

FORUM LOGOPEDY

PATRONAT MERYTORYCZNY



POLSKI
ZWIĄZEK
LOGOPEDÓW

Czasopismo dostępne w prenumeracie

styczeń/luty 2018 (nr 23)

ISSN 2353-8260 / 466723

DIAGNOZA RÓŻNICOWA – AUTYZM A ZESPÓŁ ASPERGERA

Programowanie języka w terapii
dziecka ze spektrum autyzmu

Leczenie biomedyczne –
alternatywa czy uzupełnienie
tradycyjnych form terapii?

Manualne torowanie głosek
i gesty artykulacyjne
w pracy z dziećmi z autyzmem

Dziecko z ASD a zaburzenia
modulacji sensorycznej



VIII Ogólnopolska Konferencja Logopedyczna

MULTIDYSCYPLINARNE PODEJŚCIE DO DIAGNOZY I TERAPII AUTYZMU

Wyzwania diagnostyczne, wczesna interwencja, skuteczna komunikacja

14 kwietnia 2018 r., Warszawa

Organizator
**FORUM
LOGOPEDY**

Patronat merytoryczny



VIII Ogólnopolska
Konferencja
Logopedyczna

WYKŁADOWCY:

dr Giacomo Vivanti
Dr Joanna Kwasiborska-Dudek
Ewa Urbanowicz
Agata Matuszewska
Ewa Małachowska

Skrócony program konferencji:

PANEL 1: Wyzwania zespołu diagnostycznego – zintegrowane podejście, różne perspektywy

- Identyfikacja objawów u dzieci ze spektrum autyzmu – na co zwracać uwagę w diagnozie?
- Autyzm a zaburzenia współistniejące – jako współczesne wyzwanie diagnostyczne i terapeutyczne
- Logopeda w zespole diagnostycznym – znaczenie i rola terapii logopedycznej dziecka z ASD
- Plan postępowania terapeutycznego z wykorzystaniem skutecznych metod pracy

PANEL 2: Warsztat pracy terapeuty w zakresie wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju

- Wczesne wspomaganie rozwoju i wczesna interwencja w autyzmie w świetle najnowszych badań
- Strategie wczesnej interwencji skuteczne w ASD – studia przypadku w formie materiału filmowego
- ESDM: wielospecjalistyczna metoda wczesnej interwencji dla dzieci z ASD od 12. miesiąca życia

PANEL 3: Terapia zaburzeń komunikacji u dziecka z ASD – skuteczne narzędzia pracy oraz metody angażowania rodziny w proces terapii.

- Rozwijanie umiejętności językowych i komunikacyjnych u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu
- Studia przypadku – jak uczyć dziecko mówić, jak pracować z dzieckiem z echolalią, jak pracować z dzieckiem mówiącym
- Czy skuteczna współpraca między terapeutą a rodzicami jest możliwa? Modele współpracy – okiem rodzica dziecka z ASD i terapeuty

ZAPISZ SIĘ NA:

www.konferencja-logopedyczna.pl

**WYDAWCA & REDAKCJA**

Forum Media Polska Sp. z o.o.
Sąd Rejonowy Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu
VIII Wydział Gospodarczy KRS
KRS nr 0000037307
NIP 781-15-51-223
Kapitał zakładowy: 300 000 zł

ADRES REDAKCJI

ul. Polska 13, 60-595 Poznań

PREZES ZARZĄDU

Magdalena Balanicka

DYREKTOR WYDAWNICZY

Radosław Lewandowski

REDAKTOR MERYTORYCZNY

Jolanta Sławek

REDAKTOR NACZELNY

Lucyna Latajka

NADZÓR GRAFICZNY

Agnieszka Szulc

KOORDYNATOR WYDAWNICZY

Agnieszka Szulc

REKLAMA

Marlena Zamojcin
tel. 61 66 83 180
e-mail: marlena.zamojcin@forum-media.pl

MARKETING I PROMOCJA

Maria Osesek
e-mail: maria.osesek@forum-media.pl

OBSŁUGA KLIENTA I PRENUMERATA

Infolinia: 801 88 44 22
tel. 61 66 55 800
faks: 61 66 55 888
e-mail: bok@forum-media.pl

PROJEKT, ILUSTRACJE, DTP

Michał Hojnacki

DRUK

Poligrafia Janusz Nowak

NAKLAD

4000 egz.

SERWIS ZDJĘCIOWY

Dreamstime.com



Drodzy Czytelnicy!

Rok 2017 zamknęliśmy numerem poświęconym wczesnej interwencji i wczesnemu wspomaganie rozwoju dziecka. W pierwszym wydaniu „Forum Logopedy” w nowym roku podejmujemy problematykę dotyczącą zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD – *autism spectrum disorders*) – niezwykle ważną ze względu na rosnącą epidemiologię, jak i kwestie związane z diagnozą i terapią.

W praktyce klinicznej autyzm uznaje się obecnie za jedno z bardziej złożonych zaburzeń rozwoju, które charakteryzuje się niejednoznacznością, trudną nieraz do ustalenia etiologią oraz różnym rodzajem i nasileniem objawów. Ponadto, m.in. ze względu na swą niedookreśloność, zaburzenie to staje się źródłem lęku i niepokoju, przede wszystkim u rodziców dzieci nim dotkniętych lub podejrzewanych o ryzyko jego wystąpienia.

Numer otwierają rozważania prof. Marty Korendo. Autorka podejmuje ważną problematykę związaną z diagnozą różnicową autyzmu i zespołu Aspergera, co w świetle najnowszych badań, ale też zmian wprowadzonych w 2013 r. do klasyfikacji DSM-5, staje się bardzo istotne. Z kolei prof. Jagoda Cieszyńska-Rożek w wywiadzie zwraca szczególną uwagę na kwestie dotyczące wczesnego wykrywania zaburzeń autystycznych oraz znaczenia wprowadzonych w odpowiednim czasie oddziaływań terapeutycznych.

Doktor Ewa Jeżewska-Krasnodębska w swoim artykule charakteryzuje zaburzenia na poziomie językowym, jakie ujawniają się u osób dotkniętych ASD. Do problematyki tej nawiązuje tekst dr Marzeny Błasiak-Tytuły oraz dr Zdzisławy Orłowskiej-Popek, w którym autorki przedstawiają strategię programowania języka, pozwalające kształtować w umyśle dziecka język niezbędny w rozumieniu i opisywaniu świata, ale też – do wyrażania emocji.

Ponieważ naszym celem było zaprezentowanie różnych form terapii mających zastosowanie u dzieci z ASD, znajdzie Państwo tutaj artykuł dotyczący zarówno techniki Manualnego Torowania Głosek, jak i Komunikacji Alternatywnej i Wspomagającej (AAC), oddziaływań dyrektywnych i tych o charakterze responsywnym, skoncentrowanych na podążaniu za dzieckiem. Nie zabrakło również zagadnień związanych z rolą diety i leczenia biomedycznego, a także – z zaburzeniami sensorycznymi, m.in. na poziomie karmienia.

Ze względu na złożoność zaburzeń autystycznych oraz różnorodność towarzyszących im objawów warto wiedzieć, jakie możliwości ma terapeuta, w jaki sposób może wspomóc dziecko dotknięte ASD oraz która forma oddziaływania terapeutycznego okaże się dla niego najlepsza.



Jolanta Sławek

dr n. hum. Jolanta Sławek
redaktor merytoryczny numeru
wraz z zespołem redakcji i autorów

KSIĄŻKI I WYDARZENIA 3

TEMAT NUMERU

Problemy diagnozy różnicowej autyzmu i zespołu Aspergera 4

WYWIAD MIESIĄCA

Każde dziecko ma prawo do bycia w realnym świecie swojej rodziny 9

Z PRAKTYKI LOGOPEDY

Zaburzenia komunikacji u dzieci z ASD 12

Zaburzenia modulacji sensorycznej u dzieci autystycznych 17

Wczesna diagnoza autyzmu 20

METODY TERAPII LOGOPEDYCZNEJ

Budowanie i rozwijanie umiejętności komunikacyjnych u osób autystycznych z wykorzystaniem technik i strategii AAC 24

ZAJĘCIA Z POMYSŁEM

Ćwiczenia dla dzieci powyżej 5. roku życia ze spektrum autyzmu 29

Ćwiczenia dla dzieci powyżej 6. roku życia ze spektrum autyzmu 33

Kwestionariusz wywiadu z rodzicem w kierunku całościowych zaburzeń rozwoju dla dziecka od 1–3 lat 36

METODY TERAPII LOGOPEDYCZNEJ

Zastosowanie Manualnego Torowania Głosek i Gestów Artykulacyjnych w pracy z dziećmi z autyzmem 38

Technika programowania języka w terapii dziecka ze spektrum autyzmu 42

Niedojrzałość neuromotoryczna dzieci z ASD 47

Responsywność w terapii dzieci ze spektrum autyzmu 53

WSPÓŁPRACA Z...

Leczenie biomedyczne 58



KONFERENCJA

VIII OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA LOGOPEDYCZNA

MULTIDYSCYPLINARNE PODEJŚCIE DO DIAGNOZY
I TERAPII AUTYZMU. WYZWANIA DIAGNOSTYCZNE,
WCZESNA INTERWENCJA, SKUTECZNA KOMUNIKACJA

Data i miejsce:

14 kwietnia 2018

Warszawa

Już 14 kwietnia 2018 r. w Warszawie spotkamy się na VIII Ogólnopolskiej Konferencji Logopedycznej poświęconej diagnozie i terapii autyzmu. Wraz z dr Joanną Kwasiborską-Dudek, dr. Giacomo Vivanti, Ewą Małachowską, Agatą Matuszewską i Ewą Urbanowicz przedstawimy, jakie są wyzwania zespołu diagnostycznego i jak ważne jest zintegrowane podejście do diagnozy i terapii autyzmu zespołu specjalistów: logopedy, psychiatry, psychologa. Pokażemy warsztat pracy terapeuty w zakresie wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju oraz na czym polega metoda pracy ESDM, a także w jaki sposób rozwijać umiejętności językowe i komunikacyjne. Niezwykle ważną jest współpraca terapeuty z rodzicami dziecka z ASD, dlatego też przedstawimy, w jaki sposób pogodzić oczekiwania obu stron. To konferencja praktyków dla praktyków, dlatego wskażemy rzeczywiste problemy logopedii XXI w., stawimy na studia przypadków i pokażemy pułapki diagnostyczne, aby w przyszłości prowadzić skuteczną terapię. Zapraszamy!

Więcej informacji:

www.konferencja-logopedyczna.pl**KURS ONLINE**

DIAGNOZA I TERAPIA DZIECKA Z ZABURZENIAMI ZE SPEKTRUM AUTYZMU

NARZĘDZIA PRZESIEWOWE I DIAGNOSTYCZNE,
WCZESNA INTERWENCJA, TERAPIA LOGOPEDYCZNA,
KOMUNIKACJA WSPOMAGAJĄCA I ALTERNATYWNA

Od 1 marca 2018 r. rozpoczyna się specjalistyczny kurs doszkalaćcący w trybie online. Głównym celem kursu jest przygotowanie uczestników do skutecznego rozwijania umiejętności skutecznej komunikacji dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, zapoznanie z działaniami diagnostycznymi oraz wyposażenie w wiedzę niezbędną do prawidłowego planowania postępowania terapeutycznego, z wykorzystaniem adekwatnych do zdiagnozowanych obszarów zaburzeń metod pracy. Kurs przeznaczony jest dla logopedów, psychologów oraz pedagogów zainteresowanych terapią zaburzeń komunikacji u dzieci z ASD. Zaletą kursu jest jego dopasowanie do potrzeb osób, które nie znajdują czasu na udział w regularnych zjazdach. Uczestnik sam decyduje, kiedy będzie brał udział w wykładach i przyswajał nowe treści za sprawą dostępu do platformy online, na której regularnie będzie otrzymywał wykłady, ćwiczenia, zadania i testy. Wszystkie wątpliwości można na bieżąco konsultować z prowadzącym oraz w czasie spotkań online (superwizji) z wykładowcami po zakończeniu każdego modułu. Wykładowcy kursu to m. in. dr n. hum. Joanna Kwasiborska-Dudek, dr n. hum. Karina Szafrąńska, Karolina Dyrda, Magdalena Kaźmierczak, Ewa Małachowska, Halina Wrzosek-Końsko.

Więcej informacji:

www.terapiadzieckazasd.pl**RELACJA Z KONGRESU**

PROBLEMY LOGOPEDII XXI WIEKU – RELACJA Z VII OGÓLNOPOLSKIEJ KONFERENCJI LOGOPEDYCZNEJ

18 listopada 2017 r. w Warszawie po raz siódmy spotkaliśmy się na jednym z ważniejszych wydarzeń organizowanych cyklicznie dla logopedów przez „Forum Logopedy”. W tegorocznej edycji konferencji udział wzięli wykładowcy należący do grona najlepszych specjalistów. Mieliśmy okazję spotkać się i porozmawiać z dr hab. prof. UP Martą Korendo, dr Agnieszką Banaszkiwicz, dr Ewą Jeżewską-Krasnodębską, dr Ewą Winnicką oraz Markiem Wrześniewskim. Ewa Winnicka i Marek Wrześniewski przedstawili, jak powinna wyglądać współpraca logopedy i fizjoterapeuty w zakresie wczesnej interwencji. Dr Marta Korendo bardzo

obrazowo omówiła, jak wczesne i niewłaściwe stymulowanie wysokimi technologiami wpływa na rozwój poznawczy dzieci. Problemy zaburzeń zgryzowych przybliżyła dr Agnieszka Banaszkiwicz, natomiast na temat zaburzeń artykulacyjnych bardzo ciekawie opowiedziała dr Ewa Jeżewska-Krasnodębska, która opierając się na własnych badaniach i studiach przypadku przekazała jak ważna jest wnikliwa diagnoza. Prawie trzydziestu pięćdziesięciu uczestników przyjechało z całej Polski, aby zdobyć nowe, potrzebne kompetencje do codziennej pracy logopedycznej i wymienić się doświadczeniami.



PROBLEMY DIAGNOZY RÓŻNICOWEJ AUTYZMU I ZESPOŁU ASPERGERA

Zespół Aspergera (ZA) został wpisany na listę Diagnostycznego i statystycznego podręcznika zaburzeń psychicznych (DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) w 1994 r. i od tego czasu funkcjonuje jako odrębna jednostka kliniczna.

Sytuacja skomplikowała się w 2013 r., kiedy opublikowano kolejną edycję DSM-5, w której ZA straciło diagnostyczną autonomię i zostało włączone do spektrum zaburzeń autystycznych. Jako oddzielna jednostka nozologiczna funkcjonuje jeszcze według ICD-10. Unifikowanie zespołu Aspergera z innymi zaburzeniami posiadającymi autystyczne spektrum prowadzi do niekorzystnych dla diagnozowanych dzieci rozwiązań terapeutycznych i edukacyjnych. Trudności z diagnozą różnicową oraz dyskusje dotyczące relacji autyzmu i zespołu Aspergera przyniosły w efekcie rozwiązanie najmniej korzystne z punktu widzenia osób cierpiących na oba zaburzenia.

Przyczyny wątpliwości diagnostycznych

Zespół Aspergera z jednej strony stanowi stosunkowo nowe zjawisko na mapie diagnostycznych i terapeutycznych wyzwań,

z drugiej jednak – przez ponad 20 ostatnich lat specjaliści mieli okazję poznawać osoby z syndromem Aspergera oraz specyfikę ich funkcjonowania. Daje to prawo, a nawet nakłada obowiązek zweryfikowania istniejącego podejścia diagnostycznego, mocno do niedawna opartego na dokonaniach samego Hansa Aspergera.

Zespół Aspergera należy do autystycznego spektrum, ale nie na zasadzie kontinuum cech, lecz istnienia wspólnego zakresu objawów, ujawniających się w obu zaburzeniach, przy zachowaniu autonomicznych obszarów. Ten wspólny zakres cech nie decyduje o tożsamości jakościowej dysfunkcji w obu jednostkach klinicznych, pokazuje jednakże, że zarówno autyzm, jak i ZA posiadają wspólne podłoże neurobiologiczne.

Przy obecnym stanie prawnym diagnozowanie zespołu Aspergera staje się bardzo trudne z kilku istotnych powodów:

- Korzystanie z DSM-5 nie daje możliwości postawienia diagnozy różnicowej autyzmu i zespołu Aspergera. Opis dysfunkcji jest w tym narzędziu tak ogólny, że obejmuje swoim zasię-

giem wszystkie typy zaburzeń autystycznych – od lekkich nieprawidłowości po głębokie dysfunkcje. Wspólna nazwa dotyczy jednak całego charakteryzowanego wachlarza zjawisk, bez wydzielania stopnia ich nasilenia. Diagności, korzystający z DSM-5, nie dokonują rozróżnienia na zespół Aspergera i autyzm, stawiając diagnozę z uogólnioną nazwą „zaburzenia ze spektrum autyzmu”. Komplikuje to często sytuację terapeutyczną i edukacyjną diagnozowanych dzieci, które w zależności od typu zaburzenia potrzebują odmiennych rozwiązań i oddziaływań. Stawianie diagnozy różnicowej ma także aspekt psychologiczny – dla rodziców otrzymujących informacje o swoim dziecku ma bardzo duże znaczenie, jaki typ zaburzenia został u niego rozpoznany. Wiąże się to bowiem z rokowaniami dotyczącymi rozwoju i funkcjonowania, jakie przypisuje się poszczególnym jednostkom klinicznym.

- Diagnozy różnicowej teoretycznie można jeszcze dokonywać na podstawie ICD-10. Ten międzynarodowy system diagnozy

nozologicznej utrzymuje podział obu zaburzeń – autyzmu i zespołu Aspergera – jednak oprócz możliwości stosowania nazwy nie daje diagnostom żadnych innych korzyści. Istniejący tam opis zaburzenia oraz kryteria diagnostyczne wykazują wysoki poziom zdezaktualizowania. Niektóre z nich przyczyniają się nawet do wzrostu nieprawidłowych diagnoz, stawianych na podstawie kryterium czasowego oraz kryterium rozwoju mowy. Najnowsze badania dotyczące budowania systemu językowego u dzieci z zespołem Aspergera dostarczają niezbitych dowodów na możliwość wystąpienia znaczących opóźnień w tym zakresie, co jednoznacznie pokazuje, że przypisywanie dzieciom autyzmu tylko z powodu braku rozwoju systemu językowego jest rozwiązaniem nieprawidłowym, a nawet szkodliwym. Podobne wątpliwości budzą próby wyznaczenia czasowej granicy dla diagnozy ZA. Te arbitralnie ustalone wartości nie znajdują uzasadnienia w badaniach klinicznych, także neurobiologicznych, przyczyniają się natomiast do opóźnień

momentu rozpoczęcia terapii. W diagnozie nie może bowiem chodzić o komfort diagnosty, zapewniony wyraźnymi i jednoznacznymi objawami zaburzenia, ale o umożliwienie jak najszybszej terapii, która m.in. ze względów neurobiologicznych stanowi warunek poprawy funkcjonowania dziecka we wszystkich obszarach.

- Brak jednoznacznego ujęcia kryteriów diagnostycznych i nieustane wątpliwości, czy autyzm i ZA są osobnymi jednostkami nozologicznym, czy też stanowią kliniczne kontinuum, przyczyniają się do nadmiernego stawiania uogólnionych diagnoz stwierdzających u dzieci zaburzenia autystyczne.

Diagnoza różnicowa autyzmu i ZA

Trudności w ustaleniu osobnych kryteriów diagnostycznych autyzmu i zespołu Aspergera nie mogą stanowić przeszkody w stawianiu diagnozy różnicowej. Istnieją obszary, w których

odmienności obu zaburzeń stanowią podstawę postawienia takiej diagnozy. Do obszarów tych należą:

- rozwój mowy i komunikacji,
- typy zachowań manipulacyjnych,
- specyfika budowania relacji społecznych,
- poziom sprawności manualnej.

Podsumowanie

Zmiany, jakie przyniosła kolejna edycja DSM (2013), nie mogą stanowić przyczyny zaniechania stawiania diagnozy różnicowej autyzmu i zespołu Aspergera. Dzieci z autyzmem i syndromem Aspergera mają inne potrzeby terapeutyczne oraz edukacyjne. Stawianie uogólnionej diagnozy „zaburzeń ze spektrum autyzmu” zaciera te fundamentalne czasami dla funkcjonowania dziecka różnice i odbiera możliwość indywidualizowania rozwiązań w programowaniu terapii i edukacji.

JĘZYK I KOMUNIKACJA

Różnice między rozwojem mowy i zachowań komunikacyjnych w autyzmie i zespole Aspergera można ująć w następujący sposób:

ZESPÓŁ ASPERGERA	AUTYZM
Wybiórcza intencja komunikacji – charakterystyczną cechą intencji komunikacji w ZA jest jej wybiórczość. Dzieci wykazują chęć budowania komunikatów językowych, zwykle jednak w sytuacjach przez nich kontrolowanych, które służą określonymu celowi. Rzadko występuje intencja budowania narracji, językowej interpretacji doświadczeń czy otoczenia. Tworzone komunikaty pełnią funkcję narzędzia służącego osiągnięciu zamierzonego celu, często materialnego. Dzieci z ZA zwykle mogą i chcą się komunikować językowo, ale według własnych zasad.	Brak intencji komunikacji – w autyzmie obserwujemy brak gotowości do używania języka, a często również brak świadomości, że język w ogóle istnieje. Osoby autystyczne nie tyle nie chcą się komunikować, co nie wiedzą, że mogą to robić. Zatem jednym z pierwszych zadań terapeuty jest udzielenie pomocy w opanowaniu umiejętności wyodrębniania bodźców językowych spośród innych bodźców słuchowych.
Nakazujący gest wskazywania palcem – gest wskazywania palcem rozwojowo pojawia się ok. 8.–9. m.ż. Tomasello wskazuje jednak, że gest ten może mieć charakter nakazujący „daj, zrób, tam...” lub orzekający „o zobacz...”. Dzieci z ZA zwykle realizują typ nakazowy, co zbliżone jest następnie z typem komunikacji jako narzędzia osiągnięcia określonego celu.	Brak gestu wskazywania palcem – typowym zjawiskiem dla autyzmu jest niepojawienie się gestu wskazywania palcem w żadnym wymiarze – ani nakazowym, ani komunikacyjnym. Dzieci autystyczne, jeśli już to robią, pokazują najczęściej ręką dorosłego, a raczej kierują tę rękę jako narzędzie w stronę przedmiotu, który chcą otrzymać.
Zaburzony rozwój mowy lub mowa oficjalna – brak naprzemienności w komunikacji jako dowód zaburzenia relacji między nadawcą a odbiorcą. Rozwój mowy dzieci z ZA wykazuje wiele nieprawidłowości, niekiedy uznawanych nawet za dowód posiadania pewnego rodzaju nadkompetencji, czyli umiejętności wyższych niż wymagane w określonym przedziale wiekowym. Tymczasem utrwalane i powtarzane całości językowe (frazy, zdania) nie pozwalają na naturalną komunikację, powodują także wykluczenie z grupy rówieśniczej. W wielu przypadkach błędna interpretacja tych zjawisk powoduje brak systemowej terapii językowej. Trudności językowe dzieci wpływają jednak w bardzo szerokim zakresie na ich umiejętności społeczne oraz zachowania emocjonalne.	Brak rozwoju mowy lub mowa nominalna – mowa jako narzędzie (podobnie jak ręka dorosłego). W autyzmie najczęściej występuje brak rozwoju mowy. Osoby autystyczne nie tylko nie chcą się komunikować, ale zwykle nie zdają sobie sprawy z istnienia języka jako systemu komunikacji z drugim człowiekiem. Niekiedy, w wyniku błędnie prowadzonej terapii językowej, jako skutek braku oddziaływań systemowych pojawia się mowa o charakterze nominalnym – wypowiedziane rzeczowniki mają służyć jako środek uzyskania określonej rzeczy, rzadziej jako typ rozkaznika (np. „buty” w znaczeniu „chcę stąd wyjść”, „chcę iść na spacer”).
Wybiórcze słuchanie (siebie, TV, mediów) – dzieci z ZA wykazują charakterystyczne dla zaburzenia słuchanie wybiórcze, które cechuje skupianie szczególnej uwagi na tematach, które dziecko interesują, zdolności wyławiania z rozmów dorosłych ważnych informacji, przy jednoczesnym braku słuchania opowieści o wydarzeniach, emocjach, przeżyciach. Szczególną uwagę słuchową wykazują wobec programów telewizyjnych (najczęściej reklam), rzadziej radiowych.	Brak słuchania – dzieci autystyczne często zachowują się jak funkcjonalnie niesłyszące. Nie reagują na dźwięki werbalne, nie wyróżniają mowy spośród innych dźwięków otoczenia. Niekiedy fiksacyjnie słuchają muzyki lub telewizyjnych reklam, ale bez słuchania i powtarzania znaczeń (skupiają się na ruchu oraz dźwiękach pozawerbalnych).

ZACHOWANIA MANIPULACYJNE

Sferą bardzo wyraźnych różnic między autyzmem a zespołem Aspergera jest umiejętność i potrzeba manipulacji umysłami dorosłych. Zachowania te wyraźnie nasilają się u dzieci z ZA. Posiadają one niekiedy bardzo wyrafinowane i różnorodne sposoby osiągnięcia założonego celu, zwłaszcza kiedy chcą coś otrzymać lub zaprzestać nauki czy jakiejś innej czynności. Zachowania te nie są obserwowane w takim nasileniu w przypadku dzieci z autyzmem, które nie obserwują reakcji osób dorosłych, nie starają się przejmować kontroli nad osobą i sytuacją, nie potrafią tym bardziej zaplanować swoich działań.

ZESPÓŁ ASPERGERA

Manipulacje językowe (np. „wrzucę się do kosza na śmieci”). W odróżnieniu od dzieci z autyzmem osoby z ZA manipulują językowo. Zachowania werbalne przybierają formę gróźb, skarg, niekiedy konfabulacji, choć te ostatnie są najrzadsze. Formą manipulacji jest także wielokrotne powtarzanie błędów, celowe omijanie poprawnego rozwiązania (np. kiedy dziecko ma podać obrazek, wielokrotnie wybiera wszystkie pozostałe, oprócz prawidłowego), zachowania pokazujące zmęczenie lub znudzenie. Terapia musi uwzględniać także stawianie granic manipulacjom, co warunkuje możliwość budowania prawidłowych relacji społecznych. Jest to szczególnie ważne w stosunku do rodziców, którzy ulegają manipulacjom dzieci z ZA często w sposób nieświadomy. Wysokie IQ osób z ZA często daje im zdolność stosowania wyrafinowanych form manipulacji dorosłymi.

AUTYZM

Manipulacja prymarna (podświadoma, przeżyciowa); przy prawidłowym IQ – płaczą w obecności mamy. Dzieci z autyzmem także próbują przeciwdziałać niektórym sytuacjom, ale w sposób odmienny od osób z ZA. Ze względu na brak języka pojawiają się inne formy protestu, np. płacz, krzyk, upór, odmowa, agresja lub autoagresja. Zachowania te jednak rzadziej są nastawione na człowieka, częściej na sytuację, nie mają charakteru komunikacyjnego, nie wiążą się z oceną reakcji osoby dorosłej. Są formą ściany stawianej między sobą a resztą otoczenia. Dzieci z prawidłowym poziomem sprawności intelektualnych reagują na poziomie zachowań prymarnych – płaczą lub protestują w obecności matek. Niekiedy negatywne zachowania dzieci autystycznych udaje się szybciej wygasić w terapii niż manipulacje w ZA.

RELACJE SPOŁECZNE

Potrzeba i umiejętność budowania relacji społecznych dalece różnią się w autyzmie i zespole Aspergera. Osoby z ZA mają często silną potrzebę zaistnienia w grupie, wykazując jednocześnie głębokie zaburzenie mechanizmów pozwalających budować relacje społeczne. Obserwowaną często cechą tych zaburzonych reakcji jest brak zachowań empatycznych, spowodowany dysfunkcją neuronów zwierciadlanych oraz, związana z tym także, trudność w uczeniu się zachowań kulturowych. W konsekwencji osoby z ZA wypracowują własne sposoby reagowania, niemożliwe do prawidłowego zinterpretowania przez pozostałych uczestników sytuacji.

ZESPÓŁ ASPERGERA

Potrzeba współbycia, dążenie do bycia w świecie, ale według własnych zasad. Osoby z ZA, zwłaszcza w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, często próbują ustalić swoje miejsce w grupie społecznej i rówieśniczej. Wydaje się, że to zbiór negatywnych reakcji otoczenia wtórnie dodatkowo hamuje prymarnie posiadaną intencję współbycia, zwiększając stopniowo tendencje do izolacji społecznej. W zachowaniach osób z ZA obserwujemy brak dowodów kulturowego uczenia się kodu relacji społecznych. Arbitralnie ustalone gesty, zachowania, np. sposoby powitań, są trudne do przyswojenia i spontanicznego stosowania. Zdarza się także, że osoby z ZA wykazują chęć manipulowania kontaktem, relacjami, zasadami zabaw. Narzucanie reguł połączone ze specyficznym językiem tych osób, czyni z nich trudnych partnerów zabawy, co w konsekwencji przyczynia się do zwiększania doznawanej izolacji. Dodatkową cechą osób z ZA, utrudniającą im funkcjonowanie w grupie, jest niezwykle silna niekiedy postawa egocentryczna – przyczyniająca się do interpretacji świata przez pryzmat własnych doznań i sądów. Cecha ta jest wynikiem trudności z funkcjonowaniem neuronów zwierciadlanych, które uniemożliwiają sprawne przyjmowanie perspektywy myślowej innej osoby.

AUTYZM

Brak potrzeb – bez terapii w autyzmie nie pojawia się potrzeba relacji z innymi osobami, inni ludzie są natomiast często wykorzystywani jako narzędzia do osiągnięcia jakiegoś (np. materialnego) celu. Bez braku intencji dzieci z autyzmem nie odczuwają także skutków izolacji ze strony rówieśników, często nie zauważają braku zainteresowania. Nie usiłują także nawiązywać kontaktu z rówieśnikami.

Obserwacje dzieci z ZA jednoznacznie wskazują na dużo lepsze relacje z dorosłymi niż z rówieśnikami. Niekiedy z tego powodu dzieci z ZA późno otrzymują diagnozę zaburzenia, bowiem, nie mając okazji do eskalacji negatywnych zachowań w grupie rówieśniczej, w domu wykazują je znacznie rzadziej. Wśród rówieśników natomiast ujawniają potrzebę akceptacji, rozumianą często jako potrzebę bycia w centrum.

W autyzmie można zauważyć brak relacji zarówno z osobami dorosłymi, jak i z rówieśnikami. Trudności z nawiązywaniem relacji noszą bowiem cechy całkowitego braku zainteresowania człowiekiem w ogóle, bez względu na wiek. Trudnym zadaniem terapeutycznym początkowego etapu zajęć z dzieckiem autystycznym jest wypracowanie form prymarnych relacji – kontaktu wzrokowego, gestu wskazywania palcem itp.

SPRAWNOŚĆ MANUALNA

Sprawność motoryczna osób posiadających zaburzenia ze spektrum autyzmu od dawna jest obszarem badań i obserwacji osób zajmujących się tym problemem. Nie ma jednoznacznych rozstrzygnięć tej kwestii, choć zarówno DSM IV, jak i ICD-10 wskazują na występujące u dzieci z autyzmem i ZA zaburzenia rozwoju motorycznego, zwłaszcza koordynacji wzrokowo-ruchowej. Znaczenie bardziej diagnostycznym zjawiskiem jest silne zaburzenie sprawności manualnej w obu typach klinicznych. Choć trudności z zadaniami manualnymi wykazuje większość dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, istnieją wyraźne różnice w poziomie sprawności oraz rokowania co do osiągnięcia poziomu pełnej sprawności. Różnice te ujmuje poniższa tabela:

ZESPÓŁ ASPERGERA	AUTYZM
Osoby z ZA mają w mniejszym stopniu zaburzony plan ruchu (dlatego łatwiej uczą się mowy). W trakcie terapii nabywają zdolność planowania ruchu, co w znacznym stopniu poprawia efekty działań manualnych	Mają silnie zaburzony plan ruchu (to widać także w języku). Poziom trudności z planowaniem ruchu nie pozwala m.in. na naukę pisania oraz wystarczające tempo i jakość pisma. Ruchy wykonywane w czasie rysowania i pisania pozostają przez długi czas „ostre”, nagłe, bez wyraźnej kontroli wzroku. W wielu przypadkach próbom nauki pisania towarzyszą zdecydowane, kategoryczne protesty.
U osób z ZA brak rysowania i pisania ma często charakter manipulacyjny. Niewłaściwe stawianie znaków, ubezwładnianie ręki podczas czynności pisania, odwracanie wzroku od czynności często ma służyć przerwaniu zadania i ułatwić ustalenie granic na korzyść dziecka.	Dzieci z autyzmem nie rysują i nie piszą także dlatego, że nie mają interpretacji świata. Pismo służy przecież symbolicznemu przedstawieniu językowego obrazu świata istniejącego w umysłach ludzi. Brak tego obrazu uniemożliwia utrwalanie go poprzez pismo.
Praktyka terapeutyczna pokazuje , że osoby te mogą nauczyć się dobrze pisać, także rysować, choć wymaga to wielokrotnych ćwiczeń, służących także przełamywaniu dużego oporu względem tej czynności.	Osoby z autyzmem pozostają najczęściej na niższym poziomie sprawności manualnej , niekiedy w ogóle nie nabywają umiejętności pisania lub piszą tylko z pomocą drewnianego alfabetu albo komputera.


dr hab. prof. UP Marta Korendo

Filolog polski i logopeda, profesor krakowskiego Uniwersytetu Pedagogicznego. Prowadzi diagnozę i terapię dzieci z różnymi zaburzeniami komunikacji językowej – autystycznych, z zespołem Aspergera, z zespołem Downa, alalią, afazją dziecięcą, dyslektycznych i niesłyszących. Naukowe zainteresowania kieruje głównie w stronę znaczenia języka dla procesów poznawczych i społecznych, a także skutecznych sposobów budowania systemu językowego w umysłach dzieci z dysfunkcjami rozwojowymi. Jest autorką ponad 30 artykułów opisujących problemy komunikacyjne oraz ich przyczyny i sposoby terapii, monografii „Jak dzieci niesłyszące czytają teksty podręczników szkolnych” (2009) i „Językowa interpretacja świata w wypowiedziach osób z zespołem Aspergera” (2013) oraz współautorką „Wczesnej interwencji terapeutycznej” (2007). Aktywnie współpracuje ze środowiskiem praktyków-terapeutów oraz rodziców, upowszechniając wiedzę o sposobach stymulacji i terapii funkcji językowych i poznawczych.

Literatura:

- Cieszyńska J., *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych – Metoda Krakowska*, Kraków 2011.
- Cieszyńska J., *Metoda krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa*, Kraków 2013.
- Cieszyńska J., Korendo M., *Wczesna interwencja terapeutyczna*, Kraków 2007.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, American Psychiatric Associations 2013.
- Draaisma D., *Rozstrojone umysły*, Warszawa 2009.

- Gazzaniga M.S., *Kto tu rządzi – ja czy mój mózg? Neuronauka a istnienie wolnej woli*, Sopot 2013.
- Herzyk A., *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*, Warszawa 2005.
- Korendo M., *Problemy rozwojowe osób z zespołem Aspergera jako wynik deficytów językowych*, „Biuletyn Logopedyczny” 2009.
- Korendo M., *Zespół Aspergera – neuropsychologiczne przyczyny zaburzeń językowych* [w:] Nowakowska-Kempna I., Pluta-Wojciechowska D. (red.), *Studia z neurologopedii*, Kraków 2010.
- Korendo M., *Zaburzenia lewopółkulowe u dzieci z zespołem Aspergera* [w:] Michalik M., Siudak A. (red.), *Zagadnienia mowy i myślenia*, t. I, Kraków 2010.
- Korendo M., *Językowa interpretacja świata w wypowiedziach osób z zespołem Aspergera*, Kraków 2013.
- Pąchalska M., Kaczmarek B.L.J., Kropotow J.D., *Neuropsychologia kliniczna. Od teorii do praktyki*, Warszawa 2014.
- Pisula E., *Od badań mózgu do praktyki psychologicznej. Autyzm*, Sopot 2012.
- Rostowski J., Rostowska T., *Rola systemów lustrzanych neuronów w rozwoju języka i komunikacji interpersonalnej*, „Psychologia Rozwojowa” 2014, t. 19, nr 2.
- Rymarczyk K., *Neurofizjologiczne uwarunkowania rozwoju dziecka – wpływ doświadczenia na rozwój układu nerwowego* [w:] Piotrowicz R. (red.), *Interdyscyplinarne uwarunkowania rozwoju małego dziecka. Wybrane zagadnienia*, Warszawa 2014.
- Spitzer M., *Jak uczy się mózg?* Warszawa 2008.
- Spitzer M., *Cyfrowa demencja*, Słupsk 2013.
- Tomasello M., *Kulturowe źródła ludzkiego poznawania*, Warszawa 2012.



