



ANNA GAGAT-MATUŁA

Instytut Pedagogiki Specjalnej, Katedra Rehabilitacji Osób z Zaburzeniami Słuchu i Komunikacji, Wydział Pedagogiki, Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

0000-0002-9349-5924

NATALIA MALIK

Instytut Pedagogiki Specjalnej, Katedra Rehabilitacji Osób z Zaburzeniami Słuchu i Komunikacji, Wydział Pedagogiki, Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

0000-0003-3620-2256

Dysfunkcje komunikacyjne u dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu Studium przypadku

**Impaired Communication in a Child with Autism Spectrum Disorder:
A Case Study**

ABSTRACT: The article presents the tasks of psychological therapy, speech therapy, sensory integration, and the planned activities undertaken to support the development of communication in children with the autism spectrum disorder. This attempt to describe communication disorders and their relationship with therapy is based on the selected case study. It should be emphasised that the theoretical part of the article discusses social and emotional deficits in children with autism spectrum disorders, and describes their communication disorders. Moreover, two classifications used in the diagnosis of autism spectrum disorders are presented.

KEYWORDS: autism, communicative disorders, therapy tasks, diagnosis, social deficits

Charakterystyka komunikacji dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

Istotną rolę w funkcjonowaniu człowieka odgrywa mowa, gdyż jest sposobem porozumiewania się z otoczeniem. Dzięki mowie sygnalizujemy rozmówcom nasze potrzeby, opinie oraz spostrzeżenia odnośnie do otaczającego świata. Proces nabywania kompetencji językowych i komunikacyjnych zaczyna się już w 1. miesiącu życia dziecka. W tym okresie dziecko sygnalizuje swoje potrzeby płaczem. Jest to nieświadoma komunikacja dziecka z otoczeniem. W 2. miesiącu życia zaobserwować można głużenie oraz kontakt wzrokowy z bliskimi osobami.

Świadczy to o początku wchodzeniu przez dziecko w interakcje z otoczeniem. Około 3. miesiąca życia dziecka pojawia się uśmiech. Odwzajemnianie uśmiechu przez dziecko jest istotnym etapem w rozwoju jego reakcji społecznych¹. W kolejnych miesiącach (6.–8.) zaczyna się pojawiać gaworzenie, będące przejawem świadomego bawienia się mową (tworzeniu dźwięków). Pod koniec 1. roku życia dziecko buduje słowa z sylab otwartych (np. „tata”, „mama”) oraz dąży do ciągłego kontaktu z drugim człowiekiem², ponadto zaczyna rozwijać kompetencje komunikacyjne, nabywając wiedzę językową, społeczną i ogólną wiedzę o świecie, które potrafi wykorzystać w sytuacjach komunikacyjnych³.

W przypadku dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD) głównym problemem w codziennym funkcjonowaniu są trudności w komunikowaniu się z otoczeniem. W okresie niemowlęctwa zauważane są pierwsze zaburzenia, charakteryzujące się upośledzeniem interakcji z otaczającym środowiskiem. We wspomnianym okresie dziecko unika kontaktu wzrokowego z matką oraz nie reaguje na jej głos. Najczęściej są to pierwsze objawy świadczące o wystąpieniu zaburzenia. W drugim półroczu 1. roku życia dziecka zauważyć można nieprawidłowe zachowania: ignorowanie otoczenia, patrzenie na bliskie osoby, ale przez krótki czas, nieumiejętność reagowania na komunikaty werbalne i niewerbalne, nieprzejawianie zachowań społecznych oraz zachowywanie się jak „głuche dziecko”⁴. Ponadto zaobserwować można, że dzieci takie żyją jakby w „innym świecie” niż ich otoczenie – takie nietypowe zachowanie ujawnia się w 2. roku życia. Najczęściej występują w tym okresie również niepokojące sygnały, jak: powtarzanie (nierozumienie treści) wypowiedzi innych osób, brak zabawy symbolicznej, schematyczny sposób myślenia, brak inicjowania interakcji⁵. W 3. roku życia u dzieci z autyzmem zaobserwować można trudności z wymową samogłoski *y*, *o*, *i* oraz spółgłoski *cz*, *sz*, *ż*. Pojawiają się głoski tylnojęzykowe (*k*, *g*, *h*)⁶. Analizując charakterystyczne zaburzenia w wymienionych okresach życia, Ewa Pisula wskazała trzy obszary:

- 1) zaburzenia społeczne;
- 2) zaburzenia komunikacji;
- 3) stereotypowe zachowania⁷.

