, ażeby w pełni adekwatnie i optymalnie wdrażać program terapii relacyjnej względem swoich uczniów i ich rodzin. Jest wprowadzeniem w zagadnienie mającym zaznajomić pedagogów i innych specjalistów z potrzebą realizowania działań na rzecz wspierania rozwoju umiejętności społecznych i emocjonalnych dzieci i młodzieży ze spektrum autyzmu na terenie placówek edukacyjnych, do których uczęszczają. Co więcej, opracowanie to wraz z pozostałymi dokumentami przygotowanymi w ramach Inkubatora WINS dowodzi pozytywnych rezultatów włączenia takich oddziaływań w przypadku uczniów ze spektrum autyzmu mających trudności w funkcjonowaniu w grupie rówieśniczej.

Podjęcie relacyjne jest nurtem wymagającym – wysiłku zdobywania wiedzy oraz rozwijania umiejętności intra- oraz interpersonalnych. A co najważniejsze, wymagającym wewnętrznej motywacji terapeuty oraz dziecka i jego rodziny do uczestniczenia w tego typu działaniach. Tylko wtedy przyniesie on najlepsze z możliwych, najszerze i najbardziej optymalne efekty.

Nurt relacyjny dynamicznie rozwija się na terenie naszego kraju. Ośrodki w Krakowie, Lublinie i Poznaniu, organizacje w Warszawie i Trójmieście wspierają rozwój myślenia relacyjnego i wspierają osadzanie go w coraz szerszym, bo również edukacyjnym kontekście. Miejmy nadzieję, że już w niedługim czasie oddziaływania te będą standardem terapeutycznym podejmowanym względem uczniów ze spektrum i pomogą im wieść coraz szczęśliwsze i pełniejsze życie.

ZAŁ. 1. ARKUSZ WSTĘPNEJ DIAGNOZY DZIECKA

Niniejszy arkusz służy dokonaniu wstępnej diagnozy potrzeb ucznia biorącego udział w programie terapeutycznym „Autyzm relacyjnie”. Diagnoza w ujęciu relacyjnym ma charakter ciągły, równoległy do procesu terapeutycznego. Zgodnie z myślą Antoniego Kępińskiego jest nieskończona i nieoznaczona, a więc należy przeprowadzać ją nieustająco i z wykorzystaniem różnych kanałów informacji. Poniższe pytania i twierdzenia służą zatem dokonaniu wstępnego wglądu w funkcjonowanie dziecka przed rozpoczęciem programu. Część pytań pochodzi z arkusza diagnostycznego autorstwa Hanny Olechnowicz opublikowanego w książce Olechnowicz, H., Wiktorowicz, R. (2012). Dziecko z autyzmem. Wyzwalanie potencjału rozwojowego. Warszawa: PWN.

1. Imię i nazwisko dziecka:
2. Wiek dziecka:
3. Miejsce zamieszkania:
4. Realizuje podstawę programową w trybie: indywidualnym / w grupie

5. Potrzeby fizjologiczne

a) W jaki sposób dziecko komunikuje swoje potrzeby fizjologiczne?

- a. Potrzebę głodu
- b. Potrzebę pragnienia
- c. Potrzebę odprężenia
- d. Potrzebę snu
- e. Potrzeby toaletowe
- f. Potrzeby seksualne

b) W jaki sposób dziecko zaspokaja swoje potrzeby fizjologiczne?

- a. Potrzebę głodu
- b. Potrzebę pragnienia
- c. Potrzebę odprężenia
- d. Potrzebę snu
- e. Potrzeby toaletowe
- f. Potrzeby seksualne

ZAŁ. 1. ARKUSZ WSTĘPNEJ DIAGNOZY DZIECKA

- c) Co dziecko najbardziej lubi w zakresie:
- a. Spożywania posiłków
 -
 - b. Spożywania napojów
 -
 - c. Odpoczynku.....
 -
 - d. Zасыpania i snu.....
 -
 - e. Wypróżniania się
 -
 - f. Zaspokajania potrzeb seksualnych
 -
- d) Czego dziecko unika w zakresie:
- a. Spożywania posiłków
 -
 - b. Spożywania napojów
 -
 - c. Odpoczynku.....
 -
 - d. Zасыpania i snu.....
 -
 - e. Wypróżniania się
 -
 - f. Zaspokajania potrzeb seksualnych
 -
- e) Czy w zakresie zaspokajania którejkolwiek z powyższych potrzeb pojawiają się reakcje, które mogą być określone potocznie, jako „dziwne”, „niezrozumiałe”, „nietytowe”?
-

ZAŁ. 1. ARKUSZ WSTĘPNEJ DIAGNOZY DZIECKA

.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. Potrzeby bezpieczeństwa

a) Czy dziecko w kontakcie z bliskimi osobami czuje się bezpiecznie?

.....

b) Czy dziecko w kontakcie z obcymi osobami czuje się bezpiecznie?

.....

c) Czy dziecko często traci poczucie bezpieczeństwa / jest zaniepokojone?

.....

d) Jak często to się dzieje?

.....

e) W jakich sytuacjach najczęściej dziecko traci poczucie bezpieczeństwa?

.....

f) Jak wtedy reaguje?

.....

g) Co pomaga mu w sytuacjach utraty poczucia bezpieczeństwa?

.....

h) Czy w sytuacjach utraty poczucia bezpieczeństwa dziecku pomaga obecność dorosłego? Jeśli tak, to w jaki sposób?

.....

i) Czy w sytuacjach utraty poczucia bezpieczeństwa dziecku pomaga obecność rówieśników? Jeśli tak, to w jaki sposób?

.....

j) Czy w sytuacjach utraty poczucia bezpieczeństwa dziecku przeszkadza obecność dorosłego? Jeśli tak, to w jaki sposób?

.....

ZAŁ. 1. ARKUSZ WSTĘPNEJ DIAGNOZY DZIECKA

k) Czy w sytuacjach utraty poczucia bezpieczeństwa dziecku przeszkadza obecność rówieśników? Jeśli tak, to w jaki sposób?

.....

l) Z jakich źródeł dziecko czerpie najwięcej poczucia bezpieczeństwa (stałość miejsca, czasu, układ przestrzeni, obecność innych osób, własne działanie)?

.....

m) Co powoduje u dziecka utratę poczucia bezpieczeństwa? Czego dziecko się najbardziej boi?

.....

.....

.....

7. Potrzeby afiliacji

a) Kogo z członków rodziny dziecko wyróżnia/ preferuje najbardziej? Dlaczego?

.....

b) Kogo z nauczycieli dziecko wyróżnia/ preferuje najbardziej? Dlaczego?

