

*Magdalena Markowska**

Gorzów Wielkopolski

Terapia dziecka ze spektrum autyzmu

Therapy of a child with autism spectrum disorder

Co to jest autyzm?

Co to jest autyzm? Sam termin pochodzi od greckiego „autos”, które tłumaczy się jako „sam”. Określa się tą nazwą system zaburzeń związanych z brakiem umiejętności komunikowania się, przy czym dotyczy to zarówno braku komunikacji werbalnej, jak i niewerbalnej.

Po raz pierwszy opisał to zaburzenie lekarz Leo Kanner. W 1943 r. zauważył u jedenaścioro obserwowanych dzieci, że fizjonomią nie różnią się od swoich rówieśników, mają przyjemny wygląd, a do tego rozwinięty jakiś talent, np. rysunkowy czy matematyczny. Jednocześnie niepokojące było w ich zachowaniu to, że nie wyciągały rąk do matek, wybierając stale samotność, unikały jakiegokolwiek kontaktu z ludźmi, również wzrokowego (nawet gdy patrzyły komuś w oczy!), często popadały w stany lękowe, reagowały paniką na próby zmiany otoczenia, a często także agresją skierowaną do innych albo do siebie, lubiły być same i wykonywać mechanicznie jedną czynność, np. skakać lub wprawiać jakieś przedmioty w ruch wirowy. Po opublikowaniu swoich spostrzeżeń Kanner musiał bronić się przed twierdzeniem, że autyzm jest tym samym co schizofrenia dziecięca. Wykazał kilka zasadniczych różnic między tymi chorobami, m.in. „(...) twierdził, że schizofrenia może być poprzedzona okresem normalnego rozwoju, zaś dziecko autystyczne jest „inne” od urodzenia. U dzieci schizofrenicznych można stwierdzić uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (...), u dzieci autystycznych nie. Dzieci

* logopeda, nauczyciel, Akademickie Gimnazjum Mistrzostwa Sportowego

autystyczne, w przeciwieństwie do schizofrenicznych, charakteryzują się świetnym zdrowiem, znacznie lepszą sprawnością motoryczną, dość dobrym poziomem intelektualnym, świetną pamięcią i uzdolnieniami muzycznymi”¹.

Autyzmu nie można również mylić z upośledzeniem umysłowym. J.H. Marczak tak oto stwierdza w swym artykule: „Objawy autystyczne są jednak czymś innym niż objawy upośledzenia umysłowego. Dzieci upośledzone, np. wiele dzieci z zespołem Downa, dążą do osiągnięcia rozwojowych. (...) inaczej jest w przypadku dzieci autystycznych. Możliwości wyuczenia się niektórych prac mają dobre lub bardzo dobre, ale wykonują je automatycznie. Nawet gdy są bardzo sprawne, obdarzone fragmentami fenomenalnych uzdolnień, nie potrafią realizować swoich potrzeb poznawczych i społecznych”². Dzieje się tak, gdyż wszystkie umiejętności oparte są na wyuczonym automatyzmie, a to nie prowadzi przecież do niezbędnego w życiu myślenia abstrakcyjnego.

Początkowo przyczyn autyzmu upatrywano w nieprawidłowej relacji matka-dziecko. Bruno Bettelheim głosił teorię psychoanalityczną, według której za autyzm dziecka odpowiadała zimna emocjonalnie matka, osoba egocentryczna, niepotrafiąca skupić się na dziecku. Teoria ta szybko się wśród lekarzy rozpowszechniła, nie wiadomo właściwie dlaczego, skoro tak łatwo ją obalić. Przecież gdyby autyzm powstawał na tle odrzucenia dziecka przez matkę, dzieci z domów dziecka byłyby autystami. Oczywiście zaburzone relacje między rodzicami a dzieckiem mogą pogłębić istniejące w nim cechy autystyczne – nawet niemowlę potrafi odczytać tzw. sygnały wzajemnie zaprzeczone, gdy matka przytula je (bo tak trzeba), a jednocześnie odwraca w bok głowę. Taka zamknięta na dziecko matka wpływa na jego zachowanie, ale na pewno nie można jej oskarżać o wywołanie w dziecku autyzmu.

Tu dochodzimy do problemu dzisiejszego postrzegania tego zaburzenia i jego przyczyn. Upatruje się ich w:

¹ M. Wosiński, *Co warto wiedzieć o autyzmie dziecięcym? Na marginesie sprawozdania z książki Lorny Wing, „Psychologia Wychowawcza” 1974, nr 2, s. 211.*

² J.H. Marczak, *Dzieci autystyczne, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1994, nr 9, s. 23.*

1. Czynniki genetycznych, takich jak:
 - zespół łamliwego chromosomu X,
 - schorzenia typu trisomia 21 czy encefalopatia opryszczkowa,
 - nieprawidłowy rozwój mózdzku,
 - niedorozwój aktywności kory mózgowej.
2. Czynniki metabolicznych.
3. W stanach położniczych, typu:
 - infekcje wirusowe w okresie płodowym,
 - uszkodzenia okołoporodowe,
 - niedotlenienie w inkubatorze.

Autyzm jest według współczesnej nauki postrzegany jako wielopostaciowe, całościowe zaburzenie rozwoju dziecka wynikające z uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Utworzono dla niego nazwy zastępcze – ideacja autystyczna, psychoza dziecięca.

Reprezentantem takiego myślenia jest m.in. Tadeusz Gałkowski, głoszący tezę o wrodzonym organicznym uszkodzeniu centralnego układu nerwowego dziecka autystycznego. Przedstawił on wyniki pewnego eksperymentu. Mianowicie, spośród pięciorga obserwowanych przez trzy lata dzieci troje miało nieprawidłowy zapis EEG, tzn. zmiany typowe dla napadów drgawkowych, co można łączyć z patologią w okolicy skroniowej mózgu. Poza tym Gałkowski wskazał również na incydenty okołoporodowe oraz schorzenia wieku dziecięcego jako fakty, które złożyły się na powstanie u dzieci zaburzeń autystycznych.