¹ K. SACHER-SZAFRAŃSKA: *Torowanie drogi rozwoju mowy poprzez rozwijanie sprawności komunikacyjnych dzieci dotkniętych zaburzeniami autystycznymi*. „Logopedia Silesiana” 2013, nr 2, s. 184

² B. KAMIŃSKA, B. SIEBERT: *Podstawy rozwoju mowy u dzieci*. „Forum Medycyny Rodzinnej” 2012, t. 6, nr 5, s. 239.

³ E. WIECZÓR: *Proces nabywania przez dzieci kompetencji językowych i komunikacyjnych*. „Studia Dydaktyczne” 2014, nr 26, s. 343.

⁴ E. MŁYNARCZYK-KARABIN: *Komunikacja dzieci z autyzmem – przegląd badań*. „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo” 2016, nr 2 (32), s. 105–106.

⁵ Ibidem, s. 106–107.

⁶ Ibidem, s. 108.

⁷ E. PISULA: *Autyzm, przyczyny, symptomy, terapia*. Gdańsk, Harmonia 2010, s. 10.

Beata Wołoszuk w odniesieniu do przebiegu zaburzeń komunikacyjnych u dzieci z ASD wskazuje trzy modele:

- 1) pojawia się gaworzenie, a w okresie 1. roku życia dziecko zaczyna wypowiadać pierwsze słowa; około 2. roku życia rozwój mowy się zatrzymuje; najczęściej pozostaje wokalizacja, co daje nadzieję na możliwość rozwoju mowy w przyszłości;
- 2) całkowity brak wokalizacji;
- 3) mowa dziecka może rozwinać się prawidłowo; pojawiają się echolalie oraz przedstawienia zaimków „ja”, „on”⁸.

U dzieci z ASD mogą wystąpić deficyty ilościowe: całkowity brak mowy, komunikacja wyraźnie ograniczona, uboga gestykulacja, mimika nieadekwatna do sytuacji, deficyty jakościowe (echolalia, neologizmy, nietaktowne uwagi, nieprawidłowe odczytywanie ukrytych znaczeń), deficyty w pragmatycznym użyciu języka (mowa jest monotonna, brak umiejętności naprzemiennego wysławiania się, brak potrzeby kontaktu i komunikowania się z otoczeniem)⁹. Wymieniona wśród deficytów jakościowych echolalia jest najbardziej typową cechą komunikacji dzieci z autyzmem¹⁰. Faktem jest, że echolalia pojawia się u zdrowych dzieci około 9. miesiąca życia, ale w 30. miesiącu zanika. W tym czasie jest ona zabawą naśladowczą, polegającą na powtarzaniu dźwięków mowy pochodzących z otoczenia¹¹. Echolalię można uznać za opóźnienie rozwoju mowy, gdy „wystąpiło zahamowanie rozwoju mowy i przedłużenie się występowania echolalii u dziecka poza górną granicę rozwojową lub też doszło do regresu, - cofania się mowy do etapów poprzedzających dotychczasowy stan rozwoju mowy, aż do całkowitego mutyzmu”¹². Reasumując, u dziecka z autyzmem, echolalia nie zanika, jak w przypadku dzieci prawidłowo rozwijających się. Co więcej, jest rodzajem kodu informacyjnego oraz świadomego dostosowania przekazu do zaistniałej sytuacji.¹³ Echolalia stanowi problem dla rodziców i terapeutów w pracy z dzieckiem z autyzmem, ale może stać się pierwszym krokiem w osiągnięciu wyższego poziomu komunikacji¹⁴. Rodzice i terapeuci muszą jednak posiadać wiedzę dotyczącą aktywności i mowy dziecka, w tym funkcji echolalii.

Funkcje echolalii bezpośredniej w aspekcie interaktywnym to: reprodukcja bez zrozumienia, nazywanie konkretnych przedmiotów, potwierdzenie oraz prośba

⁸ B. WOŁOSIUK: *Rozwijanie komunikacji dziecka ze spektrum autyzmu*. „Roczniki Pedagogiczne” 2017, t. 9 (45), nr 3, s. 99–100.