KAŻDE DZIECKO MA PRAWO DO BYCIA W REALNYM ŚWIECIE SWOJEJ RODZINY

Rozmowa z prof. zw. dr hab. Jagodą Cieszyńską-Rożek
o przyczynach, symptomach społecznych oraz terapeutycznych
stereotypach zaburzeń autystycznych

Jest pani profesorem psychologiem oraz logopedą, terapeutą z długoletnim stażem i ogromnym doświadczeniem w pracy z dziećmi, m.in. z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Ostatnie lata pokazują, że autyzm dotyka coraz większej liczby dzieci. Jak pani profesor sądzi – co może być tego przyczyną?

Z naukowego punktu widzenia nie można na to ważne pytanie udzielić jednoznacznej odpowiedzi. Mimo wyników

badania neuroobrazowania mózgu, pokazujących odmienności strukturalne i funkcjonalne w aktywności mózgu osób z zaburzeniami autystycznymi, nasza wiedza nie jest jeszcze pełna. Wynika to z faktu, że badania prowadzone są przede wszystkim z udziałem dzieci starszych i osób dorosłych, u których utrwalone schematy zachowań doprowadziły do trwałych zmian organicznych. Dane eksperymentalne potwierdziły odmienności w wielkości jądra migdałowatego, spoidła wielkiego (ciała modzelowatego), aktywności pól czołowych oraz pasm grzbietowego i brzuszno-odcho-

dzących od kory wzrokowej. Tak więc możemy powiedzieć, że odmiennie ukształtowane struktury generują zachowania nieneurotypowe. To jednak zbyt mało informacji, by odnaleźć pierwotne przyczyny odmienności rozwoju. Może być tak, że zachowania nienormatywne budują nieprawidłowe struktury.

Doświadczenia kliniczne przynoszą nam sporo informacji na temat ewentualnych przyczyn zakłóceń i zaburzeń rozwoju małych dzieci. Należy podkreślić, że poza czynnikami zewnętrznymi istnieją wewnętrzne – począwszy od genetycznych, poprzez metaboliczne, aż do tych uwarunkowanych niską wagą urodzeniową i przedłużającym się porodem. O tym wszystkim mówią nam obserwacje rozwoju bliźniąt, z których tylko jedno przejawia zachowania ze spektrum autyzmu.

Oczywiście, możemy także wskazać na czynniki wewnętrzne, które z dużym prawdopodobieństwem mają wpływ na rozwój niemowlęcia, szczególnie w sytuacjach zagrożeń rozwoju. Są to przede wszystkim niekorzystne warunki życia – stymulacje wysokimi technologiami, zbyt krótki czas relacji „twarzą w twarz” z rodzicami, nieprawidłowe wzorce karmienia i wychowania.

Jakie są wczesne symptomy zaburzeń autystycznych? Kiedy rodzice mogą czuć się zaniepokojeni i na co powinni zwrócić uwagę?

Wyniki badań neurobiologicznych pozwalają bardzo wczesnie dostrzec nawet najmniejsze objawy odstępstw od rozwoju neurotypowego. „W ujęciu mikrogenetycznym objaw to fragment czegoś nieoczekiwanego (czyli odbiegającego od normy) w zachowaniu, które pod innymi względami przebiega normalnie¹¹. Pierwszym objawem zakłócenia rozwoju jest brak oczekiwanych reakcji, np. uśmiechu społecznego i naśladowania mimiki w 3. m.ż., gaworzenia – w 6. m.ż. czy brak pierwszych słów w 12. m.ż. Drugim objawem są reakcje wybiórcze na bodźce słuchowe i wzrokowe, np. brak stałości w reakcji na imię czy widok jednego z rodziców. Trzeci wyraźny objaw zaburzeń rozwoju to reakcje nietypowe, np. schematyzm w zabawie.

Bez wątpliwości można stwierdzić zakłócenie prawidłowego rozwoju komunikacji społecznej już w wieku niemowlęcym i rozpocząć działania stymulujące pojawienie się prawidłowych reakcji lub zapobieganie tworzeniu się nieprawidłowych ścieżek poznania.

Jeśli rodzic zauważa, że rozwój jego dziecka nie przebiega prawidłowo, a niektóre zachowania są bardzo nietypowe, to kiedy powinien, zdaniem pani profesor, zasięgnąć porady specjalisty? W ogólnej świadomości społecznej funkcjonuje bowiem przekonanie, że dziecko roczne lub dwuletnie jest zbyt małe nie tylko na to, by można je prawidłowo zdiagnozować, ale też by poddać je działaniom terapeutycznym.

To właśnie, jak sądzę, jedno z zadań logopedów, psychologów, pediatrów, neurologów, fizjoterapeutów – zmieniać świadomość społeczną dotyczącą diagnozy zakłóceń i zaburzeń rozwoju. W pewnym sensie to przewrót kopernikański w diagnozie rozwoju funkcji poznawczych dzieci w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym. Bez naszego wspólnego udziału on się nie dokona. Ale to wymaga nieustannego kształcenia się i samorozwoju diagnostów. Mam na myśli nie tylko poznawanie wyników nowych badań neurobiologicznych, ale przede wszystkim budowanie etyki zawodu. O ile wiem, tylko w mojej Katedrze Logopedii i Zaburzeń Rozwoju pojawił się przedmiot – etyka zawodu logopedy.

Bez wątpienia oddziaływanie stymulujące pojawienie się oczekiwanych etapów można podjąć od pierwszych tygodni życia dziecka.

W kontekście zaburzeń autystycznych spotykamy się z wieloma społecznymi, ale też terapeutycznymi stereotypami, mówiącymi np. o tym, że dzieci autystyczne mają matki z zaburzeniami emocjonalnymi, żyją w swoim świecie lub też są wybitnie uzdolnione. Czy taki sposób postrzegania tego zaburzenia ma wpływ – a jeśli tak, to jaki – na proces diagnostyczny i terapeutyczny?

Powtarzanie mitów o zaburzeniach emocjonalnych matek jest klasycznym pomyleniem skutków z przyczynami. Wiele matek dzieci z autyzmem przejawia problemy emocjonalne właśnie dlatego, że dziecko z zaburzeniem rozwoju społecznego generuje ogromne cierpienie u rodziców, a w Polsce nie ma prawidłowej opieki logoterapeutycznej dla rodzin. Należy pamiętać, że zaburzenia autystyczne u dzieci mają wpływ także na kondycję psychiczną rodzeństwa i dziadków, terapii potrzebuje cała rodzina.

Wybitnych dzieci w zachowaniu ze spektrum autyzmu jest taki sam procent jak geniuszy w populacji ogólnej. Opowiadanie o zespole Aspergera u Mozarta, Einsteina czy Messiego jest zachowaniem

nierozsądnym i, mam nadzieję, nie dotyczy środowiska terapeutów. Nie chodzi o to, czy te osoby w istocie miały przypisywane im zaburzenia, ale o to, że może to negatywnie wpływać na myślenie o procesie diagnozowania i terapii.

Co do mitu o własnym świecie dziecka z autyzmem, należy podkreślić, że każde dziecko ma prawo do bycia w realnym świecie swojej rodziny. Przypisywanie dziecku umiejętności budowania nierealnego, tzw. swojego świata jest myśleniem magicznym, niebezpiecznie negującym potrzebę terapii.

Na czym w takim razie polega istota zaburzeń autystycznych? Jak w skrócie można by je scharakteryzować?

Głównym problemem jest zakłócenie pracy całego mózgu, co nie pozwala dziecku na rozwój filarów biologicznych warunkujących uczenie się języka. Tylko system językowy i komunikacja umożliwiają dziecku budowanie poznania. Te podstawy biologiczne to: naśladownictwo, prawidłowa percepcja słuchowa i wzrokowa, rozwój motoryczny (w tym wybór dominującej ręki), normatywny rozwój zabawy i zachowań społecznych.

Praca z dziećmi autystycznymi, szczególnie tymi najmniejszymi, u których nieprawidłowe wzorce zachowań są mocno nasilone, a komunikacja bardzo utrudniona, w wielu wypadkach okazuje się zupełnie niemożliwa bądź znacznie ograniczona. Od czego, zdaniem pani profesor, należy rozpocząć terapię tych najmłodszych pacjentów?

Przede wszystkim należy reagować natychmiast, gdy zachowania nieprawidłowe jeszcze się nie utrwaliły. Jeśli dziecko rozpoczyna terapię dopiero po 16. m.ż., należy przede wszystkim zbudować wspólne pole uwagi i działania, naśladownictwo i wzajemne relacje. Zakres oddziaływań i stosowane techniki dobierane są indywidualnie. Zaburzenia

ze spektrum autyzmu mogą być na poziomie lekkim, znacznym lub głębokim. Pierwszy etap działań to całkowita rezygnacja z wysokich technologii w życiu dziecka.

Jak powinni zachować się rodzice dziecka, u którego został zdiagnozowany autyzm? Często bowiem jako terapeuci słyszymy od nich, że dziecko nie chce z nimi współpracować w domu, głośno protestuje, gdy mama lub tata rozkłada na stoliku pomoce do terapii i próbuje zmusić dziecko do wykonania określonych zadań.

Terapeuta powinien pokazać przede wszystkim, że można posadzić dziecko przy stoliku i wspólnie działać, a potem rodzice muszą to robić konsekwentnie – jak każdy trening. Terapia ma wiele wspólnego z codziennym treningiem sportowym i sądzę, że jeśli rodzic dostrzeże najmniejsze efekty swoich działań, uzyska dostateczną motywację do podejmowania codziennego trudu.

Na czym powinna opierać się logoterapia dzieci z głębokimi zaburzeniami komunikacji? Jakim oddziaływaniom logopedycznym należy je objąć? Jaką rolę powinien tutaj odegrać terapeuta?

Logoterapia jest tylko jedną z 17 technik stosowanych w Metodzie Krakowskiej. Opiera się na koncepcji Viktora Frankla i oznacza pomoc w rozwoju jednostki, dokonującą się poprzez słowo. Przede wszystkim jest stosowana w komunikacji z rodzicami. Także neurobiolog Jerzy Vetulani wielokrotnie podkreślał rolę języka w budowaniu struktur mózgu i w tym znaczeniu logoterapia jest także oddziaływaniem neurobiologicznym.

Dziękuję za rozmowę.
Jolanta Sławek




prof. zw. dr hab. Jagoda Cieszyńska-Rożek

Kieruje Katedrą Logopedii i Zaburzeń Rozwoju Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie. Prowadzi badania naukowe obejmujące zagadnienia dotyczące problemów związanych z dysleksją, dwujęzycznością, a także nabywaniem i rozwojem systemu językowego przez dzieci niesłyszące, metodami diagnozowania dzieci z zaburzeniami komunikacji językowej. Jest twórcą Symultaniczno-Sekwencyjnej Nauki Czytania®.

Przypisy:

¹ Pąchalska M. M. i inni, *Neuropsychologia kliniczna. Od teorii do praktyki*, Warszawa 2014. s.152



Zaburzenia komunikacji u dzieci z ASD

Jedną z podstawowych grup zaburzeń występujących u osób ze spektrum autyzmu (ASD) są trudności w obszarze funkcjonowania komunikacji. Komunikowanie się „należy do najbardziej skomplikowanych zachowań, do jakich zdolny jest człowiek” i „decyduje o jakości relacji międzyludzkich” (Dziewiecki 2000). Niezwykle ważna jest więc rola wczesnej diagnozy i terapii dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu.

Komunikacja rozumiana w szerokim ujęciu łączy mowę, sygnały niewerbalne, umiejętność nawiązywania kontaktów międzyludzkich oraz wykorzystywania wyobraźni i symboliki (Kutcher, Atwood, Wolff 2007). Zdolność porozumiewania się może być realizowana w formie fonicznej, za pomocą systemu znaków graficznych czy też w postaci werbalnej lub niewerbalnej. Kompetencja komunikacyjna rozumiana jest jako zdolność wybierania odpowiednich struktur językowych oraz umiejętność uwzględniania sytuacji mówienia, na którą składają się: właściwości poznawcze i emocjonalne mówiącego oraz odgrywane przez niego role społeczne, a także przyjęty system norm i wartości (Panasiuk 2015).

Można przyjąć, że komunikacja każdego dziecka z ASD ma inny obraz, dlatego terapia zaburzeń komunikacji u osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu powinna być indywidualnie zaprogramowana i dostosowana do możliwości dziecka. Problemy te najczęściej dotyczą trudności w kontaktach społecznych, komunikacji i zdolności do empatii. Natomiast wybór metod diagnostycznych i terapeutycznych dostosowuje się do sposobu funkcjonowania dziecka i jego rodziny, a wynikają one z założeń przyjętych przez terapeutę. Mimo postępów medycyny, które obserwujemy od końca XX w., nadal niewiele wiemy o funkcjonowaniu ludzkiego mózgu i o świecie osób z autyzmem. W ostatnich latach obserwujemy niepokojący wzrost liczby dzieci dotkniętych problemem autyzmu. Dane opublikowane przez Ewę Pisulę w 2005 r. wskazywały, że na 10 000 urodzeń przypada około 30 dzieci z autyzmem, a dodatkowo 27, gdy bierze się pod uwagę całe spektrum zaburzeń. Dane statystyczne z 2010 r. podawały, że następuje ciągły przyrost przypadków autyzmu i w krajach wysoko uprzemysłowionych rodzi się już jedno dziecko z zaburzeniami ze spektrum autyzmu na 150 urodzeń (Pisula 2010). Potwierdzają to także dane z ONZ. Statystyki z amerykańskiego Centers for Disease Control and Prevention (CDC) wskazują, że w Ameryce 1 na 68 dzieci ma diagnozę zaburzeń ze spektrum autyzmu.

Autyzm to zaburzenie o złożonej, wieloczynnikowej i ciągle niewyjaśnionej etiologii. Jednak badacze zgodni są co do tego, że fundamentalne znaczenie w jego powstawaniu mają dysfunkcje mózgowie, chociaż nie udało się jednoznacznie określić mechanizmów leżących u ich podłoża. Większość znawców problemu wskazuje na koncepcję polietiologiczną. Wymienia się tu różne uwarunkowania, najczęściej: genetyczne, metaboliczne, neurofizjologiczne oraz neurologiczne (Pisula 2005).

Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń ze spektrum autyzmu

Jagoda Cieszyńska podkreśla, że we wszystkich przypadkach zaburzeń rozwojowych najistotniejsze jest postawienie wczesnej diagnozy i natychmiastowe podjęcie terapii, plastyczny mózg dziecka bowiem „zmieniany jest przez każde nowe doświadczenie” (Cieszyńska 2011). Diagnoza powinna być tak sformułowana, aby można było na jej podstawie zaprogramować plan terapii. W diagnozie trzeba dostrzec dziecko w pełni jego obecnego



W terapii autyzmu nie chodzi o to, aby wyćwiczyć izolowane umiejętności dzieci z autyzmem, lecz o to, aby dać dziecku szansę funkcjonowania w świecie ludzi i rzeczy.

rozwoju. Natomiast w terapii autyzmu nie chodzi o to, aby wyćwiczyć izolowane umiejętności dzieci z autyzmem, lecz o to, aby dać dziecku szansę funkcjonowania w świecie ludzi i rzeczy. W konsekwencji chodzi o jak największą samodzielność, która pozwoli dziecku na poczucie wolności i zmieni jakość jego życia oraz całej jego rodziny (Cieszyńska 2011).

Po kilkunastu latach diagnozowania dzieci z różnymi zaburzeniami rozwojowymi dla terapeutów z długim stażem staje się jasne, że w diagnozie nie wystarczy drobiazgowa analiza testów i zadań wypełnianych w gabinecie logopedycznym. Konieczne jest dostrzeżenie zależności między poszczególnymi strefami rozwoju. Dlatego jako logopedzi, diagnozując dziecko z autyzmem, nie skupiamy się tylko na zaburzeniach komunikacji i systemu językowego, ale interesuje nas całościowe funkcjonowanie dziecka.

Ciągle zdarzają się sytuacje, w których specjalista obawia się postawienia trudnej diagnozy i daje wymijające opinie: „obserwuję opóźniony rozwój mowy”, „dajmy dziecku czas”, „trzeba obserwować rozwój” itp. Należy mieć świadomość, że czas działa na niekorzyść dziecka, a nieprawidłowe zachowania utrwalają się; brak terapii powoduje stopniowe nasilanie się objawów ze spektrum autyzmu. Dlatego tak ważne jest podejmowanie wczesnej interwencji jeszcze przed ukończeniem przez dziecko 2. r.ż. Nie powinniśmy kojarzyć wczesnej diagnozy autyzmu ze „stygmatyzowaniem dziecka”, ale z szansą na „natychmiastową terapię” (Cieszyńska 2011).

Z doświadczeń własnych i rozmów z wieloma terapeutami wynika, że jeśli rodzic zwraca się o pomoc, podejrzewa jakieś zaburzenia rozwojowe, w tym zaburzenia ze spektrum autyzmu, to, niestety, najczęściej się nie myli. Wówczas postawienie wczesnej diagnozy, w której używamy terminu „zagrożenie autyzmem”, często skłania rodziców i terapeutów do podjęcia szybkich działań stymulujących rozwój, co jest konieczne w każdym zaburzeniu rozwojowym. Dlatego już na pierwszej wizycie dziecka w naszym gabinecie, jeśli widzimy nieprawidłowości rozwojowe ze spektrum autyzmu, powinniśmy informować rodziców o zagrożeniu autyzmem, tak samo jak to się czyni w przypadku dziecka z ryzykiem dysleksji (Cieszyńska 2011).

Trudno jest wskazać na metodę terapii, która okaże się skuteczna dla konkretnego dziecka z autyzmem. Wybór metody terapii, jak to trafnie określiła Cieszyńska, „jest zawsze uwarunkowany wyborem koncepcji człowieka” (Cieszyńska 2011). Wówczas nasze działania są spójne, jasne i pewne zarówno dla terapeuty, dziecka, jak i dla rodziny.

W terapii dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, niezależnie od ich rozwoju intelektualnego i społeczno-emocjonalnego oraz umiejętności wychowawczych rodziców, punktem wyjścia do prowadzenia działań jest nawiązanie takiego kontaktu z dzieckiem, który daje szansę na postęp

w naszych działaniach. Kontakt ten musi być akceptowany przez dziecko i dostosowany do jego możliwości. Praca nad kontaktem często wymaga wprowadzenia różnych technik terapii, np. technik metody krakowskiej, komunikacji alternatywnej, diety sensorycznej, terapii odruchów, aby na tej podstawie móc budować komunikację. Jeżeli z analizy profilu rozwoju i funkcjonowania dziecka wynika, że w pracy z nim wskazane jest łączenie metod wypracowanych w ramach różnych podejść, wówczas, pracując w zespole, należy podjąć decyzję, kto i jaką metodą będzie prowadził zajęcia, aby nie pogłębić chaosu panującego w umyśle małego pacjenta.

Czynniki decydujące o prawidłowym kształtowaniu się komunikacji

Język umożliwia pełniejszy kontakt z otoczeniem – tym samym pozwala na zaspokojenie wielu potrzeb psychicznych dziecka. Umiejętność porozumiewania się z innymi jest źródłem wywierania wpływu na otoczenie oraz stanowi ważny wyznacznik rozwoju psychicznego, dlatego tak dużą wagę przywiązuje się do wczesnej stymulacji rozwoju mowy, nawet dziecka rozwijającego się prawidłowo.

Jakiegolwiek zaburzenie funkcjonowania zmysłów powoduje nieprawidłowości rozwojowe dotyczące kształtowania się komunikacji. W literaturze i praktyce rzadko się wspomina, że w przyswajanie mowy są zaangażowane w dużym stopniu zmysł wzroku oraz inne zmysły. Widzenie jest podstawowym sposobem poznawania świata. Dziecko, tworząc pojęcia, tworzy zarazem wyobrażenia przedmiotów, które widzi w rzeczywistości. Czerpie informację na temat języka, obserwując zachowanie, wyraz twarzy tego, kto do niego mówi. Prawidłowy wzrok odgrywa ważną rolę, gdyż pierwsze słowa dziecko nie tylko słyszy, ale też „widzi”, naśladując ułożenie i ruchy narządów artykulacyjnych osób do niego mówiących.

Dziecko już w życiu płodowym odbiera język słuchowo. Mózg rejestruje wówczas różne dźwięki, w tym także dźwięki mowy. Jak wiadomo, od pierwszych chwil po urodzeniu prawidłowo rozwijające się dziecko potrafi rozpoznać głos matki, który zapewnia poczucie bezpieczeństwa i łagodzi niepokój. Te zachowania małego dziecka dowodzą, że z językiem od samego początku są związane emocje, które odbieramy i przekazujemy. Dziecko rozumie emocje jako pierwsze w językowym przekazie. Może to być wskazówką do pracy terapeutycznej – przekaz werbalny pozbawiony emocji jest dla dziecka na wczesnym etapie rozwoju zupełnie nieczytelny (Cieszyńska, Korendo 2007).

Michael Tomasello podkreśla, że rozwój poznawczy u człowieka zachodzi w środowisku coraz to nowszych wytworów

i praktyk społecznych, które reprezentują zbiorową mądrość całej grupy społecznej, zgromadzoną w trakcie historii jej kultury. Dziecko może z tej mądrości korzystać już około 9. m.ż., kiedy pojawiają się próby wspólnego z innymi użytkownikami języka zwracania uwagi na coś oraz uczenia się naśladowczego „od i przez innych”. Około 9. m.ż. zachowania niemowlęcia przestają mieć charakter dwustronny, a stają się trójstronne: czyli w relacji dziecko – dorosły – przedmiot czy zdarzenie będące obiektem wspólnej uwagi. Do zachowań niemowląt określanych jako „rewolucja 9. miesiąca”, pojawiających się ok. 9–12. m.ż., można zaliczyć wiele sytuacji wiążących się ze wspólnym kierowaniem uwagi, co wskazuje na rozwój rozumienia innych ludzi jako sprawców intencjonalnych „takich jak ja”. W rezultacie każde prawidłowo rozwijające się niemowlę jest w stanie zrozumieć członków swojego gatunku i odbierać ich jako podobne sobie istoty intencjonalne (mentalne). Dziecko w tym czasie zaczyna rozumieć, że relacje z innymi obiektami można śledzić, ukierunkowywać lub dostosowywać się do nich (Tomasello 2002). Dlatego zaczyna wówczas:

- spoglądać tam, gdzie patrzą dorośli,
- podążać za ich wzrokiem,
- angażować się w interakcje społeczne,
- używać dorosłych jako wspólnych punktów odniesienia,
- operować przedmiotami w taki sposób, w jaki robią to dorośli (uczenie przez naśladownictwo),
- wykonywać gesty wskazujące, np. pokazywanie palcem czy podnoszenie przedmiotu, aby go komuś pokazać (Tomasello 2002).

Zaburzenia komunikacji u dzieci z ASD

Rozwój komunikacji dziecka z autyzmem od początku jest zaburzony. Do wczesnej diagnozy zachowań dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu mogą służyć Karty diagnozy 10 etapów rozwoju dziecka od 4. do 36. miesiąca życia J. Cieszyńskiej i M. Korendo. Na podstawie tego narzędzia, znając prawidłowości rozwoju mowy dziecka, bardzo wczesnie można zdiagnozować zaburzenia komunikacji. Jeśli zauważymy opóźnienia (zaburzenia) w rozwoju mowy lub rozwoju innych funkcji poznawczych, należy poddać dziecko dodatkowej stymulacji, aby usprawnić nabywanie kompetencji językowej.

Trzeba wyraźnie podkreślić, że komunikacja małego dziecka kształtuje się podczas zabawy. Mowa, myślenie i zabawa rozwijają się równolegle. Próby badające zabawę są zatem również elementem diagnozy komunikacji.



Praca nad kontaktem często wymaga wprowadzenia różnych technik terapii, np. technik metody krakowskiej, komunikacji alternatywnej, diety sensorycznej, terapii odruchów, aby na tej podstawie móc budować komunikację.

Zaburzenia w rozwoju społeczno-emocjonalnym często są zauważane przez rodziców dość wczesnie, ale zwykle bywają interpretowane przez nich jako cechy wynikające z indywidualności ich dziecka. Opiekunowie nie postrzegają tych zachowań jako „inne”, ale raczej jako „przejściowe” na danym etapie rozwoju dziecka. W następstwie problemy w rozwoju społecznym są długo bagatelizowane. Do poszukiwania pomocy skłaniają rodziców raczej – łatwiejsze do zobiektywizowanej oceny – opóźnienia i nieprawidłowości w rozwoju mowy (Pisula 2005).

Często osoby z autyzmem przy braku wczesnej terapii nie rozwijają mowy werbalnej i komunikują się za pomocą alternatywnych metod komunikacji (AAC). Dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu spontanicznie nie kompensują sobie braku mowy czynnej w sposób pozawerbalny, np. gestem czy mimiką (Bigas 2012). Osoby z autyzmem nie wykorzystują mowy w celu komunikowania się. Nawet jeśli posługują się mową czynną, mają problem z jej wykorzystaniem w sposób adekwatny do sytuacji (Bobkiewicz-Lewartowska 2005). Zatem mowa nie jest społecznie wykorzystywana. Osoby z zaburzeniami ze spektrum autyzmu mają również problem z nawiązaniem kontaktu wzrokowego, a co za tym idzie – z utrzymaniem wspólnego pola uwagi. Tymczasem, jak pisze Hanna Olechnowicz, jest to warunek do wytworzenia się mowy bezecholalicznej, która stanie się narzędziem porozumiewania się i myślenia (cyt. za: Winczura 2008).

Echolalia jest najczęstszą formą językową spotykaną u dzieci z autyzmem. „Echolalia – [...] jest mimowolnym, automatycznym powtarzaniem dźwięków, wyrazów, a nawet całych zdań bezpośrednio po ich usłyszeniu” (Winczura 2008). W zaburzeniach ze spektrum autyzmu wyróżnia się:

- echolalię bezpośrednią – dziecko powtarza to, co usłyszało, odwzorowując taką samą strukturę gramatyczną,
- echolalię pośrednią (odwleczoną, odroczoną) – dziecko powtarza całą dużo wcześniej zasłyszaną treść, np. treść reklamy,
- echolalię łagodną (funkcjonalną) – dziecko odzwierciedla w swojej mowie zasłyszane wyrazy, adekwatnie do sytuacji i zgodnie ze swoimi zainteresowaniami.

Poglądy na temat funkcjonowania echolalii u osób z autyzmem są bardzo różne. Jedni badacze uważają je za magazynowanie i przechowywanie w mózgu gotowych wypowiedzi, które są aktywowane w odpowiedniej sytuacji. Inni sądzą, że służy ona jako bodziec akustyczny, pozbawiony rozumienia, zastosowany w celu dostarczenia doznań słuchowych (Winczura 2008). Echolalia może być też spowodowana brakiem rozumienia wypowiedzi skierowanej do dziecka, czego dowodem może być powtarzanie usłyszanych kwestii przez osoby zdrowe, gdy są one zbyt

szybko wypowiedziane lub niezrozumiałe (Bobkiewicz-Lewartowska 2005). Jeśli uznamy, że echolalia jest formą gotowych wypowiedzi, aktywowanych w odpowiedniej sytuacji, łatwiej można wyjaśnić brak zaimków osobowych występujących w mowie osób z autyzmem. Może to być jednak związane również z tym, że osoby z ASD posługują się głównie konkretami, a użycie zaimków to słownictwo określające (Bigas 2012).

Kolejny problem w komunikacji osób z ASD stanowi brak rozumienia znaczenia wypowiedzi. Niektórzy badacze sądzą, że ma to związek z teorią słabej centralnej koherencji, zaproponowanej przez Utę Frith (Frith 2008). Teoria słabej centralnej koherencji zakłada, że dzieci ze spektrum autyzmu mają trudności z integrowaniem pojedynczych elementów w całość. Konsekwencją tego jest fakt, że rozumieją sens poszczególnych słów, ale nie są w stanie powiązać ich znaczeń w zdaniu i odczytać przekazu informacji w całym kontekście. Osoby z autyzmem mają też problem z budowaniem złożonych wypowiedzi, co niektórzy badacze łączą z posługiwaniem się przez nie echolaliami. W swojej mowie czynnej posługują się głównie rzeczownikami i czasownikami; wiąże się to zapewne z ich konkretnym znaczeniem. Można to zauważyć np. w opisie obrazka stworzonym przez dzieci z autyzmem. Opisując obrazek, dziecko wymienia pojedyncze elementy, bez ujmowania relacji między przedmiotami czy osobami, nie wskazuje również motywów ich działania (Markiewicz 2007). Problem ten jest wyjaśniany w różny sposób, np. poprzez zaburzoną teorię umysłu, czyli trudności z metalizowaniem, tj. myśleniem o cudzych stanach umysłowych (Frith 2008).

Odmienne zdanie na ten temat przedstawia J. Cieszyńska, która uważa, że osoby z autyzmem posiadają teorię umysłu, lecz nie są w stanie w pełni jej wykorzystać z powodu deficytu języka, który z kolei nie pozwala im na ukształtowanie się prawidłowo funkcjonujących reguł społecznych. Pisze ona, że: „brak języka jest tu pierwotną przyczyną trudności w kontaktach społecznych” (Cieszyńska 2011). Z logopedycznego punktu widzenia trudno się zgodzić z tą opinią, ponieważ „nie sposób wyobrazić sobie, co przeżywa i co planuje drugi człowiek, gdy nie ma się słów i struktur gramatycznych do wyrażenia tej wiedzy językowo” (Cieszyńska 2011).

Rozwój komunikacji dzieci z ASD jest nieharmonijny, charakteryzuje się częstymi regresami lub zatrzymaniem. Mowa tych dzieci wykazuje niski poziom fleksyjny, występują liczne agramatyzmy, a najczęstszymi formami fleksyjnymi są mianownik i bezokolicznik (Bigas 2012). Zaburzona jest również prozodia, a charakteryzuje ją nieprawidłowy akcent, zróżnicowane tempo mowy, przesadna artykulacja i nierówna skala głosu. To czyni mowę monotonna i pozbawioną emocji. Problemy językowe dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu przejawiają się w komunikacji zarówno werbalnej, jak i niewerbalnej. Dzieci niemówiące nie mają potrzeby kompensowania deficytów mowy czynnej, dlatego nie wyrażają siebie za pomocą gestów, mimiki i mowy ciała. Mają też trudności z rozumieniem tych elementów komunikacji pochodzących od innych. Kłopotem staje się dla nich interpretacja tonu głosu, mimiki czy wyrazu oczu rozmówcy (Winczura 2008)

Komunikacja dzieci z ASD jest zaburzona w różnym stopniu, Trudności mogą dotyczyć niemal każdej sfery mowy i języka oraz zachowań społecznych. Niezwykle ważne jest podjęcie wczesnych działań diagnostycznych i terapeutycznych, które dają szansę dziecku z zaburzeniami ze spektrum autyzmu nie tylko na skuteczną komunikację, ale też na poprawę jakości życia jego samego i jego rodziny.

dr n. hum. Ewa Jeżewska-Krasnodębska

Neurologopeda, pedagog specjalny, neuroterapeuta Biofeedback, specjalista w zakresie zaburzeń komunikacji w mowie i piśmie u dzieci i dorosłych. Prowadzi zajęcia na studiach logopedycznych i liczne szkolenia dla logopedów. Wieloletni kierownik Studiów Logopedycznych i Neurologopedycznych w Wyższej Szkole Pedagogicznej im. J. Korczaka i Uczelni Łazarskiego w Warszawie. Autorka kilkadziesiątu artykułów z zakresu logopedii, dwóch monografi: „Przyczyny zaburzeń artykulacji zlokalizowane w układzie obwodowym” oraz „Zaburzenia artykulacji u dzieci rozpoczynających naukę szkolną”. Założycielka i opiekun merytoryczny Centrum Terapii Dziecka w Warszawie i Otwocku, ekspert w zakresie logopedii i pedagogiki specjalnej w MEN. W praktyce zawodowej specjalizuje się w diagnozie i terapii różnych zaburzeń mowy u dzieci i dorosłych, szczególnie w zakresie wczesnej interwencji logopedycznej, profilaktyki logopedycznej, opóźnienia rozwoju mowy, zaburzeń pochodzenia korowego oraz dyslalii.

Literatura:

- Bigas U., *Autyzm – charakterystyka zachowań językowych w autystycznym spektrum zaburzeń* [w:] Grabias S., Kurkowski M., *Logopedia – teoria zaburzeń mowy*, Lublin 2012.
- Bobkiewicz-Lewartowska L., *Autyzm dziecięcy – zagadnienia diagnozy i terapii*, Kraków 2005.
- Cieszyńska J., Korendo M., *Wczesna interwencja terapeutyczna*, Kraków 2007.
- Cieszyńska J., *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych – Metoda Krakowska*, Kraków 2011.
- Dziewiecki M., *Psychologia porozumiewania się*, Kielce 2000.
- Frith U., *Autyzm – wyjaśnienie tajemnicy*, Gdańsk 2008.
- Kutscher M.L., Attwood T., Wolff R.R., *Dzieci z zaburzeniami łączonymi, ADHD, trudności w nauce, zespół Aspergera, zespół Tourette, depresja dwubiegunowa i inne zaburzenia*, Warszawa 2007.
- Markiewicz K., *Charakterystyka zmian w rozwoju umysłowym dzieci autystycznych*, Lublin 2007.
- Olechnowicz H., *Wokół autyzmu. Fakty, skojarzenia, refleksje*, Warszawa 2004.
- Panasiuk J., *Skala do oceny profilu zaburzeń językowych w zespole Aspergera* [w:] Kurowska M., Wolańska E. (red.), *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii. Z prac Towarzystwa Kultury Języka*, t. XII, Warszawa 2015.
- Pisula E., *Autyzm, przyczyny, symptomy, terapia*, Gdańsk 2010.
- Pisula E., *Małe dziecko z autyzmem*, Gdańsk 2005.
- Tomasello M., *Kulturowe źródła ludzkiego poznawania*, Warszawa 2002.
- Winczura B., *Dziecko z autyzmem. Terapia deficytów poznawczych a teoria umysłu*, Kraków 2008.

ZABURZENIA MODULACJI SENSORYCZNEJ U DZIECI AUTYSTYCZNYCH

NA PRZYKŁADZIE PROBLEMÓW Z POBOREM POKARMÓW I PŁYNÓW

Problemy dzieci autystycznych związane z przyjmowaniem pokarmów niekiedy wynikają z zaburzeń integracji sensorycznej. Dysfunkcje tego typu mogą przyczynić się do wybiórczości pokarmowej. Skutkuje ona brakiem doświadczeń niezbędnych w procesie rozwoju mowy i innych funkcji poznawczych.

Zaburzenia przetwarzania sensorycznego a wybiórczość pokarmowa

Zaburzenia przetwarzania sensorycznego (SPD), typowe dla dzieci z autyzmem, mogą przybierać wiele form. Są to zaburzenia modulacji sensorycznej (SMD), zaburzenia dyskryminacji sensorycznej (SDD) i zaburzenia motoryczne na bazie sensomotorycznej (SBMD). Wśród zróżnicowanych pod względem jakościowym i ilościowym problemów z integracją sensoryczną wymienia się także problemy z przyjmowaniem płynów i pokarmów.

Zaburzenia w zakresie przyjmowania płynów i pokarmów występują pod postacią wybiórczości pokarmowej, definiowanej jako specyficzny i trwały wzorzec zachowania, polegający na odmawianiu spożywania pokarmów, które nie należą do grupy preferowanej

przez dziecko. W praktyce dziecko znacznie ogranicza repertuar spożywanych produktów. Czynnikiem decydującym o tym, który produkt jest właściwy dla dziecka, są zazwyczaj: smak, zapach, faktura i temperatura. Czasami o wyeliminowaniu konkretnego pokarmu z diety decyduje jego kolor, wygląd, a nawet marka produktu. Może więc się zdarzyć, że dziecko z wybiórczością pokarmową będzie jadło jabłka, ale tylko konkretnego koloru, rodzaju, o wybranym stopniu twardości, a nawet wielkości. Będzie piło sok jabłkowy, ale tylko określonej marki, w określony sposób (np. przez słomkę). Podobnie rzecz się ma z każdym innym produktem.