.....

c) Kogo z rówieśników dziecko wyróżnia/preferuje najbardziej? Dlaczego?

.....

d) Czy jest ktoś jeszcze, kogo dziecko wyróżnia?

.....

e) Kogo z członków rodziny dziecko nie lubi? Dlaczego?

.....

f) Kogo z nauczycieli dziecko nie lubi? Dlaczego?

.....

g) Kogo z rówieśników dziecko nie lubi? Dlaczego?

.....

h) Czy jest ktoś jeszcze, kogo dziecko nie lubi?

.....

i) Kogo z rodziny dziecko się boi? Dlaczego?

.....

ZAŁ. 1. ARKUSZ WSTĘPNEJ DIAGNOZY DZIECKA

j) Kogo z nauczycieli dziecko się boi? Dlaczego?

.....

k) Kogo z rówieśników dziecko się boi? Dlaczego?

.....

l) Czy jest jeszcze ktoś, kogo dziecko się boi?

.....

m) W jaki sposób dziecko okazuje drugiej osobie przyjaźń?

.....

.....

n) W jaki sposób dziecko okazuje drugiej osobie miłość?

.....

.....

o) W jaki sposób dziecko okazuje drugiej osobie niechęć?

.....

.....

p) W jaki sposób dziecko okazuje drugiej osobie złość?

.....

.....

q) Czy dziecko rozpoznaje znajome osoby w innym niż zwykle kontekście
(np. nauczycieli poza budynkiem szkoły)?

.....

r) W jaki sposób dziecko samodzielnie inicjuje kontakty z innymi osobami?
Z jakimi reakcjami najczęściej się spotyka w odpowiedzi?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ZAŁ. 1. ARKUSZ WSTĘPNEJ DIAGNOZY DZIECKA

8. Potrzeby szacunku i uznania

a) Co dziecko lubi robić najbardziej?

.....
.....
.....
.....
.....

b) Co dziecko robi najmniej chętnie?

.....
.....
.....
.....
.....

c) W jaki sposób dziecko komunikuje swoją potrzebę sprawstwa / bycia sprawcą działań / osobą decyzyjną?

.....

d) W jakich obszarach dziecko może być osobą decyzyjną / podejmować samodzielnie decyzje?

.....

e) Jak często dziecko chce samodzielnie podejmować decyzje? Czy potrzeba ta jest nadal aktywna, czy też została stłumiona?

.....

f) Jak najbliższe otoczenie dziecka (rodzinne i edukacyjne) reaguje na próby jego samostanowienia i decydowania o sobie?

.....

g) W jakich dziedzinach i jak często dziecko doświadcza poczucia sukcesu?

.....

h) W jakich dziedzinach i jak często dziecko doświadcza poczucia porażki?

.....

.....

ZAŁ. 1. ARKUSZ WSTĘPNEJ DIAGNOZY DZIECKA

9. Potrzeby samorealizacji

a) Czy dziecko jest świadome swoich mocnych stron i ograniczeń?

.....
.....

b) Czy otoczenie dziecka jest świadome jego mocnych stron i ograniczeń?

.....
.....

c) Czy dziecko wyznacza sobie osobiste cele, do spełnienia których dąży?

.....
.....

d) Czy otoczenie dziecka wspiera je w wyznaczaniu sobie osobistych celów, do spełnienia których mogłoby dążyć?

.....
.....

e) Jaka jest wizja własnej przyszłości formułowana przez dziecko?

.....
.....

f) Jaka jest wizja przyszłości dziecka formułowana przez jego otoczenie?

.....
.....

10. Dodatkowe uwagi i charakterystyka dziecka:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ZAŁ. 2. ARKUSZ WSTĘPNEJ DIAGNOZY RODZINY

Niniejszy arkusz służy do dokonania wstępnej diagnozy systemu rodzinnego, w jakim wychowuje się uczeń ze spektrum autyzmu biorący udział w programie „Autyzm relacyjnie”. Diagnoza ta służyć ma do określenia potrzeb rodziny oraz wskazania zasobów oraz czynników ryzyka tkwiących w rodzinie, mogących wpływać na rozwój ucznia ze spektrum autyzmu. W podejściu relacyjnym zakłada się, iż zanim podjęte zostaną oddziaływania względem samego dziecka, ocenić należy na ile i jakie ewentualne inne oddziaływania warto wdrożyć, aby w jak największym stopniu wesprzeć dziecko w rozwoju. Ilekroć mowa w kwestionariuszu o rodzinie i nie zostało to doprecyzowane, pytanie dotyczy rodziny podstawowej, mieszkającej pod jednym dachem i/lub mającej największy wpływ na wychowanie dziecka ze spektrum autyzmu. Wypełnienie kwestionariusza wymaga dobrej znajomości rodziny – przeprowadzenia rozmów, obserwacji uczestniczącej, a także wizyt domowych, które pozwalają zaobserwować naturalne reakcje członków rodziny. Przeprowadzenie wstępnej diagnozy jest zadaniem fazy przygotowawczej i może potrwać do pięciu miesięcy.

1. Ile osób liczy rodzina?

.....

2. Kto należy do rodziny podstawowej?

.....
.....
.....
.....
.....

3. Czy wszyscy członkowie rodziny podstawowej mieszkają ze sobą?

.....
.....
.....
.....

4. W jakim wieku są członkowie rodziny?

.....
.....
.....
.....

ZAŁ. 2. ARKUSZ WSTĘPNEJ DIAGNOZY RODZINY

5. Z kim z rodziny uczeń ze spektrum ma najbliższą relację?

.....
.....
.....
.....
.....

6. W jakim stopniu relacja ta jest bliska? Proszę ocenić na skali, na której „1” oznacza „bardzo zdystansowana”, a „10” oznacza „bardzo bliska”:

7. Z kim z rodziny uczeń ze spektrum ma najsłabszą relację?

.....
.....
.....
.....
.....

8. W jakim stopniu relacja ta jest słaba? Proszę ocenić na skali 1-10, gdzie „1” oznacza „bardzo słaba”, a „10” oznacza „bardzo bliska”:.....