⁹ M. KONSTANTAREAS et al.: *Autyzm*. Przeł. K. HIPPI. Warszawa, Krajowe Towarzystwo Autyzmu 1992, s. 73.

¹⁰ E. MĘLNARCZYK-KARABIN: *Komunikacja dzieci z autyzmem...*, s. 108

¹¹ T. GAŁKOWSKI, M. WARDYN: *Echolalia u dzieci z autyzmem i jej rozwojowe uwarunkowania*. „Audiofonologia” 2002, t. 21, s. 150–151

¹² Ibidem, s. 150.

¹³ Ibidem, s. 149.

¹⁴ Ibidem, s. 155.

(np. o przedmiot), a w aspekcie nieinteraktywnym: powtórzenie bez wyraźnego znaczenia (wyrażenia echolaliczne jest używane bez wyraźnego celu), powtórzenie ze zrozumieniem (działanie po wyrażeniu echolalicznym potwierdza zrozumienie powtarzanego wyrażenia), autostymulacja (wyrażenie echolaliczne służy jako regulator własnego zachowania)¹⁵. Echolalia bezpośrednia może być używana w określonym celu lub też nie. W przypadku echolalii odroczonej dziecko z autyzmem powtarza dźwięki mowy (np. frazy wypowiedziane przez rodziców) z pewnym opóźnieniem. Echolalia odroczone często uznawana jest za oznakę wysokiej inteligencji, gdyż dziecko może recytować z pamięci długie dialogi, jednakże nie zawsze jest jej przejawem¹⁶. Tadeusz Gałkowski i Małgorzata Wardyn dzielą funkcje echolalii odroczonej na dwie kategorie:

- 1) interaktywne:
 - reprodukowanie bez zrozumienia,
 - kończenie rutynowych sformułowań,
 - dostarczanie informacji,
 - nazywanie,
 - protest,
 - prośba np. o przedmiot,
 - przywołanie,
 - potwierdzenie,
 - nakierowanie;
- 2) nieinteraktywne:
 - powtarzanie bez wyraźnego znaczenia,
 - związek z sytuacją,
 - autostymulacja,
 - powtarzanie jako forma ćwiczenia,
 - nazywanie¹⁷.

Oprócz echolalii, charakterystyczną formą komunikacji u dziecka z ASD jest metonimia. Jak pisze Ewelina Młynarczyk-Karabin, „pełni ona funkcję desygnacyjną, co pozwala używać pewnego pojęcia tak, aby zastąpiło inne [...]. Używają bowiem nazw marek samochodów, danych adresowych lub innych cech, które charakteryzują te osoby, np. „Cześć Chevrolet” (zwrot do osoby jeżdżącej samochodem marki Chevrolet)”¹⁸. Posługiwanie się procesorem metonimicznym stano-

¹⁵ B. PRIZANT, J. DUCHAN: *The Functions of Immediate Echolalia in Autistic Children*. „Journal of Speech and Hearing Disorders” 1981, no. 46, s. 241–249; za: T. GAŁKOWSKI, M. WARDYN: *Echolalia u dzieci...*, s. 151.

¹⁶ T. GAŁKOWSKI, M. WARDYN: *Echolalia u dzieci...*, s. 152.

¹⁷ Ibidem, s. 153 (autorzy odwołują się do: B. PRIZANT: *Language Acquisition and Communicative Behavior in Autism: Toward an Understanding of the “Whole” of It*. „Journal of Speech and Hearing Disorders” 1983, no. 48, s. 296–307).

¹⁸ E. MŁYNARCZYK-KARABIN: *Komunikacja dzieci z autyzmem...*, s. 111.

wi tu kompensację braku procesora metaforycznego¹⁹. Mowa u większości dzieci z ASD charakteryzuje się dysprozodią, czyli zaburzone są jej cechy melodyczne (nieprawidłowości w zakresie rytmu, intonacji lub wysokości tonu).²⁰

W celu zapewnienia dziecku z ASD lepszego funkcjonowania społecznego niezbędne jest jak najszybciej zidentyfikowanie wspomnianych nieprawidłowości oraz podjęcie odpowiedniej terapii. W procesie diagnozowania zaburzeń ze spektrum autyzmu klinicyści stosują dwie klasyfikacje – DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*)²¹, stworzoną przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (*American Psychiatric Association, APA*), oraz ICD (*International Classification of Diseases and Related Health Problems*)²², opracowaną przez Światową Organizację Zdrowia (*World Health Organization, WHO*). W klasyfikacji DSM-5 zaproponowano nadrzędną kategorię – spektrum autyzmu, określającą kontinuum od najcięższych do najłagodniejszych objawów. Spektrum autyzmu obejmuje: autyzm, zespół Aspergera, PDD-NOS (całościowe zaburzenie rozwoju nie zdiagnozowane inaczej).