Rodzice dzieci z wybiórczością pokarmową często już w okresie niemowlęctwa mają kłopoty z karmieniem (może to być nieprawidłowy wzorzec ssania, problemy z przystawieniem dziecka do piersi, niechęć do przyjęcia konkretnej pozycji w czasie karmienia piersią lub butelką, niechęć do kontaktu fizycznego z rodzicem w czasie karmienia itd.). Problem nasila się wraz z rozszerzaniem diety u dziecka. Każdorazowe wprowadzenie nowego produktu kończy się zamy-



Dziecko z objawami wybiórczości pokarmowej może preferować pokarmy rozdrobnione, niewymagające gryzienia czy żucia. W ten sposób nie zachodzi naturalny proces przygotowywania artykulatorów do ich wtórnej funkcji – komunikacyjnej.

kaniem jamy ustnej, krztuszeniem się, płuciem. Czasami u dziecka aktywizuje się również odruch wymiotny przy podawaniu jedzenia o innej niż preferowanej konsystencji (zazwyczaj są to grudki).

Niechęć do rozszerzania diety zazwyczaj skutkuje znacznym wydłużeniem okresu karmienia produktami płynnymi lub stałymi o prawie płynnej konsystencji (pokarm bardzo mocno rozdrobniony, zblendowany). Z punktu widzenia logopedy jest to sytuacja mocno niekorzystna, zwłaszcza dla dziecka, u którego utrwała się odruch kąsania i zaciskania zębów. Odruch kąsania, który powinien zostać zintegrowany ok. 7. m.ż., często nie przekształca się w funkcję żucia, a potem – gryzienia. Patologiczne oddziaływanie tych odruchów może dodatkowo wpływać na problemy z jedzeniem, niechęć do samej czynności poboru pokarmu, a w rezultacie – do problemów z łaknieniem. Dziecko będzie preferowało pokarmy rozdrobnione, niewymagające gryzienia czy żucia, a tym samym nie będzie przygotowywało artykulatorów do ich wtórnej funkcji – komunikacyjnej. Ponadto zmniejszone zdolności motoryczne, często towarzyszące wybiórczości pokarmowej, niezbędne do gryzienia, żucia czy połykania, mogą spowodować zakrztuszenia, a nawet odmowę przyjęcia danego pokarmu. Przetrwale odruchy mogą dodatkowo być przyczyną: ciągłej stymulacji językiem, wkładaniem do jamy ustnej produktów niejadalnych, przy jednoczesnym unikaniu pokarmów, podwyższonego niepokoju czy zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych. Karmienie, a potem samodzielne jedzenie staje się sytuacją trudną, a z czasem nawet traumatyczną, zarówno dla rodzica, jak i dla dziecka.

Nadwrażliwość sensoryczna

U znacznej części dzieci autystycznych, u których zdiagnozowano nieprawidłowości w przyjmowaniu pokarmów i płynów, można zaobserwować zaburzenia modulacji sensorycznej pod postacią nadwrażliwości sensorycznej, charakteryzującej się większą siłą reakcji i dłuższym czasem jej trwania. Dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu mogą wykazywać:

- **nadwrażliwość na bodźce słuchowe**, która będzie powodem niechęci do spożywania tych rodzajów pokarmów, które w trakcie gryzienia czy żucia wydają dźwięki (paluszki, chrupki, kruche ciastka). W sytuacjach skrajnych dziecko może unikać nawet tych pomieszczeń, w których zwyczajowo się je (restauracje, stołówki szkolne) lub

uroczystości związanych z sytuacją jedzenia (przyjęcia, święta),

- **nadwrażliwość dotykową w obrębie rąk i dłoni**, przejawiającą się unikaniem bezpośredniego kontaktu z jedzeniem (dziecko nie chce wziąć do rąk jedzenia pod żadną postacią), unikaniem naturalnej okazji do brudzenia się (dziecko reaguje krzykiem, płaczem, złością),
- **nadwrażliwość dotykową w obszarze sfery orofacialnej**. W wyniku zaburzonych reakcji na dotyk w obrębie twarzy i jamy ustnej dziecko może tolerować tylko pewne konsystencje, faktury i temperatury. W przypadku podania pokarmu o konsystencji lub fakturze innej od preferowanej dziecko może reagować wygórowanym odruchem wymiotnym, a także tendencją do krztuszenia się i dławienia (mimo prawidłowego w ocenie logopedycznej odruchu wymiotnego). Dziecko z nadreaktywnością będzie odmawiało też jedzenia gorących bądź zimnych pokarmów,
- **nadwrażliwość na zapachy, ze szczególnym uwzględnieniem tych pokarmów**, które w powszechnej ocenie są przyjemne lub neutralne. W przypadku nadreaktywności zapachowej dziecko może reagować odruchem wymiotnym, a nawet wymiotować, czując nietolerowany przez siebie zapach,
- **nadwrażliwość na smaki**. Dziecko z nadreaktywnością będzie wybierało smaki mdłe, typowe dla produktów wysoko przetworzonych. Nadwrażliwość w tej sferze dotyczy także będzie wyboru naczyń czy sztućców potrzebnych do podawania pokarmu (preferowanie plastikowych naczyń).

„Nie będę tego jadł, bo to mnie nie interesuje” – podwrażliwość sensoryczna

W przypadku podwrażliwości sensorycznej (czyli obniżonej reaktywności lub braku reakcji na zewnętrzne bodźce sensoryczne) dzieci mogą:

- nie przejawiać zainteresowania jedzeniem. Dziecko może być karmione w każdym miejscu i okolicznościach. Często rodzice karmią dzieci przed telewizorem, komputerem czy tabletem,
- traktować jedzenie jak zabawę. W takiej sytuacji dziecko rozciera pokarm, rozgniata, może nawet wkładać do jamy ustnej, ale nie przełyka go, bawi się nim,
- mieć problem z czuciem narządów artykulacyjnych, co może objawiać się przykładowo problemem z oceną wielkości przygotowanej gałki pokarmowej. Dziecko, które słabo czuje swoje narządy artykulacyjne, prymarnie biorące udział w przyjmowaniu pokarmu, umieszcza zbyt dużo pokarmu w jamie ustnej. W rezultacie ma problem z odpowiednim przygotowaniem bolusa do przełknięcia, może także krztusić się, dławić, a nawet odczuwać ból w trakcie połykania,
- mieć zmniejszoną zdolność do rozróżniania uczucia głodu i sytości. W takiej sytuacji dziecko może nie odczuwać głodu albo (i) pragnienia,
- nie reagować na potrawy o intensywnym smaku lub wyrazistej temperaturze (mocno przyprawione, kwaśne, gorące czy pikantne). Innym objawem niskiej świadomości sensorycznej będzie przechowywanie pokarmu

w jamie ustnej (chomikowanie), brak odczuwania (lub zmniejszona reakcja odczuwania) resztek pokarmu na wargach lub twarzy, a także problemy z nadmiernym ślinieniem się.

„Nie będę tego jadł, bo to jest mdłe” – poszukiwanie wrażeń sensorycznych

Dzieci autystyczne, u których zdiagnozowano zaburzenia modulacji sensorycznej pod postacią poszukiwania wrażeń sensorycznych (dużą intensywność wrażeń pochodzących z ruchu i propriocepcji):

- wykazują ograniczoną zdolność do przebywania w jednym miejscu w trakcie przyjmowania pokarmów i płynów. Dziecko będzie przemieszczało się, ciągle zmieniało pozycję w trakcie siedzenia przy stole. Może się zdarzyć, że będzie jadło tylko wówczas, gdy będzie w ruchu,
- preferują pokarmy o wyrazistych smakach (bardzo ostrych lub bardzo słodkich), skrajnych temperaturach (gorących lub lodowatych) i mocno zróżnicowanych fakturach. W przyjmowanych pokarmach poszukują intensywnych wrażeń sensorycznych, które często występują w parze z deficytem uwagi,
- zachłannie pochłaniają pokarm, często napychają sobie nim usta.

Jak pomóc dziecku i jego rodzinie?

Aby zniwelować skutki zaburzeń modulacji sensorycznej w zakresie przyjmowania pokarmów i płynów, należy zastosować interdyscyplinarne podejście nie tylko do dziecka, ale także jego rodziny. Często rodzice, widząc narastającą awersję pokarmową u dziecka, ograniczają doznania dotykowe w obrębie twarzy i jamy ustnej. Takie postępowanie, niestety, tylko nasila problem. Ważne jest uświadomienie rodzicom, że prawidłowe i zróżnicowane karmienie jest intensywnym i niezbędnym bodźcowaniem sfery oralnej. Wszelkonna diagnoza całego zespołu specjalistów (logopedy, terapeuty integracji sensorycznej, psychologa, dietetyka, fizjoterapeuty, osteopaty) może pomóc w oswojeniu problemu. Logopeda w swoich działaniach terapeutycznych powinien uwzględnić:

- trening higieny jamy ustnej dziecka (dzieci z wybiórczością pokarmową bardzo często wykazują znaczną niechęć do mycia zębów),
- trening sensoryczny odwracający dotykowo obszar oralny (zalecane masaże twarzy i jamy ustnej należy dostosować do rodzaju dysfunkcji dziecka. Inaczej będzie wyglądał masaż dziecka z nadreaktywności dotykową – mniejsza siła nacisku, a inaczej dziecka z podreaktywnością – większa siła nacisku),
- trening jedzenia (terapeuta zwraca uwagę zarówno na jakość spożywanego produktu – wybiera konsystencję, temperaturę, fakturę, smak, zapach, jak i na sposób jego prawidłowego podawania – wybiera akcesoria do karmienia, określa technikę karmienia, ustala pozycję do karmienia),

- trening wprowadzania nowych pokarmów (po utrwaleniu każdego pokarmu terapeuta wprowadza nowy w tempie dostosowanym do możliwości dziecka).

Wszystkie te czynności powinny być wykonywane w obecności rodzica, który następnie będzie – zgodnie z zaleceniami terapeuty – wykonywał określone zadania w domu.

Podsumowanie

Zaburzenia przetwarzania sensorycznego, przejawiające się u dzieci autystycznych problemami z przyjmowaniem pokarmów, wiążą się zazwyczaj ze złą modulacją wrażeń, zwłaszcza dotykowych, proprioceptywnych i przedśionkowych (najczęściej pod postacią nadaktywności). Skutkiem dysfunkcji tego typu jest unikanie sytuacji jedzenia, ograniczenie produktów tylko do wybranych, zubożenie bodźców dotykowych, co powoduje brak doświadczeń niezbędnych w procesie rozwoju mowy i innych funkcji poznawczych. Tak więc chociaż zaburzenia karmienia pierwotnie dotyczą braku akceptacji danego pokarmu, wtórnie noszą ze sobą wiele konsekwencji. W przypadku dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu dużą trudność stanowi także tendencja do określonych sztywności i schematyzacji zachowania, które utrudniają zmiany niewłaściwych nawyków żywieniowych. Tylko właściwe – interdyscyplinarne, zindywidualizowane postępowanie terapeutyczne może pomóc w prawidłowym, a to oznacza także przyjemnym, przyjmowaniu pokarmów.

dr n. hum. Ewa Kaptur

Adiunkt na Wydziale Filologii Polskiej i Klasycznej na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, językoznawca, dyplomowany nauczyciel emisji głosu, logopeda, specjalista wczesnego wspomagania rozwoju dziecka. Zajmuje się przede wszystkim wczesną interwencją logopedyczną. Przedmiotem jej szczególnych zainteresowań jest nauka prawidłowego karmienia na różnych etapach rozwoju dziecka (w normie i w patologii). Współtwórczyni specjalności logopedycznej w Instytucie Filologii Polskiej UAM.

Literatura:

- Ayres A.J., *Dziecko a integracja sensoryczna*, przeł. Okuniewski J., Gdańsk 2015.
- Baj-Lieder M., *Wybiórczość pokarmowa w ujęciu sensoryczno-motorycznym*, „Forum Logopedy” 2017.
- Jeżewska-Krasnodębska E., Krasnodębski J., *Rodzaje zaburzeń mowy u dzieci z dysfunkcjami procesów integracji sensorycznej* [w:] Jeżewska-Krasnodębska E., Skalbania B. (red.), *Diagnoza i terapia w pracy logopedy i nauczyciela terapeuty. Konteksty teoretyczne i praktyka*, Kraków 2017.
- Kranowitz C.S., *Nie-zgrane dziecko. Zaburzenia przetwarzania sensorycznego – diagnoza i postępowanie*, przekł. Sawicka-Chrapkiewicz A., Gdańsk 2012.
- Miller L.J., *Dzieci w świecie doznań. Jak pomóc dzieciom z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego?* Gdańsk 2016.
- Przyrowski Z., *Integracja sensoryczna. Wprowadzenie do teorii, diagnozy i terapii*, Warszawa 2011.
- Wiśniewska B., *Rola logopedy w terapii dzieci z zaburzeniami karmienia* [w:] Porayski-Pomsta J., Przybysz-Piwko M. (red.), *Interwencja logopedyczna. Zagadnienia ogólne i praktyka*, Warszawa 2012.

WCZESNA DIAGNOZA AUTYZMU

JAK ROZPOZNAĆ ZABURZENIE U DZIECKA DO DRUGIEGO ROKU ŻYCIA?

Autyzm często wpływa na inicjatywę dziecka, które jest mniej skłonne do interakcji z ludźmi i bardziej skupia się na wąskim zakresie aktywności. Ta cecha występuje u dzieci od początku i utrzymuje się przez całe życie. W przypadku małego dziecka mniej interakcji społecznych to mniej okazji do uczenia się, a zawężony i powtarzalny zakres aktywności skutkuje zmniejszoną różnorodnością sposobów uczenia się.

Wczesne objawy autyzmu dziecięcego – obserwacja

Badania wykazują, że zdrowy noworodek jest wyposażony w umiejętności dostrajania się do sytuacji społecznych, szczególnie w zakresie synchronizacji interakcji, naśladowania, poszukiwania kontaktu wzrokowego w reakcji na głos matki. Małe dziecko z autyzmem nie inicjuje tych ciągłych wymian społecznych w takim stopniu jak inne dzieci, co poważnie zmniejsza jego szanse na uczenie się. Małe dziecko z autyzmem ma więc mniej doświadczeń, na podstawie których może konstruować swoje rozumienie ludzi i wydarzeń wokół niego. Kolejną trudnością jest brak reakcji na inicjatywy komunikacji płynące z otoczenia. Dziecko, które nie odpowiada okazaniem radości, nawiązaniem kontaktu wzrokowego, nie okazuje wyraźnej reakcji informującej, że cieszy się interakcją i chce ją kontynuować, sprawia, że społeczne interakcje opiekuna nie są wzmacniane, co może ograniczać ich liczbę. Zatem autyzm wpływa na dziecko w dwojaki sposób: dziecko nie jest inicjatorem odpowiednio często, nie stwarza możliwości do uczenia się, a partnerzy społeczni zmniejszają liczbę interakcji, co powoduje dalszą utratę sposobności uczenia się.

Współczesne badania nad uczeniem się niemowląt w 1. r.ż. (Baillargeon 2004) wskazują na biegłość, z jaką niemowlęta rozumieją działanie obiektów w otoczeniu fizycznym, rozpoznają podobieństwo własnych działań do działań innych ludzi czy sprawność z zapamiętywaniem informacji. Obecne wyniki sugerują, że w trakcie interakcji z otoczeniem mózgi niemowląt polegają na tzw. uczeniu się statystycznym, które pozwala na wykrycie wzorców i znaczeń (Saffran, Aslin 1996). Umiejętność dostrzeżenia dystrybucji informacji i wnioskowania na tej podstawie wydaje się odgrywać rolę w wielu aspektach rozwoju językowego, poznawczego i społecznego.

Kiedy niemowlę wchodzi w interakcję ze światem w sposób nietypowy, np. koncentrując się tylko na przedmiotach, a nie na ludziach, to można założyć, że jego wiedza i sposób konstruowania świata też będą specyficzne. Takie niemowlę może nie rozwijać się językowo, dlatego że nie zwraca uwagi na mowę i jej statystyczne cechy dystrybucji. Należy pamiętać, że aby niemowlę mogło wnioskować i się uczyć, musi być aktywne i emocjonalnie zaangażowane w otoczenie, zaś poprawna percepcja mowy będzie się prawidłowo rozwijała tylko podczas interakcji społecznych. Czynniki psychospołeczne mają kluczowe znaczenie dla neurologicznego rozwoju wszystkich dzieci.

UŚMIECH SPOŁECZNY

U prawidłowo rozwijających się dzieci ok. 6. tygodnia życia pojawia się tzw. uśmiech społeczny. W wieku ok. 6–8 miesięcy niemowlę potrafi odróżnić twarze osób bliskich i reaguje lękiem na twarze osób obcych. Brak lub osłabienie uśmiechu społecznego, brak reakcji na widok matki lub też przeciwnie – niezwracanie uwagi na jej nieobecność – są objawem niepokojącym.

WSPÓLNIE PODZIELANA UWAGA

Pojawia się w wieku ok. 9–15 miesięcy i stanowi kamień milowy w zdolnościach do uczenia się, do naśladowania i komunikowania z innymi. Prawidłowo rozwijające się dziecko ok. 8. m.ż. zaczyna kierować wzrok w tym samym kierunku, w którym patrzy opiekun, w 10. miesiącu wskazuje palcem rzecz (wskazywanie protodeklaratywne). Do wskazywania dołącza również komunikaty słowne, odpowiednie do etapu rozwoju mowy. Około 10.–12. m.ż. patrzy w kierunku wskazanym przez rodzica, obserwuje jego reakcje i samo reaguje, wyrażając swoje emocje za pomocą mimiki. Wspólnie podzielana uwaga jest przejawem współdziałania i prawidłowej interakcji z ważną osobą; związana jest również z rozwojem mowy – dziecko uczy się łączenia właściwego słowa z przedmiotem. Brak lub osłabienie w tym obszarze jest objawem niepokojącym.

KONTAKT FIZYCZNY

Niechęć do kontaktu fizycznego lub obojętność na taki kontakt obserwowana już w 1. r.ż. jest niepokojącym objawem. Dzieci mogą sztywnieć lub robić się wiotkie, gdy są trzymane w ramionach (objaw drewnianej lub szmacianej lalki), mogą też bronić się przed przytulaniem (brak kontaktu wzrokowego i reakcji przywierania – dostosowania pozycji ciała do pozycji opiekuna).

BRAK TZW. LĘKU SEPARACYJNEGO

Większość dzieci autystycznych nie przejawia lęku związanego z rozdzieleniem z osobami znaczącymi ani też lęku przed obcymi. Dziecko nie reaguje ożywieniem na widok matki, co może sprawiać wrażenie, jakby nie potrzebowało jej obecności czy uwagi – dzieci te wydają się samowystarczalne.

UNIKANIE KONTAKTU WZROKOWEGO

Wrażliwość na kontakt wzrokowy i kierunek spojrzenia jest obecna już w bardzo wczesnym okresie życia. Nawet w 4. m.ż. niemowlęta reagują w sposób zróżnicowany na spojrzenie i emocje. Dziecko autystyczne unika kontaktu wzrokowego aktywnie lub nie potrafi go utrzymać. Może zasłaniać oczy, odwracać twarz, obserwować przedmioty kątem oka, patrzeć nieobecny wzrokiem, może też poruszać dłońmi tuż przed oczami.

POSTRZEGANIE EMOCJI

W 7. m.ż. niemowlęta rozróżniają wyraz twarzy, co można zaobserwować na podstawie ich reakcji orientacyjnych i habituacyjnych przy zadaniach dotyczących skupienia uwagi wzrokowej, podczas których są im pokazywane twarze okazujące takie same bądź różne emocje. Mózg 6–7-miesięcznego dziecka reaguje inną aktywnością elektryczną, ma różne emocje. Brak umiejętności postrzegania emocji jest niepokojącym.

BRAK REAKCJI NA IMIĘ

Dzieci autystyczne nie reagują lub mają obniżoną reakcję na swoje imię. Rodzice obawiają się, że ich dziecko jest głuche.

ZABURZENIA ROZWOJU MOWY

I KOMUNIKOWANIA SIĘ

Dziecko autystyczne może nie gaworzyć lub przejawiać gaworzenie monotonne, bez modulacji o charakterze konwersacyjnym. Etapy rozwoju mowy są znacznie opóźnione lub rozwój jest całkowicie zahamowany. Niepokojące jest brak wypowiedzianych słów ze zrozumieniem ok. 1. r.ż., prostych zdań – ok. 2. r.ż., brak mowy, eholalie bezpośrednie i odroczone. Brak lub opóźnienie rozwoju mowy nie są u dzieci autystycznych kompensowane komunikacją bezsłowną (mimika, gest). Dzieci komunikują swoje potrzeby poprzez płacz, krzyk, a czasami – zachowania agresywne lub autoagresywne.

REGRES MOWY

Zwyczaj do regresu dochodzi między 15. a 36. m.ż. (najczęściej między 15. a 19. m.ż.) i dotyczy dzieci, które posługiwały się przez okres kilku miesięcy pojedynczymi lub najwyżej 10 słowami. Mowa może zaniknąć nagle lub stopniowo, co jest związane z wycofywaniem się dziecka z kontaktów społecznych i „zamykaniem we własnym świecie” oraz z obroną przed zmianami.

ROZUMIENIE MOWY

Rozumienie mowy u dzieci autystycznych jest znacznie opóźnione. W późniejszym okresie może być upośledzone w różnym stopniu, począwszy od zupełnego braku rozumienia mowy, poprzez rozumienie instrukcji w określonym kontekście lub mowy popartej gestem, aż do dyskretnych zaburzeń dotyczących rozumienia znaczeń abstrakcyjnych. Charakterystyczne są również trudności w uogólnianiu znaczenia słów.

ODWRACANIE ZAIMKÓW

OSOBOWYCH, NEOLOGIZMY

Charakterystyczne jest również mówienie o sobie „ty” „on” oraz tworzenie własnych określeń, żeby nazwać przedmioty lub czynności. Spójniki, przyimki, zaimki są często używane nieprawidłowo lub pomijane w wypowiedziach.

BRAK ZABAW ZWIĄZANYCH Z NAŚLADOWANIEM

Pod koniec 1. r.ż. otoczenie może zwrócić uwagę na brak zabaw z naśladowaniem (np. zabawa „a ku-ku”, robienie „pa-pa”).

BRAK ZABAW NA NIBY

Brak zabaw związanych z udawaniem i użyciem przedmiotów w sposób symboliczny wynika z trudności z naśladowaniem i ma związek z zaburzonym rozwojem umiejętności społecznych u dziecka. Zabawy mogą być ubogie, stereotypowe, bez wyobraźni, np. porządkowanie i układanie zabawek, układanie patyczków, klocków według określonego wzoru, kręcenie przedmiotami. Typowe zabawki często nie wzbudzają zainteresowania dziecka.

AUTOSTYMULACJE SENSORYCZNE

Niektóre dzieci wprowadzają różne przedmioty w ruch wirowy, całkowicie zamykając się na dopływ innych bodźców. Działanie

powtarzane wielokrotnie, np. kręcenie przedmiotami lub skupianie się na niektórych cechach przedmiotów, jest związane z autostymulacją sensoryczną.

OPÓR PRZED ZMIANĄ

Niepokój powinno wzbudzić dziecko, które często domaga się spacerów tą samą trasą, nalega na zachowanie rytuałów i planu dnia czy protestuje w związku ze zmianami, opiera się podejmowaniu nowych aktywności.

STEREOTYPIE RUCHOWE

Dziecko wykazuje pewne charakterystyczne zachowania ruchowe: klaskanie, trzepotanie rękami, ruchy skręcania palców tuż przy twarzy, kołysanie się, chodzenie w kółko.

OSAMOTNIENIE – BRAK ZAINTERESOWANIA DZIEĆMI I NAŚLADOWANIA

Dziecko może nie wykazywać zainteresowania starszym rodzeństwem i innymi dziećmi. Może nie reagować na werbalne i pozawerbalne próby nawiązania z nim kontaktów.

Jak pracować z dzieckiem?

ROZWIJANIE KONTAKTU:

- stosowanie „przerysowanej” mimiki, np. z wykorzystaniem nosa klauna,
- przytulanie dziecka twarzą do siebie; kontakt z dzieckiem twarzą w twarz,
- zwracanie uwagi dziecka, uśmiechanie się do niego, reagowanie ożywioną mimiką na jego uśmiech, zachęcanie go do powtórzenia uśmiechu,
- gdy po ukończeniu 3. m.ż. dziecko zaczyna śledzić wzrokiem osoby poruszające się w jego polu widzenia, należy starać się wywołać wodzenie wzroku dziecka, np. wkładając coś błyszczącego,
- ok. 4. m.ż. dziecko reaguje mimiką na mimikę drugiej osoby; w zabawie z dzieckiem należy stosować „przerysowaną” mimikę, np. otwierając szeroko usta,
- ok. 4. m.ż. dziecko zaczyna być zainteresowane twarzą drugiej osoby; warto, pochylając się nad dzieckiem, pozwalać dotykać swojej twarzy lub chwycić rączki dziecka i dotykać nimi swojej twarzy,
- ok. 5.–6. m.ż. dziecko zaczyna reagować wyraźnym ożywieniem na widok rodziców; zaczyna różnicować w ten sposób osoby bliskie od obcych; należy wzmacniać reakcje dziecka, mówiąc: „tak, to ja, mama”, „tak, to ja, tata”.

ROZWIJANIE KOMUNIKACJI:

- już od urodzenia dziecko płaczem sygnalizuje ból, dyskomfort, głód; płacz jest pierwszą formą komunikacji, więc trzeba starać się nauczyć rozpoznawać sygnały, które wysyła w ten sposób dziecko,
- po 2. m.ż. dziecko zaczyna głużyć; wzmocnieniem głużenia będzie podejmowanie prób odpowiadania na nie, np. poprzez powtarzanie dźwięków za dzieckiem, mówienie do niego, reagowanie ożywieniem na to, co robi; po usłyszeniu odpowiedzi dorosłego, często dzieci milkną na chwilę,

po czym znów zaczynają wokalizować; jest to pierwszy „dialog” z dzieckiem,

- ok. 4 m.ż. dziecko na widok podchodzącej do niego osoby dorosłej zaczyna wyciągać w jej kierunku rączki; należy zachęcać dziecko do wyciągania rączek w kierunku podchodzącego, wołać je, wyciągając ręce w kierunku dziecka i dając mu czas na wyciągnięcie rąk,
- pomiędzy 4. a 5. m.ż. dziecko zaczyna poszukiwać wzrokiem źródła głosu (odwraca się w kierunku, skąd dobiega wołanie); trzeba nawoływać dziecko, podchodząc do niego z różnych stron i okazując radość, gdy odwróci głowę w naszym kierunku,
- należy sprawdzić, w jaki sposób dziecko zwraca uwagę na głos danej osoby i na wołanie go po imieniu,
- trzeba zwrócić uwagę, czy dziecko dzieli się tym, co widzi, czy patrzy na osobę dorosłą i sprawdza, czy widzi to samo, co ono; ta skomplikowana czynność jest bardzo istotną częścią kontaktu,
- można zaproponować dziecku zabawę z wykorzystaniem książeczek ze zwierzętami, pacynek na palce, maskotek; można mówić do dziecka swoim głosem, ale też zmienić głos i udawać naśladowanie dźwięków zwierząt i przedmiotów,
- własne komunikaty należy wzbogacać także o gesty, np. mówiąc „pa pa” – wykonać stosowny gest, mówiąc „brawo” – klasnąć w dłonie; za każdym razem należy upewnić się, że dziecko zwraca uwagę na osobę dorosłą i gest.

Podsumowanie

Niepokojąca w rozwoju dziecka jest asymetria ułożeniowa i ruchowa, nadmierne prężenie się, opóźnienie w osiąganiu kolejnych umiejętności, takich jak: podnoszenie główki, przekręcanie się z brzucha na plecy i odwrotnie, sięganie po przedmiot. Każdy niepokój wywołany zachowaniem dziecka, jego rozwojem ruchowym, należy zgłosić na konsultacji u neurologa i/lub rehabilitanta.

Ewa Małachowska

Logopeda, neurologopeda, logorytmik, glottodydaktyk; nauczyciel i wykładowca uniwersytecki. Zajmuje się diagnozą i terapią zaburzeń autystycznych w Poradni Autystycznej dla Dzieci i Młodzieży Samodzielnego Publicznego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Warszawie. Prowadzi kursy i warsztaty logopedyczne. Pełni funkcję przewodniczącej Polskiego Związku Logopedów.

Literatura:

- Bobkovicz-Lewartowska L., *Autyzm dziecięcy, zagadnienia diagnozy i terapii*, Kraków 2005.
- CHAT – *Kwestionariusz Autyzmu w Okresie Poniemowlęcym*, oprac. Baron-Cohen S., Allen J., Gillberg C.
- Delacato C. H., *Dziwne, niepojęte. Autystyczne dziecko*, Warszawa 1995.
- Frith U., *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*, Gdańsk 2008.
- Komender J., Jagielska G., Bryńska A., *Autyzm i zespół Aspergera*, Warszawa 2009.
- *Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10*.
- Pisula E., *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, Warszawa 2000.
- Pisula E., *Małe dziecko z autyzmem*, Gdańsk 2005.

BUDOWANIE I ROZWIJANIE UMIEJĘTNOŚCI KOMUNIKACYJNYCH U OSÓB AUTYSTYCZNYCH Z WYKORZYSTANIEM TECHNIK I STRATEGII AAC

Każde dziecko ma prawo do komunikowania się z otoczeniem.

Wbrew powszechnie panującym opiniom, również osoby z ASD mają potrzebę porozumiewania się z innymi. Ich trudności komunikacyjne nie wynikają bowiem z braku chęci i motywacji, lecz z nieznanomości reguł i zasad rządzących użyciem języka.

Mimo intensywnych badań oraz licznych publikacji związanych z diagnostyką i terapią zaburzeń autystycznych (ASD) wiele kwestii w tym obszarze nadal pozostaje niewyjaśnionych. Stąd autyzm w praktyce klinicznej uznaje się za jedno z bardziej złożonych zaburzeń rozwoju, charakteryzujące się niejednoznacznością etiologią oraz różnym rodzajem i nasileniem objawów (Błeszyński 2015; Cieszyńska 2011; Kaczmarek 2015; Pisula 2010; Piszczek 2016; Winczura 2010). Konsekwencją tego są trudności z usytuowaniem autyzmu, wraz z całą różnorodnością znajdujących się w jego spektrum zachowań, w precyzyjnie wyznaczonych granicach. Jednocześnie, m.in. ze względu na swoją niedookreśloność, zaburzenie to budzi lęk i niepokój, zwłaszcza u rodziców dzieci nim dotkniętych lub podejrzewanych o ryzyko jego wystąpienia, ale także u samych terapeutów (problem z diagnozą oraz wyborem właściwej ścieżki terapeutycznej).

Istota i charakter zaburzeń autystycznych

Na poziomie klinicznym autyzm przedstawia się jako zaburzenie, które charakteryzuje się zespołem objawów ujawniających się

w trzech istotnych sferach związanych z funkcjonowaniem dziecka w otoczeniu (tzw. triada zaburzeń autystycznych). Dysfunkcją są bowiem objęte:

- obszar zachowań społecznych (ograniczona zdolność tworzenia relacji z innymi ludźmi i uczestniczenia w relacjach społecznych),
- obszar wzorców ogólnych zachowań (schematyzm, ograniczony, mało elastyczny repertuar aktywności i zainteresowań połączony z brakiem wyobraźni),
- obszar umiejętności komunikacyjnych (Kaczmarek 2015; Pisula 2010).

Problemy z nawiązywaniem i podtrzymywaniem kontaktów społecznych są jednymi z podstawowych zaburzeń w autyzmie. Osoby z autyzmem mogą unikać kontaktu wzrokowego z innymi, w tym z rodzicami. Niektóre osoby nie lubią być przytulane czy dotykane, choć jednocześnie wiele dzieci wyraźnie preferuje np. mocne dociskanie. Osoby autystyczne mogą też nadmiernie koncentrować się na przedmiotach, nie zwracając uwagi na innych ludzi. Zachowania te ujawniają się już we wczesnych okresach życia dziecka i są zmiennie w czasie – mają swoją dynamikę, która wynika ze zmian zachodzących w kolejnych etapach rozwojowych (Winczura 2010).

Zaburzeniom ze spektrum autyzmu towarzyszą również zaburzenia natury sensorycznej, związane z odbieraniem i przetwarzaniem bodźców zmysłowych z otoczenia. Osoby z ASD inaczej odbierają dźwięki, światło, obrazy, inaczej odczuwają dotyk, zapach, smak czy ból. Mogą być np. rozdrażnione, zaniepokojone lub przeciwnie – zafascynowane określonymi bodźcami, odbłyskami światła albo dźwiękiem szkolnego dzwonka. Problemy sensoryczne mogą powodować, że osoby z zaburzeniami ze spektrum autyzmu będą unikać przebywania w grupie ludzi, zakrywać uszy, odmawiać zakładania niektórych ubrań, jedzenia określonych potraw itp. Otaczający świat może im się jawić jako chaotyczny i nieprzewidywalny.

Stopień nasilenia zaburzeń w wypadku autyzmu może być różny: od bardzo poważnych problemów związanych z unikaniem kontaktu wzrokowego i fizycznego, brakiem rozwoju mowy oraz uczeniem się do mniej nasilonych trudności, obejmujących najczęściej rozumienie i adekwatne reagowanie w sytuacjach społecznych oraz interpretowanie emocji i zachowania innych osób.

Trudności w komunikowaniu się

Jednym z najbardziej zróżnicowanych pod względem rozwojowym obszarów w ASD jest język i komunikacja. Zaburzenia zdolności w zakresie komunikowania się, ściśle wiążące się ze sferą relacji społecznych, mają bardzo rozległy charakter. Dysfunkcje w tym obszarze dotyczą m.in.:

- rozumienia funkcji komunikowania się,
- tworzenia wspólnego pola uwagi,
- niewerbalnych aspektów komunikacji,
- braku typowych form komunikowania się na etapie prewerbalnym (np. wokalizowania lub wskazywania palcem),
- komunikowania potrzeb,
- rozumienia relacji słuchający – mówiący (i związanej z nią zdolności do naprzemiennego udziału w interakcji i dialogu),
- organizowania informacji tak, żeby były one zrozumiałe dla rozmówcy,
- dostrzegania i naprawiania błędów komunikacyjnych,
- komunikowania się w celu dzielenia zainteresowań, przynoszenia przedmiotów, ich pokazywania (Pisula 2010).

Problemy związane z porozumiewaniem się nie wynikają u osób autystycznych z braku motywacji, co nieraz niesłusznie im się przypisuje, ale z trudności ze zrozumieniem, do czego służy komunikowanie się (Cieszyńska 2011; Pisula 2010). Dysfunkcje w sferze porozumiewania się można u nich zaobserwować zarówno w zakresie rozwoju mowy czynnej, jak i na poziomie komunikacji niewerbalnej (Winczura 2015; Wojciechowska 2015). Dzieci z ASD rzadko intencjonalnie używają gestów lub wokalizacji w celach komunikacyjnych, mają bardzo słaby kontakt wzrokowy (lub wykazują zupełny jego brak), nie potrafią też wyrazić swoich uczuć i emocji za pomocą mimiki, nie potakują głową, gdy z czymś się zgadzają. Jednocześnie wykazują duże trudności z odczytaniem mowy ciała innych osób oraz rozpoznawaniem na ich twarzach emocji. W konsekwencji osoby autystyczne mają „ograniczone zdolności



Wszelka niekomunikatywność dziecka autystycznego, unikanie, wycofywanie się z kontaktu z otoczeniem i najbliższymi, jest swego rodzaju szukaniem porozumienia. Dąży ono do interakcji, lecz nie wie, w jaki sposób ją osiągnąć.

do wyodrębniania z dopływającej stymulacji bodźców społecznych jako istotnych. Nie interesują się one tym, co robią ludzie znajdujący się w ich otoczeniu, nie śledzą ich zachowania, nie reagują bądź z dużym opóźnieniem na bodźce kierowane bezpośrednio do nich (np. wołanie po imieniu)” (Pisula 2010).