9. Jaka jest relacja ojca i dziecka ze spektrum autyzmu?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

10. Jaka jest relacja matki i dziecka ze spektrum autyzmu?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ZAŁ. 2. ARKUSZ WSTĘPNEJ DIAGNOZY RODZINY

11. Jaka jest relacja dziecka ze spektrum autyzmu z jego rodzeństwem?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

12. Jaka jest relacja dziecka ze spektrum autyzmu z jego dziadkami?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

13. Jak oceniłby Pan / oceniłaby Pani relację rodziców dziecka ze spektrum autyzmu ze sobą nawzajem (matki i ojca)?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

14. W jakim stopniu rodzice dziecka ze spektrum autyzmu są wrażliwi na jego komunikaty werbalne?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ZAŁ. 2. ARKUSZ WSTĘPNEJ DIAGNOZY RODZINY

15. W jakim stopniu rodzice dziecka ze spektrum autyzmu są wrażliwi na jego komunikaty niewerbalne (gesty, mimikę, wokalizacje, ruchy ciała)?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

16. W jaki sposób rodzice odpowiadają na komunikaty swojego dziecka ze spektrum autyzmu?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

17. Czy rodzice odpowiadają bez odraczania reakcji (od razu, reagują responsywnie)?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

18. Czy rodzice odpowiadają adekwatnie (dobrze odczytują intencje dziecka)?

.....
.....
.....
.....
.....

ZAŁ. 2. ARKUSZ WSTĘPNEJ DIAGNOZY RODZINY

19. Czy rodzice przejawiają zaciekawienie tym, co dziecko ze spektrum autyzmu chce im przekazać?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

20. Czy rodzice podtrzymują i rozszerzają komunikaty płynące od dziecka ze spektrum autyzmu?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

21. Czy w rodzinie dziecka ze spektrum autyzmu pojawiają się epizody przemocy (werbalnej/niewerbalnej, czynnej/biernej poprzez zaniedbanie)?

.....
.....
.....
.....
.....

22. Czy rodzice stanowią dla siebie źródło wsparcia w radzeniu sobie z diagnozą spektrum autyzmu u ich dziecka? Czy pomagają sobie nawzajem (fizycznie, emocjonalnie)?

.....
.....
.....
.....
.....

ZAŁ. 2. ARKUSZ WSTĘPNEJ DIAGNOZY RODZINY

23. Czy zauważalne są przejawy parentyfikacji w rodzinie (wchodzenia rodzeństwa dziecka ze spektrum autyzmu w rolę dorosłego, opiekuna)? Jeśli tak, to jak reagują pozostali członkowie rodziny?

.....
.....
.....
.....

24. Jaki jest stosunek członków rodziny do spektrum autyzmu u dziecka (rodziców, rodzeństwa, dziadków)? Czy pojawiają się przejawy akceptacji i pogodzenia się z diagnozą?

.....
.....
.....
.....

25. Czy rodzice dziecka ze spektrum autyzmu myślą o przyszłości dziecka i swojej całej rodziny? Jakie emocje w związku z tym przeżywają?

.....
.....
.....
.....

26. Jaki stosunek do usamodzielniania dziecka ze spektrum autyzmu mają jego rodzice?

.....
.....
.....
.....

27. Jakie działania w związku z tym podejmują względem dziecka?

.....
.....
.....
.....

ZAŁ. 2. ARKUSZ WSTĘPNEJ DIAGNOZY RODZINY

28. Czy rodzice korzystają ze spotkań nieformalnych lub formalnych grup wsparcia?

.....

.....

.....

29. Czy członkowie rodziny korzystają ze wsparcia psychologicznego?

Jeśli tak, to w jakim wymiarze i formie?

.....

.....

.....

.....

30. Proszę opisać wszystkie pozostałe czynniki, które mogą mieć wpływ na funkcjonowanie tej rodziny dziecka ze spektrum autyzmu:

	ZASOBY	OGRANICZENIA
CZYNNIKI MATERIALNE (np. znaczące dochody, duży dom, ubóstwo, wielodzietność, choroba w rodzinie)		
CZYNNIKI EMOCJONALNE (np. wrażliwość, ponadprzeciętna empatia, spostrzegawczość, labilność emocjonalna, stany depresyjne i/lub lękowe)		
CZYNNIKI SPOŁECZNE (np. wsparcie w dalszej rodzinie, rodzina wielopokoleniowa, utrzymywanie kontaktów z innymi rodzinami dzieci ze spektrum autyzmu, izolacja społeczna, przebywanie w obcym kraju, doświadczenia braku akceptacji i krytyki ze strony innych osób)		
CZYNNIKI DUCHOWE (np. wysoce rozwinięte życie duchowe, korzystanie ze wsparcia duchowego, uczestnictwo we wspólnotach religijnych, wiara)		

ZAŁ. 3. ARKUSZ WSTĘPNEJ DIAGNOZY ZESPOŁU KLASOWEGO

Niniejszy arkusz służy do przeprowadzenia wstępnej diagnozy zespołu klasowego, do jakiego trafić ma uczeń ze spektrum autyzmu. Diagnoza przeprowadzana jest w fazie przygotowawczej projektu, tj. w ciągu pierwszych pięciu miesięcy jego trwania (wrzesień-styczeń). Arkusz ma posłużyć do określenia, w jakim stopniu uczniowie klasy gotowi są na przyjęcie kolegi/koleżanki z diagnozą spektrum autyzmu. Diagnoza powinna być przeprowadzana subtelnie, raczej jako forma oceny funkcjonowania całej klasy, bez nadmiernego nacisku na zagadnienia związane ze spektrum. W procesie tym chodzi raczej o ocenę otwartości i spójności klasy, aniżeli stopnia znajomości zagadnienia spektrum autyzmu przez uczniów, czy ich pomocowej postawy. Idealną, pożądaną sytuacją jest, gdy uczeń ze spektrum jest traktowany jak każde inne dziecko, bez „taryfy ulgowej”, czy nadmiernej litości i opieki ze strony rówieśników. Prawdziwe przyjaźnie opierają się na wzajemnej sympatii i partnerstwie, nie zaś nieustannej pomocy „potrzebującemu”. Stąd też tak ważne jest podjęcie racjonalnych, potrzebnych działań w celu zwiększania otwartości i tolerancji względem innych, nie tylko osób ze spektrum autyzmu, a także pokazywanie, iż każdy z nas zmagają się z jakąś swoją trudnością i dzięki temu jest wyjątkowy i niepowtarzalny, jako człowiek. Osoby ze spektrum autyzmu są tylko bardzo wyraźnym przykładem, jednym z wielu, zmagania się z określonymi ograniczeniami, które nie determinują ich mniejszej wartości, czy mniejszej użyteczności społecznej. Są równie niezbędnymi i wartościowymi członkami każdej społeczności, a ich obecność może przynieść grupie wiele dotychczas nieznanych korzyści.