Autorzy książki o autyzmie – Peter Randall i Jonathan Parker – również informują o nieprawidłowościach w funkcjonowaniu mózgu u osoby autystycznej. Piszą o dysfunkcji struktury neurologicznej mózgu oraz o zaburzeniu w nim procesów biochemicznych i stwierdzają, że ma to związek z zakłóceniem emocji u autystów, a także z ich czuciem i koncentracją. Poza tym wskazują na nieprawidłowy poziom serotoniny we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym.

W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób autyzm znajduje się pod numerem (symbolem) F84.0 i jest wyjaśniony jako całościowe zaburzenie rozwojowe, odznaczające się „nieprawidłowym lub zaburzonym rozwojem psychicznym przed trzecim rokiem życia, charakterystycznym

sposobem zachowania się (ograniczone, stereotypowe, powtarzające się ruchy)”³.

Zgodnie z tym co podaje Maria Pecyna w pracy pt. „Psychologia kliniczna w praktyce pedagogicznej”, aby stwierdzić występowanie autyzmu wczesnodziecięcego, należy zbadać czy w zachowaniu dziecka istnieją następujące zespoły objawów autystycznych:

1. Zaburzenia niewerbalnych zachowań społecznych:

- awersja do kontaktów cielesnych – może wynikać ona z nadwrażliwości dotykowej. Dzieci te nie chcą nawet niczego brać do ręki, toteż trudno oczekiwać, że w sposób naturalny chciałyby przytulenia. Stwierdzono u nich opóźnione dojrzewanie w częściach ciała znajdujących się najdalej od tułowia, a więc często zginają palce rąk tylko u nasady dłoni, niczego nimi nie dotykają, natomiast wszystko wączają (silna potrzeba stymulacji węchowej). Dzieci te, choć mają obniżoną reakcję na ból, wykazują nadwrażliwość na lekkie dotknięcie skóry – jest to jeden z paradoksów autyzmu,
- brak uwagi wspólnie podzielnej – dzieci autystyczne mają zaburzenia koncentracji (podwyższone lub obniżone skupienie uwagi na przedmiocie), skupiają się tylko na własnej czynności, która jest zazwyczaj jakimś monotonnym, wielokrotnym powtórzeniem jednego ruchu,
- brak wskazywania – dzieci te nie komunikują się nawet niewerbalnie, np. mimiką, językiem migowym, gestami,
- brak zabaw imitacyjnych – mali autyści nie próbują bawić się „w rodzinę”, „w sklep”, „w szkołę”, jak czynią to zdrowe maluchy.

2. Zaburzenia okresu przedwerbalnego:

- brak lub rzadki uśmiech na widok ludzkiej twarzy – w ten sposób już w pierwszym roku życia widać zaburzenia rozwoju społecznego. Dzieci odrzucają innych ludzi, traktują ich jak przedmioty rozstawione wokół siebie,
- brak lęku na widok obcej osoby – udowodniono, że autyści nie mają poczucia zagrożenia, więc niczego się nie boją. Poza tym nie uświadamiają sobie nawet, że ktoś się o nich boi,
- brak gaworzenia lub gaworzenie monotonne – według Ireny Styczkowej w ogóle nie przechodzą przez fazy rozwoju mowy takie jak głuże-

³ S.M.B. Pecyna, *Psychologia kliniczna w praktyce pedagogicznej*, Warszawa: Żak 1999, s. 125.

nie, gaworzenie, a pojedyncze słowa niesłużące komunikacji wypowiadają około 5. roku życia,

- wokalizacje natrętnie powtarzane – w pierwszym roku życia dziecka stałe odtwarzanie zasłyszanych dźwięków jest normą. Między szóstym a dwunastym miesiącem pojawia się u wszystkich dzieci skłonność do powtarzania dźwięków niemających znaczenia. Dzieci uczą się naśladować odgłosy z najbliższego otoczenia, a także bawią się w ten sposób, uruchamiając artykulatory i słuchając własnych wytworów głosowych. W drugim roku życia skłonność do wokalizowania zdrowym dzieciom stopniowo przechodzi, a jego miejsce zastępuje mowa. Inaczej dzieje się u autystów, bo oni nie tracą zainteresowania wokalizowaniem,
- hipotonia mięśniowa, dystonie, niewłaściwa kontrola postawy ciała.

3. Zaburzenia zachowań percepcyjnych:

- brak kontaktu wzrokowego – dzieci autystyczne prześlizgują się wzrokiem po otoczeniu i nawet jeśli patrzą przez chwilę na twarz drugiej osoby, nie patrzą jej w oczy,
- brak zainteresowania innymi dziećmi – M. Kościelska i M. Nowak przeprowadziły pomiar interakcji między dziećmi autystycznymi. Objęły badaniem dziesięcioro chorych dzieci w wieku 5-13 lat oraz dwie grupy kontrolne złożone ze zdrowych dzieci w wieku trzech i sześciu lat. Okazało się, że inicjowanie kontaktów przez dzieci autystyczne w jednej czwartej następowało w sposób przypadkowy. W innych sytuacjach pobudkami inicjacji były chęć zwrócenia na siebie uwagi, zaciekawienie czymś, pragnienie uzyskania czegoś. Nie było więc pobudki podmiotowej, to nie kolega/koleżanka byli ważni,
- dziwny sposób operowania przedmiotami (obiektami autystycznymi) – autyści lubią obserwować ruch przedmiotów, często więc fascynują się uruchomioną pralką, kołami jadącego samochodu itp. Mają nadzwyczajną sprawność manualną i często wprawiają przedmioty w ruch wirowy, np. kapsle czy żetony.