Dzieci autystyczne mają poważne problemy z nabywaniem mowy werbalnej, ponadto ich język cechują zachowania stereotypowe, echolalie, błędy w stosowaniu reguł gramatycznych (np. brak lub bardzo uboga fleksja rzeczowników, brak lub mocno ograniczony zasób form czasownikowych), zaburzenia prozodii oraz trudności semantyczne i pojęciowe. Większość osób autystycznych nie potrafi za pomocą języka mówić o swoich uczuciach lub myślach, nie jest więc w stanie w sposób werbalny dać upust swoim emocjom, co w konsekwencji często rodzi zachowania niepożądane, np. złość czy agresję (Piszczek 2016).

Należy mieć na uwadze, że wszelka niekomunikatywność dziecka autystycznego, unikanie, wycofywanie się z kontaktu z otoczeniem i najbliższymi, jest swego rodzaju szukaniem porozumienia (Winczura 2008). Osoba taka dąży do interakcji, lecz nie wie, w jaki sposób ją osiągnąć. Można zatem powiedzieć, że „każdy brak komunikacji, brak spojrzenia, brak wyciągniętych rąk jest dla nas i do nas skierowanym gestem” (Matkowska 2015).

Zdolność do komunikowania się z innymi osobami jest niezbędnym warunkiem do prawidłowego rozwoju dziecka oraz jego pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Warunkuje również odpowiedni rozwój intelektualny i emocjonalny. Brak możliwości porozumienia się dziecka z otoczeniem istotnie wpływa nie tylko na jego ogólną kondycję, szczególnie na poziomie zachowań, ale także na funkcjonowanie poznawcze.

Rola AAC w budowaniu i rozwijaniu komunikacji osób z ASD

Badania pokazują, że ok. 30% osób z autyzmem nie rozwija mowy czynnej do porozumiewania się. U pozostałych 70% w ich sposobie komunikacji wskazuje się na występowanie charakterystycznych deficytów, które ściśle wiążą się z inicjowaniem i podtrzymywaniem interakcji, co z kolei wpływa na ich poziom społecznego komunikowania się.

W wypadku mówiących dzieci autystycznych należy odpowiednio stymulować i kształtować poszczególne sfery języka, które umożliwią im zrozumienie znaczenia samego komunikowania, ale też nauczą je we właściwy sposób używać języka jako narzędzia do porozumiewania się z otoczeniem oraz wyrażania własnych potrzeb, myśli i uczuć. Co jednak zrobić w sytuacji, gdy dziecko autystyczne nie rozwija mowy werbalnej? Niektórzy specjaliści proponują, by czekać, aż mowa samoistnie się rozwinię w wyniku ogólnych oddziaływań pedagogicznych. I część rodziców czeka. Jaki jest efekt? Problemy rozwojowe się pogłębiają, dziecko zamyka się na kontakty z innymi osobami, także najbliższymi, w jego zachowaniu nasilają się złość i agresja oraz utrwalają się patologiczne dysfunkcje. Stąd tak ważna jest nie tylko diagnostyka, ale również podjęcie intensywnej, wieloaspektowej terapii.

Wczesne wykrycie zaburzeń autystycznych umożliwia prowadzenie oddziaływań terapeutycznych w najbardziej optymalnym czasie dla pojawienia się danej funkcji. Należy pamiętać, że im dziecko starsze, tym trudniej powrócić do wcześniejszych etapów rozwojowych, znacznie zmniejsza się również neuroplastyczność mózgu, w wyniku czego stymulacja może nie przynieść oczekiwanych efektów (Cieszyńska 2011).

Jednym ze sposobów umożliwiających osobom z ASD wejście w świat komunikacji oraz zrozumienie panujących w nim zasad i reguł jest wykorzystanie technik i strategii komunikacji wspomagającej i alternatywnej (AAC – ang. augmentative and alternative communication). Wśród wielu terapeutów oraz rodziców panuje jednak przekonanie, że AAC stanowi ostateczne wyjście, gdyż jej wprowadzenie spowoduje zahamowanie rozwoju mowy werbalnej. Stąd interwencja AAC bywa niechętnie wdrażana przez praktyków oraz rodziców do terapii dziecka z ASD, nawet wówczas, gdy zaburzenia w porozumiewaniu się negatywnie wpływają na jego rozwój poznawczy, emocjonalny i społeczny (Kaczmarek 2015; Smyczek 2006; Wojciechowska 2015). W rzeczywistości jednak AAC powinna być formą terapii prowadzoną równoległe z innymi, tradycyjnymi oddziaływaniami logopedycznymi, mającymi na celu przede wszystkim stymulację ekspresji werbalnej. Jest to niezwykle istotne, ponieważ umożliwienie osobom z ASD wyrażania swoich potrzeb, pragnień i uczuć zdecydowanie poprawia ich funkcjonowanie w otoczeniu, zmniejsza poziom lęku i frustracji oraz pozwala na rozwijanie relacji społecznych, zwłaszcza z najbliższymi. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że AAC, w formie określonych gestów i (lub) symboli graficznych, zawsze towarzyszy mowa, dlatego tę formę terapii należy traktować jako stymulację rozwoju języka. Wprowadzenie zatem AAC nie powinno być uzależnione od niepowodzeń w dotychczasowej terapii rozwijającej mowę czynną bądź też traktowane jako ostateczność, „zło konieczne”, ponieważ może odgrywać wiele istotnych ról na etapie wczesnej interwencji, np. wspomagać istniejącą naturalną mowę, zapewniać podstawowy środek komunikacji, dostarczać form rozumienia, produkcji języka i komunikacji oraz służyć jako strategia interwencji języka (Kaczmarek 2015).

Przykłady strategii i technik komunikacyjnych wykorzystywanych w terapii dzieci z ASD

Proces uczenia dziecka komunikacji wspomagającej i alternatywnej musi przebiegać w sposób zorganizowany, uwzględniający określone zasady i reguły. W pierwszym etapie najważniejsza jest prawidłowa diagnoza umiejętności komunikacyjnych dziecka, ocena możliwości jego postrzegania, funkcjonowania poszczególnych zmysłów oraz integrowania informacji zmysłowych, które do niego docierają (Smyczek 2006, Wojciechowska 2015). Następne działania powinny obejmować (Grycman 2009; Wojciechowska 2015):

- wzbudzenie motywacji u dziecka do podejmowania kontaktu, a dalej – współpracy z osobą dorosłą,
- nadawanie intencji komunikacyjnej dźwiękom i ruchom prezentowanym przez dziecko,
- organizowanie wspólnego pola uwagi, np. poprzez zainteresowanie dziecka konkretnymi przedmiotami, zabawkami, a następnie umieszczenie ich w kontekście określonych aktywności, np. zabawy,
- nauka funkcjonalnego, celowego wykorzystania przedmiotów,
- podejmowanie prostych zabaw ruchowych z osobą dorosłą, np. wspólne rzucanie piłki, zabawa w pociąg, układanie samochodzików,
- wprowadzenie w proces nauczania nazw przedmiotów, które dziecko zna z własnego doświadczenia, i wskazywanie możliwości ich wykorzystania,
- nauka przekazywania własnych potrzeb na poziomie „chcę” – „nie chcę”,
- zabawy naprzemienne, przygotowujące do wprowadzenia dialogu.

W etapach tych najważniejszą kwestią jest zbudowanie u małego dziecka z autyzmem motywacji do kontaktów z innymi osobami z otoczenia (rodzicami, terapeutami, nauczycielami) oraz uświadomienie znaczenia intencjonalności w tych relacjach. Dzięki tym działaniom dziecko będzie miało szansę nauczyć się, że może nie tylko mieć wpływ na wybór określonej aktywności (np. „chcę się bawić”, „chcę czytać”), ale również decydować o tym, czy chce pić sok, czy wodę itp. W ten sposób będzie mogło doświadczyć poczucia niezależności oraz sprawczości, a także tego, że jego aktywność jest komunikatem dla najbliższych. Należy być świadomym, że nauka tych nowych umiejętności, zwłaszcza w początkowym etapie, może sprawiać dzieciom sporo trudności. Jednak z upływem czasu, poprzez systematyczne stosowanie określonych technik, przyniesie ona zamierzony efekt. Jest to pierwszy, ale niezwykle ważny krok w nauce zorganizowanego systemu komunikacji. W kolejnych etapach należy kłaść nacisk przede wszystkim na rozwijanie intencjonalności oraz stopniowe zwiększanie kompetencji społecznych (Wojciechowska 2015).

Warto pamiętać, że w podejściu AAC ważne jest świadome włączenie tzw. komunikacji wielomodalnej, czyli równoległe korzystanie także z innych niż mowa środków przekazu.



AAC powinna być formą terapii prowadzoną równoległe z innymi, tradycyjnymi oddziaływaniami logopedycznymi, mającymi na celu przede wszystkim stymulację ekspresji werbalnej.

Ma to służyć poprawie umiejętności komunikacyjnych dziecka w sferze rozumienia, ekspresji oraz prowadzenia dialogu z innymi osobami (tu: z partnerem komunikacji). Małe dziecko bowiem najszybciej i najefektywniej uczy się w warunkach zaangażowania wielozmysłowego. Takie twierdzenie dotyczy zarówno dzieci rozwijających się prawidłowo, jak i tych, u których nie wszystkie układy sensoryczne działają we właściwy sposób, utrudniając lub uniemożliwiając integrację bodźców zmysłowych. Tego rodzaju zaburzenia ujawniają się nie tylko na poziomie funkcji poznawczych, lecz także w sferze ekspresji i percepcji mowy (Smyczek 2006).

We wspomaganiu rozwoju porozumiewania się małego dziecka wykorzystuje się różne rodzaje symboli i znaków. Ich wybór zależy przede wszystkim od indywidualnych możliwości samego dziecka. Przez wiele lat wczesna interwencja AAC wobec osób z ASD wiązała się głównie z wykorzystaniem znaków manualnych (gestów). Tezę tę zweryfikowano w latach 80. XX w. na podstawie przeprowadzonych wówczas badań, które wykazały, że mocną stroną osób autystycznych są umiejętności wizualno-przestrzenne. W konsekwencji zaczęto zwracać większą uwagę na stosowanie strategii komunikacji wspomaganej z użyciem symboli obrazkowych i innych graficznych ich reprezentacji. Praktyka terapeutyczna potwierdza to założenie, a symbole graficzne zdają się prezentować wiele potencjalnych korzyści, których nie mają np. znaki manualne czy abstrakcyjne (Kaczmarek 2015), ponieważ:

- wymagają niższych umiejętności poznawczych i słabszej pamięci,
- mają bardzo małe wymagania w zakresie zdolności motorycznych,
- są bardziej zrozumiałe dla partnerów komunikacyjnych i łatwiejsze do podpowiadania.

Oczywiście, należy mieć świadomość, że znaki graficzne mają również swoje wady, np. szybciej można komunikować się za pomocą gestów, które są także bardziej niezależne (nie jest potrzebna tablica czy książka komunikacyjna). Ograniczenia dotyczą również naprzemienności i spontaniczności komunikacji. Niezależnie od tego trzeba pamiętać, że odpowiednie modalności czy strategie AAC powinny być dostosowywane do konkretnych osób uczących się w określonych warunkach społecznych i środowiskowych w celu zaspokojenia konkretnych, indywidualnych potrzeb (Kaczmarek 2015).



Wczesne wykrycie zaburzeń autystycznych umożliwia prowadzenie oddziaływań terapeutycznych w najbardziej optymalnym czasie dla pojawienia się danej funkcji.

Zakres strategii i pomocy wizualnych AAC jest bardzo szeroki, a ich sposób wykorzystania zależy od przyjętego celu terapeutycznego. W celu regulacji zachowań społecznych i społecznego zrozumienia osób z ASD najczęściej stosuje się:

- harmonogramy, plany aktywności – wizualne narzędzia, które prezentują sekwencję planowanych działań przy użyciu symboli. Służą one zapewnieniu osobom z ASD większej przewidywalności i zrozumienia dla nadchodzących lub zmieniających się wydarzeń. W ten sposób redukuje się u tych osób napięcie oraz ewentualne zachowania niepożądane. Zastosowanie wizualnego planu działań pozytywnie wpływa również na zwiększenie koncentracji na zadaniu, zwiększenie zgodności (przestrzegania przejścia od jednej czynności do drugiej) oraz zwiększenie szybkości i efektywności ukończenia zadań;
- wizualnie wspomagane opowiadania – ważnym rodzajem wizualnego wsparcia są krótkie opowiadania społeczne, opracowane stosownie do odpowiednich zachowań społecznych. W ten sposób nie tylko dostarcza się uczniowi z ASD informacji na temat konkretnej sytuacji społecznej bądź zdarzenia, ale również wyjaśnia się ją oraz przedstawia z perspektywy innych osób;
- obrazkowe książeczki umiejętności społecznych – strategia polega na tym, że w specjalnie przygotowanych książkach przedstawia się – za pomocą kolorowych zdjęć lub ilustracji – model zachowania, podejścia do określonej sytuacji społecznej w sposób zarówno prawidłowy, jak i nieprawidłowy. Konkretnie scenki mają zwykle postać komiksową, a w chmurkach (okienkach) umieszczony jest krótki, prosty tekst, powiązany z określoną sytuacją;
- mapy możliwości – są to graficzne przedstawienia relacji środowisko – zachowanie – konsekwencja. Podstawowym celem map jest przekazanie w jak najbardziej przejrzysty dla dziecka sposób zarówno przypadku zachowania niewłaściwego (konkretnego problemu, sytuacji), jak i alternatywnych wzorców. Mapa ukazuje wszystkie składniki danego problemu oraz tłumaczy zachodzące między nimi relacje;
- wykresy i poznawcze obrazowanie – strategia polega na łączeniu ze sobą rysunków z powtarzającą się praktyką w celu uczenia samokontroli. Procedura obrazowania występuje równoległe ze strategią relaksu po to, aby w sytuacjach trudnych, stresujących dziecko wykazywało umiejętność zastępowania niepożądanego zachowania strategiami relaksacyjnymi lub odpowiadania na nie w ten sposób. W strategii tej ważne

są dokładna analiza zachowania, które stanowi dla dziecka problem, oraz określenie, w jakich sytuacjach ono się najczęściej pojawia i pod wpływem jakich bodźców, a także w jaki sposób należy na nie reagować, by nie dopuścić do zachowań agresywnych lub lękowych (zob. Kaczmarek 2015).

W kontekście strategii AAC wykorzystywanych w pracy z osobami autystycznymi na osobne, krótkie omówienie zasługuje system instruktazowy wymiany PECS (Kawa 2015). Wśród głównych założeń tej metody wyróżnia się:

- efektywne rozwijanie umiejętności porozumiewania się u dzieci, które nie potrafią się komunikować za pomocą mowy, gestów lub mimiki,
- możliwość szybkiego wycofania wypowiedzi słownych,
- umożliwienie dziecku zasad komunikowania się,
- łatwość wykorzystywania w warunkach naturalnych (w domu lub w przedszkolu).

W systemie PECS werbalne zachowania sprawcze są nauczane w sposób stopniowy, zgodnie z piramidowym podejściem do nauki – wyższe umiejętności budowane są na umiejętnościach niższych. Wyróżnia się tutaj sześć etapów działań:

- faza I: inicjowanie komunikacji – wymiana fizyczna,
- faza II: odległość – ekspansja spontaniczności,
- faza III: opis obrazka – nauka odróżniania,
- faza IV: struktura zdania,
- faza V: reakcja na pytanie: „Co chcesz?”,
- faza VI: komentowanie – spontaniczne reagowanie.

Celem metody jest przede wszystkim dostarczenie osobom z ASD możliwości przekazywania informacji za pomocą obrazków (zdjęć lub symboli graficznych). Warto w tym miejscu podkreślić, że PECS jest metodą nauczania nie mowy, lecz skutecznej komunikacji. Uczy osoby z ASD motywacji do porozumiewania się oraz pokazuje, czym jest intencja komunikacyjna.

Za pomocą systemu PECS dziecko najpierw uczy się komunikować z wykorzystaniem pojedynczego obrazka lub realnego przedmiotu w funkcji prośbienia, a następnie – wybierać spośród dwóch lub więcej obrazków i wreszcie – łączyć je w celu tworzenia różnych struktur gramatycznych i semantycznych.

Podsumowanie

Nie należy ulegać obiegowym sądom dopatrującym się w komunikacji wspomagającej i alternatywnej przede wszystkim ryzyka zahamowania rozwoju mowy werbalnej. Dzieje się bowiem wręcz przeciwnie – właściwie zastosowane konkretne strategie i techniki AAC mogą przyspieszyć ekspresję werbalną i stać się dodatkowym bodźcem stymulującym umiejętności werbalne dziecka. Przede wszystkim jednak AAC dają osobom z autyzmem możliwość kontaktu z najbliższymi, uczą znaczenia wartości samej komunikacji, pokazują, w jaki sposób można wyrażać swoje potrzeby, pragnienia i emocje. Kształtują również świadomość językową, w pewnym sensie programując język w umyśle dzieci, zanim pojawi się mowa czynna.

dr n. hum. Jolanta Sławek

Językoznawca, neurologopeda, terapeuta AAC; członek zespołu dydaktycznego specjalności logopedycznej w Instytucie Filologii Polskiej UAM w Poznaniu. W praktyce neurologopedycznej zajmuje się terapią wad wymowy u dzieci, przede wszystkim jednak wspomaganie rozwoju mowy u dzieci z zaburzeniami o podłożu neurologicznym (np. z zespołem Aspergera, autyzmem, dysleksją, SLI czy z zespołami wad genetycznych).

Literatura:

- Bleszyński J.J., *Komunikacja osób ze spektrum autyzmu – w poszukiwaniu najlepszych rozwiązań* [w:] Kaczmarek B.B., Wojciechowska A. (red.), *Autyzm i AAC. Alternatywne i wspomagające sposoby porozumiewania się w edukacji osób z autyzmem*, Kraków 2015.
- Cieszyńska J., *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych. Metoda Krakowska*, Kraków 2011.
- Grycman M., *Sprawdź, jak się porozumiewam. Ocena efektywności porozumiewania się dzieci niemówiących wraz z propozycjami strategii terapeutycznych*, Kraków 2009.
- Kaczmarek B.B., *Obraz narzędziem komunikacji – znaki i strategie wizualne wykorzystywane w usprawnianiu społecznego zrozumienia i komunikacji osób z ASD* [w:] Kaczmarek B.B., Wojciechowska A. (red.), *Autyzm i AAC. Alternatywne i wspomagające sposoby porozumiewania się w edukacji osób z autyzmem*, Kraków 2015.
- Kaczmarek B.B., *Posłowie. Mity i fakty o AAC i naturalnym rozwoju mowy* [w:] Kaczmarek B.B., Wojciechowska A. (red.), *Autyzm i AAC. Alternatywne i wspomagające sposoby porozumiewania się w edukacji osób z autyzmem*, Kraków 2015.
- Kawa R., *Picture Exchange Communication System (PECS) jako metoda rozwijania umiejętności komunikowania się dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu* [w:] red. Kaczmarek B.B., Wojciechowska A., *Autyzm i AAC. Alternatywne i wspomagające sposoby porozumiewania się w edukacji osób z autyzmem*, Kraków 2015.
- Matkowska A., *Relacje z innymi jako podstawa komunikacji społecznej osób z autyzmem* [w:] Kaczmarek B.B., Wojciechowska A. (red.), *Autyzm i AAC. Alternatywne i wspomagające sposoby porozumiewania się w edukacji osób z autyzmem*, Kraków 2015.
- Pisula E., *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*, Gdańsk 2010.
- Piszczek M., *Wybrane metody diagnozy i terapii osób z autyzmem*, Warszawa 2016.
- Smyczek A., *Zastosowanie wspomagających i alternatywnych metod komunikacji (AAC approach) w terapii małych dzieci zagrożonych poważnymi zaburzeniami w porozumiewaniu się* [w:] Bleszyński J.J. (red.), *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Kraków 2006.
- Winczura B., *Autyzm – na granicy zrozumienia*, Kraków 2010.
- Winczura B., *Dziecko z autyzmem* [w:] B. Cytowska, B. Winczura., A. Stawski (red.), *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami z rozwojem*, Kraków 2008.
- Winczura B., *Komunikacja społeczna u dzieci ze spektrum autyzmu w świetle prekursorów rozwoju teorii umysłu* [w:] Kaczmarek B.B., Wojciechowska A. (red.), *Autyzm i AAC. Alternatywne i wspomagające sposoby porozumiewania się w edukacji osób z autyzmem*, Kraków 2015.
- Wojciechowska A., *Metody komunikacji wspomagającej i alternatywnej we wczesnym wspomaganie rozwoju dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu* [w:] Kaczmarek B.B., Wojciechowska A. (red.), *Autyzm i AAC. Alternatywne i wspomagające sposoby porozumiewania się w edukacji osób z autyzmem*, Kraków 2015.

ĆWICZENIA DLA DZIECI POWYŻEJ 5. ROKU ŻYCIA ZE SPEKTRUM AUTYZMU

TEMAT: INTERPRETOWANIE STANÓW EMOCJONALNYCH PRZEZ DZIECI ZE SPEKTRUM AUTYZMU	
CEL OGÓLNY	<ul style="list-style-type: none"> kształtowanie umiejętności interpretowania stanów emocjonalnych u innych ludzi
CELE SZCZEGÓLNE	<ul style="list-style-type: none"> kształtowanie umiejętności rozumienia pytań rozwijanie zdolności rozumienia poleceń ćwiczenie umiejętności rozwiązywania zadań testowych kształtowanie rozumowania przyczynowo-skutkowego w odniesieniu do sytuacji społecznych kształtowanie zdolności koncentracji na materiale wzrokowym i słuchowym rozwijanie umiejętności abstrahowania informacji ćwiczenie wyciągania wniosków z sytuacji społecznych kształtowanie zdolności w analizowaniu zdarzeń poszerzanie kompetencji empatycznych wzmacnianie swobody werbalizowania, rozumienie uczuć innych osób nauka interpretowania zachowań uwiadomienie sobie, że zwierzęta również mają uczucia rozdzielanie stanów emocjonalnych ludzi i zwierząt rozpoznawanie sygnałów mimicznych i pantomimicznych u ludzi i zwierząt
POMOCE DIDAKTYCZNE	<ul style="list-style-type: none"> arkusze zadań, długopis
PRZEZNACZENIE	<ul style="list-style-type: none"> dla dzieci powyżej 5. r.ż. o różnym stopniu nasilenia całościowych zaburzeń rozwoju. Z uwagi na różny stopień trudności ćwiczenia mogą być stosowane zarówno w pracy z młodszymi, jak i ze starszymi dziećmi. Pierwsza część może być skierowana do dzieci głęboko zaburzonych, kolejne pytania rekomendowane są raczej dla dzieci z zespołem Aspergera. Zadania mogą stać się źródłem dodatkowej rozmowy na temat jakiegoś przeżycia i zdarzenia
CZAS REALIZACJI	<ul style="list-style-type: none"> w zależności od stopnia nasilenia objawów – od jednego do kilku spotkań terapeutycznych

ĆWICZENIA ZOSTAŁY UŁOŻONE W PORZĄDKU SCHEMATYCZNYM I KOLEJNO MAJĄ NA CELU:

- identyfikację stanu emocjonalnego bohatera,
- identyfikację mimiki i pantomimiki bohatera,
- próbę identyfikacji przyczyny zdarzenia,
- próbę identyfikacji oznak zdarzenia.

ĆWICZENIE 1.

a) Popatrz na zdjęcie. Jak się czuje chłopiec? Pokaż właściwą buźkę:



smutny zmęczony wystraszony zły wesoly

b) Po czym poznajesz, że chłopiec jest zły? Zakreśl właściwą odpowiedź:

- chłopiec ma zadarty nos,
- chłopiec zatyka ucho,
- chłopiec ma zmarszczone brwi, zaciśnięte oczy i wyszczerzone zęby.

c) Jak myślisz, dlaczego chłopiec jest zły? Zakreśl właściwą odpowiedź:

- brat uderzył go w kolano,
- dostał złą ocenę w szkole,
- ktoś puścił za głośno muzykę.

d) Skąd wiesz, że chłopiec jest zły z powodu głośnej muzyki? Zakreśl właściwą odpowiedź:

- siedzi na kanapie,
- zatyka ucho,
- ma rozpiętą koszulę.

ĆWICZENIE 2.

a) Popatrz na zdjęcie. Jak się czuje dziewczynka? Pokaż właściwą buźkę:

b) Po czym poznajesz, że dziewczynka jest wystraszona? Zakreśl właściwą odpowiedź:

- zakrywa twarz rękoma,
- ma pochyloną głowę,
- zobaczyła przed chwilą strzykawkę.

c) Jak myślisz, dlaczego dziewczynka jest wystraszona? Zakreśl właściwą odpowiedź:

- boi się swojej koleżanki,
- boi się zastrzyku,
- boi się klasówki.



- d) Skąd wiesz, że dziewczynka boi się zastrzyku? Zakreśl właściwą odpowiedź:
- ma rozpuszczone włosy,
 - ma ręce pod brodą,
 - widzi strzykawkę.

ĆWICZENIE 3.

- a) Popatrz na zdjęcie. Jak się czuje chłopiec? Pokaż właściwą buźkę:

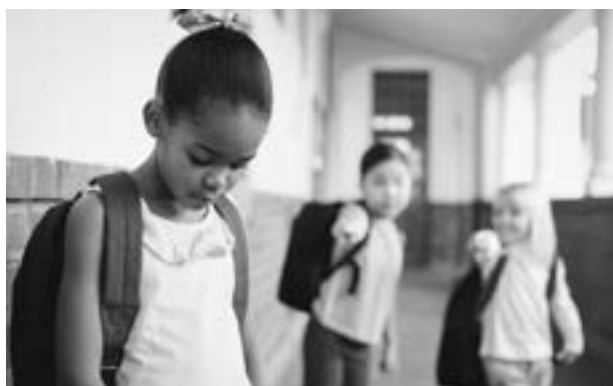


- b) Po czym poznajesz, że chłopiec jest zmęczony? Zakreśl właściwą odpowiedź:
- ziewa, ma otwartą buzię, przymknięte oczy i podpierą głowę,
 - patrzy na książkę,
 - ma otwartą buzię.
- c) Jak myślisz, dlaczego chłopiec jest zmęczony? Zakreśl właściwą odpowiedź:
- boi się swojej koleżanki,
 - boi się zastrzyku,
 - boi się klasówki.

- d) Skąd wiesz, że chłopiec jest zmęczony? Zakreśl właściwą odpowiedź:
- odrabia lekcje,
 - siedzi nad książką, ma śpiące oczy, ziewa i podpierą głowę,
 - miał klasówkę.

ĆWICZENIE 4.

- a) Popatrz na zdjęcie. Jak się czuje dziewczynka z lewej? Pokaż właściwą buźkę:



- b) Po czym poznajesz, że dziewczynka jest smutna? Zakreśl właściwą odpowiedź:
- dziewczynka ma plecak i włosy związane w kok,
 - dziewczynka ma spuszczoną głowę, jest zgarbiona, patrzy w dół i odwraca się od koleżanek,
 - jest odwrócona do koleżanek.
- c) Jak myślisz, dlaczego dziewczynka jest smutna? Zakreśl właściwą odpowiedź:
- koleżanki się z niej śmieją,
 - zjadła niedobry obiad,
 - ma brzydką bluzkę.
- d) Skąd wiesz, że dziewczynka jest smutna z powodu koleżanek? Zakreśl właściwą odpowiedź:
- jest w szkole,
 - stoi sama,
 - stoi sama, a koleżanki z tyłu pokazują na nią palcami.

ĆWICZENIE 5.

- a) Popatrz na zdjęcie. Jak się czuje dziewczynka z prawej? Pokaż właściwą buźkę:
- b) Po czym poznajesz, że dziewczynka jest wesoła? Zakreśl właściwą odpowiedź:
- dziewczynka ma otwartą buzię,
 - dziewczynka patrzy gdzieś daleko,
 - dziewczynka ma uśmiechniętą buzię, otwarte oczy, uniesione brwi.



smutny zmęczony wystraszony zły wesoly

- c) Jak myślisz, dlaczego dziewczynka jest wesola? Zakreśl właściwą odpowiedź:
- siostra dała jej fajny prezent,
 - siostra powiedziała jej jakiś śmieszny sekret,
 - siostra powiedziała jej, że jutro jest klasówka.
- d) Skąd wiesz, że dziewczynka jest wesola z powodu zabawnej tajemnicy? Zakreśl właściwą odpowiedź:
- siostra mówi jej coś do ucha,
 - siedzi obok siostry,
 - siostra ma podobne włosy.

ĆWICZENIE 6.

- a) Popatrz na zdjęcie. Jak się czuje chłopiec? Pokaż właściwą buźkę:



smutny zmęczony wystraszony zły wesoly

- b) Po czym poznajesz, że chłopiec jest wystraszony? Zakreśl właściwą odpowiedź:
- chłopiec siedzi pod kocem,
 - chłopiec jest skulony i chowa się pod kocem,
 - chłopiec jest skulony, chowa się pod kocem i ma szeroko otwarte oczy.

- c) Jak myślisz, dlaczego chłopiec jest wystraszony? Zakreśl właściwą odpowiedź:
- brat robi do niego głupie miny,
 - zobaczył ogromnego pająka,
 - ogląda jakiś straszny film, horror.
- d) Skąd wiesz, że chłopiec boi się straszego filmu? Zakreśl właściwą odpowiedź:
- patrzy przed siebie,
 - siedzi na kanapie,
 - patrzy przed siebie, siedzi na kanapie i trzyma pilota do telewizora.

ĆWICZENIE 7.

- a) Popatrz na zdjęcie. Jak się czuje pies? Pokaż właściwą buźkę:



smutny zmęczony wystraszony zły wesoly

- b) Po czym poznajesz, że pies jest smutny? Zakreśl właściwą odpowiedź:
- ma smutne, opuszczone oczy i uszy, patrzy gdzieś daleko i opiera mordkę o ogrodzenie,
 - opiera się o bramę i patrzy daleko,
 - ma spuszczone oczy i piszczy.
- c) Jak myślisz, dlaczego piesek jest smutny? Zakreśl właściwą odpowiedź:
- ponieważ nie dostał śniadania,
 - tęskni za swoim panem,
 - ponieważ boli go ząb.
- d) Skąd wiesz, że piesek tęskni za swoim panem? Zakreśl właściwą odpowiedź:
- ponieważ patrzy przed siebie,
 - ponieważ stoi na swoim podwórku przy ogrodzeniu i patrzy przed siebie,
 - ponieważ patrzy przed siebie i szczeka.

ĆWICZENIE 8.

- a) Popatrz na zdjęcie. Jak się czuje kot? Pokaż właściwą buźkę:
- b) Po czym poznajesz, że kot jest wesoly? Zakreśl właściwą odpowiedź:



smutny zmęczony wystraszony zły wesoly

- bawi się z ważką,
- siedzi i ma uniesioną łapkę,
- ma zadowoloną minę, otwarte oczy i podniesione uszy. Podnosi łapkę i próbuje złapać ważkę.

- c) Jak myślisz, dlaczego kotek jest wesoly? Zakreśl właściwą odpowiedź:
- jest na łące,
 - świeci słońce,
 - bawi się.
- d) Skąd wiesz, że kotek jest wesoly? Zakreśl właściwą odpowiedź:
- bawi się i próbuje złapać ważkę,
 - jes na łące pełnej zieleni i kwiatów,
 - jest mu ciepło.

ĆWICZENIE 9.

- a) Popatrz na zdjęcie. Jak się czują babcia i dziadek? Pokaż właściwą buźkę:



smutny zmęczony wystraszony zły wesoly

- b) Po czym poznajesz, że są źli? Zakreśl właściwą odpowiedź:
- babcia groźnie pakazuje ręką,
 - mają zmarszczone brwi, groźne miny, otwarte buzie, napięte ciała a babcia wymachuje ręką,
 - patrzą na siebie i krzyczą.
- c) Jak myślisz, dlaczego są źli? Zakreśl właściwą odpowiedź:
- bo kłócą się o to, kto i co będzie oglądać,
 - ponieważ siedzą przed telewizorem,
 - babcia woła dziadka na zakup.
- d) Skąd wiesz, że babcia i dziadek są źli? Zakreśl właściwą odpowiedź:
- wrywają sobie pilota od telewizora,
 - telewizor jest wyłączony,
 - dziadek zabrał wszystkie piloty.

ĆWICZENIE 10.

- a) Popatrz na zdjęcie. Jak się czuje kobieta? Pokaż właściwą buźkę:



smutny zmęczony wystraszony zły wesoly

- b) Po czym poznajesz, że jest zmęczona? Zakreśl właściwą odpowiedź:
- ma opuszczoną głowę i oczy, podpira się i jest zgarbiona,
 - siedzi przed komputerem,
 - nachyla się nad komputerem.
- c) Jak myślisz, dlaczego jest zmęczona? Zakreśl właściwą odpowiedź:
- pewnie pokłóciła się z kimś,
 - miała dziś dużo pracy,
 - zrobiła duże zakupy.
- d) Skąd wiesz, że kobieta jest zmęczona? Zakreśl właściwą odpowiedź:
- ponieważ wpatruje się w monitor,
 - ponieważ ma rozpuszczone włosy,
 - ponieważ sama siedzi przy komputerze podpierając głowę, wpatrując się w monitor,
 - z tyłu widać segregatory i książki, więc pewnie jest w pracy.

ĆWICZENIA DLA DZIECI POWYŻEJ 6. ROKU ŻYCIA ZE SPEKTRUM AUTYZMU

TEMAT: WZMACNIANIE ROZWOJU SPOŁECZNEGO I KOMUNIKACJI U DZIECI ZE SPEKTRUM AUTYZMU	
CEL OGÓLNY	• niwelowanie społecznych i komunikacyjnych deficytów
CELE SZCZEGÓLNE	<ul style="list-style-type: none"> • wzmocnienie umiejętności rozumienia i interpretowania zdarzeń • doskonalenie umiejętności werbalizowania • nauka rozumienia emocji i pragnień innych osób • ćwiczenie umiejętności identyfikowania emocji • uwrażliwianie się na emocje innych ludzi • nauka identyfikacji myśli innych osób • wzmocnienie zdolności wyciągania wniosków • pogłębianie umiejętności przewidywania zachowań innych osób • rozumienie tego, że ludzie mają różne myśli i uczucia • rozumienie zachowań innych ludzi
POMOCE DYDAKTYCZNE	• długopis, kredki, arkusze ćwiczeń
PRZEZNACZENIE	• dla dzieci ze spektrum autyzmu powyżej 6. r.ż.
CZAS REALIZACJI	• około 30 min., w zależności od funkcjonowania dziecka; w przypadku dzieci z głębszymi zaburzeniami ćwiczenia mogą zająć nawet kilka spotkań i będą wymagały dodatkowych wyjaśnień

ĆWICZENIE 1.

Przjrzyj się ilustracji. Przeczytaj zdania i zakreśl poprawną odpowiedź.

☺ – prawda

☹ – fałsz

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Jest ładna pogoda. | ☺ | ☹ |
| 2. W oddali widać miasto. | ☺ | ☹ |
| 3. Na obrazku znajduje się domek na kurzej łapce. | ☺ | ☹ |
| 4. Dzieci huśtają się na huśtawkach. | ☺ | ☹ |

- | | | |
|---|---|---|
| 5. Na obrazku jest dużo zieleni. | ☺ | ☹ |
| 6. Domki są fioletowe. | ☺ | ☹ |
| 7. Na obrazku widać trzy wiatraki. | ☺ | ☹ |
| 8. Mama idzie do sklepu. | ☺ | ☹ |
| 9. Na drzewach rosną jabłka. | ☺ | ☹ |
| 10. Na drodze znajdują się kamienie. | ☺ | ☹ |
| 11. Przy drodze rosną kwiaty. | ☺ | ☹ |
| 12. Miasto w oddali to na pewno Warszawa. | ☺ | ☹ |



ĆWICZENIE 2.