W diagnozie zespołu klasowego ważne jest uwzględnienie również stanowiska rodziców uczniów – tych dorosłych, którzy mają ogromne znaczenie w procesie kształtowania postaw dzieci względem siebie, innych i świata. Niniejszy arkusz nie umożliwi dokonania szczegółowej diagnozy ich postaw, gdyż ma być narzędziem podręcznym i krótkim, jednak w przypadku dostrzeżenia przejawów negatywnego nastawienia względem dziecka ze spektrum autyzmu czy jego rodziny, warto pokusić się o bardziej pogłębioną, systemową analizę przyczyn takiego stanu rzeczy.

1. Liczba uczniów w klasie:
2. Od jakiego czasu uczniowie klasy znają się / kiedy powstała klasa, do której dołączyć ma uczeń ze spektrum autyzmu?

.....

.....

.....

.....

ZAŁ. 3. ARKUSZ WSTĘPNEJ DIAGNOZY ZESPOŁU KLASOWEGO

3. Czy uczeń ze spektrum autyzmu uczył się wcześniej wraz z tą klasą?

.....

4. Jakie są, w opinii wychowawcy, relacje koleżeńskie tej w klasie?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Jakie są, w opinii innych nauczycieli, relacje koleżeńskie w tej klasie?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Jakie są, w opinii rodziców uczniów tej klasy, relacje koleżeńskie w klasie?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Czy rodzic dziecka ze spektrum utrzymywał / utrzymuje kontakty z rodzicami pozostałych uczniów w klasie? Dlaczego?

.....

.....

.....

.....

.....

ZAŁ. 3. ARKUSZ WSTĘPNEJ DIAGNOZY ZESPOŁU KLASOWEGO

8. W jaki sposób wychowawca klasy opisuje ucznia ze spektrum autyzmu?
Jakich określeń używa?

.....
.....
.....
.....

9. W jaki sposób pozostali uczniowie opisują ucznia ze spektrum autyzmu?
Jakich określeń używają?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

10. Jakie miejsce w strukturze socjometrycznej klasy zajmuje uczeń ze spektrum autyzmu?

(Uzupełniamy na podstawie wybranego narzędzia do określania pozycji socjometrycznej, np. „Drzewo Przeżyć” lub własnych propozycji. Jednym z pomysłów może być prośba skierowana do wszystkich uczniów o narysowanie drabiny z tyłoma szczeblami, ilu jest uczniów. Na każdym szczeblu należy napisać imię wybranego kolegi / koleżanki. W analizie założyć można, iż im wyżej umieszczony kolega / koleżanka, tym ważniejszy w strukturze klasowej. W analizie warto wziąć pod uwagę miejsce wszystkich uczniów oraz samego ucznia ze spektrum autyzmu. Nie uwzględnienie któregoś z uczniów jest również znaczące i podlega dalszej analizie).

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ZAŁ. 3. ARKUSZ WSTĘPNEJ DIAGNOZY ZESPOŁU KLASOWEGO

12. Kogo z klasy uczniów ze spektrum autyzmu wyróżnia? Kto jest jego najlepszym kolegą / koleżanką? Kogo nie lubi?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

13. Czy w klasie uczyli się lub uczą uczniowie z niepełnosprawnością?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

14. Czy w klasie obecny jest nauczyciel wspomagający? Jeśli tak, to czy jest lubiany przez uczniów?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ZAŁ. 3. ARKUSZ WSTĘPNEJ DIAGNOZY ZESPOŁU KLASOWEGO

15. Czy nauczyciel wspomagający wspiera budowanie i rozwijanie relacji koleżeńskich w klasie?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

16. W jaki sposób uczniowie klasy spędzają przerwy między lekcjami?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

17. W jaki sposób uczeń ze spektrum autyzmu spędza przerwy między lekcjami?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ZAŁ. 3. ARKUSZ WSTĘPNEJ DIAGNOZY ZESPOŁU KLASOWEGO

18. Czy uczeń ze spektrum uczestniczy w wyjściach klasowych, wycieczkach, imprezach i uroczystościach?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

19. Czy są inne niż uczniowie z klasy osoby w szkole, z którymi uczeń ze spektrum autyzmu nawiązuje dobry, przyjacielski kontakt?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

20. Czy w klasie dochodzi do epizodów przemocy rówieśniczej? Jeśli tak, to w jakiej formie i jak często?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ZAŁ. 4. DZIENNIK SPOTKAŃ TERAPEUTYCZNYCH