4. Zaburzenia funkcjonalne:

- trudności w ssaniu pokarmu, wymioty – dziecko nie przyjmuje pokarmu, ma trudności w żuciu, połykaniu, trawieniu,
- stany „zmęczenia i wyczerpania” – dzieci chore z reguły są meteopatami, mocno reagują na skoki ciśnienia, zmianę pogody, a także pory dnia,
- stereotypie, fascynacje rękami – dzieci wykonują mechanicznie jedną

- czynność, powtarzając wielokrotnie sekwencję ruchów. Robią z danej czynności swój rytuał, który nigdy im się nie nudzi. Według Gałkowskiego stereotypie wynikają z potrzeby stymulacji oraz są okazją do wyładowania nagromadzonej energii. Dzieci te lubią obserwować swoje dłonie i np. zanurzać je, wkładać pod strumień wody. Ich fascynacja rękami jest zauważalna już w niemowlęctwie, kiedy leżąc wyciągają je ponad siebie i tym samym zasłaniają się też przed widokiem nachylającej się nad nimi osoby (np. przed widokiem matki),
- krzyki, napady złości, autoagresja – wynikają one z nagromadzenia emocji oraz potrzeby autostymulacji. Lovaas słusznie jednak zauważył, że wszelkie zachowania destrukcyjne wpływają ujemnie na możliwość przyswajania sobie pozytywnych nawyków w życiu codziennym.

Po zaprezentowaniu najważniejszych objawów autyzmu nie ma wątpliwości, że jest to poważna, niosąca za sobą wiele skutków choroba. Jak stwierdził Gałkowski „Autyzm jest zaburzeniem w zachowaniu mającym charakter rozwojowy. Oznacza to, że poważne ograniczenie, jakie stwarza autyzm dla rozwoju może i bardzo często powoduje takie konsekwencje jak opóźnienie umysłowe i zahamowanie wielu istotnych dla przystosowania się do życia funkcji poznawczych”⁴.

Poza wymienionymi wyżej kryteriami diagnozy autyzmu wczesnodziecięcego istnieje ich jeszcze kilka. U takiego dziecka występuje opóźniony rozwój mowy – E. Minczakiewicz wykazuje, że przewokalne głuszenie pojawia się dopiero między 5. a 26. miesiącem życia, natomiast gaworzenia zazwyczaj w ogóle nie ma. Irena Styczkowska natomiast zwraca uwagę na fakt, że takie dziecko nie reaguje na głos matki, nie używa głosu, by skupić na sobie uwagę otoczenia, nawiązać kontakt, ani nie kontaktuje się pozawerbalnie. Rozumienie mowy jest u niego lepsze niż jej ekspresja.

H. Jaklewicz, w odróżnieniu od wyżej wspomnianej autorki, wyróżnia drugi typ autyzmu – późno objawiający się. Łączy się on z tym, że dziecko przechodzi początkowo przez fazy rozwoju języka: okres sygnału-apełu, sygnału jednoklasowego, sygnału dwuklasowego, swoistej mowy dziecięcej, a potem następuje nagły szybki regres mowy. Pojawiają się

⁴ T. Gałkowski, *Usprawnianie dzieci autystycznych w szkole specjalnej*, „Szkoła Specjalna” 1984, nr 6, s. 407.

znowu komunikaty jednoczłonowe, stopniowo zanika mowa jako objaw komunikacji oraz komunikacja niewerbalna. Występuje tu echolalia odroczone – dziecko przypomina sobie czyjeś wypowiedzi po tygodniach (nawet miesiącach) i dokładnie je powtarza, zwracając uwagę na intonację, akcent, rytm. Dziecko mówi niegrammatycznie, za to używa słów trudnych, rzadko stosowanych. Jednocześnie nie używa zaimka „ja”, lecz mówi o sobie „ty”, „on”, co wiąże się z zaburzeniem tożsamości. Nie używa też przyimków i partykuły „tak” jako przyznania racji. Najgorzej posługuje się kodem słuchowym, m.in. stąd zaburzenia w rozwoju mowy, trudności w przyswajaniu reguł gramatycznych, echolalie, rozbieżność co do progu wrażliwości na dźwięki – np. reaguje na dźwięki ledwo słyszalne, a na głośne nie.

Charakterystyczny jest dla autystów brak integracji zmysłów (brak wielozmysłowego poznawania), występuje u nich „(...) niezdolność do integrowania jednoczesnych doznań od więcej niż jednego receptora- najczęściej dotyku wraz ze zmysłem kinestetycznym i wzroku, kontrolującego działanie”⁵. To zagadnienie wiąże się z występowaniem u autystów tzw. fenomenów, szczególnych uzdolnień w jakiejś wąskiej dziedzinie. „Zablokowanie poznawania wielozmysłowego u osób autystycznych jest szczególnie jaskrawo widoczne, gdy zanalizujemy osiągnięcia i ograniczenia tzw. fenomenów autystycznych. Są to osoby obdarzone niezwykłymi umiejętnościami, opartymi o pamięć fotogramatyczną, bądź zdolność operowania liczbami. Potrafią one np. odtwarzać wiernie raz obejrany rysunek, budowę, usłyszany tekst lub melodię, szereg cyfr (ale, co znamienne, nie notowano u nich zdolności do zapamiętywania twarzy ludzkich)”⁶. Autysta więc skupia się na jednym aspekcie rzeczy, zapamiętuje detale obrazu albo dosłowną treść i brzmienie czyjejś wypowiedzi.

Kolejnym ważnym objawem tej choroby jest brak spójności między „inteligencją testową” a „inteligencją życiową”. Występuje tu defekt przetwarzania informacji w mózgu – chory nie umie tych informacji scalać, a co za tym idzie nie rozumie kontekstu. Nie potrafi zinterpretować

⁵ H. Olechnowicz, *Przez ręce do głowy i serca. Kształtowanie rozumnego działania dłoni metodą Felicji Affolter. Perspektywy zastosowania w terapii dzieci autystycznych*, „Szkoła Specjalna” 1997, nr 4, s. 215.

⁶ Ibidem, s. 216.

prawidłowo czyjejś wypowiedzi, jeśli tylko pojawi się w niej stały związek frazeologiczny. Wiąże się to też często z nierozumieniem reguł konwencji społecznych, dziecko nie pojmuje, że pewnych rzeczy nie wypada robić, nie wolno czegoś mówić, bo to kogoś obraża lub rani. Ma to związek być może z myśleniem dereistycznym (łac. „dereismus” to myślenie bez liczenia się z rzeczywistością), gdzie chory myśli o sobie, o własnych doznaniach. „Autyzm opiera się na myśleniu niepoznawczym, oderwanym od rzeczywistości, całkowicie uzależnionym od chwilowych potrzeb jednostki, jej skłonności, pragnień, upodobań, lęków i przemijających nastrojów”⁷.