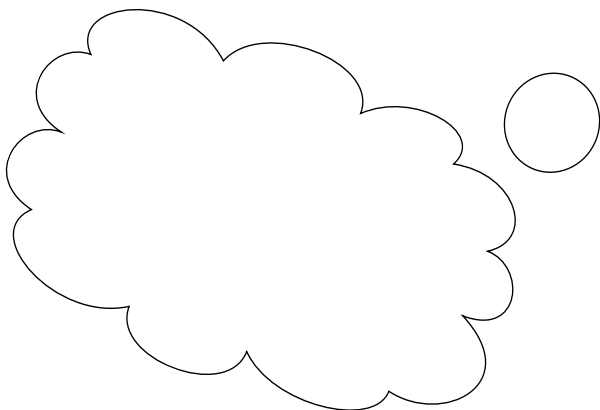
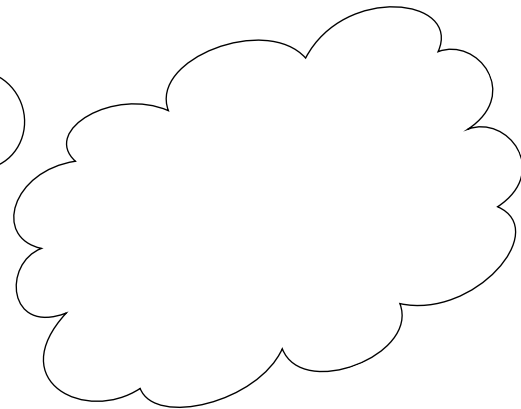
Przyjrzyj się ilustracji i odpowiedz na pytania.

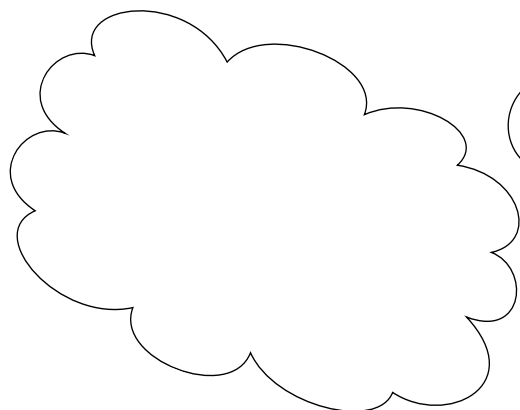
1. Kim są osoby z obrazka?
2. Jak myślisz, dokąd jedzie rodzina?
3. Jak czują się rodzice?
4. Jak czują się dzieci?
5. O czym myśli tata?
6. O czym myśli najmłodszy brat?
7. Co robi mama?
8. Co robi siostra?
9. Jak myślisz, jaka jest pora roku?
10. Jak myślisz, co będą robić, gdy dojadą na miejsce?



ĆWICZENIE 3.

Przyjrzyj się ilustracjom. Zastanów się, o czym myślą te osoby. Uzupełnij chmurki, o czym myślą – narysuj lub napisz.





ĆWICZENIE 4.

Przyjrzyj się obrazkowi i odpowiedz na pytania.

1. Czego chce dziewczynka?
2. Jak się czuje dziewczynka, kiedy dostaje ciastka?

3. Dlaczego dziewczynka jest wesoła?
4. Co myśli dziewczynka?
5. Co zrobi dziewczynka?



Alicja Pałac-Nożewska

Psycholog, absolwentka Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, od lat związana zawodowo ze Specjalistyczną Poradnią Psychologiczno-Pedagogiczną TOP w Warszawie. Zajmuje się głównie problematyką zaburzeń emocjonalnych u dzieci, ze szczególnym uwzględnieniem problematyki nieśmiałości, mutyzmu selektywnego, jąkania, zaburzeń lękowych. Współprowadzi autorskie warsztaty wspierające harmonijny rozwój emocjonalny dla dzieci. Z młodzieżą prowadzi zajęcia z technik efektywnego uczenia się.

KWESTIONARIUSZ WYWIADU Z RODZICEM W KIERUNKU CAŁOŚCIOWYCH ZABURZEŃ ROZWOJU DLA DZIECKA OD 1-3 LAT

Imię i nazwisko dziecka: _____

Data badania: _____

1.	Czy dziecko utrzymuje kontakt wzrokowy podczas komunikacji? Dopytujemy: Czy dziecko patrzy w oczy, kiedy mówi się do niego? Czy dziecko unika kontaktu wzrokowego? Czy ma Pani/Pan wrażenie, że spojrzenie „błądzi w przestrzeni”, jest „puste”?	
2.	Czy dziecko reaguje na Pani/Pana głos lub widok? Dopytujemy: Czy odwraca głowę, kiedy Pani/Pan do niego mówi po imieniu, czy patrzy na rodzica? Czy rozumie proste polecenia?	
3.	Czy dziecko reaguje na ostrzeżenia lub atrakcyjne propozycje z Pani/Pana strony? Dopytujemy: Czy dziecko w jakikolwiek sposób reaguje na słowa „nie”, „nie wolno”, „be”? Czy reaguje na pokazanie mu ulubionej zabawki, czynności, przekąski? Jak się wówczas zachowuje?	
4.	Czy dziecko dąży do kontaktu fizycznego? Dopytujemy: Czy lubi się przytulać, pozytywnie reaguje na dotyk, lubi, jak się je głaszcząc, całuje, lubi pieszczoty?	
5.	Czy dziecko potrafi wskazywać palcem? Dopytujemy: Czy poproszone potrafi wskazać daną rzecz? Czy potrafi pokazywać przedmioty z otoczenia? Wskazuje palcem na jedzenie lub picie, gdy jest głodne i spragnione?	
6.	Czy dziecko wykazuje opóźniony rozwój mowy? <ul style="list-style-type: none"> • brak gaworzenia i wskazywania palcem do 12. m.ż., • brak pojedynczych słów do 18. m.ż., • brak zwrotów dwuwyrzowych do 2. r.ż. 	
7.	Czy dziecko komunikuje się w jakiś sposób z otoczeniem? Dopytujemy: Czy posługuje się jakimiś dźwiękami, słowami?	
8.	Czy zdarza się, że dziecko powtarza po Pani/Panu zadane pytanie albo jakieś słowa, np.: na pytanie „chcesz pić”?, odpowiada: „chcesz pić”?	
9.	Czy dziecko potrafi być samodzielne? Dopytujemy: Czy współpracuje przy ubieraniu? Czy potrafi samo wypić z kubeczka, bidonu, posługiwać się łyżką, widelcem, ściągnąć samo czapkę, skarpetki, umyć ręce?	
10.	Czy dziecko potrafi zakomunikować swoje potrzeby? Dopytujemy: Jak dziecko komunikuje się z otoczeniem?	
11.	Czy dziecko sygnalizuje potrzeby fizjologiczne? Dopytujemy: Czy przeszkadza mu mokra pielucha? Czy jest zainteresowane czynnościami fizjologicznymi? W jaki sposób?	
12.	Czy dziecko dąży do poznania ludzi? Dopytujemy: W jaki sposób? Czy jest zainteresowane osobami znajdującymi się wokół niego? Czy podchodzi zainteresowane do innych dzieci?	
13.	Czy dziecko wykazuje zainteresowanie zwierzętami? Dopytujemy: Czy zwierzęta wywołują w nim jakieś emocje? W jaki sposób reaguje na napotkane zwierzęta? Czy lubi oglądać zwierzęta na obrazkach?	
14.	Czy dziecko reaguje na uczucia innych osób? Dopytujemy: Czy odzwierciedla uśmiech? Czy widzi, że ktoś jest smutny?	
15.	Czy ma Pani/Pan wrażenie, że mimika dziecka jest skąpa i ma ono trudności z wyrażeniem swoich emocji? Dopytujemy: Czy często ma taki sam wyraz twarzy i nie lubi wyrażać swoich uczuć?	
16.	Czy dziecko lubi dzielić się radością ze swoich osiągnięć? Dopytujemy: Czy dziecko cieszy się, jak mu coś wyjdzie, np.: patrzy na Panią/Pana i bije brawo, uśmiecha się, patrząc w oczy, podchodzi, aby pokazać swój rysunek?	
17.	Czy często zdarzają się reakcje panicznego lęku? Dopytujemy: Czy dziecko nadmiernie boi się czegoś? Czy zdarza się, że bardzo krzyczy, płacze, ucieka lub reaguje złością, gdy np. usłyszy jakiś dźwięk, wymagamy od niego jakiejś czynności?	
18.	Czy dziecko ma jakieś zaburzenia snu? Dopytujemy: Czy dziecko śpi niespokojnie, nie może zasnąć i często krzyczy, płacze?	
19.	Czy dziecko ma problemy z jedzeniem? Dopytujemy: Czy wykazuje dziwaczność i wybiórczość w doborze posiłków? Je np. tylko same papki lub tylko mięso, preferuje dania np. jednego koloru? Czy sygnalizuje głód i pragnienie?	
20.	Czy dziecko jest zainteresowane przedmiotami znajdującymi się w otoczeniu? Dopytujemy: W jaki sposób? Czy podchodzi do przedmiotów? Czy bierze je do ręki i ogląda? Czy zauważa różne rzeczy wokół siebie, czy tylko niektóre? Czy próbuje badać ich funkcje? Czy te zainteresowania są „typowe”, czy też polegają np. na kręceniu kółkami, otwieraniu i zamykaniu drzwi?	
21.	Czy ma Pani/Pan wrażenie, że dziecko dobrze słyszy? Dopytujemy: Czy reaguje na komunikaty i dźwięki również z oddali? Czy bardzo lubi głośne dźwięki?	

22.	Czy dziecko reaguje żywo na określone dźwięki, fascynuje się światłem lub wibrującymi przedmiotami? Dopytujemy: Czy dziecko szczególnie lubi kręcące się przedmioty, światełka i lubi się w nie wpatrywać?	
23.	Czy dziecko zatyka uszy? Dopytujemy: Czy zdarza się, że na nagłe dźwięki, muzykę zatyka uszy?	
24.	Czy dziecko woli stałość i porządek? Dopytujemy: Czy denerwuje się, jak zmienia się coś w jego otoczeniu i codzienności? Jak wówczas reaguje? Czy dziecko lubi zmiany? Jak reaguje na zmianę ubrania lub drogi, którą zawsze idziecie?	
25.	Czy dziecko często i nadmiernie dotyka przedmioty, liżąc je, wachając lub wymachując nimi blisko oczu? Dopytujemy: Czy zdarza się to codziennie z większością przedmiotów i zabawek?	
26.	Czy dziecko koncentruje się na cząstkowych właściwościach przedmiotów? Dopytujemy: Czy skupia się na odczuciu powierzchni, wibracji, dźwiękach, zapachu, smaku przedmiotów?	
27.	Czy dziecko macha rękami, palcami, kręci głową lub często ogląda swoje dłonie albo palce u rąk? Dopytujemy: Jak często występują takie zachowania?	
28.	Czy dziecko wykonuje jakieś nietypowe ruchy? Dopytujemy: Czy często podskakuje na jednej nodze (lub dwóch), kręci się wokół własnej osi, kręci sznurkiem, bawi się swoimi palcami, stukając palcami, zabawką, macha tasiemką, kartką papieru lub chodzi na palcach? Bywa często niespokojne, wstaje, wydaje różne okrzyki?	
29.	Czy dziecko lubi przybierać jakieś nietypowe pozy? Dopytujemy: Czy dziecko często powtarza jakieś określone ruchy całego ciała?	
30.	Czy dziecko nadmiernie lubi zabawę w wodzie lub wodą? Dopytujemy: Czy lubi się patrzeć na wodę i jest zafascynowane jej szumem? Czy może bardzo długo przyglądać się, jak woda leci z kranu, albo bawić się wodą?	
31.	Czy dziecko bawi się zabawkami we właściwy sposób? Dopytujemy: Czy dziecko bawi się zabawkami zgodnie z ich przeznaczeniem? Czy woli je raczej rozkręcać, kopać, wachać, lizać? Czy woli bawić się częściami zabawek niż całymi zabawkami? Czy preferuje patyczki, pudełka, zabawki mechaniczne?	
32.	Czy dziecko jest zwykle pochłonięte jedną zabawą? Dopytujemy: Jaka to zabawa? Na czym polega?	
33.	Czy dziecko izoluje się podczas zabawy? Dopytujemy: Czy podejmuje zabawy w obecności innych, czy woli oddzielne „bezpieczne” miejsce? Czy bawi się odwrócone plecami do innych? Jak się zachowuje, gdy próbujemy ingerować w zabawę?	
34.	Czy dziecko lubi zabawę w udawanie? Dopytujemy: Czy dziecko udaje, że karmi misia, bawi się w pieska, jest tygrysem, naśladuje czynności osób dorosłych, np.: taniec, czesanie, rozmowa przez telefon, mycie?	
35.	Czy dziecko wykazuje jakieś szczególne zainteresowania? Dopytujemy: Czy jego obszar poszukiwań i zabawy koncentruje się wokół jednej tematyki? Czy fascynują go pociągi, ryby, motyle, roboty, samoloty itp.?	
36.	Czy zauważyła Pani/Pan tendencje do przywiązywania się dziecka do pewnych ulubionych, rutynowych, specyficznych czynności? Dopytujemy: Czy dziecko układa klocki, samochody zawsze w określony sposób, np.: w rzędzie? Lubi w ten sam sposób myć ręce? Segreguje przedmioty według swoich kryteriów?	
37.	Czy dziecko często powtarza jakieś ulubione słowa, okrzyki lub dźwięki?	
38.	Czy ma Pani/Pan wrażenie, że dziecko nie reaguje na ból, gdy się przewróci, nie płacze lub jest szczególnie nadwrażliwe na bodźce bólowe?	

Uwaga! Kwestionariusz nie jest narzędziem znormalizowanym i wystandaryzowanym. Stanowi orientacyjną formę diagnozy i opiera się na informacjach uzyskanych od rodzica. Został stworzony na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 oraz pracy własnej z dziećmi ze spektrum autyzmu.

Kwestionariusz należy przeprowadzić z rodzicem dziecka, u którego podejrzewamy symptomy autyzmu.

Test zawiera 38 pytań zamkniętych z możliwością dopytania oraz zanotowania odpowiedzi, które możemy poddać analizie jakościowej.

Metoda jest przeznaczona dla dzieci w wieku 1–3 lat, jednak z uwagi na częste dysproporcje rozwojowe w tym przedziale wiekowym na niektóre pytania rodzic nie będzie mógł udzielić dokładnej odpowiedzi. Możemy wówczas dopytać o tę sferę rozwoju, poddać ją analizie jakościowej i odnieść do ogólnych norm rozwojowych dotyczących danego wieku.

Interpretacja testu. Odpowiedzi diagnostyczne dla autyzmu.

1. N	2. N	3. N	4. N	5. N	6. T	7. N	8. T
9. N	10. N	11. N	12. N	13. N	14. N	15. T	16. N
17. T	18. T	19. T	20. N	21. N	22. T	23. T	24. T
25. T	26. T	27. T	28. T	29. T	30. T	31. N	32. T
33. T	34. N	35. T	36. T	37. T	38. T		

Jeśli większość odpowiedzi jest zgodna z kluczem, możemy podejrzewać z dużym prawdopodobieństwem, że dziecko wykazuje objawy całościowych zaburzeń rozwoju. Konieczna będzie wówczas dalsza diagnoza psychiatryczna i psychologiczna.



Zastosowanie Manualnego Torowania Głosek i Gestów Artykulacyjnych w pracy z dziećmi z autyzmem

Jednym z podstawowych objawów obserwowanych u dzieci ze spektrum autyzmu jest zaburzenie komunikacji, zarówno werbalnej, jak i pozawerbalnej. Wśród dzieci z autyzmem dużą grupę stanowią te, u których nie uruchamia się naturalne odbieranie, rejestrowanie i odwzorowanie dźwięków mowy. Usłyszenie przez dziecko własnych realizacji artykulacyjnych daje możliwość ich wielokrotnego wypowiedzenia oraz znacząco poprawia rozumienie wypowiedzi językowych innych osób.

Przyczyn nieprawidłowości w rozwoju językowym może być wiele, przede wszystkim są to poważne problemy z naśladowaniem oraz brak planu ruchu artykulacyjnego (Cieszyńska-Rożek 2013). Wielu badaczy zwraca uwagę na znaczenie aktywności systemu neuronów zwierciadlanych podczas uczenia się oraz rozwoju komunikacji (Bauer 2015; Rostowski, Rostowska 2014). Dzięki lustrzanym neuronom dochodzi do nieuświadomionego i automatycznego naśladowania komunikacji międzyludzkiej. Funkcjonowanie neuronów jest zauważalne już w wieku prenatalnym (komunikacja między płodem a matką) (Rostowski, Rostowska 2014). Dzięki prawidłowej aktywności neuronów zwierciadlanych po urodzeniu u dziecka naśladownictwo komunikacji przebiega początkowo na poziomie niewerbalnym (mimika, gesty), a następnie – werbalnym.

U dziecka z autyzmem najczęściej nie pojawia się spontaniczne naśladowanie wypowiedzi językowych (które u dzieci rozwijających się prawidłowo obserwujemy już ok. 6 m.ż.). Wywiera to znaczący wpływ na rozumienie mowy. Jagoda Cieszyńska-Rożek pisze, że według ruchowej teorii percepcji mowy „odbiór mowy uwarunkowany jest umiejętnością kory mózgowej, przekładania usłyszanych dźwięków na ruchy potrzebne do ich wypowiedzenia” (Cieszyńska-Rożek 2013). Zatem, aby dziecko usłyszało i zrozumiało mowę, musi mieć możliwość powtarzania. W sytuacji, kiedy tego nie robi, ośrodki percepcji mowy nie są aktywne, co przekłada się na jakość rozumienia języka. Pracując technikami Manualnego Torowania Głosek i (lub) Gestów Artykulacyjnych, terapeuta wywołuje samogłoski, sylaby oraz wyrazy, by umożliwić dziecku powtarzanie, a następnie samodzielne budowanie komunikatów językowych.

Bardzo często trudności artykulacyjne mają podłoże funkcjonalne. Aby nie doszło do utrwalenia się nieprawidłowych wzorców artykulacyjnych, ważne jest wczesne rozpoczęcie stymulacji. Dzieci niemówiące nie używają we właściwy

sposób swoich narządów artykulacyjnych, co znacząco wpływa na ich funkcjonowanie. Dziecko prezentujące trudności w naśladowaniu pojedynczych oraz sekwencyjnych ruchów języka, warg i żuchwy nie może skutecznie uczyć się mówić. Brak naśladowania mowy uniemożliwia aktywowanie matryc ruchów artykulacyjnych. Jedną z przyczyn zaburzeń czynności mowy może być brak planu ruchu artykulacyjnego. Dzieci reprezentujące takie trudności nie są w stanie samodzielnie wypowiadać nawet samogłosek. Umiejętność mówienia uruchamia narządy artykulacyjne, tak by jednocześnie wpływać na ich prawidłową biomechanikę. Późne rozpoczęcie terapii oznacza oddziaływanie na nieaktywizowane do tej pory obszary mózgu. U niektórych dzieci dodatkowa trudność wynika z faktu utrwalonych w sposób patologiczny wzorców (na skutek realizacji dźwięków pozawerbalnych). W rezultacie powoduje to wydłużenie terapii oraz zmniejsza jej efektywność.

Pracując technikami Manualnego Torowania Głosek i (lub) Gestów Artykulacyjnych, terapeuta tworzy neurologiczne wzorce dla realizacji samogłosek, sylab oraz wyrazów, tak by umożliwić dziecku powtarzanie, a następnie samodzielne budowanie komunikatów językowych. Podczas zajęć dzieci uczą się używać własnego głosu, który wcześniej słyszały, najczęściej w formie krzyku lub pozasystemowych dźwięków mowy, jako narzędzia do komunikacji.

Manualne Torowanie Głosek

Manualne Torowanie Głosek „polega na uruchomieniu ruchu artykulacyjnego głoski poprzez nacisk i trakcję, warg, języka i żuchwy” (Cieszyńska-Rożek 2013). Dzięki takiemu zabiegowi dziecko ma szansę usłyszeć własne realizacje, doświadczyć użycia języka oraz nauczyć się różnicować dźwięki mowy.

Autorką Manualnego Torowania Głosek jest Elżbieta Wianecka, terapeutka z wieloletnim doświadczeniem oraz dużymi sukcesami w pracy terapeutycznej z dziećmi z różnymi zaburzeniami, w tym przede wszystkim z autyzmem. Terapeuta korzystający z techniki MTG powinien być wykwalifikowanym specjalistą i mieć wiedzę z zakresu fizjologii aparatu artykulacyjnego oraz fonetyki języka polskiego. Powinien też wykazywać dużą sprawność manualną, niezbędną przy szybkich, precyzyjnych układach dłoni, modelujących aparat artykulacyjny dziecka.

Technika Manualnego Torowania Głosek opiera się również na założeniach medycyny manualnej (chiroterapii), w której terapeuta (fizjoterapeuta), wykorzystując odpowiednie chwyt i manipulacje, dokonuje diagnozy i leczenia zaburzeń w obrębie stawów, więzadeł, wzorców ruchowych i oddechowych (Szczygieł 2017). Szczególnie bliskie technice Manualnego Torowania są działania medycyny manualnej w ujęciu holistycznym, w której – jak pisze Andrzej Rakowski – „Medycyna manualna w modelu holistycznym jest zwartym systemem zajmującym się leczeniem zaburzeń czynności narządu ruchu, ujmując go jako sferę integrującą osobowość człowieka. [...] Bodźcami są zabiegi biomechaniczne, odruchowe oraz słowo” (Rakowski 2001).

Terapeuta Manualnego Torowania Głosek korzysta z technik terapii manualnej, które dotyczą pracy żuchwy, warg i języka. „Torowanie drogi neurologicznej wzorców ruchu odbywa się poprzez układanie narządów artykulacyjnych zgodnie z opisem położenia żuchwy i języka podczas wypowiadania samogłosek. Polega na odzwierciedlaniu miejsca i sposobu artykulacji spółgłosek, które są wypowiadane w sylabach” (Cieszyńska-Rożek 2013). Nie bez znaczenia jest praca żuchwy i języka podczas jedzenia. Ta prymarna czynność bezpośrednio wpływa na prawidłową ruchomość narządów artykulacyjnych. Dzieci, u których obserwuje się dużą wybiórczość pokarmową oraz nieumiejętność żucia pokarmów, prezentują często przykurcze w stawie skroniowo-żuchwowym. Dzieje się tak dlatego, że mięśnie wykonujące ruchy żucia (odwodzenie, przywodzenie i przemieszczanie żuchwy na boki) wpływają na ruchy w stawie. Podczas jedzenia dzieci odgryzają pokarm, po czym go rozcierają językiem o podniebienie twarde, a czasami od razu połykają – z pominięciem żucia. Dlatego też, oprócz torowania drogi neurologicznej, istotnym czynnikiem służącym budowaniu prawidłowego wzorca ruchowego żuchwy i języka jest rozszerzenie diety dziecka o takie pokarmy, które będą rozwijały umiejętność żucia. Ruchy opuszczenia i podnoszenia żuchwy, które biorą udział w jedzeniu, są niezbędne również do prawidłowej artykulacji.

Etapy realizacji Manualnego Torowania Głosek

Początkowo artykulacja zostaje niejako wymuszona przez terapeutę w trakcie układania samogłosek, sylab i wyrazów. Podczas ćwiczeń prowadzący zawsze prezentuje przedmioty i czynności lub zdjęcia i obrazki pozwalające budować rozumienie. Zadanie dziecka polega na wskazywaniu lub podawaniu wypowiadanych elementów językowych. Podstawą MTG jest

budowanie systemu językowego w umyśle dziecka, nauka świadomego naśladowania czynności oraz rozumienia wszelkiej podejmowanej aktywności. Techniki nie można stosować wybiórczo, w oderwaniu od programowania języka. Dlatego w późniejszych etapach stosuje się ćwiczenia rozumienia pytań połączone z artykułowaniem odpowiedzi ze wspomaganie. Dziecko musi patrzeć na twarz osoby mówiącej i uczyć się odbierać, rozpoznawać i odkodowywać ruchy jej ust. W tym celu można wspomagać ćwiczenia gestami artykulacyjnymi, aby dodatkowo wzmocnić cechy wypowiedzianych dźwięków. Stopniowo dziecko uczy się udzielać odpowiedzi bez wsparcia, a całościowa terapia przygotowuje do budowania spontanicznych wypowiedzi i daje szansę uczestniczenia w dialogu.

Często zdarza się, że już pierwsze doświadczenia powtarzania ze wspomaganie samogłosek i sylab prymarnych potrafią uruchomić dalsze nabywanie mowy przez samodzielne naśladowanie.

Gesty Artykulacyjne

Gesty Artykulacyjne „to ruchy jednej dłoni, towarzyszące wypowiadaniem samogłoskom i spółgłoskom w sylabach” (Cieszyńska-Rożek 2013). Gesty Artykulacyjne pomagają dziecku zapamiętać wzorzec artykułowanej samogłoski lub spółgłoski (w sylabie) poprzez jej wizualizację, jednocześnie uruchamiając naśladowanie na poziomie gestowym. Wówczas terapeuta pobudza do działania neurony zwierciadlane, wywołując aktywne reakcje ruchowe, wzrokowe i słuchowe. Gesty pokazują dziecku miejsce i (lub) sposób artykulacji głoski przez odczucia kinestetyczne. Dają też możliwość zbudowania wzorca dźwięków mowy inną drogą niż przez kanał słuchowy. Jednocześnie działania te wspomagają koncentrację uwagi oraz pamięć. Początkowo terapeuta pokazuje gesty swoją dłonią i naśladuje je rączką dziecka, przykładając ją do swojej i jego twarzy. W taki odmienny od naturalnego sposób dziecko zapoznaje się z cechami dystyngtywnymi głosek. Dalsze ćwiczenia uwzględniają samodzielne, świadome działanie dziecka, ponieważ obserwacja ruchów wykonywanych przez osobę mówiącą jest niewystarczająca. Doświadczenia terapeutyczne pokazują, że dzieci, które jeszcze nie potrafią prawidłowo wyartykułować poszczególnych dźwięków mowy, nazw osób, przedmiotów lub wskazanej czynności, zastępują je gestami artykulacyjnymi. Jest to niezwykle ważny etap w terapii, ponieważ ujawnia, że dziecko spostrzega, rozpoznaje i nazywa. Gesty nigdy nie służą do wywoływania głosek w izolacji oraz w oderwaniu od znaczenia. Kolejnym etapem jest uruchomienie narządów artykulacyjnych. W momencie, kiedy dziecko zaczyna samodzielnie budować komunikaty werbalne, gesty porządkują skomplikowane, sekwencyjne ruchy artykulacyjne niezbędne do wypowiadania wyrazów. W końcowej fazie, jeśli Gesty Artykulacyjne pozostają, to najczęściej podczas wypowiadania trudnych dla danego dziecka głosek lub wyrazów, ale przestają im towarzyszyć w momencie automatyzacji. Techniki można stosować u dzieci wykazujących elementy naśladowania, nawet jeśli są bardzo nieliczne i nieprecyzyjne. Z kolei u mówiących dzieci z autyzmem Gesty Artykulacyjne dają możliwość skorygowania wadliwej realizacji poszczególnych głosek.

Rola rodziców

Ważnym elementem procesu terapeutycznego jest współpraca z rodzicami. Rodzice dziecka muszą być obecni podczas sesji terapeutycznej. Jest to istotne z kilku powodów, m.in.:

- zapewnia dziecku poczucie bezpieczeństwa,
- pozwala na bezpośrednią obserwację połączoną z merytorycznymi uwagami,
- umożliwia naukę chwytów terapeutycznych,
- wspomaga wprowadzanie zaleceń w codzienne funkcjonowanie dziecka w domu.

Terapeuta przekazuje rodzicom kluczowe informacje na temat zaburzenia, programu terapii oraz konkretnych rozwiązań terapeutycznych. Pomaga odnaleźć lub wskazać sens realizowanych działań (Frankl 2010). Ma to znaczący wpływ na budowanie motywacji do działań terapeutycznych. Szczególnie na początku terapii zdarza się, że rodzice przeżywają lęk, są niepewni, niektórzy nawet pełni pretensji i roszczeniowi. Zazwyczaj przyczyną jest permanentny lęk o dziecko, ale także brak wiedzy na temat zaburzenia oraz terapii, w której dziecko ma uczestniczyć. Zaangażowanie rodziców dziecka oraz ich codzienne działania terapeutyczne są nieocenione w osiągnięciu przez ich dziecko kolejnych nowych umiejętności. Terapeuta, przekazując najważniejsze informacje o technice Manualnego Torowania Głosek, często pokazuje na twarzy rodzica, na czym będzie polegał dotyk terapeutyczny wobec ich dziecka, oraz dokładnie tłumaczy celowość tych ruchów. Zbudowanie dobrych relacji między terapeutą a rodzicami oraz zwrócenie uwagi na cierpliwość w oczekiwaniu na efekty będą ważne szczególnie wtedy, kiedy na te efekty trzeba będzie dłużej poczekać. Terapeuta spokojnie i cierpliwie powinien tłumaczyć rodzicom wszystkie zachowania i działania dziecka pojawiające się podczas terapii. Rodzice muszą ufać osobie, która pracuje z ich dzieckiem, a budowanie tego zaufania będzie możliwe tylko w sytuacji bezpośredniego obserwowania jej pracy. Terapeuta wskazuje drogę terapeutyczną, ale to od zaangażowania i współpracy rodziców zależy efektywność prowadzonej terapii.

Techniki towarzyszące ćwiczeniom artykulacyjnym

Stosowanie technik MTG lub GA nie prowadzi do uruchomienia mówienia u dzieci z autyzmem. W całościowej terapii systemowej należy równolegle wdrożyć kilka uzupełniających się wzajemnie technik. Programowanie języka pozwala wyposażyć dziecko z zaburzeniami komunikacji w umiejętności, które pozwalają mu odgrywać różne role społeczne (Orłowska-Popek 2017). Aby ułatwić zbudowanie słuchowego wzorca artykulacji, stosuje się program „Słucham i uczę się mówić” Elżbiety Wianeckiej. Opracowane nagrania charakteryzują się specjalnie wydłużonym brzmieniem głosek, aby mózg miał więcej czasu na ich zarejestrowanie. Program składa się z kilkunastu płyt oraz specjalnie przygotowanych do nich

książeczek, które pozwalają nakładać znaczenia na słyszane dźwięki. Ponadto konieczny jest trening naśladowania, samodzielnego działania, percepcji wzrokowej, świadomego zapamiętywania oraz przeszukiwania pamięci.

Podsumowanie

Nie da się określić liczby powtórzeń ani przybliżonego czasu trwania terapii z wykorzystaniem omawianych technik. Rezultaty, przebieg i czas stymulacji są uwarunkowane głębokością zaburzenia, wiekiem dziecka, niekiedy – jego wcześniejszą drogą rewalidacji (lub jej brakiem) oraz częstotliwością utrwalania nabywanych umiejętności. Żeby osiągnąć sukces, dziecko musi samo zacząć naśladować ruchy artykulacyjne, uruchomić „powtarzanie w tle”, zbudować rozumienie języka oraz posiadać intencję komunikacyjną (Wianecka 2010).

Praca z dziećmi autystycznymi utwierdza w przekonaniu, że konieczne jest zastosowanie technik umożliwiających zaprogramowanie ruchów artykulacyjnych w umyśle, które stanowią techniczny wymiar języka.

dr n. hum. Katarzyna Sedivy-Mączka

Neurologopeda, surdopedagog, certyfikowany terapeuta m.in. Metody Krakowskiej oraz Manualnego Torowania Głosek. Prowadzi zajęcia ze studentami studiów dziennych i podyplomowych z zakresu logopedii w Uniwersytecie Pedagogicznym w Krakowie. Wieloletni praktyk, pracuje z dziećmi z autyzmem, zespołem Aspergera, z zaburzeniami genetycznymi, zaburzeniami słuchu, komunikacji językowej oraz dysleksją.

Małgorzata Kuśnierz

Pedagog, neurologopeda, certyfikowany terapeuta Metody Krakowskiej oraz Manualnego Torowania Głosek. Od kilkunastu lat zajmuje się terapią dzieci z autyzmem, zespołem Aspergera, zespołem Downa, afazją, alalią oraz zagrożonych dysleksją. Prowadzi zajęcia ze studentami studiów dziennych i podyplomowych z zakresu logopedii w Uniwersytecie Pedagogicznym w Krakowie.

Literatura:

- Bauer J., *Empatia. Co potrafią lustrzane neurony*, Warszawa 2015.
- Cieszyńska J., *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych. Metoda Krakowska*, Kraków 2011.
- Cieszyńska-Rożek J., *Metoda Krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa*, Kraków 2013.
- Frankl V.E., *Wola sensu. Założenia i zastosowanie logoterapii*, Warszawa 2010.
- Orłowska-Popek Z., *Programowanie języka w terapii logopedycznej*, Kraków 2017.
- Rakowski A., *Medycyna manualna w modelu holistycznym*, „Terapia Manualna w Modelu Holistycznym” 2001, nr 1.
- Rostowski J., Rostowska T., *Rola systemu lustrzanych neuronów w rozwoju języka i komunikacji interpersonalnej*, „Psychologia Rozwojowa” 2014, nr 2, t. 19.
- Sedivy K., *Uruchamianie wzorca artykulacyjnego u dzieci niemówiących* [w:] Michalik M. (red.), *Biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*. Nowa Logopedia, t. 2, Kraków 2012.
- Szczygieł A., *Terapia manualna* [online:], www.rehabilitacja.mp.pl [dostęp: 22.11.2017].
- Wianecka E., *Manualne Torowanie Głosek (MTG)*, Kraków 2010.



TECHNIKA PROGRAMOWANIA JĘZYKA W TERAPII DZIECKA ZE SPEKTRUM AUTYZMU

Rola języka w rozwoju poznawczym dziecka jest ogromna, natomiast bywa niedoceniana, zwłaszcza gdy w sytuacji wczesnych zaburzeń rozwoju rodzice i specjaliści kładą duży nacisk na postępowanie terapeutyczne wyłącznie w zakresie funkcji motorycznych oraz leczenia medycznego, ignorując funkcje językowe (mowę). Rozwój motoryki stanowi fundament dla rozwoju poznawczego dziecka, należy jednak mieć świadomość, że jest nim również język.



Język pozwala jednostce konceptualizować świat oraz współdziałać w grupie społecznej. „Opanowanie użycia symboli językowych prowadzi do rozwinięcia zupełnie nowej formy reprezentacji poznawczej, która zmienia sposób, w jaki dziecko postrzega świat” (Tomasello 2002). A zatem język pozwala nam wykraczać poza doświadczenia percepcyjne i proprioceptywne oraz umożliwia zdobywać wiedzę o świecie, i dzielenie się nią z innym człowiekiem (Cieszyńska 2011). Jego prawidłowe kształtowanie się zależy od czynników neurobiologicznych oraz środowiskowych. Powstaje on na bazie funkcji poznawczych i fizycznych, kształtując ich dalszy rozwój.

Jednym z głównych objawów zaburzeń ze spektrum autyzmu jest zaburzony proces kształtowania się systemu językowego. A zatem nadrzędnym celem terapii logopedycznej powinno być ukształtowanie w umyśle dziecka języka, koniecznego do rozumienia i opisywania siebie oraz świata (Cieszyńska-Rożek 2013). Gdy dziecko nie komunikuje się językowo, ważne są systemowe oddziaływania, możliwe do wdrożenia dzięki technice programowania języka. Budowanie wzorców językowych według strategii programowania języka polega na wprowadzaniu wybranych struktur językowych w ustalonej kolejności, uwzględniającej:

- linearność i sekwencyjność narastania informacji językowych,
- hierarchię zjawisk gramatycznych,
- indywidualne warunki życia dziecka i jego doświadczenie.

Najważniejsze, by wiedzieć, jaki jest poziom umiejętności językowych dziecka, i rozpocząć pracę, sięgając po odpowiednie ćwiczenia. Budując wzorce językowe, należy uwzględnić wiek dziecka, a zatem to, w jaki sposób doświadcza ono świata. Zadaniem terapeuty jest kreowanie takich sytuacji i wzorców językowych, które pasują do doświadczeń życiowych dziecka. Podczas budowania w umyśle jednostki języka istotne jest, by dziecko (najpierw wspólnie z terapeutą, później samo) tworzyło i odkrywało znaczenie elementów językowych poprzez współdziałanie z terapeutą.

Poziomy programowania języka

W nauce dzieci z autyzmem systemu językowego należy uwzględnić dwie metody: komunikacyjną oraz kognitywną. Metoda komunikacyjna opiera się, najogólniej mówiąc, na tworzeniu krótkich dialogów typowych dla codziennych sytuacji. Na bazie takiego dialogu terapeutycznego można budować system języka. Metoda kognitywna z kolei, która kładzie nacisk na naukę reguł, uwzględnia kolejność narastania systemu językowego w rozwoju dziecka zdrowego. Poziomy nauczania języka kształtują się następująco:

- poziom prymarnych znaczeń,
- poziom wyrazu i zdania pojedynczego,
- poziom wypowiedzi wielocłonowych,
- poziom podstawowego systemu językowego.