Zaburzenia ze spektrum autyzmu, zgodnie z DSM-5, obejmują dwa obszary – deficyty społeczno-komunikacyjne oraz uporczywe zainteresowania i powtarzalne zachowania. W diagnozie stosuje się cztery następujące kryteria:

- I. Stałe deficyty w zakresie komunikacji społecznej i społecznej interakcji w różnych kontekstach, nie możliwe do wyjaśnienia przez ogólne opóźnienia rozwojowe i manifestujące się we wszystkich następujących trzech formach (w obrębie każdej stopień deficytów może być różny):
 1. Deficyty w zakresie społeczno-emocjonalnej wzajemności; od anormalnego podejścia społecznego i niepowodzeń w normalnej dwustronnej konwersacji, przez zredukowanie dzielenia zainteresowań, emocji i afektu oraz reakcji, po całkowity brak inicjowania interakcji społecznej.
 2. Deficyty w zakresie zachowań o charakterze komunikacji niewerbalnej, podejmowanych w celu nawiązania lub podtrzymania interakcji społecznej; od słabo zintegrowanej komunikacji werbalnej i niewerbalnej, przez anormalności dotyczące kontaktu wzrokowego i języka ciała, deficyty w zakresie rozumienia i stosowania komunikacji niewerbalnej, po całkowity brak ekspresji twarzy lub gestów.
 3. Deficyty dotyczące rozumienia i utrzymywania relacji, odpowiednio do poziomu rozwojowego (oprócz tych związanych z opiekunami); od trudności w doborze zachowania odpowiednio do kontekstu społecznego, przez

¹⁹ Ibidem, s. 111.

²⁰ http://www.ptab.univ.gda.pl/charakterystyka_dzieci_autystycznych.htm [data dostępu: 29.03.2018].

²¹ Zob. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-5*. Washington, American Psychiatric Association 2013 (w tłumaczeniu K. GRZYWACZ).

²² Zob. *International Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. ICD-10*. Geneva, World Health Organization 2004.

trudności w dzieleniu zabawy wyobrażeniowej i nawiązywaniu przyjaźni, po widoczny brak zainteresowania ludźmi.

II. Ograniczone, powtarzalne wzorce zachowania, zainteresowań lub aktywności, manifestujące się w przynajmniej dwóch formach spośród następujących:

1. Stereotypowe lub powtarzalne: mowa, ruchy lub posługiwanie się przedmiotami (jak proste stereotypie ruchowe, echolalia, powtarzalne używanie przedmiotów lub frazy idiosynkratyczne).
2. Nadmierna rutynowość, wykorzystywanie zrytualizowanych wzorców zachowań werbalnych lub niewerbalnych, nadmierny opór wobec zmiany (jak rytuały ruchowe, naleganie na pójście tą samą, znaną już drogą, sztywne preferencje żywieniowe, powtarzanie tego samego pytania, skrajny stres w odpowiedzi na małe zmiany).
3. Wysoce ograniczone, uporczywe zainteresowania, anormalne pod względem intensywności lub przedmiotu uwagi (nadmierna fascynacja niezwykle obiektami, zainteresowania nadmiernie zawężone lub persewerujące).
4. Hiper- lub hiporeaktywność na sensoryczny bodziec lub niezwykle zainteresowanie sensorycznymi aspektami otoczenia (jak widoczna obojętność na ból, gorąco, zimno, negatywna reakcja na specyficzne dźwięki lub powierzchnie, intensywne wachanie lub dotykanie przedmiotów, fascynowanie się błyskami światła lub wirującymi przedmiotami).

III. Symptomy muszą być obecne we wczesnym dzieciństwie (ale mogą się nie manifestować przed czasem, w którym społeczne wymagania ujawniają ograniczone możliwości).