Ważnego odkrycia na temat myślenia dzieci autystycznych dokonał S. Baron-Cohen, który w 1992 r. ogłosił, że nie mają one wykształconej „teorii umysłu”, czyli nie potrafią zrozumieć stanu umysłu innych ludzi, tego, że każdy myśli inaczej, pragnie czego innego, wierzy w co innego. W życiu codziennym objawia się to np. w taki sposób, że autysta nie umie wybrać dla kogoś odpowiedniego prezentu.

Dzieci autystyczne zwracają uwagę na detale, szybko zauważają więc drobne zmiany, np. zmiany trasy z domu do przedszkola. Odczuwają silny niepokój, gdy coś ulega zmianie, od razu protestują przeciw spacerowi inną niż zwykle ulicą, by utrzymać poczucie pewności, stałości otoczenia. W tej potrzebie pewności należy zatem szukać wyjaśnienia dla wszelkich rytuałów i stereotypii i dla przedkładania rzeczy nad ludzi – uspokaja je niezmiennosc i przewidywalność przedmiotów. Być może wiąże się to z poruszonym już wcześniej zagadnieniem poczucia własnej osoby, tego, że się jest. Dziecko, nie mając świadomości, że istnieje, że jest indywidualnością (co przejawia się w mówieniu o sobie per „on”, „ona”), czuje się w świecie ludzi niepewnie, siedzi garbiąc się, szukając poczucia bezpieczeństwa w pozycji prenatalnej, wzdycha, głęboko oddycha, jakby chcąc odczuwać własne ciało. „Mała świadomość ciała wpływa na brak poczucia bezpieczeństwa, a poziom lęku jest stale bardzo wysoki”⁸.

Dzieci autystyczne unikają na wszelkie sposoby konfrontacji

⁷ E. Nurowski, *Dzieci autystyczne*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1986, nr 4, s. 193.

⁸ E. Kuźajska, *Analiza procesu terapeutycznego chłopca z autyzmem*, „Refleksje” 2003, nr 3, s.15.

z rzeczywistością, z bodźcami z zewnątrz. Wobec ich nadmiaru – głośnych dźwięków, ostrego światła, dotyku skóry – wobec nadmiaru „dziania się” bronią się najpierw paniką, a potem wyłączeniem się, ucieczką w swój świat. Zachowanie izolacyjne jest właśnie obroną przed sytuacją społeczną, w której dziecko czuje się niepewnie. Nie znaczy to jednak, że należy je zostawiać w jego bezpiecznym, bo hermetycznym świecie – przeciwnie, choć ono broni się i początkowo nie przetwarza naszych komunikatów, trzeba pobudzać jego myślenie i aktywność ruchową, bo to przyniesie oczekiwane rezultaty: „(...) mechanizm obrony percepcyjnej polega na zablokowaniu bodźca przez niedopuszczenie go do poziomu kory. Wypływa stąd wniosek, że dziecko autystyczne, żyjące we własnym świecie, może odciąć się od możliwości zrozumienia (dekodowania) bodźców słuchowych na poziomie kory, ale nie może odsunąć się od samych bodźców, które nie przestają być dla niego urazem. Działają one na jego autonomiczny układ nerwowy, podnoszą ogólny poziom aktywacji i wywołują konieczność dalszego utrzymywania bądź wzmacniania obrony percepcyjnej”⁹.

Charakterystyka Ali C.

Ośmioletnia dziewczynka, o której napomknęłam w pierwszych słowach swojego artykułu, to Ala C. Diagnoza nominalna sporządzona dla niej mówi, że dziewczynka choruje na niesamoistny opóźniony rozwój mowy na tle upośledzenia umysłowego z zachowaniami autystycznymi. Tym samym widoczne są w jej zachowaniu pewne charakterystyczne cechy, takie jak zaburzenia mowy, upośledzenie jej rozumienia oraz opóźniony rozwój psychomotoryczny, czyli dysfazja sensoryczna akustyczno-semantyczna.

„Logopedyczny słownik terminologii diagnostycznej” Józefa Surowańca definiuje dysfazję sensoryczną (impresywną), jako „częściową utratę zdolności percypowania tekstów słownych”¹⁰. Ala więc „nie czuje” mowy, nie dekoduje czyichś (ani własnych) wypowiedzi, nie rozumie ich. Oczywiście przekłada się to na występowanie u niej echolalii natychmiastowej lub odroczonej. Zjawisko to występuje w ścisłym

⁹ S. M. B. Pecyna, *Psychologia...*, s.134.

¹⁰ J. Surowaniec, *Logopedyczny słownik terminologii diagnostycznej*, Kraków : Wydawnictwo Edukacyjne 1996, s. 115.

związku nie tylko z cechami autystycznymi, ale też z upośledzeniem umysłowym. K. Kirejczyk określa upośledzenie umysłowe jako „istotnie niższy od przeciętnego w danym środowisku (co najmniej o dwa odchylenia standardowe) globalny rozwój umysłowy jednostki z nasilonymi równocześnie trudnościami w zakresie uczenia się i przystosowania, spowodowany we wczesnym okresie rozwojowym przez czynniki dziedziczne, wrodzone i nabyte po urodzeniu (...) wywołujące trwałe (względnie) zmiany w funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego”¹¹. Skoro upośledzenie umysłowe wynika z uszkodzenia centralnego układu nerwowego, to oczywiście wiąże się to z niedorozwojem kory mózgowej, odpowiedzialnej za wytwarzanie związków czasowych, odruchów warunkowych oraz stereotypów dynamicznych.