POZIOM PRYMARNYCH ZNACZEŃ

Początkowo materiał językowy przetwarzany jest całościowo. Na tym etapie powtarzanie należy zacząć od samogłosek, wyrażeni dźwiękonaśladowczych i sylab otwartych. Początkowo dziecko będzie mogło opisywać świat z pomocą właśnie tych elementów. Najpierw terapeuta przypisuje każdej samogłosce oraz sylabie znaczenia arbitralne oraz znaczenia nadawane przez dziecko w aktach komunikacji, np.: A – „Tosia śpi”, E – „Kacper płacze”, BU – „boli brzuch”, BE – „brudne ręce”. Znaczenie wyrażeni dźwiękonaśladowczych jest również ściśle związane z doświadczaniem świata przez dziecko. Co istotne, już na tym poziomie rozpoczyna się praca nad rozumieniem pytań. Kiedy terapeuta aranżuje sytuację, zawsze zadaje pytania, a następnie sam na nie odpowiada w najprostszy sposób, używając samogłosek, wykrzyknieni czy sylab dźwiękonaśladowczych, by dać dziecku możliwość powtórzenia.

POZIOM WYRAZU I ZDANIA POJEDYNCZEGO

Terapeuta zapisuje wyrazy na etykietkach po to, by mogły być przez dziecko rozpoznawane globalnie. Najpierw w komunikacji pojawiają się rzeczowniki w mianowniku. Dobór pierwszych słów musi uwzględniać frekwencję występowania w otoczeniu oraz odwoływać się do codziennych doświadczeń dziecka. Rzeczowniki początkowo powinny być zebrane wokół najbardziej popularnych pól semantycznych – zabawki, jedzenie, osoby, części ciała itd. Równolegle z takimi ćwiczeniami dziecko powinno otrzymać znaczenia w postaci nazw czynności, które wykonuje lub którym podlega w formie trzeciej osoby liczby pojedynczej czasu teraźniejszego, np.: „je”, „pije”, „śpi”, „daje”, „idzie”, „stoi”, „siedzi”. Zanim zostaną wprowadzone kolejne części mowy i nim dziecko się nauczy łączyć dwa wyrazy w wypowiedziach, powinno przyswoić choćby minimalny zasób słów. Wtedy też stanie się możliwe zaprezentowanie dwuwyrazowej konstrukcji: podmiot + orzeczenie. W celu pokazania reguły gramatycznej należy zaprezentować połączenia rzeczowników z prymarnymi czasownikami, np.: „Tosia je”, „Kacper pije”, „Mama siedzi”, „Tata śpi”, „Tosia pije”, „Mama pije”. Te ćwiczenia powinny uświadomić dziecku, że jeden rzeczownik może występować z wieloma czasownikami, a jeden czasownik z wieloma rzeczownikami. Jagoda Cieszyńska-Rożek pisze: „Nie wystarczy [...] znajomość słownictwa, by rozumieć wypowiedzi i samodzielnie je budować. Tylko znajomość gramatyki da dziecku pełną możliwość percepcji tekstów mówionych i pisanych” (Cieszyńska-Rożek 2014). Wówczas, gdy dziecko łączy znany rzeczownik z czasownikiem, tworzy zupełnie nowe znaczenia, przez co ma ono możliwość rozwoju poznawczego. Praca nad prototypowymi konstrukcjami zdaniowymi to także czas różnicowania pytań o rzeczownik i czasownik. Wzorcowe wypowiedzi dwuwyrazowe powinny się odnosić do sytuacji,

w których często bierze udział dziecko, tak by miało ono szansę zastosować je w codziennej komunikacji. Równolegle z takimi ćwiczeniami należy zaplanować oddziaływania mające na celu budowanie fleksji nominalnej w języku polskim. Aby wprowadzić dopełniacz (w opozycji do mianownika), warto bawić się z dzieckiem, nazywając przedmioty, chowając je i ponownie znajdując, zadając przy tym pytania: „kto?/kogo nie ma?”, „co?/czego nie ma?”, np.: „kto? mama”, „kogo nie ma? nie ma mamy”, „co? bułka”, „czego nie ma? nie ma bułki”. Takie oddziaływania są szczególnie istotne w przypadku dzieci z autyzmem w związku z tym, że często największym ich problemem jest zwracanie uwagi na prezentowany materiał zadaniowy i ustalenie wspólnego pola uwagi.

Budując odpowiedzi na pytania, należy szczególnie dbać o każdorazowe powtórzenie przez dziecko całej sekwencji „nie ma mamy, nie ma bułki” itd., co pozwoli ocenić, czy dziecko rozumie pytanie, a także trenować budowanie prymarnych wypowiedzi już o charakterze sekwencyjnym. Żeby to się mogło stać, rodzice obecni podczas zajęć terapeutycznych powinni potem w domu w naturalnych sytuacjach komunikacyjnych powtarzać wprowadzane przez terapeutę struktury. Przykładowo, dziecko przygotowuje się do snu, myje się w łazience, a mama mówi: „Ola myje się. O, nie ma mydła. Jest mydło. Nie ma ręcznika. Gdzie jest ręcznik. Tu jest ręcznik”. Edward Łuczyński zwraca uwagę, że dopełniacz jest dynamicznym przypadkiem gramatycznym: „[...] dopełniacz rzeczownika należy do przypadków wyjątkowo wielofunkcyjnych, a więc zapotrzebowanie na formy dopełniaczowe w wypowiedziach dziecięcych ciągle rośnie wraz z rozwojem mowy” (Łuczyński 2010). Pozwala to wytłumaczyć odstępstwo od rozwojowej reguły i po mianowniku wprowadzić emocjonalny przypadek, jakim jest właśnie dopełniacz, a dopiero potem biernik. Należy zaprezentować opis świata za pomocą zdań rozwiniętych dopełnieniem pod warunkiem, że dziecko buduje zdania dwuelementowe. Najpierw należy budować konstrukcje, w których w roli dopełnienia wystąpi rzeczownik w bierniku i w dopełniaczu, np. „Mama ma bułkę. Ola nie ma bułki”. Terapeuta musi dokonać wyboru odpowiednich czasowników z minimum leksykalnego, które łączą się z rzeczownikami w konkretnym wybranym przypadku, np. „mieć, jeść, pić, dać, myć, widzieć, zakładać, lubić” wymagają użycia biernika: „Ola ma lalę”, „Adam ma auto”, „Mama ma kawę”, „Ola je zupę”, „Adam je lody”, „Mama je bułkę”, „Ola pije sok”, „Mama pije kawę”, „Adam pije herbatę”, „Ola daje lalę”, „Adam daje auto”, „Mama daje lody”, „Ola myje głowę”, „Adam myje buty”, „Mama myje kubek”, „Ola lubi zupę”, „Adam lubi jabłko”, „Mama lubi kawę”. Warto je zapisywać na etykietkach i jako podpisy dokładać do zdjęć, na których dziecko i jego najbliżsi wykonują pewne czynności. Etykiety można też przecinać, by



Jednym z głównych objawów zaburzeń ze spektrum autyzmu jest zaburzony proces kształtowania się systemu językowego.

A zatem nadrzędnym celem terapii logopedycznej powinno być ukształtowanie w umyśle dziecka języka, koniecznego do rozumienia i opisywania siebie oraz świata.



Metoda komunikacyjna opiera się, najogólniej mówiąc, na tworzeniu krótkich dialogów typowych dla codziennych sytuacji. Na bazie takiego dialogu terapeutycznego można budować system języka. Metoda kognitywna z kolei, która kładzie nacisk na naukę reguł, uwzględnia kolejność narastania systemu językowego w rozwoju dziecka zdrowego.

następnie kolejny raz odpowiadać na pytania i wypowiedzi budować na nowo, np.: „kto? Ola”, „co robi? je”, „co? zupę”.

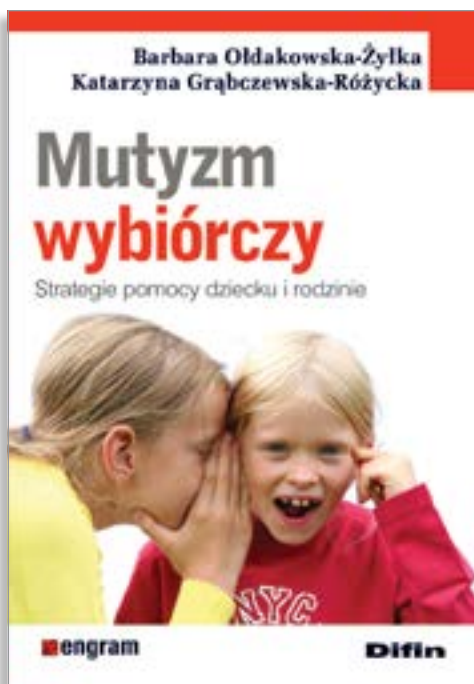
W pracy z dzieckiem najważniejsze jest to, by dostarczyć mu maksymalnie dużo przykładowych zdań i stworzyć okazję do wielokrotnego ich powtarzania, a to z pewnością będzie mogło się przełożyć na możliwość samodzielnego budowania wypowiedzi. „Dziecko, mówiąc, formuje swój język, osiągając coraz wyższy poziom przyswojenia tego symbolicznego systemu” (Cieszyńska 2011).

POZIOM WYPOWIEDZI WIELOCZŁONOWYCH

W kolejnym etapie, dzięki systematycznym ćwiczeniom, należy poszerzać zasób leksemów, wzbogacając go nie tylko o nowe czasowniki, ale także przymiotniki, frekwencyjnie częste przymiotniki („na, do, w”), zaimki („on, ona, tu, tam, ten, ta, to”) czy spójniki („i, bo”). Przymiotniki trudno zrozumieć bez połączenia z konkretnymi rzeczownikami. W związku z tym należy je pokazać z rzeczownikami

reprezentującymi spostrzegane osoby, zwierzęta, rośliny i przedmioty, np.: „duży dom”, „duża lala”, „duże auto”; „mały dom”, „mała lala”, „małe auto”. Dziecko nie powinno traktować rzeczownika i określającego go przymiotnika jako całości, wskazane jest więc pokazanie wszystkich trzech rodzajów oraz każdorazowe zadawanie pytań, np. „co? dom”, „jaki? duży”. Nowe słownictwo powinno być prezentowane w odpowiednich okolicznościach, również w strukturach zdaniowych. To pozwoli także wprowadzać kolejne formy zależne rzeczowników w miejscowniku i narzędniku. W ćwiczeniach należy pamiętać o odpowiednich schematach zdań, np.: podmiot – orzeczenie – dopełnienie (np.: „Ola myje uszy”, „Ola bawi się misiem”, „Ola jedzie autem”), przydawka – podmiot – orzeczenie („Mała Ola śpi”, „Wesoła Ola bawi się”), podmiot – orzeczenie – okolicznik miejsca („Ola idzie do domu”, „Ola jedzie do sklepu”, „Ola siedzi na krześle”), podmiot – orzeczenie – przydawka – dopełnienie („Ola je dobrą zupę”, „Ola bawi się białym misiem”). To właśnie dzięki

reklama



Diagnoza i terapia dziecka z mutyzmem wybiórczym

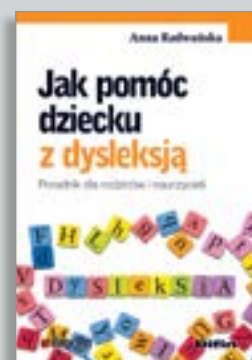
Patronat



- ✓ **Mutyzm wybiórczy** – podstawy teoretyczne
 - ✓ **Pomoc dziecku z mutyzmem wybiórczym i jego rodzinie**
 - ✓ **Poradnik** dla rodziców, nauczycieli i specjalistów
- + studia przypadków

Difin

POLECAMY



Książki dostępne na
www.ksiegarnia.difin.pl



facebook.com/Wydawnictwo-Difin

strukturze zdaniowej możliwe stanie się posługiwanie regułami gramatycznymi. Podczas planowania terapii należy uwzględnić opisy różnych relacji, poczynając od przestrzennych, przyczynowych, celowych, po czasowe (następstwa przedmiotów i zjawisk oraz rozplanowania w czasie).

POZIOM PODSTAWOWEGO SYSTEMU JĘZYKOWEGO

Stopniowo, dzięki systematycznym ćwiczeniom, narasta słownik i gramatyka. Terapeuta do znanych już dziecku sytuacji powinien teraz budować coraz dłuższe zdania. Słownik należy poszerzyć o liczebniki (główne, a następnie porządkowe), przysłówki („dobrze – źle”, „szybko – powoli”, „zimno – ciepło”, „ładnie – brzydko”, „cicho – głośno”), przyimki („z, pod, dla”), spójniki („a, bo”), i zaimki („ile, mój, moja, moje, ja, ty”) i przysłówki („już, potem”). Żeby dziecko mogło szybciej przyswoić znaczenia przysłówków, podobnie jak w przypadku wprowadzania przymiotników, należy je prezentować w parach opozycyjnych. Następnie trzeba umieszczać je w zdaniach, ilustrujących odpowiednie zdarzenia, np.: „Mama idzie szybko”, „Tosia idzie powoli”, „Kacper mówi cicho”, „Tata mówi głośno”. Szczególnie ważne jest powtarzanie leksemów i konstrukcji zdaniowych podczas różnorodnych sytuacji komunikacyjnych w domu, w sklepie, na placu zabaw, w przedszkolu. Staje się to możliwe dzięki rodzicom (opiekunom), wychowawcom w przedszkolu czy nauczycielom, którzy postępują zgodnie z zaprezentowanym na zajęciach terapeutycznych wzorcem.

Kiedy konstrukcje z rzeczownikami w miejscowniku i narzędniku wprowadzone w poprzednim etapie zostaną już utrwalone, stanie się możliwe uzupełnienie fleksji nominalnej o frekwencyjnie rzadki celownik, np.: „Kacper daje mleko kotu”, „Mama daje bułkę Tosi”, „Tata daje piłkę Alkowi”.

Kolejne ćwiczenia mają na celu pokazanie relacji czasowych. Dotąd wypowiedzi były budowane w czasie teraźniejszym. Teraz, w opozycji do czasu teraźniejszego, należy pokazać czas przeszły. Warto rozpocząć od form czasownika w 3. os. l. poj. W zrozumieniu nowych znaczeń z pewnością dużą rolę odgrywa dziennik wydarzeń. Co ważne, w nowych rozwiniętych konstrukcjach zdaniowych powinny zostać użyte wyrażenia przyimkowe: „przed kolacją”, „po kolacji”, „przed spacerem”, „po spacerze”, „przed zabawą”, „po zabawie”, „przed świętami”, „po świętach”. Po utrwaleniu form czasu przeszłego można będzie sięgać po czasownik w czasie przyszłym, by móc ukazać bardzo trudne relacje: przeszłość – teraźniejszość – przyszłość.

Podsumowanie

Terapeuta, wychodząc naprzeciw potrzebom dziecka, opisuje świat, dobierając w taki sposób wyrazy i reguły ich łączenia, aby w jak największym stopniu były one przez młodego odbiorcę zrozumiałe. Jest w stanie wyposażyć dzieci z autyzmem w system językowy. Proces uczenia języka wymaga od terapeuty systematyczności i cierpliwości, a od rodzica – samodyscypliny, bo dzieci te, inaczej niż prawidłowo się rozwijające, potrzebują zwielokrotnionych oddziaływań stymulujących. Co najważniejsze, uczenie znaczeń powinno następować przez budowanie wypowiedzi językowych obecnych w realnym świecie, w otoczeniu dziecka (Cieszyńska 2011).

dr n. hum. Marzena Błasiak-Tytuła

Adiunkt w Katedrze Logopedii i Zaburzeń Rozwoju Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, językoznawca, neurologopeda i terapeuta wczesniej interwencji logopedycznej i terapeutycznej, lektor języka polskiego jako obcego, przewodnicząca Małopolskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Logopedycznego. Pracuje z dziećmi z zaburzeniami komunikacji językowej. W badaniach naukowych koncentruje się na diagnozie i terapii dzieci dwu- i wielojęzycznych. Badania dotyczące rozwoju poznawczego, w tym rozwoju systemów językowych dzieci bilingwalnych, prowadzi w Wielkiej Brytanii oraz w Polsce.

dr n. hum. Zdzisława Orłowska-Popek

Adiunkt krakowskiego Uniwersytetu Pedagogicznego, filolog polski, logopeda. Prowadzi terapię dzieci z różnorodnymi zaburzeniami komunikacji językowej: z alalią, afazją dziecięcą, autystycznymi, z zespołem Aspergera, niesłyszącymi i dyslektycznymi. Jest autorką wielu artykułów opisujących budowanie systemu językowego w umysłach dzieci z dysfunkcjami rozwojowymi, trudności językowe głównie dzieci niesłyszących, monografi: „Emocje w wypowiedziach uczniów niesłyszących” (2011), „Programowanie języka w terapii logopedycznej (na przykładzie rozwoju języka dzieci niesłyszących)” (2017).

Literatura:

- Błasiak-Tytuła M., Bielenda-Mazur E., *Wybrane funkcje poznawcze, warunkujące rozwój mowy* [w:] Marek F.A., Strzelczyk-Raduli U., Błońska K. (red.), *Wspieranie rozwoju dzieci i dorosłych*, Opole 2016.
- Błasiak-Tytuła M., Orłowska-Popek Z., *Technika programowania języka (pierwszego i drugiego) w pracy z dzieckiem bilingwalnym* [w] Rutkiewicz-Hanczewska M., Sławek J., Kaptur E. (red.), *Mózg – język – komunikacja*, Poznań 2017.
- Cieszyńska J., *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych – Metoda Krakowska*, Kraków 2011.
- Cieszyńska J., Fabisiak A., *Kształtowanie systemu językowego dziecka niesłyszącego w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym. Rozwój mowy Julii* [w:] Eckert U., Stecewicz A. (red.), *Rewalidacja małego dziecka z wadą słuchu w rodzinie*, Szczecin 2000.
- Cieszyńska J., *Kocham uczyć czytać. Poradnik dla rodziców i nauczycieli*, Kraków 2006.
- Cieszyńska J., Korendo M., *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6. roku życia*, Kraków 2007.
- Cieszyńska-Rożek J., *Metoda Krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa*, Kraków 2013.
- Cieszyńska-Rożek J., *Stymulacja rozwoju systemu językowego dzieci dwu- i wielojęzycznych. Propozycje technik terapeutycznych* [w:] Telus M., Zinslerling A., Karbowska J., Herning R.U. (red.), Berlin 2014.
- Łuczynski E., *Akwizycja gramatyki języka polskiego*, „Psychologia rozwojowa” 2010, t. 15, nr 1.
- Łuczynski E., *Kategoria przypadku w ontogenezie języka polskiego, czyli o wchodzeniu dziecka w rzeczywistość gramatyczną*, Gdańsk 2004.
- Miodunka W.T., *Dwujęzyczność polsko-obca w Polsce i poza jej granicami. Rozwój i perspektywy badań*, „LingVaria” 2014, nr 1 (17).
- Orłowska-Popek Z., *Dzienniczki wydarzeń jako forma budowania dialogu i narracji dzieci z zaburzeniami komunikacji językowej* [w:] Porayski-Pomsta J., Przybysz-Piwko M. (red.), *Interwencja logopedyczna. Zagadnienia ogólne i praktyka. Z prac Towarzystwa Kultury Języka*, t. 8, Warszawa 2012.
- Orłowska-Popek Z., *Programowanie języka w terapii logopedycznej (na przykładzie rozwoju języka dzieci niesłyszących)*, Kraków 2017.
- Rostowski J., Rostowska T., *Rola systemu lustrzanych neuronów w rozwoju języka i komunikacji interpersonalnej*, „Psychologia rozwojowa” 2014, t. 19, nr 2.
- Tomasello M., *Kulturowe źródła ludzkiego poznawania*, Warszawa 2002.

NIEDOJRZAŁOŚĆ NEUROMOTORYCZNA DZIECI Z ASD

STUDIUM PRZYPADKU DZIECKA Z ZESPOŁEM ASPERGERA

W ostatnich latach obserwujemy wzrost liczby dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD). Do specjalistów trafia coraz więcej dzieci z charakterystycznymi dla ASD problemami; u większości z nich diagnozuje się również niedojrzałość neuromotoryczną. Dziecko otrzymuje wówczas wsparcie w formie terapii logopedycznej lub neurobiologicznej oraz zalecenia do codziennego wykonywania zestawu kilkuminutowych ćwiczeń neuroruchowych. W przypadku dzieci z ASD widzimy znaczną poprawę funkcjonowania po podjęciu rocznego cyklu ćwiczeń metodą INPP.

Na czym polega metoda INPP?

Metoda ta powstała w Instytucie Neurofizjologii i Psychologii (INPP) w Chester. Instytut został założony w 1975 r. przez dr. Petera Blythe'a, dzieło jego jest kontynuowane przez jego żonę, Sally Goddard Blythe. Celem podjętych w INPP działań było:

- zbadanie, w jaki sposób niedojrzałość w funkcjonowaniu OUN wpływa na dzieci ze specyficznymi trudnościami w nauce,
- opracowanie wiarygodnych metod oceny dojrzałości OUN,
- stworzenie skutecznych programów korekcyjnych (Goddard Blythe 2015a).

Dzieci trafiające do przedstawicielstw INPP (który obecnie ma już swoje oddziały prawie na całym świecie, a od kilkunastu lat – również w Polsce) są badane standaryzowanymi testami medycznymi, oceniającymi ich zakres możliwości fizycznych. W zakres badania wchodzi:

- koordynacja motoryki dużej i równowaga,
- schematy rozwoju ruchowego,
- aktywność mózdku,
- dysdiadochokineza,
- występowanie nieprawidłowych odruchów pierwotnych i posturalnych,
- funkcjonowanie okoruchowe (kontrola ruchu gałek ocznych),
- percepcja wzrokowa,
- integracja wzrokowo-ruchowa,
- badanie audiometryczne, słuchanie dychotyczne (Goddard Blythe 2015a).

Po przeprowadzeniu tych badań terapeuta może opracować indywidualny program ćwiczeń ruchowych, które dziecko wykonuje codziennie w domu pod nadzorem rodziców. Ćwiczenia trwają od 5 do 10 min. i wykonuje się je przez rok. Co 6–8 tygodni ocenia się postępy pacjenta i weryfikuje program ćwiczeń. Metoda INPP nie zastępuje oceny neurologicznej, badań psychologicznych ani badań innych specjalistów, jednak ma do zaoferowania „wyjątkowy mechanizm diagnozowania i leczenia oznak niedojrzałości neuromotorycznej u dzieci i dorosłych, u których nie stwierdzono innych przyczyn dolegliwości” (Goddard Blythe 2015a). Zaletą tej metody jest możliwość jej zastosowania bez zakupu kosztownych narzędzi diagnostycznych i terapeutycznych. Nie wymaga też specjalnie przygotowanego pomieszczenia, pokaz ćwiczeń dziecku i jego rodzicom może być wykonany niemal w każdym gabinecie terapeutycznym w placówkach oświatowych i medycznych.

Niedojrzałość neuromotoryczna

Niedojrzałość neuromotoryczna (określana jako opóźnienie neuromotoryczne) odnosi się do utrzymującej się obecności odruchów prymitywnych powyżej 6. m.ż. oraz braku lub niepełnego występowania odruchów posturalnych powyżej wieku 3,5 lat (Goddard Blythe 2011).

Występowanie lub brak odruchów pierwotnych i posturalnych podczas kluczowych etapów rozwoju może stanowić wiarygodny

wskaźnik dojrzałości ośrodkowego układu nerwowego. W badaniach wykazano, że nieprawidłowe odruchy mogą być jedną z przyczyn dysfunkcji rozwojowych oraz niedojrzałego zachowania (Ayres 1972, 1973, Blythe, McGlown 1979, Goddard Blythe 2011).

Odruchy pierwotne są to te odruchy, które rozwijają się w okresie życia płodowego. Są one obecne w momencie przyjścia na świat dziecka urodzonego o czasie. Zostają jednak wygaszone przez wyższe ośrodki w rozwijającym się mózgu podczas pierwszych 6 miesięcy po urodzeniu. Składają się na nie: asymetryczny toniczny odruch szyjny, symetryczny toniczny odruch szyjny, toniczny odruch błędnikowy i odruch Moro (Blythe 2015). Natomiast jeden z odruchów pierwotnych – odruch toniczny błędnikowy (TOB) – może pozostać w zmienionej formie aż do 3,5 r.ż.

Odruchy pierwotne mogą pozostać czynne, jeśli w pierwszych miesiącach życia nastąpi uszkodzenie wyższych ośrodków mózgowych, np. porażenie mózgowe, a w późniejszym okresie – udar, uraz głowy, schorzenia neurodegeneracyjne OUN (Goddard Blythe 2015b).

Rola równowagi i koordynacji w diagnozie niedojrzałości neuromotorycznej

W diagnozie niedojrzałości neuromotorycznej przeprowadza się szereg badań. W badaniach tych szczególne miejsce zajmuje równowaga i koordynacja. Dla utrzymania równowagi jest potrzebna wystarczająca kontrola nie tylko nad kończynami, ale również nad całym tułowiem i głową. Prawidłowa równowaga to również utrzymanie prostej postawy w trakcie siedzenia czy stania, co jest niezbędne do wykonania szeregu czynności, które wymagają zginania i unoszenia nóg. W celu utrzymania równowagi dziecko często może próbować zwiększyć podstawę podparcia, stosując np. strategię polegającą na stanięciu z rozstawionymi szeroko nogami lub na siadaniu z rozsuniętymi nogami. Jako uczeń w szkole dziecko musi radzić sobie na przerwach, przemieszczając się po zatłoczonych korytarzach, manewrować pomiędzy ławkami w klasie oraz poruszać się w pełnej innych dzieci stołówce. Natomiast do wykonywania precyzyjnych czynności ruchowych oraz pozostania w bezruchu potrzebna jest kontrola równowagi statycznej.

Koordynacja jest umiejętnością wykonywania płynnych, precyzyjnych i kontrolowanych ruchów. Skoordynowane ruchy charakteryzują się prawidłowym tempem, odległością oraz właściwym napięciem mięśniowym. Umożliwiają zmianę pozycji lub ułożenia ciała w krótkim czasie. Koordynacja obejmuje także umiejętność wizualizacji obiektu oraz właściwej reakcji, np. podczas próby złapania piłki lub w trakcie pisania.

Konsekwencje przetrwałych odruchów pierwotnych

Kolejnym istotnym elementem diagnozy neuromotorycznej jest ocena odruchów pierwotnych. Brak ich integracji bądź



W badaniach wykazano, że nieprawidłowe odruchy mogą być jedną z przyczyn dysfunkcji rozwojowych oraz niedojrzałego zachowania.

przetrwałość mogą mieć poważne konsekwencje dla rozwoju dziecka.

PRZETRWAŁY ODRUCH ATOS

Przetrwały odruch ATOS bywa obecny u dzieci w wieku szkolnym i może być jedną z przyczyn specyficznych trudności z pisaniem oraz zaburzeń koordynacji ręka – oko i trudności z integracją wzrokowo-motoryczną (Goddard Blythe 2011). Dzieci z przetrwałym odruchem ATOS mają zaburzone umiejętności planowania motorycznego oraz z przekraczaniem linii środkowej, co może powodować trudności z pisaniem po lewej stronie kartki dla dziecka praworęcznego. Dzieci często uczą się kompensować trudności w różny sposób, np. siedząc, odsuwają krzesło do tyłu lub odchylają się w tył, aby móc pisać bez konieczności zginania ręki (Goddard Blythe 2011). Utrudnione u tych dzieci może być także czytanie ze zrozumieniem, ponieważ niezbędny jest dodatkowy wysiłek poznawczy, konieczny do realizacji motorycznych aspektów czytania, szczególnie do kontroli ruchów gałek ocznych. Szczątkowy ATOS czasem występuje u dzieci, które potrafią rozwiązywać zadania ustnie, ale nie potrafią zapisywać rozwiązań.

PRZETRWAŁY LUB ŚLADOWY STOS

Przetrwały STOS może wiązać się z problemami ruchowymi w zakresie górnej i dolnej części ciała oraz słabą koordynacją ręka – oko, która jest potrzebna do osiągnięcia dobrych wyników na zajęciach wychowania fizycznego. Występowanie STOS-u jest także powiązane z nieprawidłową postawą, nieumiejętnością siedzenia nieruchomo oraz problemami z koncentracją uwagi (O'Dell & Cook, 1996 – „Stopping Hyperactivity – A New Solution). STOS wpływa na spowolnienie procesu akomodacji wzrokowej, czyli tempa, w jakim wzrok przestawia się na różne odległości.

PRZETRWAŁY ODRUCH MORO

Jeżeli odruch Moro nie zostanie wygaszony w 2.–4. m.ż., u dziecka utrzymują się przesadne reakcje na zaskoczenie, które mogą powodować stałą nadwrażliwość jednego z kanałów sensorycznych i przesadzone reakcje na inne bodźce. Nagły hałas, światło, ruch lub zmiana pozycji czy równowagi mogą wywołać odruch Moro w niespodziewanych momentach, dlatego dziecko jest w ciągłym napięciu i ma podwyższony stan świadomości.

Dziecko z przetrwałym odruchem Moro jest cały czas na granicy walki lub ucieczki. Nie może wyjść z błędnego koła: odruch pobudza wydzielanie adrenaliny i kortyzolu – hormonów stresu. Te same hormony powodują wzrost wrażliwości na bodźce i natężenia reakcji, dlatego zmieniony sposób reagowania staje się czymś naturalnym. Odruch Moro wywołuje natychmiasto-

wą reakcję na bodziec, zanim świadoma część mózgu będzie miała czas na ocenę sytuacji i wybór odpowiedniej reakcji. Dzieci, u których występuje odruch Moro, wykazują nadmierne reakcje na bodźce nawet o niewielkim natężeniu, przejawiają niedojrzałe zachowanie oraz mają trudności z ignorowaniem zbędnych bodźców z otoczenia (Goddard Blythe 2011).

Odruch Moro bardzo często utrzymuje się u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Z naszych badań wynika, że ten odruch funkcjonował u nich zawsze na bardzo wysokim poziomie nasilenia: 75–100%. Wówczas dziecko może wykazywać sprzeczne zachowania: z jednej strony jest wrażliwe, otwarte i twórcze, a z drugiej – niedojrzałe i skłonne do przesadzonych reakcji. Sposób zachowania dziecka z takim problemem może być dwojaki: albo jest to dziecko lękliwe, które wycofuje się z różnych niekomfortowych sytuacji, ma trudności z nawiązywaniem kontaktów, trudno mu przyjmować i okazywać uczucia, albo może stać się dzieckiem nadmiernie aktywnym i agresywnym, które łatwo popada w podniecenie, nie potrafi odczytywać mowy ciała innych osób i ma potrzebę okazywania swojej dominacji. W przypadku obu typów zachowań dziecko będzie miało tendencję do manipulowania innymi, jako że poszukuje strategii pozwalających odzyskać kontrolę nad własnymi reakcjami emocjonalnymi (Goddard Blythe 2011).

PRZETRWAŁY ODRUCH TOB

Utrzymujący się odruch TOB u starszego dziecka wpływa na stan jego napięcia mięśniowego oraz wykształcenie się późniejszych reakcji prostowania i równowagi, stanowiących podstawę integracji układu propriocepcji, koordynacji oraz kontroli ruchów oczu. Stabilne ruchy oczu są niezbędne do skupienia i utrzymania wzroku na obiektach widzianych, a także do czytania, pisania i dopasowania kolumn cyfr.

Wykazano też, że istnieje związek pomiędzy przetrwałym odruchem grzbietowym Galanta a przedłużającym się moczeniem nocnym u niektórych dzieci powyżej 5. r.ż. Jego występowanie wiąże się z trudnościami z siedzeniem w bezruchu i koncentracją.

Natomiast utrzymywanie się odruchu szukania może wpływać na brak kontroli mięśni twarzy w okolicach ust, ułożenie języka podczas połykania, co niekiedy może być przyczyną zaburzeń funkcji orofacjalnych oraz artykulacji. Wiąże się również z nadwrażliwością w okolicy ust.

Konsekwencją przetrwałego odruchu podeszwowego mogą być problemy z utrzymaniem równowagi w pozycji wyprostowanej, które mogą się przyczynić do braku stabilnej postawy ciała. Natomiast przetrwały odruch dłoniowy może być przyczyną nadwrażliwości skóry wewnętrznej części dłoni, co utrudnia wykształcenie się niezależnych ruchów palców oraz związanych z tym umiejętności, np. czytelnego pisma.

Studium przypadku 8-letniego chłopca z zespołem Aspergera

8-letni Czarek trafił do terapeuty jako dziecko z problemami z mową i „niezgrabnością ruchową”. Chłopiec pierwsze wyrazy mówił w wieku 3 lat, a pierwsze zdania pojawiły się przed 4. r.ż. Od 3. r.ż. uczęszczał na terapię logopedyczną, a przez 2 lata – na zajęcia integracji sensorycznej. Jednak nadal występowały u niego problemy z mową, nauką czytania i pisania, utrzymywało się również obniżone napięcia mięśniowe. Zasugerowaliśmy pogłębienie diagnozy wielozespołowej, ponieważ zaobserwowaliśmy u chłopca cechy zespołu Aspergera (ZA). Czarek przeszedł już proces diagnostyczny przeprowadzony przez zespół specjalistów. Orzeczenie wskazuje na występowanie zespołu Aspergera. Rozpoczęto terapię logopedyczną, psychologiczną i terapię odruchów metodą Sally Goddard Blythe.

Elementy wywiadu z rodzicami

Czarek jest pierwszym dzieckiem w rodzinie i pochodzi z pierwszej ciąży matki. Okres prenatalny przebiegał z powikłaniami. Ciąża była zagrożona, matka przyjmowała leki, m.in. Duphaston, No-Spa, Cordafen. Wystąpiła także cukrzyca ciążowa. Poród odbył się siłami natury o czasie, z zastosowaniem znieczulenia zewnątrzoponowego. Chłopiec dostał 10 pkt. w skali Apgar. Waga urodzeniowa dziecka wynosiła 3650 g, a żółtaczka fizjologiczna się nie przedłużała. Chłopiec w okresie niemowlęcym nie był rehabilitowany. Rozwój psychomotoryczny w opinii rodziców i zapisów w książeczce zdrowia dziecka przebiegał zgodnie z normą. Czarek osiągał bez znacznych opóźnień kolejne kroki milowe w rozwoju ruchowym: raczkował w wieku 7,5 miesięcy, a chodzić zaczął w wieku 13 miesięcy.

Rozwój mowy dziecka od początku był opóźniony: pierwsze słowa pojawiły się, gdy dziecko miało 2 lata. Chłopiec długo komunikował się tylko za pomocą 10 słów, ale w opinii rodziców używał też kilku gestów. Rodzice i terapeuci nie zauważyli pierwszych oznak występujących zaburzeń ze spektrum zespołu Aspergera. Nie zwrócili również uwagi na symptomy nieprawidłowości w rozwoju komunikacji i w rozwoju społeczno-emocjonalnym. Stwierdzili, że „Czarek zawsze był indywidualistą”, rozwijał się prawidłowo, tylko mowa się opóźniła, dlatego od 3. r.ż. pozostawał pod opieką logopedy. Po przeprowadzeniu badania słuchu oceniono słuch fizyczny jako prawidłowy, wskazano jedynie na problem z aktywnym słuchaniem. W opinii rodziców w pierwszych miesiącach życia Czarek był dzieckiem raczej spokojnym, niesprawiającym kłopotów. Często chorował na infekcje górnych dróg oddechowych, dwa razy w wieku



Odruch Moro bardzo często utrzymuje się u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Z naszych badań wynika, że ten odruch funkcjonował u nich zawsze na bardzo wysokim poziomie nasilenia: 75–100%.

niemowlęcym cierpiał z powodu zapalenia uszu. Stwierdzono u niego nietolerancję laktozy, podejrzewano astmę i dlatego podawano chłopcu leki przeciwastmatyczne. W wieku 8 miesięcy doznał lekkiego urazu głowy, ale neurologicznie nie stwierdzono wówczas odchyłań od normy. Tempo nabywania poszczególnych umiejętności samoobsługowych było odpowiednie do wieku.