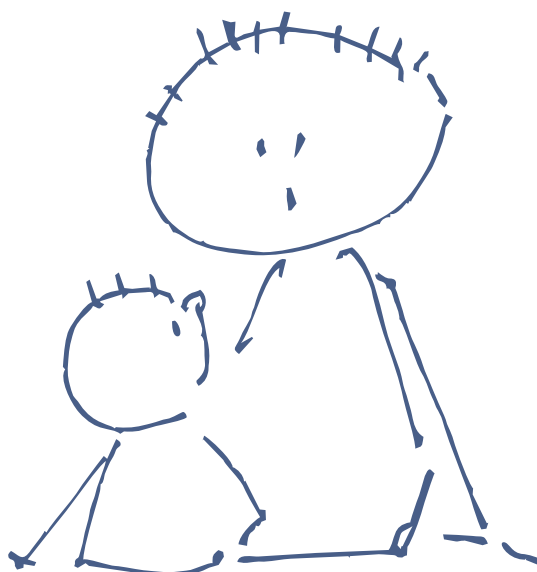
Data	Liczba godzin	Przebieg spotkania
Zapis daty	Zapis liczby godzin (45 lub 60min w zależności od warunków panujących w placówce)	<p>Szczegółowy opis zachowania ucznia w ciągu spotkania. Krok po kroku opisane jego reakcje – w sposób jak najbardziej szczegółowy, precyzyjny i uważny. W terapii osób ze spektrum autyzmu niezwykle ważna jest czujność oraz spostrzegawczość (dostreganie najmniejszych przejawów intencji komunikacyjnej, zmian w zakresie doświadczanych stanów psychofizjologicznych, stąd też konieczne jest trenowanie własnej uważności, a także wrażliwości na detale). Szczegółowy opis sesji, sporządzany każdego dnia ma pomagać terapeutę trenować swoje umiejętności obserwacji oraz uwrażliwiać się na sygnały płynące od dziecka. Opis dotyczy funkcjonowania samego dziecka, ale również tego, co dzieje się z dzieckiem w odpowiedzi na zachowania terapeuty. Terapeuta przygotowując dziennik ma możliwość obserwowania relacji z dystansu, przypominania sobie kolejnych epizodów oraz zachowań. Opis powinien zawierać:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Treści dotyczące zachowania dziecka na początku spotkania (jak dziecko wygląda, jak się czuje, jak się zachowuje w kontakcie z terapeutą); – Sposób przywitania go przez terapeutę (jak terapeuta się czuje przed spotkaniem; czy są jakieś czynniki, które mogą wpływać na jego zachowanie względem dziecka (złe samopoczucie, czynniki sytuacyjne), jak terapeuta odbiera zachowanie dziecka (co czuje w kontakcie z nim) oraz jak się w efekcie zachowuje); – Odpowiedź dziecka na zachowanie terapeuty (co przypuszczalnie dziecko czuje po reakcji terapeuty i jak się zachowuje); – Odpowiedź terapeuty na zachowanie dziecka (j.w.) Itd. <p>Ważne jest, aby próbować opisywać jak najwięcej podobnych wymian – interakcji. Jest to kluczowe do zrozumienia funkcjonowania emocjonalnego i społecznego dziecka, planowania procesu terapeutycznego oraz dokonywania ewaluacji. Istotne jest, aby terapeuta szeroko opisywał swoje uczucia i myśli, które pojawiają się w trakcie spotkania z dzieckiem (tzw. dane z receptacji). W przypadku pracy z osobami ze spektrum, szczególnie nie mówiącymi, komunikacja zachodzi przede wszystkim na poziomie emocji oraz doświadczeń płynących z ciała (niewerbalnym). Analiza własnych reakcji pozwala zatem lepiej zrozumieć dziecko oraz sens interakcji. Dobrze przygotowany opis może być następnie omawiany z supervisorem i analizowany pod kątem efektywności podejmowanych działań oraz zmian w zakresie funkcjonowania emocjonalno-społecznego dziecka. Doświadczenia projektowe pokazały, iż przygotowanie precyzyjnego, rozbudowanego opisu nie jest łatwe dla nauczycieli przyzwyczajonych do pisania krótkich komentarzy w dziennikach lekcyjnych. Im bardziej nauczyciel biorący udział w projekcie osadzony był w obszarze edukacji i dydaktyki, tym trudniej było mu sporządzić złożony opis z uwzględnieniem własnych zachowań oraz zachowań dziecka. Im bardziej psychologicznie zorientowany był nauczyciel, tym łatwiej wchodził w propozycję tworzenia pogłębionych analiz i opisów. Proces nauki opisywania sesji terapeutycznych musi być zatem elementem szkolenia dla terapeutów relacyjnych – przed lub na początku wdrażania programu terapeutycznego.</p>

ZAŁ. 4. DZIENNIK SPOTKAŃ TERAPEUTYCZNYCH

Przebieg spotkania			
Liczba godzin			
Data			

AUTYZM RELACYJNIE

Program szkolenia koordynatorów-terapeutów



AUTYZM RELACYJNIE

Program szkolenia koordynatorów-terapeutów

Spotkania szkoleniowe w ramach programu "Autyzm relacyjnie" odbywają się w każdej z faz procesu włączania ucznia z autyzmem w grupę klasową. Spotkania dedykowane są wybranym w placówce koordynatorom-terapeutom, a ich celem jest wzbogacenie warsztatu terapeutycznego nauczycieli pracujących z uczniami ze spektrum autyzmu.

W fazie przygotowawczej, która realizowana jest w pierwszym semestrze danego roku szkolnego, spotkania mają charakter edukacyjny (warsztatowy) i odbywają się grupowo raz w miesiącu po 4 godziny lekcyjne (2 x 1,5 h wraz przerwą 15 min). Spotkania odbywają się w godzinach popołudniowych w tygodniu lub w godzinach przedpołudniowych w sobotę (w zależności od możliwości czasowych prowadzącego/prowadzących i uczestników). Zajęcia odbywają się w wybranym miejscu (twarzą w twarz) lub (jeśli wymaga tego sytuacja – np. odległe miejsce zamieszkania uczestników) online, za pośrednictwem komunikatora internetowego. Łącznie odbywa się 5 spotkań (w okresie wrzesień-styczeń, co daje łącznie 20 godzin lekcyjnych), finansowanych ze środków własnych uczestników lub zewnętrznych środków pozyskanych przez placówkę, w jakiej uczestnicy pracują.

Rekomendacje dotyczące składu grupy: nauczyciele ochotnicy pracujący z uczniami ze spektrum autyzmu; wykształcenie psychologiczne, pedagogiczne lub pokrewne; wiedza o autyzmie nie jest wymagana. Warto jednak zadbać o podobny jej poziom u wszystkich uczestników danej grupy – i dobrać ich tak, aby nie różnili się znacząco między sobą (np. pracownicy szkół specjalnych w jednej grupie, nauczyciele "przedmiotowcy" w kolejnej grupie itp.).

Najistotniejszym elementem jest motywacja wewnętrzna uczestników – nauczyciele chcący wdrażać program dla swojego ucznia powinni czuć własną potrzebę poszerzania kompetencji i nabywania nowych umiejętności terapeutycznych. Nauczyciele wybrani przez placówkę, bez własnej motywacji nie będą w stanie efektywnie wprowadzić programu i włączyć ucznia do klasy. Istotną bowiem zmienną warunkującą powodzenie przedsięwzięcia jest realne zaangażowanie przyszłego terapeuty w proces oraz przekonanie, że podejmowane działania mają sens i przyniosą pozytywne rezultaty.

Liczba uczestników w grupie nie powinna przekraczać 10 osób. Optymalna liczba to 5-6 osób. Możliwe jest wtedy indywidualne podejście do każdego z uczestników, poznanie jego indywidualnych potrzeb oraz prowadzenie pogłębionych dyskusji na większość z poruszanych tematów.

Rekomendacje dotyczące prowadzącego: Prowadzący zajęcia jest osobą posiadającą wykształcenie psychologiczne i/lub pedagogiczne oraz bogate doświadczenie w pracy z osobami ze spektrum autyzmu. Prowadzący zna podstawowe programy pracy z uczniami ze spektrum zorientowane na budowanie relacji (Son-Rise, Czas podłogowy, Rozwój przez zabawę, podejście Hanny Olechnowicz), orientuje się też w podstawowych założeniach psychoterapii dzieci i młodzieży (nurtu psychodynamicznego i/lub psychoanalitycznego).

Prowadzący ma orientację w zakresie pracy ośrodków terapeutycznych takich, jak The Anna Freud Centre, Tavistock Clinic, zna publikacje współpracujących z tymi ośrodkami terapeutów: Arieta Slade, Anne Alvarez, Peter Fonagy, Alicia Lieberman, Stella Acquarone i inni.