Mówi się o totalnym charakterze niedorozwoju, gdyż dziecko upośledzone umysłowo, takie jak przedstawiona tu Ala C., ma zaburzoną motorykę, mowę, wolę i przede wszystkim intelekt, czyli:

- postrzeganie – trudności w dokonywaniu analizy i uogólnianiu wrażeń,
- uwagę – trudności w skupieniu się na danej pracy oraz łatwość, z jaką uwaga ulega rozproszeniu,
- pamięć – utrudnione zapamiętywanie, wszystko, co nowe musi być wielokrotnie powtarzane, by w ogóle mogło być przyswojone. Również odtwarzanie, np. treści opowiadania, jest zaburzone,
- myślenie abstrakcyjne – raczej nieosiągalne dla chorego, którego rozwój intelektualny zatrzymuje się na etapie myślenia konkretno-sytuacyjnego i nie dochodzi do myślenia pojęciowego.

Chore dziecko ma też zaburzoną sferę emocjonalną, dlatego reaguje tylko na bezpośrednie przeżycia (zresztą nieadekwatnie, gdyż np. poważne zdarzenia mogą nim nie wstrząsnąć, a nieistotne tak), a o potencjalnych przyszłych doświadczeniach nie myśli. Jego reakcje są więc niewspółmierne do siły bodźca. Nie potrafi ono kontrolować siebie tak, jak dziecko zdrowe, a także wykazuje o wiele mniejsze dążenie do poznawania otaczającego świata.

Zgodnie z typologią temperamentalną upośledzonych, przytoczoną przez H. Borzyszkowską, opisywana tutaj Ala C. jest dziewczynką typu

¹¹ H. Borzyszkowska, *Oligofrenopedagogika*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe 1985, s. 21.

eretycznego (pobudliwego), tzn. ruchliwą, niestałą, mającą trudności w skupieniu uwagi, z euforycznym odcieniem nastroju. Podobnie jak wszystkie dzieci upośledzone ma problemy z adaptacją, nie wykazuje inicjatywy i samodzielności, jednak zachęcona naśladuje innych. Przeszkodą w uczeniu się prawidłowych zachowań są typowe dla takich dzieci gwałtowne reakcje oraz akty destrukcyjne i autodestrukcyjne.

Upośledzenie umysłowe często wiąże się z anomaliami w rozwoju fizycznym, tak też jest w przypadku Ali, która ma ciało usztywnione, spastyczne oraz zaburzenia metabolizmu, z czego wynika otyłość.

Zazwyczaj znaczne upośledzenie umysłowe wywołane jest jedną przyczyną (w opozycji do lekkiego upośledzenia) i tak prawdopodobnie było w przypadku tej dziewczynki. Mamy tu do czynienia z zaburzeniem uwarunkowanym genetycznie (a więc wrodzonym), dominującym, gdzie do jego wywołania wystarczy nieprawidłowy gen od jednego z rodziców. Ali ten nieprawidłowy gen przekazał ojciec, który – choć sam zdrowy – miał dwóch upośledzonych umysłowo braci. Na skutek dziedzicznego defektu również drugie dziecko – siostra Ali – urodziło się chore. Obecna sytuacja rodzinna Ali jest trudna, gdyż dziewczynkami opiekuje się tylko mama, jako że ich ojciec zmarł nagle na zawał.

Poznałam Alę, gdy miała pięć lat, a więc na początku jej terapii metodą psychostymulacyjną. Pamiętam dziewczynkę zupełnie niereagującą na otoczenie, zamkniętą w swoim świecie, „bawiącą się”, tzn. wykonującą wciąż te same czynności, polegające np. na przerzucaniu kartek książki i mówieniu „pada deszcz, pada deszcz...”, bo szelest wywoływał pewnie skojarzenie z szumem ulewy za oknem. Pamiętam dziewczynkę, która nie patrzyła na ludzi, a tym bardziej im w oczy, i reagowała agresją na próby dotykania jej i zmuszania do wspólnej działalności. Pamiętam zatem dziewczynkę niekomunikującą się w żaden sposób z ludźmi, chociaż mówiącą. Ala już wtedy dużo mówiła, jednak wszystkie jej wypowiedzi były mechanicznym, mimowolnym powtarzaniem zasłyszanych gdzieś słów, zdań, a więc eholalią – bezpośrednią i odroczoną. O tej eholalii odroczonej informował ojciec, który śmiał się, że Ala słuchając na dobranoc bajki o kotku, przypomniała i wyrecytowała znany z naszych zajęć świetlicowych wierszyk „Głaszczę kota, klepię psa...”.

Dzisiaj rozwój społeczny Ali jest zdecydowanie lepszy. Na pewno duży wpływ na to ma jej przebywanie w świetlicy terapeutycznej pod

opieką coraz to innych studentek, praktykantek. Ala często zatrzymuje wzrok na czyjejś twarzy, przygląda się ludziom. Łatwiej jest zachęcić ją do wspólnej zabawy, np. do zabawy parateatralnej w zwierzęta. Potrafi skupić się i pracować przez około dwadzieścia minut. Można wtedy zauważyć, że mowa Ali staje się celowa – wypowiedzi (często w formie echolalii) są zgodne z tematem zabawy czy wykonywanej czynności. Informując ją, że teraz idziemy do łazienki, słyszałam wielokrotnie „teraz myjemy ręce, teraz myjemy ręce...”.

Ala bardzo lubi zajęcia grupowe, zwłaszcza muzykoterapię przy pianinie i wspólnym śpiewie, jest wrażliwa na dźwięki. Warto przy tym zauważyć, że również dobrze wyczuwa ton czyjegoś głosu – łagodny czy rozkazujący. Jak większość upośledzonych dzieci reaguje agresją, jeśli ktoś lub coś sprawia, że jest niezadowolona. Próbuje wyzwolić się od czyjejś opieki krzykiem i gryzieniem, ale gdy widzi, że terapeuta nie ustępuje i jest konsekwentny – ulega. Potrafi włączyć się do zabawy i np. słuchać opowiadanej historii, oglądając przy tym obrazki.

Przykład Ali jest jednym z wielu, który dowodzi, że jest sens poddania dziecka upośledzonego (niezależnie od stopnia upośledzenia) terapii. Postępy nie są spektakularne i nikt takich nie oczekuje, ale są wymierne. Fakt, że dziecko o cechach autystycznych zaczyna zauważać ludzi, nawet uśmiechać się do wybranych osób, zasługuje na uznanie. Rozwój społeczny wynika ze stałego pobudzania psychiki chorego dziecka, ze stymulowania jej różnymi bodźcami, zmuszania do aktywności. Wiąże się to również z wyraźną poprawą rozumienia mowy, z adekwatnością wypowiedzi, mimo że wciąż występują w formie echolalii.