IV. Symptomy razem wzięte ograniczają i upośledzają codzienne funkcjonowanie.

Zaburzenia ze spektrum autyzmu jest zaburzeniem neurorozwojowym i są obecne od niemowlęctwa lub wczesnego dzieciństwa, ale mogą nie być rozpoznane w tym okresie z powodu minimalnych wymagań społecznych i wsparcia ze strony rodziców oraz opiekunów we wczesnych latach życia dziecka.

Według klasyfikacji ICD-10, autyzm jest zaliczany do kategorii zaburzeń rozwoju psychologicznego (F80–F89), które objawiają się w okresie niemowlęcym lub we wczesnym dzieciństwie. W tym czasie dochodzi do zaburzenia lub opóźnienia funkcji, które są powiązane z dojrzewaniem ośrodkowego układu nerwowego²³.

Do metod wspierania rozwoju komunikowania się dziecka z ASD należą:

- stosowana analiza zachowania – rozwijanie zachowań deficytowych (np. mowy) i redukcja zachowań, których jest w nadmiarze (np. stymulacje);
- terapia integracji sensorycznej – znormalizowanie odbioru bodźców sensorycznych;
- Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne – polepszenie kontaktu wzrokowego dziecka z najbliższym otoczeniem, do terapii dziecka włącza się jego bliskie osoby;

²³ E. MŁYNARCZYK-KARABIN: *Komunikacja dzieci z autyzmem...*, s. 103–104.

- metoda krakowska – stymulacja słuchowa, komunikacja ułatwiona, gesty wizualizacyjne i gesty interakcyjne;
- system PIC (*pictogram ideogram communication*) – piktogramy;
- metoda Makaton – program zawiera około 400 podstawowych gestów;
- system PECS (*picture exchange communication system*) – system polegający na wymianie obrazków²⁴.

Założenia badań własnych

Celem podjętych badań była diagnoza poziomu rozwoju kompetencji i umiejętności komunikacyjnych oraz dostosowanie programu terapii do potrzeb i możliwości dziecka. Odpowiednio do postawionego celu diagnostycznego sformułowano problemy badawcze zawarte w pytaniach:

1. Jakie są kompetencje i umiejętności komunikacyjne dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu?
2. Jakie terapie wspomagały rozwój kompetencji dziecka?

Zastosowano badania jakościowe, metodę indywidualnego przypadku. Jako techniki wybrano wywiad z matką oraz analizę dokumentacji.

Studium przypadku

Informacje na temat dziecka

Paweł urodził się w 2013 roku w jednym z przemyskich szpitali. Na świat przyszedł przez cesarskie cięcie (przedłużający się poród) w 38. tygodniu ciąży, uzyskał 9 punktów w skali Apgar. Stan noworodka po porodzie oceniono jako dobry. Rozwój psychoruchowy był opóźniony, dlatego dziecko zostało objęte kompleksową, wielospecjalistyczną terapią w Ośrodku Wczesnej Interwencji Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną „Koło” w Jarosławiu. Uczestniczył w zajęciach pedagogicznych i logopedycznych w ramach programu „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego”. Rozwój dziecka był monitorowany podczas kontrolnych badań lekarskich i fizjoterapeutycznych.

²⁴ B. WOŁOSIUK: *Rozwijanie komunikacji...*, s. 5–9.