Prowadzący ma również doświadczenie oraz wiedzę z zakresu pracy relacyjnej z osobami z niepełnosprawnością intelektualną. Zna ponadto specyfikę funkcjonowania dorosłych osób ze spektrum autyzmu. Ma doświadczenie i wiedzę o rodzinach tychże osób – ich potrzebach, oczekiwaniach, wyzwaniach.

Prowadzący orientuje się w zakresie funkcjonowania organizacji pozarządowych działających na rzecz osób ze spektrum autyzmu i ich rodzin. Ma doświadczenie własnej superwizji oraz terapii.

Optymalnym rozwiązaniem jest sytuacja, gdy zajęcia są prowadzone każdorazowo przez innego prowadzącego – z kwalifikacjami dopasowanymi do potrzeb danego spotkania. Dopuszcza się możliwość prowadzenia zajęć przez jedną, wybraną osobę.

Zakres merytoryczny spotkań

wraz z szacowanym czasem omawiania i propozycjami ćwiczeń:

SPOTKANIE 1:

Praca relacyjna z dziećmi z niepełnosprawnością – wprowadzenie.

1. Praca dyrektywna z dzieckiem z niepełnosprawnością
– podstawy teoretyczne (45 minut wykładu z dyskusją)
2. Praca niedyrektywna z dzieckiem z niepełnosprawnością
– podstawy teoretyczne (45 minut wykładu z dyskusją)
3. Przerwa (15 minut)
4. Praca relacyjna jako praca skoncentrowana na potrzebach dziecka
– integracja podejść (45 minut wykładu)
5. Analiza materiałów filmowych
(dyrektywnych, niedyrektywnych, wskazywanie mocnych stron i ograniczeń każdego z podejść, podejmowanie prób rozumienia interakcji między dorosłym a dzieckiem niezależnie od podejścia – wprowadzenie w myślenie relacyjne, analiza komunikacji werbalnej i niewerbalnej w obserwowanych relacjach) (45 minut)
6. Zadanie domowe:
Przygotowanie jak najbardziej szczegółowego opisu 5-minutowej, wybranej przez siebie zabawy z uczniem (rozwijanie umiejętności obserwacji, wrażliwości na detale, uważności na zachowania dziecka, autoanalizy oraz analizy relacji) .

SPOTKANIE 2:

Uczeń ze spektrum autyzmu – podstawowe informacje

1. Spektrum autyzmu jako wrażliwość układu nerwowego i neuroodmienność (45 minut wykładu z wykorzystaniem materiałów filmowych i dyskusją)
2. Analiza materiałów video (rozumienie zachowań uczniów ze spektrum autyzmu); celem kształtowanie postawy rozumiejącej, nieoceniającej, eliminacja nastawienia krytycznego oraz patologizującego (skoncentrowanego na negatywnych objawach i deficytach); wspieranie kształtowania postawy wrażliwości oraz dostrzegania potencjałów (mocnych stron osoby) (45 minut)

3. Przerwa (15 minut)
4. Analiza zadania domowego – odczytanie opisu oraz dyskusja grupowa (jak inni rozumieją zachowanie dziecka, zachowanie nauczyciela oraz ich interakcję; omówienie wrażeń podczas wykonywania zadania (co było łatwe, co przysporzyło trudności) (45 minut)
5. Praca na doświadczeniu własnym – wybrani uczestnicy (chętni) opowiadają krótki epizod z pracy z uczniem ze spektrum autyzmu; grupa komentuje oraz wspólnie próbuje zrozumieć zachowania dorosłego i dziecka; celem jest przygotowanie nauczycieli do pracy superwizyjnej, która rozpocznie się w fazie wdrożeniowej.
6. Zadanie domowe: wypisanie mocnych stron wybranego ucznia ze spektrum autyzmu; próba opisanie ich w kontekście przyszłości (pracy zawodowej).

SPOTKANIE 3:

Rodzina ucznia ze spektrum autyzmu

1. Sytuacja rodziny ucznia ze spektrum autyzmu (45 minut wykładu teoretycznego wraz z dyskusją – przykłady własne, przykłady wskazywane przez uczestników)
2. Rodzice dziecka z niepełnosprawnością – przeżycia, emocje, wpływ na relację w paśmie. Analiza materiału filmowego (krótkometrażowy film dokumentalny "Nasza kłątwa") oraz książkowego (fragmenty książki "Nie mażę się, ale marzę o..." H. Barełkowskiej) oraz dyskusja. Celem uwrażliwienie uczestników na sytuację rodziców, zmniejszenie postawy krytycznej, oceniającej, autorytarnej względem nich na rzecz rozwijania empatii i wrażliwości oraz postawy rozumienia (45 minut).
3. Przerwa (15 minut)
4. Symulacja rozmów z rodzicami dziecka ze spektrum autyzmu. Ćwiczenia w parach lub trójkach (w zależności od liczby osób w grupie oraz możliwości czasowych). Jeśli mało liczna grupa, możliwa praca w diadach i analiza wypowiedzi na forum (przed resztą uczestników). Jeśli grupa większa, praca realizowana jest w trójkach (każda z osób wchodzi w rolę terapeuty, rodzica oraz obserwatora, po 15 minutach następuje analiza wrażeń i spostrzeżeń z realizacji tego doświadczenia oraz zamiana) (60 minut)
5. Analiza zadania domowego – doświadczenia uczestników z wykonywania zadania (co było łatwe i przyjemne, co sprawiło trudności) (20 minut).
6. Zadanie domowe: Przeprowadzenie wywiadu z rodzicem ucznia ze spektrum autyzmu z uwzględnieniem wybranych pytań kwestionariusza PDI (Parent Development

Interview autorstwa Ariety Slade w tłumaczeniu M. Stawicka, P. Gołaska, M. Polaszewska-Nicke). Sporządzenie skryptu (opisu przebiegu rozmowy z uwzględnieniem komunikatów werbalnych i niewerbalnych)

SPOTKANIE 4:

Terapia relacyjna – wprowadzenie

1. Podstawy podejścia relacyjnego w terapii (45 minut wykładu): o procesie diagnostyczno-terapeutycznym, o roli obserwacji, o postawie terapeutycznej (na podstawie literatury autorstwa A. Kępińskiego i M. Zalewskiej).
2. Analiza materiałów filmowych w kontekście relacji terapeutycznej (filmy: "Marina Abramovic – artystka obecna", "Buntownik z wyboru"); analiza fragmentów książek ("Nini. Opowieść o niewidzialnym dziecku" ze zbioru opowiadań "Dolina Muminków" T. Jansson), dyskusja grupowa (45 minut).
3. Przerwa (15 minut)
4. Podstawy podejścia relacyjnego w terapii: o potrzebie formułowania hipotez wyjaśniających zachowanie dziecka, o refleksyjności (mentalizowaniu) (45 minut wykładu).
5. Analiza treści wybranego wywiadu w kontekście zdolności do reflektowania / mentalizowania wypowiadającego się rodzica – dyskusja grupowa, analiza narracji, podjęcie próby zbudowania obrazu dziecka takiego, jakim postrzega go rodzic (45 minut).