Nie ma wątpliwości, że nawet w ciężkich przypadkach upośledzeń umysłowych dziecko odpowiednio dostymulowane uczyni postępy. „Systematyczne pobudzanie istniejących mechanizmów do rozwoju, konsekwentny system wymagań prowadzą do uczynniania i rozwijania możliwości dziecka. Dostrzeżenie i realizowanie różnorodnych konsekwencji dynamicznego podejścia do oligofrenii stwarza nowe, realne szanse rozwoju i usprawniania jednostek upośledzonych, opanowania przez nie funkcji psychospołecznych, pożytecznych dla nich samych i dla ich otoczenia”¹².

¹² Ibidem, s. 23.

Prezentacja wybranej sesji terapeutycznej przeprowadzonej z Alą C.

Cele	Sposób realizacji celów
<ol style="list-style-type: none"> 1. Prawidłowy wzorec oddechowyy i dobra emisja głosu. 2. Rozwój nominacyjnej funkcji mowy. 3. Rozwój komunikacji słownej na poziomie podstawowym. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ćwiczenia oddechowo-głosowe i rozwibrowujące. 2. Ćwiczenia w nazywaniu i rozpoznawaniu nazw przedmiotów. 3. Trening w wykonywaniu poleceń, zadawaniu pytań i udzielaniu odpowiedzi.
Działania terapeuty	Zachowania dziecka
<ol style="list-style-type: none"> 1. Najpierw w ramach porannych zajęć wykonałam ćwiczenia oddechowo-głosowe oraz rozwibrowujące. 2. Pokazałam Ali układankę składającą się z tekturowej podstawy (tła) z wyciętymi otworami na duże puzzle. Układanka przedstawiała gospodarstwo ze zwierzętami. Powiedziałam Ali, że będziemy układały nasze gospodarstwo i przedstawiałam jej zwierzęta: krowę, świnie, kurę, kaczkę, koguta, kota, owcę i psa. 3. Po prezentacji wszystkich elementów układanki wzięłam do ręki jeden puzzle i zapytałam: - <i>Ala, co to za zwierzę? Co to jest?</i> Powtórzyłam kilkakrotnie pytanie. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ala chętnie uczestniczy w grupowych ćwiczeniach, wykonuje je całkiem sprawnie. Bardzo lubi ćwiczenia rozwibrowujące na desce. 2. Ala oglądała puzzle, brała je do ręki, machała nimi, ale słuchała mojej opowieści o zwierzętach. 3. Ala odpowiedziała: - <i>Muuu...</i> onomatopeją adekwatną do omawianego zwierzęcia.

Działania terapeuty	Zachowania dziecka
<p>4. Przyznałam, że tak, krowa robi „muuu”.</p> <p>- <i>To jest krowa</i> - powtarzałam kilkakrotnie, jednocześnie dotykając tego puzzla dłonią Ali. Zmierzałam do tego, by dziewczynka umiała nazwać zwierzę. Po powtórzeniach zapytałam:</p> <p>- <i>Ala, co to za zwierzę?</i></p>	<p>4. Ala pozwoliła dotykać jej dłonią puzzla, słuchała, potem odpowiedziała: - <i>Trowa, trowa...</i> zamieniając „k” na „t”.</p>
<p>5. Wzmocniłam tę odpowiedź, podając prawidłową nazwę:</p> <p>- <i>Tak, to jest krowa. Ala, a jak robi krowa?</i></p>	<p>5. Ala patrzyła na puzzel. Po chwili powiedziała:</p> <p>- <i>Muuu...</i></p>
<p>6. Opowiedziałam dziewczynce o tym, jak krowa wychodzi na pastwisko i zjada zieloną trawę. Powtórzyłam wielokrotnie zdanie oznajmujące:</p> <p>- <i>Krowa lubi jeść trawę</i></p> <p>i dotykałam przy tym palcem Ali odpowiedniego puzzla. Zapytałam:</p> <p>- <i>Ala, co lubi jeść krowa?</i></p>	<p>6. Ala odpowiedziała:</p> <p>- <i>Trawę, trawę...</i></p>
<p>7. Powiedziałam Ali, byśmy ułożyły krowę na planszy - kierowałam jej dłonią.</p>	<p>7. Ala ułożyła puzzel na planszy.</p>
<p>8. Według tego schematu pytałam o pozostałe zwierzęta: <i>Jakie to zwierzę? Jak robi świnia (kura, kaczką itd.)? Co lubi jeść świnia?</i> Układaliśmy puzzle na planszy.</p>	<p>8. Ala pracowała powoli, reagowała na pytania po wielokrotnych powtórzeniach.</p>

Działania terapeuty	Zachowania dziecka
9. Pod koniec zabawy pytałam: - <i>Ala, gdzie jest krowa? Pokaż mi krowę.</i>	9. Ala wzięła do ręki puzzel, który przedstawiał krowę.
10. Pochwaliłam ją i kontynuowałam to ćwiczenie sprawdzające pamięć.	10. Ala dobrze wskazała jeszcze zwierzęta: psa, kota i koguta.
11. Na zakończenie zabawy razem odniosłyśmy ułożoną układankę do szafki.	

Komentarz

Ala chętnie pracowała przy układaniu puzzli i z zainteresowaniem słuchała historyjki o zwierzętach gospodarskich. Słyszając nazwę danego zwierzęcia reagowała, wydając z siebie dźwięki (onomatopeje) adekwatne do tego zwierzęcia albo echolalie, np. gdy opowiadałam o kocie, usłyszałam: „głaszczę kota, klepię psa”. Echolaliom towarzyszyły odpowiednie ruchy (głaskanie, klepanie), a także stereotypie (obracanie puzzlem). Zmierzając do utrwalenia nominacji oraz pobudzenia myślenia u Ali, ignorowałam te echolalie, zabierałam z ręki klocki, a automatyczne ruchy wygaszałam, przytrzymując jej ręce oraz nie przerywając wątku swojej opowiadki. Kierowałam uwagę dziewczynki, pilnowałam, by nie rozpraszała tej uwagi niepotrzebnymi skojarzeniami oraz konsekwentnie zachęcałam ją do nazywania przedstawianych zwierząt.

