

Terapia logopedyczna małego dziecka z autyzmem w świetle teorii rozwojowych

Magdalena Tarnawska

Powiatowy Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych w Kraśniku

STRESZCZENIE

Autyzm jest zaburzeniem, które charakteryzuje się zespołem zróżnicowanych objawów, dlatego w najnowszych kryteriach diagnostycznych mówi się o spektrum zaburzeń autystycznych. W artykule przyjęto, że mimo różnorodności objawów zaburzenia istnieje jeden objaw wspólny, który dotyczy deficytów w rozwoju umiejętności społecznych. Ograniczenia w tym obszarze mają istotny wpływ na kształtowanie się języka i kompetencji komunikacyjnych osób z autyzmem. Autorka przedstawia propozycję terapii neurologopedycznej dziecka z autyzmem z uwzględnieniem założeń koncepcji rozwojowych, omawia cele oddziaływań terapeutycznych i przewidywane ich efekty.

SŁOWA KLUCZOWE

autyzm, kluczowe umiejętności społeczne, podejście rozwojowe, terapia

SUMMARY

Autism is a complex disorder characterized by differentiated symptoms. That is why, the newest diagnostic criteria assess it as spectrum of autistic disorders. Despite the variety of symptoms of autism, in the article it was intercepted that there exist one common symptom that apply to the deficit of cognitive abilities. This limitation affects significantly the development of both communication abilities and vocabulary. The author

presents the neurologopedic therapy of the child with autism with consideration of conception of development, discusses the aims of therapeutic attempts and possible effects.

KEY WORDS

autism, therapy, cognitive abilities, approach to development

1. TERAPIA DZIECKA Z AUTYZMEM JAKO PROBLEM LOGOPEDYCZNY

Autyzm jest całościowym zaburzeniem rozwoju, które ujawnia się w okresie wczesnego dzieciństwa i dotyczy wielu obszarów funkcjonowania dziecka, przez co istotnie wpływa na przebieg jego dalszego rozwoju, ograniczając możliwość nabywania wiedzy o otaczającym świecie. Kryteria diagnostyczne autyzmu określone przez DSM V (Morrison, 2016) dotyczą:

- stałych deficytów w zakresie komunikacji społecznej i społecznej interakcji;
- ograniczonych, powtarzających się wzorców zachowań lub aktywności.

Wyodrębnione wcześniej w DSM IV (Wciórka, 2008) kryterium jakościowych zaburzeń komunikacji zostało w DSM-5 zawarte w jednym kryterium z deficytami społecznymi, a jako argument podano wzajemne zależności pomiędzy występowaniem zestawu objawów w zakresie komunikacji i umiejętności typowo społecznych u osób z autyzmem (Gardin, Panek, 2017).

Takie ujęcie zaburzeń ze spektrum autyzmu może wyznaczać kierunek podejmowanej interwencji terapeutycznej, w której te dwa obszary funkcjonowania będą kształtowane we wzajemnej zależności. Jak takie założenie może przekładać się na praktykę logopedyczną? Terapia logopedyczna dzieci z autyzmem niezależnie od tego, czy opanowały umiejętność mówienia czy też nie, powinna być prowadzona w odniesieniu do kluczowych umiejętności społecznych. Wymaga od logopedy znajomości etapów ich pojawiania się oraz istotnego wpływu na kształtowanie się kompetencji językowych i komunikacyjnych. Bez zrozumienia znaczenia takich umiejętności, jak: dzielenie pola wspólnej uwagi, nawiązywanie intencjonalnego kontaktu wzrokowego, używanie gestu wskazywania, umiejętność naśladownictwa i działania naprzemiennego dla rozwoju mowy, trudno jest poprowadzić terapię logopedyczną przynoszącą efekty w postaci gotowości dziecka z autyzmem do wchodzenia w interakcje społeczne. Konieczność podjęcia dwutorowych działań terapeutycznych, po pierwsze nad komunikacją w aspekcie społecznym i po drugie – nad komunikacją w znaczeniu