Wyniki badań psychologicznych i logopedycznych

Wolniej niż rozwój ruchowy postępowały rozwój psychiczny Pawła oraz nabywanie przez niego słownictwa biernego i czynnego. W wieku 2 lat chłopiec wykonywał proste polecenia, jednak – nieadekwatnie do wieku – zasłyszane słowa powtarzał (echolalie), nie zadając pytań i nie prowadząc prostych konwersacji. Systematycznie prowadzono terapię logopedyczną wspomagającą rozwój słownika. W wieku 3 i 4 lat dziecko bardzo niechętnie nawiązywało kontakt werbalny, obecne były echolalie (bezpośrednie i odroczone), a zasób słownictwa czynnego był ograniczony. Obecnie chłopiec komunikuje się za pomocą pojedynczych wyrazów, zwrotów i prostych zdań. W wypowiedziach nadal obecne są echolalie. Komunikaty werbalne są niezrozumiałe ze względu na liczne substytucje, elizje i metatezy. Trudność sprawia chłopcu odpowiadanie na pytania dotyczące jego osoby oraz najbliższego otoczenia. Wykonuje proste polecenia werbalne poparte gestem lub osadzone w kontekście sytuacyjnym. Wymaga stałego motywowania, żeby doprowadzić zdanie do końca. Często zniechęca się i rezygnuje. Umie nazwać znane mu zwierzęta, przedmioty codziennego użytku (rzadko podaje ich funkcję użytkową). Nazywa kolory w języku angielskim. Paweł potrafi kierować i utrzymywać uwagę na atrakcyjnych dla niego ćwiczeniach, niestety na krótko, ponieważ rozprasza go bodźce zewnętrzne i bardzo często zmienia aktywność. Potrafi łączyć w pary takie same ilustracje oraz proste pary asocjacyjne. Dobiera kształt do cienia. Składa trzejelementowe puzzle w całość. Trudność sprawia mu odwzorowanie prostych budowli z klocków. Grupuje przedmioty według koloru, w klasyfikowaniu według kształtu potrzebuje pomocy terapeuty. Nie dostrzega prostych zależności przyczynowo-skutkowych na materiale obrazowym. Chłopiec ma utrwalony w umyśle schemat ciała. Rozwój poznawczy i językowy jest opóźniony w stosunku do wieku metrykalnego.

W lutym 2018 roku chłopiec (w wieku 4 lat i 11 miesięcy), ze względu na zauważalne deficyty w komunikacji z otoczeniem, słabe postępy w terapii logopedycznej i psychologicznej, został skierowany do Specjalistycznej Poradni dla Osób z Artyzmem Dziecięcym w Leżajsku w celu diagnozy.

Diagnoza ASD

Zespół diagnostyczno-terapeutyczny, w składzie: specjalista psychiatra, specjalista pediatrii i medycyny rodzinnej, psycholog kliniczny dzieci i młodzieży, oligofrenopeda, logopeda, terapeuta integracji sensorycznej, na podstawie wywiadu klinicznego, specjalistycznych badań, obserwacji swobodnej aktywności dziecka i na podstawie analizy dostarczonych materiałów stwierdził występowanie zaburzeń ze spektrum autyzmu – autyzm wczesnodziecięcy (F 84.0).

Chłopiec wymaga znacznego wsparcia (2 poziom w klasyfikacji DSM-5) ze względu na deficyty w komunikacji oraz ograniczonych, powtarzanych zachowań. Rozwój psychomotoryczny jest opóźniony. Stwierdzono niski poziom koordynacji wzrokowo-ruchowej, myślenia logicznego oraz zaburzenia koncentracji uwagi. Ponadto sztywność wzorców zachowań i trudności w radzeniu sobie ze zmianami inicjuje znaczne trudności w chwili zmiany obiektu zainteresowań lub aktywności. Paweł przejawia stereotypowe maneryzmy ruchowe i wokalne, silną potrzebę niezmienności, przybierające formę rytuałów, oraz wzmoczoną reaktywność na bodźce zmysłowe.

U Pawła występują dwa typy dysfunkcji integracji sensorycznej – zaburzenia rejestracji bodźców sensorycznych oraz zaburzenia modulacji impulsów sensorycznych. Zaburzenia rejestracji dotyczą przede wszystkim bodźców: wzrokowych (chłopiec unika kontaktu wzrokowego, nie skupia się na wszystkich elementach przedmiotu), słuchowych (ignoruje dźwięki, nie zawsze reaguje na kierowane do niego słowa), dotykowych (oczekuje silnych wrażeń dotykowych, nie zawsze rejestruje bodźce bólowe, uderza siebie lub innych, gryzie i ślini dłonie). Zaburzenia modulacji bodźców przedsiónkowych przejawiają się niepewnością grawitacyjną i zaburzeniem równowagi.