Stosowałam wobec Ali „zalewanie mową”, które zawsze sprzyja nabywaniu i zapamiętywaniu słów, pojęć, a także podsuwałam jej gotowe wzorce zdaniowe, konieczne przy udzielaniu odpowiedzi. Zmuszałam bowiem dziewczynkę do komunikowania się werbalnie i w tym celu stosowałam technikę sufłowania odpowiedzi. Ala bez większych oporów powtarzała te zdania, przyglądając się przy tym wizerunkowi odpowiedniego zwierzęcia – tworzyłam w ten sposób skojarzenia słowno-obrazowe i obrazowo-słowne. Tak jak już wspomniałam, nie reagowałam na liczne echolalie niepowiązane treściowo z zabawą. Te wypowiedzi echolaliczne, które można było powiązać z tematem naszych zajęć podchwytывałam i wplatałam w opowiadaną historyjkę o zwierzętach.

Staralam się budować komfort psychiczny Ali poprzez rezygnację z kar i stosowanie tylko pozytywnych wzmocnień, takich jak pochwały i głaskanie.

Metody zajęć z dzieckiem o cechach autystycznych

Kończąc część mojego artykułu chciałabym poświęcić metodom zajęć z dzieckiem o cechach autystycznych. Trudno mi przepowiadać, jaki etap myślenia i mowy osiągnie Ala w przyszłości, natomiast mogę wyrazić swoje przekonanie co do metod pracy z nią.

Oczywiste jest, że podstawę stanowi metoda drobnych kroczków, błędem jest bowiem oczekiwanie na nagłe odblokowanie się dziecka. Należy zatem stawiać mu małe cele i na bieżąco modyfikować zaburzone zachowania. Trzeba stosować wzmocnienia, takie jak pochwały za każdą dobrze wykonaną czynność oraz kary – może nią być brak pochwały.

Ala, jak każde dziecko o cechach autystycznych, ma zaburzone poczucie tożsamości, co przejawia się m.in. w mowie, gdy odtwarza czyjeś polecenia, typu: „Ala, podaj rękę” (używanie 2. osoby liczby pojedynczej w kontekście własnej osoby). Z pomocą może tu przyjść Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne, która zawiera m.in. ćwiczenia związane z ruchem prowadzącym do poznania własnego ciała. Chodzi o to, by chore dziecko poczuło, że ma ciało, które jest ciężkie. To zaś sprzyja budowaniu własnej tożsamości, poczucia, że się jest.

Również z czuciem ciała związana jest muzykoterapia, tak lubiana przez Alę. Takie zajęcia usprawniają ruchowo, uczą poprzez zabawę pojęcia regularności (np. miarowe klaskanie w dłonie), sprzyjają budowaniu kontaktów społecznych, bo dzieci tańczą w kole, dotykają się. Poza tym dzięki muzykoterapii chore dziecko może opanować swoje emocje, kontrolować siebie – dzieje się tak, gdy w zabawę włączamy marsz, a więc równe tempo poruszania się. Co do mowy – muzykoterapia pomaga dzieciom otworzyć się i wydawać z siebie dźwięki, rytmicznie skandować wyrazy.

Kolejną metodą przydatną w terapii Ali jest ta stworzona przez Felicję Affolter. Terapeutka słusznie zauważyła, że autyści mają zaburzone poznawanie wielozmysłowe, nie umieją integrować doznań pochodzących z paru receptorów. W celu uczenia się koordynowania tych doznań

zapropozowała ćwiczenia polegające na dotykaniu różnych przedmiotów, substancji, np. ciasta, owoców, kleju, klocków itp. Poprzez dotyk bowiem dzieci mogą poczuć kształty, konsystencję, ciężar, temperaturę, wilgotność, a jednocześnie oglądają te rzeczy, wężają je, słyszą odgłosy, jakie wydają, a także mogą niektórych próbować, poznawać smak. To wszystko powoduje koordynację wzroku, słuchu, dotyku, węchu i smaku potrzebną do budowania następnego etapu – integracji działania z mową.

Aby Ala i dzieci do niej podobne nabrały poczucia bezpieczeństwa, należy stosować terapię przytulaniem – holding. Ma ona służyć przede wszystkim zbudowaniu więzi między dzieckiem a matką, a to jest trudne zadanie. Sama metoda też jest trudna, bo inwazyjna, zwana inaczej metodą wymuszonego kontaktu. Dziecko pokazuje, że go nie chce, protestuje, walczy, wyrzucając z siebie gniew i lęk. Matka (a najlepiej oboje rodzice) musi jednak pokazać swoim zachowaniem, że przyjmuje to wszystko, akceptuje zachowanie dziecka. Ono ma poczuć, że w ramionach matki jest bezpieczne, bo przytulane, kochane. Elementem tej metody jest np. sadzanie Ali przed terapeutą na podłodze, tak by dziewczynka mogła oprzeć się plecami o opiekuna, mieć w nim fizyczne (i nie tylko) oparcie.

Ala objęta jest w świetlicy terapią zabawową, która bazuje na przyjaźni dziecka i terapeuty, akceptowaniu dziecka takim, jakim jest, umiejętności rozpoznawania jego uczuć i traktowaniu go, jako zdolnego do rozwiązywania problemów – traktowaniu więc tego dziecka, jak człowieka. Chodzi bowiem o to, by dziecko ze sobą oswajając, pokazywać, że może mieć ono do nas zaufanie. Oczywiście terapeuta zawsze będzie zmieniał niepożądane zachowania, ale poprzez łagodną modyfikację przeprowadzaną w atmosferze przyjaźni i akceptacji. W terapii Ali słusznie stosuje się zasadę, że terapeuta jest dyrektorem przedsięwzięcia, a dziecko jego nauczycielem, wskazującym drogę do siebie. Terapeuta musi chcieć tą drogą podążać i pomóc dziecku zamkniętemu w swoim świecie.