zachowania językowego, skłania do poszukiwania metodologicznych założeń terapii, w której te dwa cele będą realizowane. Istotna jest w tym podejściu także indywidualizacja oddziaływań, ponieważ występujące trudności, a w zasadzie ich objawy, są charakterystyczne, ale i różne w swym natężeniu u każdego dziecka z diagnozą autyzmu. Natomiast to co jest powtarzalne, to rozległość występowania trudności komunikacyjnych obejmująca jej wszystkie sfery. Bardzo dobrze obrazuje to zestawienie przygotowane przez Mary M. Konstantareas i in. (1992, s. 73) przedstawione poniżej w tabeli 1, w którym autorzy wymieniają podstawowe deficyty w komunikowaniu się dzieci autystycznych, pokazując, że trudności dotyczą nie tylko małej liczby lub braku wypowiedzianych słów, ale także jakości wypowiedzianych komunikatów i umiejętności pragmatycznego użycia języka. Zakładając dwutorowość działań terapeutycznych, wymienione deficyty ilościowe, które są najbardziej zauważalne w kontekście diagnozy i postrzegania dziecka z autyzmem przez otoczenie, należy rozumieć jako swoisty „wierzchołek góry lodowej”, którego przyczyny sięgają dużo głębiej – do elementarnych umiejętności społecznych i komunikacyjnych. Podobnie występowanie trudności jakościowych i w pragmatycznym użyciu języka, które są często postrzegane w terapii logopedycznej jako praca skoncentrowana na kompetencjach językowych, gdyż „dziecko mówi”, również mogą mieć swoją przyczynę w pewnych lukach rozwojowych, które dotyczą wczesnych umiejętności komunikacyjnych.

Tabela 1. Schemat zaburzeń językowych w komunikowaniu się dzieci autystycznych.

Deficyty ilościowe	Deficyty jakościowe	Deficyty w pragmatycznym użyciu języka
Brak mowy – z brakiem gestykulacji – z elementarną gestykulacją Opóźnienia w mowie – krótkie/miesięczne – długotrwałe/wieloletnie Ograniczona mowa – tylko łańcuch: bodziec – reakcja – bardziej zaawansowane, lecz ograniczone posługiwanie się mową	Echolalia – natychmiastowa – opóźniona Odwracanie zaimków Neologizmy Metaforyczne użycie języka Nieodpowiednie uwagi i komentarze Język stereotypowy Defekty w artykulowaniu	Niezdolność do naprzemiennego wysławiania się Brak komunikowania się w stosunku do dorosłych Brak komunikowania się w stosunku do rówieśników Niezdolność do symbolicznego używania przedmiotów Słabe używanie prozodii dla wyrażenia zamiaru Słabe wykorzystanie bodźców wzrokowo-twarzowych dla metakomunikacji

Źródło: Mary M. Konstantareas i in., 1992, s. 73.

Terapia logopedyczna dziecka za autyzmem to proces złożony, który musi zostać poprzedzony rzetelną diagnozą. Wymaga od logopedy dużej wiedzy z zakresu psychologii rozwojowej i funkcjonowania osób z autyzmem, jest wyzwaniem w kontekście pracy własnej nad umiejętnościami terapeutycznymi, ale również daje możliwość kształtowania umiejętności komunikacyjnych w bardzo szerokim ujęciu, co jest niebywałym doświadczeniem w pracy zawodowej.

2. ROZWÓJ KLUCZOWYCH UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH DZIECKA Z AUTYSTYCZNYM SPEKTRUM ZACHOWAŃ W ŚWIETLE PRAW ROZWOJOWYCH

Współczesne badania nad rozwojem pokazują, że droga do osiągnięcia umiejętności przez dziecko może być różna, nie zawsze jest osiągnięta w tym samym tempie i dzięki takim samym czynnikom. Jednocześnie badania nad wczesnym rozwojem pokazują, że pewne zdolności są dla rozwoju kluczowe (Szczypczyk, 2012). Szczególnie istotne dla rozumienia deficytów w autyzmie są badania nad elementarnym poznaniem społecznym, ponieważ analiza wczesnego rozwoju dzieci wskazuje, że już w 1. r.ż. można wyodrębnić szereg zachowań, które mogą przyczyniać się do zwiększonego ryzyka diagnozy autyzmu. Wartość diagnostyczna tych sygnałów ostrzegawczych nie została dotąd jednoznacznie potwierdzona, choć występowanie łącznie kilku z tych wskaźników może być istotne (Rybakowski i in., 2014). Poniżej, w tabeli 2, przedstawione zostały wczesne sygnały występujące w 1. roku życia, które mogą być pomocne w diagnozowaniu występowania ryzyka autyzmu (Pisula, 2012). Dotyczą one podstawowych umiejętności społecznych, są jednocześnie bardzo dyskretne i zależne od wystąpienia interakcji z drugą osobą.

W 2. roku życia nietypowe zachowania manifestują się wyraźniej i mogą, chociaż jeszcze nie muszą, występować we wszystkich typowych dla autyzmu obszarach. Najczęściej potwierdzane w badaniach wczesne objawy autystycznego spektrum zachowań dotyczą braku zachowań świadczących o gotowości dziecka do nawiązywania relacji społecznych, w tym:

- reakcji na własne imię,
- ograniczonego kontaktu wzrokowego,
- nietypowej ekspresji mimicznej w sytuacjach społecznych,
- braku współgrania emocjonalnego,
- małego zainteresowania bodźcami społecznymi,

- zubożonej wokalizacji,
- ograniczonych zdolności naśladowania,
- trudności w tworzeniu wspólnego pola uwagi (Rybakowski i in., 2014).