SPOTKANIE 5:

Terapia relacyjna – metodyka pracy

1. Wybrane metody skoncentrowane na budowaniu i rozwijaniu umiejętności relacyjnych u uczniów ze spektrum autyzmu – analiza krytyczna mocnych stron i ograniczeń. Program Son-Rise (analiza materiałów video, wypowiedzi terapeutów). Dyskusja grupowa (45 minut).
2. Wybrane metody skoncentrowane na budowaniu i rozwijaniu umiejętności relacyjnych u uczniów ze spektrum autyzmu – analiza krytyczna mocnych stron i ograniczeń. Czas podłogowy (analiza materiałów video, fragmentów książek). Dyskusja grupowa (45 minut).
3. Przerwa (15 minut)

4. Wybrane metody skoncentrowane na budowaniu i rozwijaniu umiejętności relacyjnych u uczniów ze spektrum autyzmu – analiza krytyczna mocnych stron i ograniczeń. Rozwój przez zabawę (analiza materiałów video, wypowiedzi terapeutów). Dyskusja grupowa (30 minut).
5. Wybrane metody skoncentrowane na budowaniu i rozwijaniu umiejętności relacyjnych u uczniów ze spektrum autyzmu – analiza krytyczna mocnych stron i ograniczeń. Podejście Hanny Olechnowicz (analiza materiałów video, fragmentów książek). Dyskusja grupowa (30 minut).
6. Podsumowanie i zakończenie pierwszej części szkolenia (30 minut).

W fazie wdrażania programu, która jest realizowana w semestrze letnim danego roku szkolnego koordynatorzy-terapeuci uczestniczą w dwóch rodzajach superwizji, której celem jest konsultowanie i wspólna analiza działań terapeutycznych podejmowanych względem ucznia ze spektrum autyzmu. Superwizja indywidualna jest prowadzona w wymiarze 1h w tygodniu, bezpośrednio twarzą w twarz lub online (komunikator internetowy).

W ramach każdej superwizji terapeuta zobowiązany jest przygotować opis przeprowadzonej sesji zawierający szczegółową analizę zachowań dziecka, dorosłego oraz ich interakcji (wraz z przypuszczalnymi stanami mentalnymi leżącymi u podłoża ujawnianych zachowań). Opis jest odczytywany w trakcie superwizji, a prowadzący superwizor komentuje słyszaną treść oraz pomaga superwizantowi zrozumieć to, co zadziało się w trakcie jego spotkania z dzieckiem. Celem tak przygotowywanego opisu jest podwyższenie poziomu wrażliwości na detale superwizowanego terapeuty, wychwytywania reakcji dziecka, wykształcenie nawyku ich analizowania oraz rozwijanie postawy rozumienia, nie oceny. Celem pośrednim jest również udzielenie wsparcia terapeutie w rozwiązywaniu bieżących trudności. Istotne w doborze superwizora są nie tylko jego kompetencje twarde, takie jak odpowiednia wiedza dotycząca prowadzenia procesu terapeutycznego, jak również spektrum autyzmu.

Istotne również są czynniki "miękkie", takie jak empatia, ciepło, dopasowanie do potrzeb superwizowanego (por. niżej). Superwizja indywidualna trwa jedną godzinę.

Drugą formą oddziaływań szkoleniowych, dedykowanych nauczycielom biorącym udział w programie, jest superwizja grupowa, organizowana raz w miesiącu dla grupy koordynatorów-terapeutów. Superwizja grupowa, podobnie, jak indywidualna, może być realizowana bezpośrednio (twarzą w twarz), jak również online. Spotkanie trwa 3 godziny i odbywa się w godzinach popołudniowych lub w sobotę rano. W trakcie spotkania wybranych trzech uczestników odczytuje przygotowane wcześniej opisy spotkań z uczniami, a grupa wraz z prowadzącym swobodnie komentuje usłyszane

treści. Grupa pełni rolę wspierającą superwizowanego, uczestnicy dzieląc się swoimi doświadczeniami pomagają sobie nawzajem – konkretnie, podsuwając określone rozwiązania oraz emocjonalnie – uświadamiając sobie, że inni terapeuci przeżywają podobne, jeśli nie takie same rozterki i problemy. Spotkania moderuje superwizor, który staje się jednym z członków grupy pracującej – nie pełni roli bezwzględnego autorytetu, lecz jeden z głosów, stawiający równoprawne, jak inni hipotezy i komentarze (por. niżej).

W obu przypadkach – superwizji indywidualnej oraz grupowej dopuszczalne jest przygotowywanie nagrań filmowych w zamian opisów/ narracji. Wyboru dokonuje superwizant w porozumieniu z superwizorem i/lub grupą.

Rekomendacje dotyczące składu grupy: uczestnicy szkolenia przygotowawczego (por. wyżej) – nauczyciele wybrani w placówce, którzy wdrażają program "Autyzm relacyjnie".

Rekomendacje dotyczące prowadzącego: osoba posiadająca wykształcenie psychologiczne lub pokrewne, z doświadczeniem własnej superwizji i psychoterapii (psychodynamicznej lub psychoanalitycznej). Pracująca relacyjnie. Znająca specyfikę pracy placówek oświatowych, tematykę spektrum autyzmu, mająca szeroki wachlarz metod i strategii terapeutycznych.

Osoba życzliwa, nie stawiająca się w pozycji bezwzględnego autorytetu, słuchająca superwizantów, rozpoznająca ich potrzeby, wspierająca ich w rozwoju. Superwizor świadomy jest własnego wpływu na postawę superwizantów względem osób, z którymi pracują (modelowanie). Superwizor stara się więc swoje reakcje formułować tak, jak chciałby, aby superwizant reagował względem dziecka / ucznia.