Do terapii świetlicowej musi przyłączyć się rodzina. Tak ważne przecież jest przestrzeganie zasad, wskazówek terapeutycznych w domu przez bliskich chorego dziecka. Dopiero taka połączona terapia konsekwentnie przeprowadzana w środowisku świetlicowym i domowym może przynieść rzetelne, stałe efekty – postępy w myśleniu i mowie.

Bibliografia

- Błęszyński J., *Czy szkoła powinna otworzyć się na autyzm*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1995, nr 3.
- Błęszyński J., Bobkowicz L., *Echolalia jako jedna ze specyficznych cech mowy dziecka autystycznego*, „Psychologia Wychowawcza” 1997, nr 3.
- Brauner A., Brauner F., *Muzyka w terapii wychowawczej dzieci psychotycznych i autystycznych*, „Zagadnienia wychowawcze a zdrowie psychiczne” 1984, nr 5-6.
- Borzyszkowska H., *Oligofrenopedagogika*, Warszawa 1985.
- Gałkowski T., *Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym*, Warszawa 1995.
- Gałkowski T., *Rozwój i wychowanie dziecka autystycznego*, „Wychowanie w przedszkolu” 1984, nr 9.
- Gałkowski T., *Usprawnianie dzieci autystycznych w szkole specjalnej*, „Szkoła Specjalna” 1984, nr 6.
- Kościelska M., Nowak M., *Interakcje między dziećmi autystycznymi. Próba pomiaru w kategoriach rozwojowych*, „Psychologia Wychowawcza” 1985, nr 1.
- Krymko I., *Próba terapii autyzmu dziecięcego*, „Psychologia Wychowawcza” 1980, nr 2.
- Kużajska E., *Analiza procesu terapeutycznego chłopca z autyzmem*, „Refleksje” 2003, nr 3.
- Marczak J. H., *Dzieci autystyczne*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1994, nr 9.
- Marek E., *Zrozumieć autystyczny świat*, „Życie Szkoły” 2003, nr 6.
- Minczakiewicz E., *Rozwój umiejętności komunikacyjnych dzieci autystycznych*, „Szkoła Specjalna” 1998, nr 2.
- Młynarska M., Smereka T., *Psychostymulacyjna metoda kształtowania i rozwoju mowy oraz myślenia*, Warszawa 2000.
- Nurowski E., *Dzieci autystyczne*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1986, nr 4.
- Olechnowicz H., *Ewolucja dziecka autystycznego od 2 do 12 roku życia*, „Zagadnienia wychowawcze a zdrowie psychiczne” 1984, nr 4.
- Olechnowicz H., *Przez ręce do głowy i serca. Kształtowanie rozumnego działania dłoni metodą Felicji Affolter. Perspektywy zastosowania w terapii dzieci autystycznych*, „Szkoła Specjalna” 1997, nr 4.
- Pawłowska-Jaroń H., *Percepcja sytuacji społecznego komunikowania się przez dziecko autystyczne*, „Szkoła Specjalna” 2004, nr 3.

- Pawłowska H., *Zagadnienia mowy w autyzmie wczesnodziecięcym*, „Szkoła Specjalna” 1997, nr 2.
- Pecyna S. M. B., *Psychologia kliniczna w praktyce pedagogicznej*, Warszawa 1999.
- Pisula E., *Zaburzenia autystyczne u dzieci*, „Nowa Szkoła” 1992, nr 7.
- Randall P., Parker J., *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*, Gdańsk 2002.
- Sędzimir B., *Dziecko autystyczne*, „Wychowawca” 2003, nr 9.
- Słomińska D., *Podstawy terapii i edukacji dzieci z autyzmem*, „Życie Szkoły” 2003, nr 6.
- Styczek I., *Logopedia*, Warszawa 1979.
- Surowaniec J., *Logopedyczny słownik terminologii diagnostycznej*, Kraków 1996.
- Winczura B., *Z badań nad inteligencją i zdolnościami dzieci autystycznych*, „Szkoła Specjalna” 2000, nr 5.
- Wosiński M., *Co warto wiedzieć o autyzmie dziecięcym? Na marginesie sprawozdania z książki Lorny Wing*, „Psychologia Wychowawcza” 1974, nr 2.

Streszczenie

Niniejszy artykuł napisany został na podstawie mojej pracy dyplomowej z logopedii, obronionej w 2004 roku na Uniwersytecie Wrocławskim. Dotyczy on cech autystycznych współwystępujących z upośledzeniem umysłowym u ośmioletniej dziewczynki, która realizuje swoim zachowaniem takie cechy autystyczne, jak izolowanie się, stereotypie, echolalia, niekomunikowanie się z otoczeniem. Oczywiście mają one ścisły związek z mową, w zasadzie z brakiem jej rozumienia.

Aby uniknąć chaosu uporządkowałam swój artykuł następująco: najpierw opisałam istotę autyzmu, następnie przedstawiłam postać Ali C., opisałam jej zachowanie i temperament, później zaprezentowałam jedną z sesji terapeutycznych przeprowadzonych z tą dziewczynką, a na końcu wskazałam na kilka metod przydatnych w pracy z dzieckiem o cechach autystycznych.

Słowa kluczowe: autyzm, upośledzenie umysłowe, echolalia, stereotypie.

Abstract

This article is based on my speech therapy dissertation written in 2004 as a part of my final examination at Wrocławski University. It is about 8 year old girl who suffers from some autistic features that coexist with mental retardation. This girl has some autistic features such as isolating, stereotypies, echolalia and not communicating with other people. These

difficulties are strongly connected with language- lack of understanding the language actually.

To avoid any chaos I arranged my article as follows: first I described an essence of autism spectrum disorder, then I introduced a girl called Ala and I described her behavior as well as her temperament, after that I presented one of therapeutic sessions that I had conducted with the girl, finally I indicated some methods useful in a therapy of a child who suffers from autism spectrum disorder.

Keywords: autism, mental retardation, echolalia, stereotypies