Chłopiec uczęszcza do niepublicznej szkoły podstawowej, bierze udział w zajęciach sportowych: chodzi na basen, gra w piłkę nożną, ma zajęcia korekcyjne. Czarek w opinii rodziców jest dzieckiem pogodnym i wrażliwym. Kontakty społeczne Czarka określili jako „średnie” („syn chętniej bawi się z dziewczynkami”), a zachowanie w szkole jako bardzo dobre. Czarek lubi chodzić do szkoły, pomaga nauczycielowi, nie wchodzi w sytuacje konfliktowe, ma jednak trudności z koncentracją uwagi, łatwo się męczy, szybko się poddaje.

Rodzice zaobserwowali negatywny wpływ na zachowanie syna nadmiernego oglądania telewizji. Stwierdzili, że „szybko zmieniające się obrazy pobudzają Czarka, robi się wówczas nerwowy i biega po pokoju”. Z tym problemem zgłosili się do neurologa, ale w badaniu neurologicznym nie stwierdzono nic niepokojącego. Chłopiec nie był konsultowany psychiatrycznie.

Wybrane wyniki badań z diagnozy dojrzałości neuromotorycznej

WYNIKI BADAŃ TESTOWYCH NA KOORDYNACJĘ MOTORYKI DUŻEJ I RÓWNOWAGI

Po przeprowadzeniu testów badających koordynację motoryki dużej oraz równowagi uzyskaliśmy informacje wskazujące na występowanie u Czarka problemów z równowagą statyczną i równowagą dynamiczną oraz koordynacją, które często określa się jako „miękkie” objawy neurologiczne. Miękkie objawy należą do grupy objawów klinicznych, które wskazują na drobne dysfunkcje neurologiczne, ale niekoniecznie ukazują źródło lub przyczynę dysfunkcji.

Największe trudności określane w diagnozie jako „niemożność wykonania zadania” stwierdzono u badanego dziecka w następujących próbach:

- próba Romberga-Manna (z otwartymi oczami) – stanie w bezruchu noga przed nogą),
- maszerowanie i obrót,
- chodzenie na zewnętrznych krawędziach stóp do przodu,
- chodzenie na zewnętrznych krawędziach stóp do tyłu,
- chodzenie slalomem do przodu,
- chodzenie slalomem do tyłu,
- chodzenie na piętach,
- skakanie bez skakanki.

U chłopca zaobserwowano również nieprawidłowości określane w diagnozie jako „znaczne trudności” w następujących próbach:

- próba Romberga-Manna (z zamkniętymi oczami) – stanie w bezruchu noga przed nogą,

- chodzenie po linii prostej do przodu i do tyłu (chodzenie stopa za stopą, pięta styka się z palcami drugiej stopy),

U chłopca zaobserwowano także nieprawidłowe wzorce rozwoju ruchowego, tj. pełzanie na brzuchu, które jest homologiczne (pierwotne), oraz trudności w próbie raczkowania, które jest jednostronne na zmianę z naprzemiennym. Również próby sprawdzające pracę mózdzku (planowanie ruchu, koordynacja ruchowa), tj. próba „przesuwanie piętą po gołeni”, próba „zbliżania palców wskazujących” oraz „próba palec do nosa” były znacznie zaburzone. Testy na dysdiadochokinezę (szybkie ruchy wykonywane na przemian) w zakresie palców ręki lewej i prawej okazały się niemożliwe do wykonania, natomiast ruchy dłoni były znacznie zaburzone.

WYNIKI BADAŃ TESTOWYCH DOTYCZĄCYCH WYSTĘPOWANIA NIEPRAWIDŁOWYCH ODRUCHÓW

U badanego dziecka w zakresie diagnozy odruchów pierwotnych wykazano w największym stopniu przetrwałe:

- odruch Asymetryczny Szyjny ATOS,
- odruch Symetryczny Toniczny Szyjny STOS,
- odruch Moro,
- odruch Toniczny Błądnikowy TOB.

W stopniu mniejszym zauważono przetrwanie w obrębie następujących odruchów:

- odruchu grzbietowego Galanta,
- odruchu podeszwowego,
- odruchu dłoniowego.

Natomiast w zakresie diagnozy odruchów posturalnych niewykształcone były:

- odruch prostujący głowę optyczny,
- odruch prostujący głowę błędnikowy,
- odruch amfibii,
- odruch śrubowy.

Trzeba zaznaczyć, że odruchy prostujące głowę są powiązane z ośrodkami mózgu odpowiedzialnymi za kontrolę ruchów oczu. Brak w pełni rozwiniętego odruchu prostującego głowę może zaburzać pracę oczu, a tym samym – utrudniać czytanie, pisanie, przepisywanie oraz łapanie piłki. Natomiast nierozwinięte w pełni odruchy posturalne typu śrubowego mogą wpływać negatywnie na koordynację motoryki dużej, a zwłaszcza integracji dwóch stron ciała oraz części górnej i dolnej.

WYNIKI BADAŃ LATERALIZACJI

Po przeprowadzeniu prób badających lateralizację stwierdzono u chłopca występowanie skrzyżowanej lateralizacji. Uzyskano następujące wyniki:

- kopanie piłki – P,
- skakanie na jednej nodze – P,
- pisząca ręka – P,
- klaskanie – P/L,
- łapanie piłki – P/L,
- teleskop – L,
- oko – L,
- ucho – P.

U Czarka nie występowały trudności z rozróżnieniem lewej od prawej strony ciała. Nie też zaobserwowano trudności w teście sprawdzającym świadomość ciała.

WYNIKI BADANIA FUNKCJI OKORUCHOWYCH

W zakresie badania ruchów oczu zaobserwowano u Czarka słabą fiksację oraz znaczne trudności w próbie wodzenia oczami oraz w próbie wodzenia ręką – oko. W badaniu konwergencji stwierdzono występowanie heteroforii, czyli ruchu nastawczego oczu, i zalecono dziecku konsultację ortoptyczną. Uczeń uzyskał też słaby wynik w zakresie akomodacji, natomiast wyniki innych prób badających funkcje wzrokowe były prawidłowe.

WYNIKI BADAŃ PERCEPCJI WZROKOWEJ I INTEGRACJI WZROKOWO-RUCHOWEJ

W badaniu percepcji wzrokowej oraz integracji wzrokowo-ruchowej Czarek wykazywał tylko niewielkie trudności. Różnicowanie wzrokowe jest to umiejętność rozpoznawania podobieństw oraz różnic pomiędzy obrazami. Jest ono niezbędne do opanowania sprawnego czytania, przepisywania, rysowania oraz nauki ortografii. Natomiast integracja wzrokowo-ruchowa oznacza umiejętność koordynacji ruchów z odbieranymi bodźcami wzrokowymi. Dziecko, które ma trudności w tym obszarze, nie potrafi prawidłowo zsynchronizować tego, co widzi, z właściwą reakcją ruchową w ramach motoryki małej, np. przepisywania, pisanie oraz rysowania.

Zaproponowana diagnoza i terapia metodą INPP

Na podstawie powyższej diagnozy i analizy przeprowadzonych prób można wskazać na występowanie u chłopca niedojrzałości neuromotorycznej. Główne problemy dziecka wynikają z obecności niewygaszonych odruchów prymitywnych: ATOS, MORO, STOS, TOB oraz braku w pełni rozwiniętych odruchów posturalnych, m. in. śrubowego, amfibii, odruchów prostujących głowy. Rozpoczęto terapię, która będzie trwała przynajmniej 9–12 miesięcy. Postępy w terapii będą oceniane indywidualnie w odstępach kilkugodniowych, a program ćwiczeń będzie równolegle odpowiednio modyfikowany.

Terapia metodą INPP polega na tym, że dziecko dostaje zestaw odpowiednio dobranych ćwiczeń, które są demonstrowane zarówno jemu, jak i rodzicowi w gabinecie terapeutycznym, a następnie – wykonywane codziennie pod nadzorem opiekuna w domu. Ćwiczenia mają na celu poprawę równowagi, postawy i koordynacji oraz usprawnienia ruchów potrzebnych do czytania i pisanie, a w wypadku Czarka – również poprawę funkcjonowania społecznego.

Już po kilku miesiącach ćwiczeń można zaobserwować pierwsze postępy i zmiany w zachowaniu chłopca. Przede wszystkim zauważyliśmy poprawę postawy ciała, reakcji posturalnych, napięcia mięśniowego i świadomości ciała. W zachowaniu chłopca zmniejszyła się nadpobudliwość, występuje mniej impulsywnych reakcji, obniżył się również poziom lękliwości, co zaowocowało większą chęcią wchodzenia w interakcje społeczne i skuteczniejszą komunikacją.

Podsumowanie

Każdy rodzaj uczenia się jest w pewnym stopniu powiązany z motoryką. Czynnościami ruchowymi są zarówno czytanie (zależy bowiem od stabilnych ruchów oczu), jak i pisanie i artykulacja jako sekwencja ruchów. Koordynacja ruchów jest niezbędna także podczas lekcji wychowania fizycznego, ponieważ wymaga zsynchronizowania motoryki dużej i małej. Natomiast interakcje społeczne wymagają umiejętności odczytania komunikatów werbalnych i niewerbalnych, a także wyboru właściwych reakcji. Jak wiadomo, 90% komunikacji zachodzi w sferze niewerbalnej, a dzieci, które mają problemy z utrzymaniem prawidłowej postawy oraz koordynacji, często wykazują też trudności z dostosowaniem języka ciała do otoczenia, co w konsekwencji utrudnia im odczytanie i reagowanie na komunikaty innych uczestników interakcji. Niewłaściwa kontrola impulsów i nieprawidłowe zachowanie mogą leżeć u podłoża opisanych trudności występujących u zaprezentowanego dziecka z zespołem Aspergera, u którego występuje także niedojrzałość neuromotoryczna.

Z naszych badań (przebiegających w Centrum Terapii Dziecka w Warszawie i Otwocku) wynika, że dzieci z zaburzeniami łączonymi jest coraz więcej, trudno czasami jest wskazać w ich wypadku, co jest przyczyną, a co skutkiem zaburzeń. Dlatego niezwykle ważne jest podjęcie jak najwcześniejszej terapii. Z naszych doświadczeń wynika, że włączenie programu ćwiczeń INPP pozwala dzieciom z ASD na poprawę funkcjonowania w różnych zakresach i zapewnia im lepszą jakość życia.

dr n. hum. Ewa Jeżewska-Krasnodębska

Neurologopedka, pedagog specjalny, neuroterapeuta Biofeedback, specjalista w zakresie zaburzeń komunikacji w mowie i piśmie u dzieci i dorosłych. Prowadzi zajęcia na studiach logopedycznych i liczne szkolenia dla logopedów. Wieloletni kierownik Studiów Logopedycznych i Neurologopedycznych w Wyższej Szkole Pedagogicznej im. J. Korczaka i Uczelni Łazarskiego w Warszawie. Autorka kilkudziesięciu artykułów z zakresu logopedii, dwóch monografii. Założycielka i opiekun merytoryczny Centrum Terapii Dziecka w Warszawie i Otwocku, ekspert w zakresie logopedii i pedagogiki specjalnej w MEN.

Jarosław Krasnodębski

Pedagog specjalny, logopeda dyplomowany, nauczyciel terapii pedagogicznej, terapeuta integracji sensorycznej, terapeuta integracji odruchów INPP, neuroterapeuta Biofeedback, metodyk edukacji wczesnoszkolnej. Prowadzi praktykę w zakresie diagnozy i terapii zaburzeń rozwojowych u dzieci, szkolenia i wykłady z zakresu logopedii, pedagogiki wczesnoszkolnej i przedszkolnej, dojrzałości szkolnej, autyzmu, dysleksji w Wyższej Szkole Pedagogicznej im. Janusza Korczaka i w Uczelni Łazarskiego.

Literatura:

- Ayres A.J., *Improving academic scores through sensory integration*, „Journal of Learning Disabilities” 1972, nr 6, vol. 5.
- Ayres A.J., *Sensory Integration of Learning Disabilities CA*, Los Angeles 1973.
- Blythe P., McGlown D.J., *An Organic Basis for Neuroses and Educational Difficulties*, Chester 1979.
- Goddard Blythe S., *Jak osiągnąć sukcesy w nauce. Uwaga, równowaga i koordynacja*, Warszawa 2011.
- Goddard Blythe S., *Jak ocenić dojrzałość dziecka do nauki?* Warszawa 2015.
- Goddard Blythe S., *Niedojrzałość neuromotoryczna dzieci i młodzieży*, Warszawa 2015.

RESPONSYWNOŚĆ W TERAPII DZIECI ZE SPEKTRUM AUTYZMU

Na czym polega responsywny styl interakcji i dlaczego jest ważny w terapii dzieci ze spektrum autyzmu? W podejmowaniu działań terapeutycznych wobec dzieci ze spektrum autyzmu istnieje tendencja do realizowania ściśle opisanego programu według określonych procedur. Czy dziecko, które bierze udział w terapii, powinno z założenia odpowiednio się zachowywać i wykonywać polecenia terapeuty.

Reaktywność i plastyczność ośrodkowego układu nerwowego

Ośrodkowy układ nerwowy charakteryzuje się reaktywnością i plastycznością (Pawłow 1951; Hebb 1969; Konorski 1969). Reaktywność układu nerwowego ma związek z określonymi, podstawowymi właściwościami tkanki nerwowej: (1) pobudliwością, (2) przewodnictwem nerwowym i (3) przekaźnictwem nerwowym (Hebb 1969; Woodworth i Schlosberg 1967). Reaktywność jest zdolnością do reagowania układu nerwowego na drażnienie narządów receptywnych. Ośrodkowy układ nerwowy dzieci z niepełnosprawnością wieloraką jest reaktywny w pewnym stopniu, lecz tylko dzięki sprawnym narządom receptywnym. Mimo że pobudliwość narządu receptywnego jest sprawna, to problem może sprawiać prawidłowe przewodnictwo lub przekaźnictwo impulsów nerwowych (Woodworth i Schlosberg 1967).

Drugą właściwością układu nerwowego jest plastyczność, określana jako zdolność do zmian reaktywności, następujących w wyniku kolejnych pobudzeń (Konorski 1969). W rozwoju filogenetycznym osobniki wykształciły w sobie specyficzne mechanizmy, które pełnią różnorodne funkcje w procesie utrzymania się przy życiu.

Responsywny partner w interakcji bezpośrednio wpływa na plastyczność i reaktywność układu nerwowego dziecka. Pomaga w kształtowaniu się połączeń międzyn neuronalnych m.in. przez swój styl interakcji, styl responsywny, o którym napiszę poniżej.

Charakterystyka zachowań responsywnych

Zachowania responsywne są zbiorem różnych umiejętności, które uruchamiają się u matki wraz z przyjściem na świat dziecka (o ile nie ma powikłań poporodowych). Instynktowne zachowanie jest określane jako złożone zachowanie poszczególnych przedstawicieli gatunku w określonej sytuacji. Termin „instynkt” oznacza odziedziczony i typowy dla danego gatunku zespół następstw reakcji na pewien schemat bodźców wewnętrznych bądź zewnętrznych (Strelau 1981). Ten sam badacz definiuje popęd jako stan pobudzenia organizmu, który warunkuje określone formy zachowania, będący skutkiem braku warunków do normalnego funkcjonowania lub działania szkodliwych bodźców (Strelau 1981).

Responsywność także jest zachowaniem złożonym. W przeciwieństwie do zachowania odruchowego obejmuje dużą część efektorów całego ciała, nie ogranicza się więc do jednego gruczołu. Instynktowne zachowanie obejmuje elementy odruchowe, tak jak każde złożone zachowanie, oraz stanowi sprawność umożliwiającą korzystne przystosowanie się osobnika do egzystowania we właściwym mu środowisku. Przystosowanie organizmu do materii otaczającej (środowiska zewnętrznego) z perspektywy przebiegu zachowania instynktownego można podzielić na dwa podstawowe etapy:

etap przygotowawczy i spełniający. Odruchy przygotowawcze (Konorski 1969) służą dostarczeniu sobie bodźców atrakcyjnych lub zapobieganiu działaniu bodźców awersyjnych. Odruchy konsumacyjne (od *consummare* – „spełnić”, „dopełnić”) są wywoływane przez bodźce specyficzne, wymagające określonej reakcji adaptacyjnej. Podstawowe czynności organizmu – zachowawcze i ochronne – dzielą się kolejno (wg Konorskiego) na:

- zachowawczo-przygotowawcze,
- zachowawczo-konsumacyjne,
- ochronno-przygotowawcze,
- ochronno-konsumacyjne.

Wiemy już, że zachowanie instynktowne jest zachowaniem na wyższym poziomie niż zachowanie odruchowe. Reakcja odruchowa zostaje wywołana wskutek stymulacji specyficznej powierzchni czuciowej, pojawiając się w specyficznej grupie efektorów (Hebb 1969). Reakcja instynktowna tym się różni od reakcji odruchowej, że zawiera w sobie wiele pobudzeń neuronalnych. Jest jak gdyby „programem” nerwowym, charakterystycznym dla konkretnego gatunku. Zachowanie instynktowne różni się od popędów, typowych u większości przedstawicieli danego gatunku dlatego, że „popęd zwykle implikuje stan związany z brakiem czegoś potrzebnego do życia” (Hilgard 1962). Popęd jest jakościowo obiektywną właściwością ustroju. Głód, ból czy pragnienie są odczuwane przez przedstawicieli gatunków „wyższego” rzędu. Zarówno owady, jak i ptaki czy ryby mają potrzebę zaspokojenia głodu – z tą różnicą, że pokarm, jakiego potrzebuje każdy z przedstawicieli danego gatunku, składa się z substancji odpowiedniej dla organizmu i tylko „unikatowy” skład substancji odżywczych może głód zaspokoić.

Instynkt jest „unikatowym” zespołem cech charakterystycznych dla danego gatunku.

Mimo to każde zachowanie instynktowne prowadzi do celu bezwarunkowego o tym samym znaczeniu, nie uwzględniając instynktów specjalnych. Macierzyństwo prowadzi do utrzymania, wychowania i usamodzielnienia podopiecznego co jest znaczeniem celu bezwarunkowego (*consummatum est*). To, w jaki sposób się to odbywa i przebiega w czasoprzestrzeni, jest przejawem unikatowości gatunkowej.

RYSUNEK 1. ZACHOWANIE INSTYKNTOWNE WOBEC UNIKATOWOŚCI GATUNKOWEJ.



Opracowanie własne (podstawa: Tomaszewski 1967; Konorski 1969)

Przejawem unikatowości gatunkowej jest np. odlot ptaków do ciepłych krajów. Jest to cecha charakterystyczna dla większości przedstawicieli danego gatunku. Szczególną cechą zachowania instynktowego jest brak „uczenia się” i nabywania tych cech drogą doświadczenia.

Zachowania złożone – odruch a instynkt

Czy tego typu instynkt ma coś wspólnego z dziećmi z niepełnosprawnością wieloraką? Teoria Lorenza – Tinbergena (zapoczątkowana przez Konrada Lorenza, a rozwinięta przez Nicolasa Tinbergena) ujmuje czynności instynktowne jako ruchy wysoce stereotypowe, skoordynowane, oparte na neuroanatomicznym mechanizmie, który jako całość należy do dziedzicznej konstytucji zwierzęcia (Tomaszewski 1967). Teoria ta zakłada, że czynności instynktowne mają strukturę złożoną hierarchicznie i można w nich wyróżnić różne poziomy, które aktywizują się kolejno od najwyższego do najniższego. Zachowania instynktowne są bez wątpienia zachowaniami złożonymi o dalekim zasięgu czasowym i lokalizacyjnym, stanowią także inną wartość terminologiczną i znaczeniową niż wyżej wymienione zachowania odruchowe.

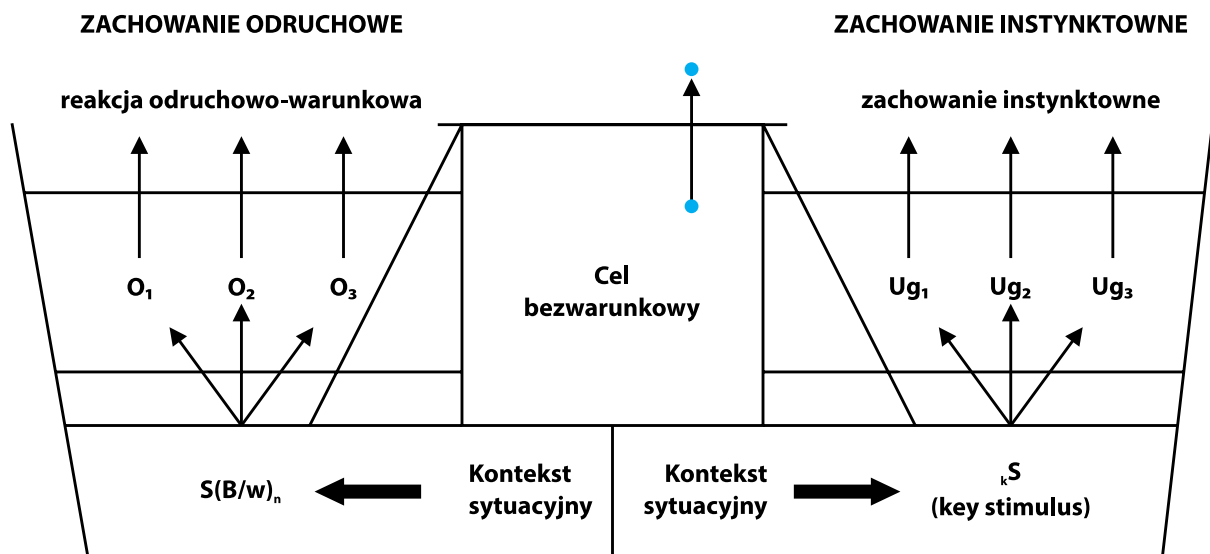
Zaistnienie odruchu repulsyjnego musi być poprzedzone znalezieniem się ciała obcego na receptorach skórnych. Poprzedzone musi być także znalezieniem się w „nietypowej” sytuacji, o nietypowym oddziaływaniu składników na organizm, który broniąc się i odpowiadając na to oddziaływanie, wykona odruch repulsyjny. Celem bezwarunkowym (Cb) jest dążenie do usunięcia tego ciała z powierzchni skóry, bez myślenia o tym i bez zastanawiania się, czy to zrobić, czy też nie. Dlatego Cb jest wysoce spon-

taniczny i płynny podczas realizacji. „Wysoce”, ponieważ odbywa się w krótkim czasie i charakteryzuje się krótkim czasem reakcji. Ten odruch bezwarunkowy jest wrodzony, a ustrój jest „zaprogramowany” w taki sposób, aby pobudzić efekторы, które uwolnią organizm od przykrego doznania. Można więc zapisać to w prezentacji graficznej.

Zestawienie graficzne ujęte na rys. 2 przedstawia porównanie dwóch typów zachowań, które należałoby wytłumaczyć. Obydwa zachowania są wywołane przez konteksty, w skład których wchodzi swoistego rodzaju bodźce. W pierwszym typie zachowania stymulacja w postaci $S(b/w)_n$ pochodzi z konkretnego obszaru sytuacyjnego, czyli pewnej przestrzeni życiowej, w której znalazł się czynnik lub czynniki prowokujące określoną formę zachowania (przeważnie „niższego” rzędu). Wywołany typ zachowania może zależeć zarówno od bodźca warunkowego (Sw), jak i od bodźca bezwarunkowego (Sb), które w danym momencie (kontekście sytuacyjnym) oddziałują na organizm o swoistej konstytucji (O). Każdy organizm jest „inny”, posiada takie lub inne wyposażenie fizjologiczne, które z kolei determinują czas reakcji (odpowiedzi na dany kontekst sytuacyjny). Sb/w_n dotyczy całokształtu oddziaływania na organizm (S_n jako stymulacja o określonej wartości). Może to być przedmiot, sytuacja „nasączona” określoną wartością stymulacyjną, na którą organizm zareaguje według własnego optymalnego poziomu stymulacji (Tomaszewski 1967).

Reasumując, zachowania odruchowe koncentrują się na celu bezwarunkowym, a zachowania instynktowne są zachowaniami rozłożonymi w czasie, których cel bezwarunkowy składa się z poszczególnych etapów. Charakterystycznymi cechami zachowań złożonych (instynktownych) są: a) stopnie komplikacji budowy i fizjologii ich reprezentantów, czyli im bardziej złożony organizm, tym bardziej złożone zachowania towarzyszą w poznaniu otoczenia, b) ciągi działań elementarnych, c) ruchy dowolne, d) odruchy wy-

RYSUNEK 2. ZACHOWANIE ODRUCHOWE A ZACHOWANIE INSTYKTNOWNE.



Opracowanie własne (podstawa: Tomaszewski 1967; Hebb 1969; Reykowski 1982; Konorski 1969)

soce złożone, e) łańcuchy działań popędowych. Właśnie zachowanie instynktowne składa się z wyżej wymienionych cech, które warunkują przebieg zachowania typu złożonego. Jeżeli organizm wykonuje jakiś ruch dowolny, nie znaczy to, iż jest to zachowanie instynktowne (Tomaszewski 1967; Konorski 1969). Podsumowując, można powiedzieć, że relacja synchroniczna ma zbliżone cechy do zachowań instynktownych jako wysoce zorganizowanych i świadomych działań dorosłego względem dziecka.

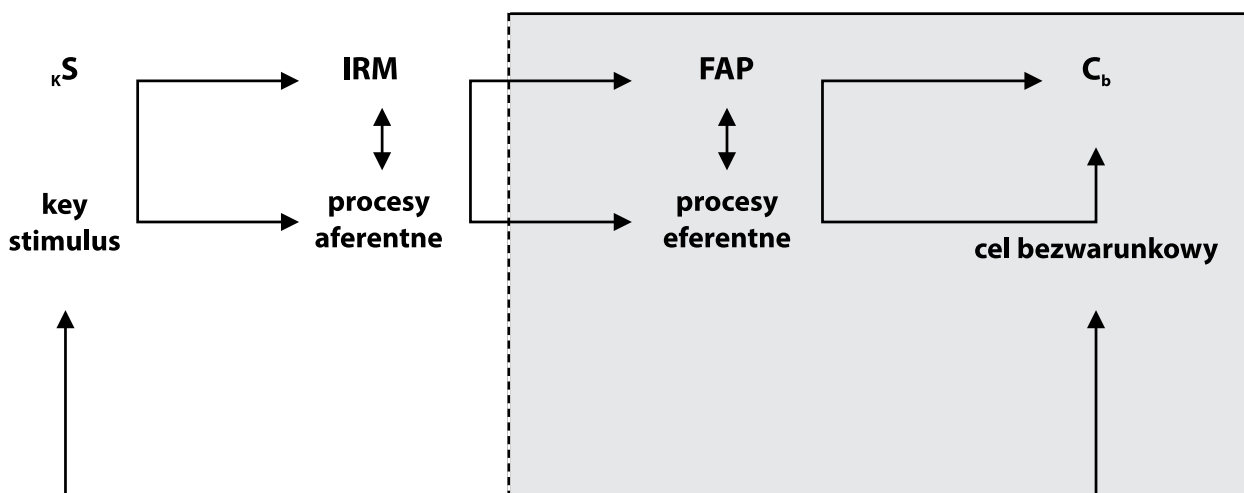
Czynności instynktowne, bo tak należy je określić (Tomaszewski 1967), posiadają poziomy aktywizujące się kolejno od najwyższego do najniższego z uwzględnieniem, że niższy poziom czynności uruchamiany jest dopiero po wykonaniu czynności poziomu wyższego. Według Tinbergena zatem czynności niższego poziomu (niższego rzędu) wymagają uruchomienia mechanizmu o stopień wyższego, lecz każdy poziom uruchamia się poprzez działanie odpowiedniego bodźca specyficznego (bodźca kluczowego) (Tomaszewski 1967). Dochodzimy wobec powyższego do rozróżnienia poziomów (wymiarów) składowych, które świadczą o zachowaniu *stricte* instynktownym. Wrodzone mechanizmy wyzwalające (innate releasing mechanism – IRM) są mechanizmami sensorycznymi, które działają na zasadzie układu bodźców wzajemnie się sumujących. IRM odnosi się do procesów aferentnych, opierających się na zdolności zwierząt do odpowiedniego reagowania na niektóre, znaczące biologicznie bodźce środowiskowe. KS (key stimulus) jest prostym bodźcem, który – wychwytywany przez IRM – powoduje specyficzny rodzaj reagowania organizmu. Przykładowo reakcja upominania się o pokarm u piskląt mewy srebrzystej jest inicjowana przez czerwoną

plamkę na dziobie rodziców (Strelau 2003). Atrapa bodźca kluczowego w postaci patyka z czerwoną plamką wyzwała stosowny sposób reagowania pisklęcia, czyli upominanie się o pokarm. Odebranie KS przez receptory powoduje wzbudzenie behawioralnego systemu ruchowego, który jest wzmożoną działalnością i wydolnością ruchową ustroju. Te niekiedy proste bodźce, znajdując się względem siebie w specyficznej konfiguracji, powodują zainicjowanie zachowania instynktownego.

Drugą składową instynktu po innat releasing mechanism jest sztywny wzorzec ruchowy (fixed action pattern – FAP). Zanim połączymy w rozważaniach obie składowe w jedną całość, spróbuję wyjaśnić, czym jest FAP. Fixed action pattern określone zostało w teorii Lorenza – Tinbergena jako „zachowanie instynktowne”, czyli jako ta forma zachowania, która jest widoczna z zewnątrz jako specyficzna forma ruchu ukierunkowanego na określony cel. FAP jest widoczną częścią czynności instynktownej, dlatego „instynkt” należy uważać za proces, który ma swój początek, ogólny przebieg i koniec, czy też jako tę formę zachowania, która posiada swoją wewnętrzną logikę (Tomaszewski 1967).

Jak widać na rysunku 3., czynność instynktowna to proces zapoczątkowany przez bodziec kluczowy, który powoduje zadziałanie mechanizmów ułożonych hierarchicznie i odpowiednio (według unikatowości gatunkowej) reagowanie na te specyficzne bodźce. Fixed action pattern to specyficzne gatunkowo ciągi działań (ruchów), które są programowane endogennie w ośrodkowym układzie nerwowym (Strelau 2003). Programowanie ciągów działań odbywa się poprzez wyodrębnione jednostki funkcjonalne, które są zdeterminowane genetycznie.

RYSUNEK 4. CZYNNOŚĆ INSTYKTNOWNA.



Opracowanie własne (podstawa: Tomaszewski 1967; Hebb 1969; Konorski 1969)

Podsumowanie

Responsywność (dorosły w relacji synchronicznej z dzieckiem) to złożony kompleks zachowań, które charakteryzują określone cechy partnera:

- zachowania „wygenerowane” przez opiekuna wobec dziecka zachodzą bezpośrednio po ich wystąpieniu,
- zachowania są natychmiastową odpowiedzią, adekwatną wobec aktywności wyrażanej przez dziecko,
- osoba dorosła zmienia swój styl zachowania, komentując i posługując się zdaniem stwierdzającymi.

CECHY RESPANSYWNOŚCI:

- aktywne działanie w relacji synchronicznej,
- nazywanie aktualnych zachowań komunikacyjnych dziecka,
- dostosowanie pozycji (twarzą w twarz),
- nazywanie aktualnego działania dziecka (zdania stwierdzające),
- aktywne uczestniczenie w spontanicznej interakcji z dzieckiem,
- ograniczona dominacja w relacji dziecko – dorosły,
- podążanie za aktualnymi zainteresowaniami dziecka niezależnie, czy są na poziomie dziecka, czy też nie,
- emocjonalne reagowanie na zachowania dziecka.

W praktyce relacja synchroniczna wygląda następująco: dorosły podąża za rzeczywistymi zainteresowaniami dziecka. Jeżeli np. dziecko układa coś w rzędkę, dorosły robi to samo, czekając na spontaniczne spojrzenie lub próbę zainicjowania kontaktu. W tym momencie czynności układania w rzędkę nie traktuje jako „stymulacji”, ponieważ dziecku takie układanie do czegoś służy (samoregulacja). W ten sposób terapeuta siada naprzeciwko lub obok dziecka, które coś układa. Wszystko zależy od dziecka. Będąc w relacji synchronicznej, należy pamiętać o poszanowaniu przestrzeni. Dziecko jako nauczyciel pokaże terapeutce, czy dana odległość jest wystarczająca, czy nie. Jeżeli terapeuta znajdzie się za blisko, dziecko może odwrócić się plecami i pójść w inne miejsce.

Podczas uczestniczenia terapeuty i dziecka we wzajemnej relacji synchronicznej doskonale sprawdzają się zabawy sensomotoryczne typu gilgotki, „koci, koci, łapci” czy masaże (dociski) rąk, tułowia, stóp oraz nóg (w zależności od stopnia motywacji dziecka).

Terapeuta skupia się na wymianach (działanie – odpowiedź, działanie – odpowiedź itd.), jakie zachodzą między nim a dzieckiem we wzajemnych relacjach. Im więcej będzie tego typu odwzajemnień (bez żądań), tym dziecko będzie miało możliwość coraz dłuższego uczestniczenia w zabawie.

Taka zabawa w relacji synchronicznej powinna zawierać kilka elementów:

1. nazwę, którą najpierw partner w interakcji wypowiada wolno, głośno, a następnie aktywnie działa. Podczas zabawy należy jak najmniej mówić, w zdecydowany sposób podkreślając nazwę konkretnej zabawy, czyli podczas „gilgotania” pacynką czy rękoma wypowiadać słowa: „gilgotki – gili gili” albo „Uwaga, nadchodzi np. OWCA, będzie Cię gilgotać – gili gili!”. W pewnym momencie trzeba przestać

łaskotać i poczekać, aż dziecko samo odwzajemni chęć uczestniczenia w tej zabawie. Może ono to powiedzieć, przesunąć się w kierunku terapeuty, może też np. chwycić za rękę. Gilgotanie – PAUZA – czekanie na to, co zrobi dziecko. I tak dalej, jak najdłużej.

2. podczas nawiązywania kontaktu wzrokowego przez dziecko, które ma w tym obszarze wyzwania, terapeuta może zareagować poprzez dotyk czy przytulenie.
3. celebrowanie każdej formy okazania przez dziecko chęci kontynuowania zabawy:
 - wyciągnięcie rąk, nóg w kierunku pacynki,
 - próba wypowiedzenia nazwy zabawy, np. „gili gili”,
 - próba zbliżenia się do osoby,
 - spojrzenie na osobę czy przedmiot.

Kamil Łodziński

Terapeuta II stopnia metody Growth Through Play System. Logopeda, nauczyciel w Specjalnej Szkole Podstawowej „Zakątek” w Poznaniu oraz terapeuta relacji w Stowarzyszeniu „Potrafię więcej”. Ukończył liczne szkolenia dotyczące porozumiewania się w sposób wspomagający i alternatywny (AAC). Pracuje z dziećmi i młodzieżą, opierając się na działaniach mających na celu ułatwienie tym osobom komunikacji z otoczeniem za pomocą indywidualnych systemów komunikacyjnych.

Literatura:

- Aldred C., Green J., Adams C., „*Journal of Child Psychology and Psychiatry*” 2004 nr 45 (8);
- Bilikiewicz T., *Psychiatria kliniczna*, Warszawa 1988.
- Damasio A., *Błąd Kartezjusza*, Warszawa 1955.
- Gerstmann S., *Psychologia*, Warszawa 1969.
- Gnitecki J., *Zarys metodologii badań w pedagogice empirycznej*, Zielona Góra 1993.
- Hebb D.O., *Podręcznik psychologii*, Warszawa 1969.
- Hilgard E.R., *Wprowadzenie do psychologii*, 1962.
- Konorski J., *Integracyjna działalność mózgu*, Warszawa 1969.
- Kościelska M., *Oblicza upośledzenia*, Warszawa 1995.
- Jarosz M., *Psychologia lekarska*, Warszawa 1988.
- Łuria A., *Podstawy neuropsychologii*, Warszawa 1976.
- Muszyński M., *Wstęp do pedagogiki*, Warszawa 1970.
- Obuchowska I., *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa 1991.
- Obuchowski I., *Kody umysłu i emocje*, Łódź 2004.
- Pawłow I., *Wykłady o czynności mózgu*, Warszawa 1951.
- Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Warszawa 2001.
- Plopa M., *Psychologia rodziny. Teoria i badania*, Elbląg 2005.
- Sadowski B., *Fizjologiczne mechanizmy zachowania*, Warszawa 1973.
- Skinner H.E. (red.), *Psychologia wychowawcza*, Warszawa 1971.
- Strelau J., *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. I. *Podstawy psychologii*, Gdańsk 2003.
- Strelau J., *Temperament, osobowość, działanie*, 1985.
- Strelau J., Jurkowski A., Putkiewicz Z., *Podstawy psychologii dla nauczycieli - Wyd. 6.* - Warszawa, 1981.
- Strojnowski J., *Psychologia fizjologiczna*, Lublin 1989.
- Tieplow B., *Psychologia*, Warszawa 1955.
- Tomaszewski T., *Wstęp do psychologii*, Warszawa 1967.
- Walsh E.G., *Fizjologia układu nerwowego*, Warszawa 1966.
- Woodworth i Schlosberg, *Psychologia eksperymentalna*, tom II, 1967.
- Ziemska M., *Rodzina i dziecko*, Warszawa 1979.
- Żebrowska M. (red.), *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*, Warszawa 1982.