W obszarze komunikacji werbalnej obserwuje się trudności w budowaniu złożonych wypowiedzi (chłopiec mówi niechętnie, krótkimi zdaniami) oraz nawiązywaniu kontaktu i wykonywaniu poleceń. Występują echolalie. Paweł odmówił badania sprawności aparatu artykulacyjnego, nie inicjował dialogu i nie chciał odpowiadać na pytania werbalnie (czynił to tylko niewerbalnie, za pomocą mimiki i gestów). Chłopiec pozostaje w stałej terapii logopedycznej w OWI. Jego zainteresowania są ubogie, potrafi budować proste konstrukcje z klocków, bawi się samochodami. Zna przeznaczenie przedmiotów, *zabawek*. *Nie podejmuje zabaw symbolicznych. Nie inicjuje i nie potrafi podtrzymywać prawidłowych relacji z rówieśnikami.*

Terapia

Na podstawie diagnozy Paweł został objęty indywidualnym programem terapeutycznym. Podjęto terapię polegającą na wszechstronnej stymulacji różnych sfer rozwoju. W podrozdziale przedstawiono skrótowo jej strukturę i poszczególne elementy.

Terapia psychologiczna

Cele:

- rozwijanie sprawności motorycznej;
- rozwijanie sprawności manualnej;
- rozwijanie funkcji słuchowych i wzrokowych;

- rozwijanie koordynacji wzrokowo-ruchowej;
- stymulowanie myślenia (kategoryzowanie, myślenie przyczynowo-skutkowe);
- generalizowanie i utrzymywanie efektów uczenia się;
- kształtowanie umiejętności wspólnej pracy;
- odkrycie i rozwijanie indywidualnych zainteresowań i uzdolnień;
- rozwijanie umiejętności społecznych według metody Emmena i Plasmeijera.

Zadania:

Zadania określono na podstawie wykazu umiejętności z podziałem na kroki opracowanego przez R. Emmena i M. Plasmeijera.

- Zawieranie znajomości z osobami dorosłymi:
 - Podejść do drugiej osoby.
 - Popatrz na nią.
 - Podaj jej rękę.
 - Powiedz głośno i wyraźnie swoje imię.
 - Słuchaj uważnie imienia drugiej osoby.
- Zawieranie znajomości z dziećmi:
 - Podejść do dziecka.
 - Popatrz na nie.
 - Powiedz „cześć” w miły sposób.
 - Powiedz głośno i wyraźnie swoje imię.
 - Słuchaj uważnie imienia.
- Słuchanie:
 - Popatrz na drugą osobę.
 - Słuchaj, co ona mówi.
 - Nie przerywaj.
 - Zapytaj o to, czego nie rozumiesz.
 - Powiedz, co o tym myślisz.
- Zadawanie pytania osobie dorosłej:
 - O co chcesz zapytać? (świadomość)
 - Czy możesz o to zapytać teraz?
 - Popatrz na drugą osobę.
 - Powiedz, że chciał(a)byś o coś zapytać.
 - Zapytaj w jasny sposób, wyraźnie.
 - Wytłumacz, dlaczego zadajesz to pytanie.
 - Uważnie słuchaj odpowiedzi.
 - Powiedz, co o tym myślisz.
- Zadawanie pytania dziecku:
 - O co chcesz zapytać? (świadomość)
 - Czy możesz o to zapytać teraz?
 - Popatrz na drugą osobę.
 - Powiedz, że chciał(a)byś o coś zapytać.

Terapia logopedyczna

Cele:

- kształtowanie funkcjonalnej komunikacji;
- stymulowanie opóźnionego rozwoju mowy i doskonalenie wymowy już ukształtowanej;
- kształtowanie prawidłowej mowy poprzez korygowanie zaburzeń w zakresie strony fonetycznej, leksykalnej, gramatycznej;
- wdrażanie do praktycznego wykorzystania nawyków poprawnej wymowy przyswojonej w toku ćwiczeń;
- rozwijanie kompetencji językowych.

Zadania:

- wykonywanie poleceń jednoetapowych, wskazywanie części ciała, przedmiotów na polecenie, identyfikowanie cech, emocji, zabawa w udawanie, naśladowanie;
- naśladowanie niewerbalne –, w tym naśladowanie specyficznych ruchów twarzy i ust;
- usprawnienie narządów mowy;
- usunięcie wadliwych form realizacji dźwięków i wytworzenie w ich miejsce nowych prawidłowych;
- ćwiczenia logopedyczne – oddechowe, fonacyjne, artykulacyjne, usprawniające motorykę i kinestezję narządów tempa i płynności mowy;
- prowadzenie dialogu na różne tematy.

Terapia integracji sensorycznej

Cele:

- Znormalizowanie odbioru bodźców sensorycznych poprzez:
 - stymulację układu przedsionkowego i proprioceptywnego;
 - stymulację układu wzrokowego;
 - stymulację układu dotykowego;
 - rozwijanie praktyki.