**Zakres merytoryczny spotkań
wraz z szacowanym czasem omawiania:** jw.

Po włączeniu ucznia do grupy klasowej terapeuta również uczestniczy w superwizji indywidualnej i grupowej, na takich samych zasadach, jak w trakcie fazy wdrażania programu. Superwizja prowadzona jest tak długo, jak długo terapeuta pracuje z dzieckiem i tak długo, jak odczuwa, że stanowi to dla niego wsparcie i pomoc. Superwizant ma swobodę wyboru superwizora oraz jego ewentualnej zmiany, w przypadku, gdy czuje, że nawiązana relacja nie jest wystarczająca. Jak już zostało to wspomniane wcześniej, stopień dopasowania superwizora i superwizowanego powinien

być wysoki. Podczas superwizji poruszane są głównie takie zagadnienia, jak funkcjonowanie dziecka w klasie szkolnej, swoboda vs opieka nad uczniem ze spektrum, wspieranie relacji rówieśniczych oraz wszystkie zagadnienia, które wnoszą superwizanci.

Rekomendacje dotyczące składu grupy: uczestnicy szkolenia przygotowawczego oraz superwizji w fazie wdrożeniowej.

Rekomendacje dotyczące prowadzącego: takie, jak w przypadku superwizji w fazie wdrożeniowej.

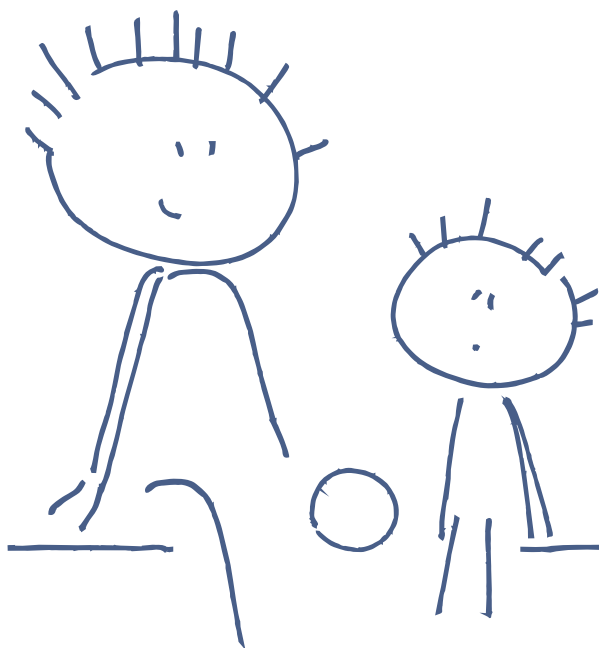
Zakres merytoryczny spotkań wraz z szacowanym czasem omawiania: jw.

Zalecenia dotyczące realizacji programu w placówce edukacyjnej:

Realizacja programu "Autyzm relacyjnie" w placówkach edukacyjnych jest przedsięwzięciem nowatorskim, niełatwym, wiążącym się z pewnym ryzykiem niepowodzenia. Poniżej wskazane zostaną szanse i zagrożenia będące rezultatem wdrażania tego rozwiązania.

SZANSE	ZAGROŻENIA
<p>Realizacja programu edukacyjnego i terapeutycznego w jednym miejscu – ułatwienie organizacyjne i logistyczne dla rodziców;</p> <p>Możliwość finansowania przez placówkę (w ramach zajęć rewalidacyjnych lub ze środków zewnętrznych);</p> <p>Integracja oddziaływań edukacyjnych i terapeutycznych – korzyści dla ucznia (czasowe, organizacyjne, merytoryczne – większa wiedza na temat funkcjonowania ucznia);</p> <p>Monitorowanie bieżących postępów ucznia – edukacyjnych, społecznych, emocjonalnych;</p>	<p>Koordinator i terapeuta jest jedną i tą samą osobą – pełni również rolę nauczyciela (potrzeba dużej elastyczności i jasnych granic w danej sytuacji);</p> <p>Brak akceptacji dla programu ze strony innych pracowników placówki;</p> <p>Trudności we współpracy z rodzicami ucznia (dodatkowe czynniki poza spektrum autyzmu);</p> <p>Zbyt duże obciążenie dziecka liczbą godzin edukacyjnych;</p> <p>Nieobecności w szkole związane z chorobami, wizytami lekarskimi, wyjazdami rehabilitacyjnymi;</p>

SZANSE	ZAGROŻENIA
<p>Pogłębione szkolenie dla koordynatorów-terapeutów (teoretyczne i praktyczne);</p> <p>Duży zakres oddziaływań (znaczna liczba godzin zajęć terapeutycznych dopasowana do możliwości danego ucznia);</p> <p>Tworzenie sieci wsparcia koordynatorów-terapeutów (współpraca między placówkami);</p> <p>Długofalowe, systematyczne, uporządkowane działania szkoleniowe i terapeutyczne;</p> <p>Intensywny, pogłębiony kontakt terapeuty z uczniem i jego rodziną</p>	<p>Brak możliwości finansowania przez placówkę – konieczność pozyskania środków zewnętrznych lub finansowania przez rodziców;</p> <p>Niska motywacja wewnętrzna koordynatorów-terapeutów;</p> <p>Konieczność rezygnacji z pracy przez koordynatora-terapeutę (zmiana pracy, przeprowadzka, ciąża, zły stan zdrowia);</p>



AUTYZM RELACYJNIE

(RE) INTEGRACJA SPOŁECZNA
DZIECI ZE SPEKTRUM AUTYZMU
MAJĄCYCH TRUDNOŚCI W FUNKCJONOWANIU
W GRUPIE RÓWIEŚNICZEJ

AUTOR INNOWACJI:

dr Paulina Gołaska

INKUBATOR:

Samorząd Województwa Wielkopolskiego
– Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu – Lider,
Partnerzy: Miasto Poznań,
Poznańskie Centrum Superkomputerowo-Sieciowe.



PARTNERZY:

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu
ul. F. Nowowiejskiego 11, 61-731 Poznań



Miasto Poznań
Pl. Kolegiacki 17, 61-841 Poznań



Poznańskie Centrum Superkomputerowo-Sieciowe
afiliowane przy Instytucie Chemii Bioorganicznej PAN
ul. Jana Pawła II 10, 61-139 Poznań



Innowacja realizowana była w ramach projektu:
„Przepis na wielkopolską innowację społeczną – usługi opiekuńcze dla osób zależnych”,
którego celem było: wsparcie rozwoju innowacyjnych rozwiązań, które przyczynią się
do skuteczniejszego i efektywniejszego rozwiązywania problemów społecznych
związanych z zabezpieczeniem potrzeb osób zależnych.
Projekt realizowany był na zlecenie Ministerstwa Rozwoju w ramach IV Osi Priorytetowej
Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Działanie 4.1 Innowacje społeczne
i współfinansowany ze środków UE w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.