Leczenie biomedyczne

Alternatywa czy uzupełnienie tradycyjnych form terapii?

Alternatywne metody leczenia zaburzeń ze spektrum autyzmu to temat wzbudzający liczne kontrowersje. Z jednej strony często widać duży sprzeciw środowisk naukowych wobec oferowania rodzicom niesprawdzonych naukowo rozwiązań. Z drugiej strony rodzice i terapeuci, przekonują, że terapie alternatywne są skuteczne i mogą przynieść poprawę stanu zdrowia. W efekcie, zamiast współpracy na linii lekarz – rodzic – terapeuta, mamy konflikt. Na czym faktycznie polega dietoterapia probiotykoterapią?



Rodzice chcą próbować różnych dróg wsparcia terapii, ale często ukrywają to przed lekarzem, a pomocy szukają na internetowych forach i w grupach wsparcia. Zagubiony w gąszczu informacji rodzic ma problem z wyborem odpowiedniej dla swojego dziecka drogi pomocy, a nie każda metoda oferowana przez specjalistów od leczenia biomedycznego będzie odpowiednia dla konkretnego dziecka. Lekarze natomiast często wołają omijać ten temat, rodzice zaś chwytają się wszystkiego. Czy można to jakoś uporządkować?

Leczenie czy wsparcie?

Największy sprzeciw lekarzy i naukowców wywołuje fakt, że w przypadku terapii alternatywnych używa się sformułowania „leczenie” (np. leczenie biomedyczne). Zaburzenia ze spektrum autyzmu są kwalifikowane, według dzisiejszej wiedzy medycznej, jako nieuleczalne. Nieznane są także przyczyny ich powstawania, chociaż najnowsze doniesienia pokazują, że pewne zmiany w organizmie u dzieci z ASD można zaobserwować już na etapie prenatalnym. Tymczasem część terapeutów zajmujących się

alternatywnymi metodami leczenia źródeł tych zaburzeń szuka np. w nagromadzeniu metali ciężkich czy w szczepieniach. Oferują zabiegi (np. odtruwanie czy suplementacje), które czasami są reklamowane jako lek na autyzm. Takie podejście budzi słuszne protesty ze strony lekarzy i może dawać złudną nadzieję, że zaburzenia ze spektrum autyzmu można skutecznie wyleczyć za pomocą medycyny niekonwencjonalnej. Trzeba jednak jasno powiedzieć, że w tej chwili nie ma żadnych badań naukowych, które potwierdzałyby skuteczność leczenia biomedycznego. Czy oznacza to, że terapie naturalne, takie jak dietoterapia czy probiotykoterapia, nie mają sensu? Nie do końca. Problem z uznaniem skuteczności tych metod przez świat nauki polega na tym, że niezwykle trudno jest jednoznacznie i obiektywnie je zbadać i wyciągnąć wnioski. W dostępnej literaturze często zwraca się uwagę, że rodzice widzą widoczną poprawę np. po wprowadzeniu diety bezglutenowej, jednak ocena rodziców to zdecydowanie zbyt mało, żeby lekarze zauważyli zasadność jej wprowadzenia. Problemem jest też bardzo szeroki zakres terapii, które są uznawane za leczenie biomedyczne, przy czym część z nich faktycznie budzi wątpliwości co do skuteczności i bezpieczeństwa dla dziecka.

Znaczenie dietoterapii

Nieprawidłowe nawyki żywieniowe mogą skutkować różnorodnymi problemami zdrowotnymi. Wśród nich wymienić możemy: niedobory żywieniowe, problemy związane z przewodem pokarmowym, nadwagę, a także pojawienie się chorób cywilizacyjnych. Dieta w dużym stopniu działa również na rozwój neurologiczny mózgu, procesy myślowe, a także wspomaga – lub hamuje – prawidłowe kształtowanie układu nerwowego, szczególnie u młodych organizmów. Dlatego w przypadku dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu sposób żywienia niezwykle silnie wpływa przede wszystkim na zachowanie dziecka. Około 89% pacjentów z ASD ma problemy związane z funkcjonowaniem układu pokarmowego (zaparcia, biegunki, bóle brzucha). Ponadto około 69% dzieci cierpiących na autyzm wykształca w swoim życiu tzw. schematyzmy żywieniowe, które ograniczają ich jadłospis do kilku produktów. Oprócz samego pokarmu, dzieci często przywiązują olbrzymią wagę do opakowania, z którego dany produkt jest podawany (np. jogurt w opakowaniu koloru żółtego lub słodkie bułeczki z kartonika, na którym jest namalowany brązowy króliczek). Takie zachowania w dużym stopniu ograniczają jakość diety dziecka (choćby różnorodność i ilość spożywanych witamin, składników mineralnych) oraz powodują napady agresji u dziecka, które nie chce zgodzić się na zmiany w jego – wydawałoby się – „poukładanym” sposobie żywienia. Schematyzmy te z jednej strony stanowią barierę przed próbą nowych produktów, z drugiej zaś stanowią możliwość „walki” z przyzwyczajeniami dziecka – np. poprzez włożenie do opakowania ze słodkimi bułeczkami ich zdrowszej wersji. Problem dla opiekunów pacjenta z ASD stanowi przede wszystkim rozpoczęcie diety, stopniowe wprowadzanie nowych zasad żywieniowych, a także wybór tych wskazówek, które rzeczywiście pomogą ich podopiecznemu.

Dieta bezglutenowa i bezmleczna

Jedna z najbardziej powszechnych i „popularnych” teorii na temat żywienia dzieci ze spektrum autyzmu obejmuje wykluczenie dwóch dużych grup produktowych z diety dziecka – zawierających gluten oraz kazeinę. Czym zawiniły te dwa składniki i dlaczego podejrzewa się je o nawarstwianie problemów związanych z ASD? Zarówno gluten, jak i kazeina to białka, które dość powszechnie występują w naszej diecie. Gluten stanowi składnik produktów zbożowych, opartych głównie na pszenicy (ale znajduje się również w życie, jęczmieniu i w popularnym w Polsce owsie), natomiast kazeina jest głównym białkiem mleka, zawartego praktycznie we wszystkich produktach opartych na jego bazie (a więc również w jogurtach, kefirach,

maślanek, serkach itp.). Hipotezę związaną z ich wykluczeniem naukowcy nazywają „teorią opioidową”. Sugeruje ona, że pacjenci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu nie potrafią w sposób prawidłowy strawić białek glutenu i kazeiny, wskutek czego powstają tzw. egzorzyny (kazomorfina i gliadomorfina). Następnie cząstki te za pomocą nerwu błędnego trafiają do mózgu, przenikając barierę krew – mózg. Egzorzyny wpływają na dziecko podobnie jak opioidy – usmierzają ból, chwilowo uspokajają, a tym samym uzależniają. Biorąc pod uwagę, że znamienita większość pacjentów z ASD odczuwa bóle związane np. z funkcjonowaniem układu pokarmowego, nie dziwi fakt, że dzieci dążą do zmniejszenia dolegliwości, wciąż jedząc „pomocne” produkty. Często wręcz ograniczają dietę do spożywania grup produktów opartych właśnie na tych białkach. Pojawia się tzw. błędne koło, ponieważ gluten i kazeina pozornie łagodzą stan bólowy, ale z drugiej strony same w sobie mogą być przyczyną typowych dla ASD zachowań agresywnych, wyizolowania społecznego i braku zainteresowania światem zewnętrznym.

Choć zalecenia diety bezglutenowej i bezmlecznej stosuje coraz większa liczba pacjentów, to jednak wciąż wyniki badań naukowych na ten temat nie są jednoznaczne. Niektórzy badacze obserwują znaczącą poprawę zachowania i funkcjonowania dzieci na diecie bez mleka i zbóż, są jednak i tacy specjaliści, którzy nie widzą różnicy pomiędzy dziećmi prowadzonymi na diecie a pacjentami odżywiającymi się w sposób standardowy. Wadę tej diety stanowi fakt, że wielu rodziców wprowadzających jej zasady nieumiejętnie zastępuje produkty mleczne i zbożowe. W konsekwencji powoduje to niedobory witamin czy składników mineralnych u dziecka, co może skutkować kolejnymi problemami u pacjenta. Nie należy jednak ignorować szerokiej grupy pacjentów, u których wprowadzenie nowych nawyków przyniosło spektakularne efekty. Niezbędne są zatem dalsze badania, aby móc uznać tę dietę za metodę potwierdzoną naukowo. Oceniając jej skuteczność z punktu widzenia rodziców, którzy ją stosowali, można powiedzieć, że próba wprowadzenia diety bezglutenowej i bezmlecznej powinna stanowić integralny element leczenia. Warto wiedzieć, że oba warianty żywienia są bezpieczne, jeśli są w odpowiedni sposób prowadzone. Dlatego, aby zminimalizować ewentualne występowanie niedoborów żywieniowych, dieta powinna być kontrolowana przez specjalistę dietetyka.

Dieta bezcukrowa

To, że cukier jest sprzyjającym czynnikiem w diecie dziecka, wydaje się oczywiste. Cukier powoduje otyłość, próchnicę, bóle brzucha. W przypadku pacjentów z zaburzeniami ze spektrum autyzmu cukier może znacznie silniej oddziaływać na ich organizm niż w przypadku dzieci zdrowych. Przede wszystkim sugeruje się wpływ cukru (i uwalnianej z niej szybkiej i łatwo dostępnej energii)



Problem z uznaniem skuteczności terapii naturalnych przez świat nauki polega na tym, że niezwykle trudno jest jednoznacznie i obiektywnie je zbadać i wyciągnąć wnioski.



Dieta w znacznym stopniu działa również na rozwój neurologiczny mózgu, procesy myślowe, a także wspomaga – lub hamuje – prawidłowe kształtowanie układu nerwowego, szczególnie u młodych organizmów.

na zachowanie dzieci z ASD. Nadmiar energii trzeba w jakiś sposób spożytkować i, niestety, napady złości czy samookaleczenia w trakcie niekontrolowanych zachowań będą u wielu dzieci skutkiem spożycia właśnie nieodpowiednich ilości węglowodanów prostych. Ponadto u znakomitej większości chorych obserwuje się zaburzenia mikroflory jelit, w tym przerost grzybów z rodzaju *Candida*. Niewielkie ilości *Candida* mogą stanowić fizjologiczną mikroflorę jelit, jednak jej nadmierny rozrost powoduje szereg negatywnych skutków ubocznych – nieprawidłowe działanie przewodu pokarmowego (ból brzucha, wzdęcia, problemy z wypróżnianiem), problemy z koncentracją, choroby skórne i wiele innych. Zastosowanie diety pozbawionej cukrów prostych (słodczy, gotowych przetworów słodzonych, takich jak dżemy, syropy, soki, a nawet gotowe surówki), a także ograniczenie spożycia lub zmniejszenie porcji owoców w ciągu dnia skutkuje pozytywnym wpływem na zdrowie i zachowanie pacjenta. Przy wyborze produktów żywieniowych warto zwrócić uwagę na substancje dostępne w wielu gotowych produktach, m.in. syrop glukozowo-fruktozowy, syrop kukurydziany czy pozornie zdrowe: miód, syrop z agawy, syrop klonowy i inne. Wszystkie one mogą powodować nadaktywność u dzieci, przekładającą się np. na zachowania agresywne czy ataki złości. Oczywiście, dieta bezcukrowa nie oznacza całkowitego wyeliminowania „zdrowych węglowodanów”. Mogą one pojawiać się w diecie dziecka, jednak w kontrolowanych, niewielkich ilościach (np. świeże owoce sezonowe, niewielkie ilości warzywno-owocowych smoothie).

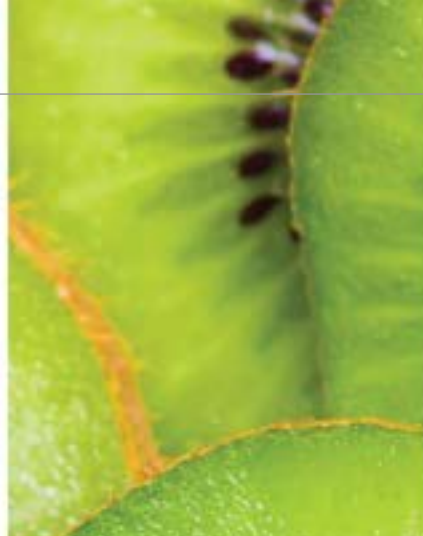
Dieta ketogenna (ketogeniczna lub ketonowa)

Dieta ketogenna to rozwiązanie traktowane przez wielu specjalistów jako kontrowersyjne, szczególnie gdy dotyczy dzieci. Jednocześnie dostrzega się w niej wiele zalet i zaleca m.in. osobom cierpiącym na epilepsję. Okazuje się, że również u osób z ASD dieta ta może stanowić wartościową alternatywę. Polega ona na maksymalnym ograniczeniu węglowodanów przy jednoczesnym podawaniu zalecanych ilości białek oraz uzupełnieniu potrzeb kalorycznych zwiększoną podażą tłuszczów. Podczas takiego sposobu żywienia organizm zmienia biochemiczne szlaki pozyskiwania energii i używa do tego nie glukozy, ale ciał ketonowych, które pochodzą z rozkładu tłuszczu. Obserwacje na dzieciach autystycznych wykazały, że dieta ta ma pozytywny wpływ na ich zachowanie, choć jest trudna w codziennym zastosowaniu. Według niektórych badań najlepsze efekty otrzymują pacjenci z niewielkimi zaburzeniami (na osoby z głębokimi problemami ASD dieta nie wpływa w sposób znaczący). Trudno jednak o dobre jakościowo (tj. przeprowadzone na dużej grupie badanych) publikacje na ten temat.

Choć wstępne wyniki badań są optymistyczne, przejście na taki tryb żywienia wiąże się z dużym ryzykiem niedoborów oraz zaburzeń metabolicznych, dlatego dieta ta nie jest zalecana w standardowym podejściu terapeutycznym. Niektórzy autorzy sugerują, że jej efekt jest łączony ze spektakularnym efektem diety bezglutenowej – nieprawidłowo zbilansowana dieta bezglutenowa zwiększa udział energii z ciał ketonowych. To, niestety, znacznie utrudnia obiektywną ocenę obu sposobów żywienia. Z pewnością do diety ketogennej należy się bardzo sumiennie przygotować i stosować ją tylko pod kontrolą lekarza oraz dietetyka.

Zindywidualizowana dieta na podstawie testów na nadwrażliwości (nietolerancje) pokarmowe

Dieta na podstawie tzw. nadwrażliwości pokarmowych lub alergii pokarmowych typu III (opóźnionego) jest obecnie jedną z ciekawszych alternatywnych sposobów żywienia dzieci z ASD. Powstawanie nadwrażliwości pokarmowych łączy się z istnieniem tzw. jelita prześlakliwego (ang. Leaky Gut Syndrome). Zaburzona bariera jelitowa w sposób nieprecyzyjny kontroluje przepuszczanie ze światła jelita do krwiobiegu m.in. cząstek pokarmowych. W zdrowym jelicie tylko najdrobniej podzielone cząstki pokarmu mogą zostać przekazane do wnętrza organizmu. W wyniku „cieknącego jelita” do krwiobiegu przenikają jednak niestrawione białka pokarmowe, które następnie wywołują reakcje zapalne w organizmie. Jest to naturalny proces obronny układu odpornościowego, który ma na celu usunięcie z organizmu nieprawidłowej cząsteczki. Kiedy cząsteczek tych jest zbyt wiele (z powodu ciągłego przenikania przez przepuszczalne jelito), dochodzi do przewlekłego stanu zapalnego, który u pacjenta powoduje określone objawy – m.in. objawy związane z ASD. Na podstawie precyzyjnej diagnostyki laboratoryjnej sprawdza się, jakie pokarmy powodują taki stan. Wyznacznikiem jest tutaj ilość przeciwciał klasy IgG. Jeżeli przekracza ona zalecaną normę, produkt należy wyeliminować z diety na określony czas. Jeśli przeciwciała się nie pojawiają, można bezpiecznie spożywać pokarm w określonej konfiguracji (tzw. rotacji, przeważnie 4-dniowej). W efekcie otrzymujemy zindywidualizowany plan żywieniowy, dostosowany do osobistych potrzeb pacjenta. Choć i tutaj nie ma spektakularnych wyników badań naukowych, potwierdzających słuszność stosowanej metody, to z obserwacji rodziców i wielu specjalistów wynika, że ten sposób odżywiania stanowi nierzadko milowy krok w rozwoju dziecka. Pozbycie się stanu zapalnego pomaga zwiększyć prawidłową aktywność mózgu. Podobnie jak w przypadku diety bezmlecznej i bezglutenowej, usuwamy ze środowiska problem, bez którego



organizm funkcjonuje lepiej. Ryzykiem jest jednak dość okrojona dieta, do której skomponowania nierzadko potrzeba specjalisty. Usunięcie wielu pokarmów z codziennego jadłospisu znacząco zwiększa ryzyko wystąpienia niedoborów witamin czy dysbalans makroskładników. Kolejną i często podstawową wadą diety jest sam koszt badań – od kilkuset do nawet kilku tysięcy złotych.

Probiotyki

W ostatnich latach oczy naukowców większości specjalizacji zwrócone są na mikroflorę jelit i jej powiązania z występowaniem wielu schorzeń i dolegliwości. Udowodniono, że dysbioza, a więc rozregulowanie liczebności i jakości mikroorganizmów w jelicie jest źródłem wielu chorób. Również w przypadku zaburzeń ze spektrum autyzmu potwierdzono występowanie takiej zależności. Dużą rolę odgrywa tutaj oś jelita – mózg, łącząca układ pokarmowy i nerwowy. W samych jelitach występuje około 200 mln neuronów, co czyni ten organ drugim (po mózgu) najbardziej czynnym „nerwowo” w naszym organizmie. Nie sposób więc zignorować wpływu jelit na powstawanie i leczenie autyzmu, a co za tym idzie, na stanowiącą integralną część jelit – mikroflorę jelitową.

Zwrócono przede wszystkim uwagę na różnicę w gatunkach i liczebności bakterii z rodzaju *Clostridium* (które są odporne na stosowanie antybiotyków) pomiędzy dziećmi z ASD i dziećmi zdrowymi. Do odkrycia tej zależności doszło po obserwacjach dzieci z zapaleniem ucha środkowego, które po podaniu wankomycyny znacząco poprawiały stan kliniczny. Niestety, po odstawieniu leków zauważano u nich znaczący regres i nawrót zachowań autystycznych. Obserwacje te dowodzą, że część bakterii ma formy przetrwalnikowe, które po odstawieniu leków ponownie się rozwijają i powodują nawrót choroby. Skoro nie mogą pomóc antybiotyki, świat nauki coraz przychylniejszym okiem patrzy na propozycje nieinwazyjnych prób zmian mikroflory poprzez podawanie probiotyków i prebiotyków. Czy może to być przełomowe w leczeniu ASD? Wydaje się, że ten trend stanowi przyszłość, choć obecnie – o ile możemy określić, na czym polega zaburzenie równowagi mikroflory jelit – nie jesteśmy w stanie stworzyć idealnego probiotyku, który będzie jednoznacznie poprawiać jakość mikrobioty jelit. Wiele ośrodków próbuje w sposób pośredni wpływać na jakość i ilość mikroorganizmów w jelicie, co przynosi bardzo korzystne efekty. Pod wpływem probiotykoterapii polepsza się nie tylko praca układu pokarmowego (przez co pacjenci pozbywają się dolegliwości związanych z zaparciami, biegunkami czy bólami brzucha), ale również – poprzez oś mózgowo-jelitową – pro-

dukcja neuroprzekazników i funkcjonowanie samego mózgu. Choć trudno raczej upatrywać (przynajmniej na dzień dzisiejszy) w probiotykach leku na ASD, to z pewnością można je traktować jako znakomite wsparcie terapii standardowych. Wyrównanie zmian mikrobioty jelitowej może również znacząco wspomóc leczenie pośrednich problemów pacjentów z ASD (nawracające infekcje, alergie pokarmowe, problemy skórne).

Dietoterapia w praktyce

Powyżej zostały wyjaśnione mechanizmy, które mogą stanowić podstawę wprowadzenia u dzieci z ASD diety bezglutenowej, bezmlecznej i bezcukrowej. Przed rozpoczęciem diety eliminacyjnej należy jednak dokładnie się do tego przygotować. Dieta bez nabiału i glutenu nie musi być dietą niedoborową i niezbilansowaną, pod warunkiem, że wprowadzone zostaną wartościowe zamienniki. W przypadku dzieci z ASD wprowadzenie diety może być jednak utrudnione ze względu na częstą niechęć dzieci do nowości i schematyzmy żywieniowe. Eliminacja glutenu i nabiału, szczególnie w początkowej fazie, może powodować u dzieci złość, niepokój oraz niechęć do jedzenia nowych produktów. Z relacji niektórych rodziców wiemy, że w pierwszych tygodniach po wyeliminowaniu glutenu dzieci mogą zachowywać się agresywnie, podobnie do osób „na głodzie”. Może to znajdować wyjaśnienie w opisaną już teorii opioidowej. Dlatego schemat wprowadzania diety eliminacyjnej u dzieci z ASD różni się od schematu zalecanego dla osób zdrowych. Standardowo zaleca się, aby po wykonaniu diagnostyki od razu wyeliminować wszystkie produkty, na które występuje nadwrażliwość pokarmowa. Taka eliminacja przebiega w trzech krokach: diagnostyka, edukacja, eliminacja. W przypadku dzieci z ASD eliminacja powinna być rozłożona w czasie i dobrze przygotowana. Ze względu na dużą niechęć do zmian i występujące często schematyzmy żywieniowe wprowadzenie nowej diety z dnia na dzień może być dla dziecka zbyt dużym szokiem i negatywnie wpłynąć na jego zachowanie, a nawet doprowadzić do odmowy przyjmowania posiłków. Zaleca się, aby eliminować z diety po jednym produkcie i dać dziecku czas na przyzwyczajenie się do zamiennika.

Zilustrujemy to przykładem: dziecko codziennie na śniadanie jadło bułkę z serem. Eliminując gluten i nabiał, na początku należy zamienić bułkę na bezglutenowy chleb, ale zostawić ulubiony ser. Jeśli z dnia na dzień zamienimy ulubioną kanapkę na jaglaną, to z dużym prawdopodobieństwem dziecko po prostu odmówi zjedzenia.

Konieczne jest też przygotowanie dziecka do nadchodzących zmian. Należy jasno ustalić zasady i wyznaczyć czas, w którym kolejne produkty będą eliminowane. Nie jest to proste zadanie, dlatego warto poprosić o współpracę terapeutę i dietetyka. Pomogą oni wypracować indywidualną metodę wprowadzania nowej diety, dobraną do możliwości dziecka. Wprowadzanie nowej diety może być szczególnie trudne u dzieci z silnymi schematyzmami żywieniowymi. Mogą dotyczyć one zarówno koloru, konsystencji, temperatury samego jedzenia, jak i nawet opakowania. Przygotowując nowe potrawy, warto, aby były one zbliżone wyglądem i konsystencją do znanych i lubianych przez dziecko dań. Jeśli dziecko jest silnie przyzwyczajone do konkretnych opakowań, czasami zaleca się rozwiązanie polegające na przesypaniu nowego produktu do starego opakowania. Najistotniejsze jest jednak, aby cały proces wprowadzać stopniowo i dostosować czas zmian do możliwości dziecka.

Dieta eliminacyjna a niedobory

Aspektem, na który szczególnie trzeba zwrócić uwagę przy eliminacji jakichkolwiek produktów z diety, jest zadbanie o jej odpowiednie zbilansowanie. Najczęściej popełniany błąd polega na usunięciu z jadłospisu całej grupy produktów, ale zignorowaniu konieczności wprowadzenia na to miejsce zamienników. Spójrzmy na piramidę żywienia. Produkty zbożowe i produkty mleczne zajmują całe dwa piętra. Eliminując je z diety dziecka, rodzic po prostu nie może udawać, że produkty z tych grup nie są potrzebne. Zarówno zboża, jak i nabiał dostarczają bowiem wiele cennych składników odżywczych. Dlatego należy stosować się do kilku zasad:

- za każdy wyeliminowany produkt wprowadzamy do diety trzy inne, pełnowartościowe produkty, np. eliminując gluten, pamiętamy, żeby wzbogacić dietę np. o amarantus, proso, grykę,
- rotacja – na ile to możliwe, staramy się stosować różne produkty zamiennie, tak aby codziennie nie podawać tego samego. Jeśli kupujemy gotowe napoje roślinne, stosujemy zasadę, że np. raz karton mleka ryżowego, raz – kokosowego.



Na polskim rynku jest niewiele produktów certyfikowanych zarówno znakiem przekreślonego kłosa, jak i ekologicznych, a te, które są, mają bardzo wysoką cenę.

- zbilansowanie – istnieją produkty szczególnie ważne na diecie bez glutenu i nabiału. Są to m.in. orzechy, bezglutenowe ziarna, zielone warzywa i owoce. Ich odpowiednia podaż zapewnia wystarczającą ilość witamin z grupy B, ale także wapnia. Jeśli rodzic ma wątpliwości, czy samodzielnie będzie w stanie ułożyć taką dietę dla dziecka, warto skorzystać z porady dietetyka. W przypadku dzieci dietetyk nie przekazuje rodzicom gotowej diety z rozpisanymi poszczególnymi posiłkami, ale współpracuje z nimi w zakresie uzupełnienia diety dziecka w niezbędne składniki, a także pełni funkcję edukatora, tak żeby rodzic mógł później sam komponować posiłki dla dziecka.

W jaki sposób zadbać o wapń na diecie bezmlecznej?

Niedobory wapnia to dla większości rodziców największy powód do obaw. Przyjęło się bowiem, że produkty mleczne stanowią najcenniejsze źródło wapnia. Aby zbilansować dietę, konieczne jest wprowadzenie do jadłospisu produktów, które zrekompensują brak nabiału. Są to przede wszystkim ziarna, takie jak sezam, mak, amarantus, oraz zielone rośliny, np. jarmuż. Trudnością może być nakłonienie dziecka do spożywania tych produktów, dlatego wygodnym rozwiązaniem jest przygotowanie „mączki” bogatej w wapń. W młynku do kawy należy zmielić po 20 g: amarantusa, ziaren quinoa, sezamu, maku, migdałów. Taką mieszankę można przechowywać w lodówce i dodawać po kilka łyżeczek do dań dziecka.

Żywność certyfikowana

Kolejną sprawą, którą warto poruszyć, opisując praktyczne podejście do diety eliminacyjnej, jest wybór odpowiednich produktów i zakupy. W przypadku dzieci z ASD najczęściej zaleca się produkty niezawierające nawet śladowych ilości glutenu. Jest to dodatkowe utrudnienie dla rodziców, po-



Rekomendujemy, aby – decydując się na terapie niekonwencjonalne – postarać się w jak największym stopniu zindywidualizować ich dobór do potrzeb konkretnego dziecka.

nieważ muszą wybierać żywność oznakowaną symbolem przekreślonego kłosa, a jest ona droższa, trudniej dostępna i, niestety, często z gorszym składem niż żywność bezglutenowa niecertyfikowana. Problem jest także z nabiałem, który np. pod postacią serwatki „ukrywa się” w gotowych wypiekach, wyrobach garmażeryjnych, a nawet w lekach. Jeśli dodamy do tego fakt, że ze względu na obecność konserwantów i zanieczyszczeń metalami ciężkimi dla dzieci z ASD zalecane są produkty ekologiczne, to wprowadzenie zbilansowanej, smacznej i urozmaiconej diety wydaje się niewykonalne. Na polskim rynku jest niewiele produktów certyfikowanych zarówno znakiem przekreślonego kłosa, jak i ekologicznych, a te, które są, mają bardzo wysoką cenę. Jedyne, co mogą zrobić rodzice, to postarać się znaleźć złoty środek, który uwzględni możliwości zarówno logistyczne, jak i finansowe rodziny. Na pewno warto poświęcić więcej czasu jeszcze przed rozpoczęciem wprowadzania nowej diety na rozeznanie się na rynku produktów i eksperymenty kulinarne. Etap edukacji jest bardzo ważny, ponieważ później, kiedy już wprowadzanie nowej diety będzie w toku, należy ograniczyć liczbę eksperymentów, a raczej zastosować sprawdzone wcześniej produkty. Nie oznacza to, że nie można wprowadzać nic nowego, ale baza, która zapewni dziecku zbilansowane posiłki, powinna być przetestowana już wcześniej.

Leczenie biomedyczne – zachowanie umiaru

Zakres terapii, które można zaliczyć do tzw. leczenia biomedycznego, jest bardzo szeroki. Jak już wspomniano, kontrowersyjne jest nazywanie ich „leczeniem”, co nie zmienia faktu, że niektóre, np. dietoterapia czy probiotykoterapia, mogą być skutecznym wsparciem i uzupełnieniem standardowych terapii stosowanych przy ASD. Warto jednak, aby rodzice potrafili odróżnić te terapie, które faktycznie mogą pomóc, od prób wyłudzenia pieniędzy pod pretekstem „leczenia dzieci z autyzmu”. Jest to bardzo trudne. Ze względu na brak jednoznacznych dowodów naukowych, rodzice muszą kierować się zaufaniem do specjalisty, z którym współpracują, oraz polegać na opiniach innych rodziców. To ostatnie niesie jednak spore zagrożenie, ponieważ, podobnie jak w przypadku każdej terapii w każdej jednostce chorobowej, bardzo istotna jest indywidualizacja zaleceń. Tymczasem doświadczenia pokazują, że rodzice często poddają dzieci w krótkim odstępie

czasu różnym terapiom i zabiegom, licząc na to, że któraś przyniesie poprawę zdrowia dziecka, a nawet całkowite wyleczenie z ASD. Polegając na rekomendacjach w grupach wsparcia czy na internetowych forach, często pod wpływem impulsu wdrażają dziecku suplementację lub np. profilaktyczne odrobaczanie czy odtruwanie po szczepionkach. Nie chcemy polemizować z tymi metodami, chociaż część z nich budzi nasze wątpliwości. Rozumiemy, że rodzice szukają każdej możliwej metody, która niesie nadzieję na poprawę stanu zdrowia dziecka. Rekomendujemy jednak, aby – decydując się na terapie niekonwencjonalne – postarać się w jak największym stopniu zindywidualizować ich dobór do potrzeb konkretnego dziecka. Co to oznacza? Przede wszystkim część terapii, takich jak odrobaczanie, powinno być poprzedzone odpowiednią diagnostyką. Już wybór samej metody diagnostycznej jest trudny. Część dostępnych na rynku badań nie spełnia bowiem kryteriów badań laboratoryjnych i nie jest rekomendowana przez KIDL (Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych). Podaje to w wątpliwość wiarygodność wyniku oraz to, czy na jego podstawie powinno zostać wdrożone leczenie czy suplementacja.

Podsumowując, należy zdać sobie sprawę, że dieta u pacjentów z ASD to element wspomagający, a nie *stricte* leczący. Sposób żywienia i probiotykoterapia przyczynić mają się do polepszenia koncentracji dziecka, jego kontaktu ze światem zewnętrznym oraz zmniejszenia ewentualnych dolegliwości bólowych, aby terapie standardowe przyniosły lepszy efekt. Nie ma jednak niezaprzeczalnych dowodów na skuteczność jakiegokolwiek z opisanych metod. Jest jednak faktem, że duża część pacjentów podwyższa jakość życia i stopień funkcjonowania w społeczeństwie po zastosowaniu zmian żywieniowych. Zatem, z punktu widzenia zarówno dietetyka, jak i rodzica oraz – przede wszystkim – pacjenta, z pewnością warto przynajmniej spróbować wprowadzić niektóre zalecenia w życie. Ważne jednak, by zalecenia wprowadzać powoli, bo żadna „rewolucja żywieniowa” nie ma prawa zadziałać, jeśli jej wprowadzenie nie jest stopniowe, przemyślane i odpowiednio przygotowane. Najważniejsze zaś – to do rodzica (opiekuna) należy decyzja, które z wymienionych sposobów żywienia zastosuje on u swojego dziecka.

Katarzyna Drews-Raczewska

Dietetyk. Absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz podyplomowych studiów Żywnienie i Wspomaganie Dietetyczne w Sporcie. Ukończyła kurs Leczenia Żywieniowego dla Członków Zespołów Żywieniowych (Polskie Towarzystwo Żywnienia Pozajelitowego i Dojelitowego). Pracowała jako konsultant ds. żywienia klinicznego. Posiada doświadczenie w pracy z pacjentami borykającymi się z nadwagą i otyłością oraz chorobami metabolicznymi, a także sportowcami i osobami ze zwiększoną aktywnością fizyczną. Specjalistka w układaniu diety eliminacyjnej i eliminacyjno-rotacyjnej. Od 2015 r. związana z Instytutem Mikrobiologii w Poznaniu.

Joanna Dronka-Skrzypczak

Absolwentka Uniwersytetu Łódzkiego, Wydziału Nauk Geograficznych. Autorka strony dietaeliminacyjna.pl. Doświadczenie w kwestiach związanych z dietą i mikroflorą zdobywała podczas pracy dla Instytutu Mikrobiologii. Prowadziła wiele szkoleń z zakresu praktycznego stosowania diety eliminacyjnej.

Nauczycielu, wybierz swoją prenumeratę!

CZASOPISMO ZAWODOWE
DLA NAUCZYCIELI POLONISTÓW,
STUDENTÓW I BIBLIOTEKARZY



PRAKTYCZNE WSPARCIE
DLA NAUCZYCIELI
MATEMATYKI



INSPIRUJĄCY MAGAZYN
DLA NAUCZYCIELI
JĘZYKA ANGIELSKIEGO



DWUMIESIĘCZNIK
ADRESOWANY DO NAUCZYCIELI
WYCHOWANIA FIZYCZNEGO



SPECJALISTYCZNY KURS DOKSZTAŁCAJĄCY

DIAGNOZA i TERAPIA DZIECKA Z ZABURZENIAMI ZE SPEKTRUM AUTYZMU

Narzędzia przesiewowe i diagnostyczne, wczesna interwencja,
terapia logopedyczna, komunikacja wspomagająca i alternatywna.



Data rozpoczęcia:
1 marca 2018 r.



Czas trwania studium:
6 miesięcy



Liczba godzin kształcenia:
100 godzin



Forma kształcenia:
online

SYLABUS KURSU

- MODUŁ 1.** CHARAKTERYSTYKA, OBSERWACJA I DIAGNOZA ZABURZEŃ ZE SPEKTRUM AUTYZMU – PERSPEKTYWA PSYCHIATRY, PSYCHOLOGA I LOGOPEDY
- MODUŁ 2.** NARZĘDZIA PRZESIEWOWE I DIAGNOSTYCZNE W ASD
- MODUŁ 3.** DIAGNOZA I TERAPIA LOGOPEDYCZNA MAŁEGO DZIECKA Z ASD
- MODUŁ 4.** SKUTECZNE METODY TERAPEUTYCZNE W PRACY Z DZIEĆMI Z AUTYZMEM I Z ZESPOŁEM ASPERGERA
- MODUŁ 5.** TERAPIA ZABURZEŃ KOMUNIKACJI. KOMUNIKACJA WSPOMAGAJĄCA I ALTERNATYWNA
- MODUŁ 6.** PRACA LOGOPEDY Z DZIECKIEM Z AUTYZMEM I Z ZESPOŁEM ASPERGERA – STUDIA PRZYPADKU

Przedprzedaż: www.terapiadzieckazasd.pl