Zadania:

- stosowanie technik wyciszających, pomagających regulować stan pobudzenia;
- dostarczanie wrażeń proprioceptywnych w celu regulacji stanu pobudzenia.;
- normalizacja systemu przedsionkowego;
- rozwijanie koordynacji ruchowej w zakresie małej motoryki i dużej;
- ćwiczenie uwagi;
- ćwiczenia na przekraczanie linii środkowej ciała;
- ćwiczenia wodzenia wzrokiem;
- masaże (różny nacisk);
- ćwiczenia kształtujące obraz i schemat ciała oraz orientację przestrzenną.

Wnioski

Obecnie Paweł objęty jest kompleksową opieką terapeutyczną: psychologa, pedagoga specjalnego, logopedy, terapeuty zaburzeń integracji sensorycznej, fizjoterapeuty. W celu wspomagania chłopca w rozwijaniu mowy oraz eliminowaniu specyficznych trudności w zakresie komunikacji, został on objęty specjalnym programem terapeutycznym i skierowany na różne terapie dostosowane do jego potrzeb i możliwości.

Podsumowując zebrane informacje, można stwierdzić, że brak podjęcia działań w zakresie interdyscyplinarnej diagnozy i terapii we wczesnych etapach rozwoju rzutuje obecnie na poziom rozwoju kompetencji i umiejętności komunikacyjnych u chłopca. Należy tu podkreślić, że program, którym chłopiec był objęty, nie wspomagał w wystarczającym stopniu rozwoju komunikacji dziecka, brakowało specjalistycznego i holistycznego podejścia w terapii, stąd tak obszerne zaburzenia w zakresie komunikacji. Tylko wczesna diagnoza i terapia mogłyby zapobiec tym problemom lub zmniejszyć ich spektrum. Bardzo ważne w tym przypadku jest jak najszybsze wdrożenie kompleksowego programu terapeutycznego.

Bibliografia

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-5.* Washington, American Psychiatric Association 2013 (w tłumaczeniu K. GRZYWACZ).
- GAŁKOWSKI T., WARDYN M.: *Echolalia u dzieci z autyzmem i jej rozwojowe uwarunkowania.* „Audiofonologia” 2002, T. 21, s. 147–177.
- http://www.ptab.univ.gda.pl/charakterystyka_dzieci_autystycznych.htm [data dostępu: 26.03.2018].
- International Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. ICD-10.* Geneva, World Health Organization 2004/.
- KAMIŃSKA B., SIEBERT B.: *Podstawy rozwoju mowy u dzieci.* „Forum Medycyny Rodzinnej” 2012, t. 6, nr 5, s. 236–243
- KONSTANTAREAS M., BLACKSTOCK E.B., WEBSTER C.D.: *Autyzm.* Przeł. K. HIPPI. Warszawa, Krajowe Towarzystwo Autyzmu 1992.
- MEYNARCZYK-KARABIN E.: *Komunikacja dzieci z autyzmem – przegląd badań.* „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo” 2016, nr 2 (32), s. 103–116.
- PISULA E.: *Autyzm, przyczyny, symptomy, terapia.* Gdańsk, Harmonia 2010.
- PRIZANT B.: *Language acquisition and communicative behavior in autism: Toward an understanding of the “whole” of it.* „Journal of Speech and Hearing Disorders” 1983, nr 48, s. 296–307.
- PRIZANT B., DUCHAN J.: *The Functions of Immediate Echolalia in Autistic Children.* „Journal of Speech and Hearing Disorders” 1981, no. 46, s. 241–249.
- SACHER-SZAFRAŃSKA K.: *Torowanie drogi rozwoju mowy poprzez kształtowanie sprawności komunikacyjnych dzieci dotkniętych zaburzeniami autystycznymi.* „Logopedia Silesiana” 2013, nr 2, s. 181–187.

- WIECZÓR E.: *Proces nabywania przez dzieci kompetencji językowych i komunikacyjnych*. „Studia Dydaktyczne” 2014, nr 26, s. 341–359.
- WOŁOSIUK B.: *Rozwijanie komunikacji dziecka ze spektrum autyzmu*. „Roczniki Pedagogiczne” 2017, t. 9 (45), nr 3, s. 97–109.