Tabela 2. Wczesne sygnały behawioralne pomocne w rozpoznawaniu ryzyka autyzmu w 1. r.ż. dziecka.

Behawioralne wskaźniki wskazujące na podwyższone ryzyko ASD	Okres rozwoju, w którym trudności mogą się ujawnić
Nietypowy kontakt wzrokowy	I półrocze 1. r.ż.
Brak lub znacznie ograniczone zainteresowanie bodźcami społecznymi (w tym twarzą ludzką), ignorowanie ich, krótki czas patrzenia na ludzi	I półrocze 1. r.ż.
Brak zdolności do naprzemiennego uczestniczenia w interakcjach, ograniczone zdolności inicjowania i podtrzymywania kontaktu	I półrocze 1. r.ż.
Brak odpowiedniej reakcji na komunikaty kierowane do dziecka	I półrocze 1. r.ż.
Brak emocjonalnego dostrojenia do emocji okazywanych przez inną osobę, brak dostosowania mimiki do sytuacji, nietypowa ekspresja mimiczna	I półrocze 1. r.ż.
Brak uśmiechu w sytuacjach społecznych i innych form okazywania radości w kontakcie społecznym	I półrocze 1. r.ż.
Brak lub znaczne opóźnienie reakcji na własne imię	8-10. mies. życia (lub wcześniej)
Brak wskazywania w celu ukierunkowania uwagi innej osoby na interesujący dziecko obiekt	8-12. mies. życia
Zubożona reakcja antycypacyjna	II półrocze 1. r.ż.
Brak podążania wzrokiem za osobą, pokazywaną zabawką, śledzenia tego, co pokazuje lub czemu przygląda się rodzic	II półrocze 1. r.ż.
Brak złożonych zachowań społecznych łączących spojrzenie, ekspresję mimiczną, ton głosu i gestykulację	II półrocze 1. r.ż.
Dziecko może sprawiać wrażenie, jakby „wylądowało się” z otoczenia i nie słyszało, co się wokół niego dzieje	II półrocze 1. r.ż.
Zubożona wokalizacja i gaworzenie, zwłaszcza podczas interakcji z inną osobą	1. r.ż.
Brak domagania się, by być brany na ręce i przytulany	1. r.ż.
Nietypowy, opóźniony, nieharmonijny rozwój ruchowy	1. r.ż.
Brak rozumienia gestów o znaczeniu społecznym (np. <i>pa pa</i>)	przełom 1. i 2. r.ż.

Większość wymienionych objawów dotyczy okresu poprzedzającego rozwój mowy, co może świadczyć o tym, że zaburzenia komunikacji językowej są wtórne do wymienionych wczesnych symptomów zaburzeń autystycznych. Dla praktyki logopedycznej ważna jest analiza rozwoju umiejętności koniecznych do nawiązywania relacji w kontekście rozwoju normatywnego i zaburzonego. Wiedza ta pozwala określić etap rozwoju danej umiejętności u konkretnego dziecka i kolejność postępowania podczas oddziaływań terapeutycznych.

Jedną z umiejętności, które są utożsamiane z trudnościami osób z autyzmem, jest **kontakt wzrokowy**, a w zasadzie jego zaburzenia polegające między innymi na: braku nawiązywania kontaktu wzrokowego podczas interakcji, patrzeniu peryferyjnym, braku tworzenia wymiany spojrzeń między dwiema osobami lub osobami patrzącymi na ten sam przedmiot. Występuje także większe zainteresowanie przedmiotami i patrzeniem na nie, przy jednoczesnym unikaniu obserwowania ludzi. Natomiast w rozwoju normatywnym kontakt wzrokowy rozwija się, przechodząc przez pewne stałe etapy:

- odpowiadanie uśmiechem na uśmiech (2. m.ż.);
- odróżnianie swoich od obcych (4. m.ż.);
- wyciąganie rączek do osoby (6. m.ż.);
- zabawa w „A kuku” (7. m.ż.);
- umiejętność podążania wzrokiem za spojrzeniem innej osoby (10. m.ż.);
- rozpoznawanie konkretnego obiektu, na który skierowane jest spojrzenie drugiej osoby, nawet jeśli znajduje się on poza ich polem widzenia (12–18. m.ż.) (Dosman i in., 2012).

W świetle tych informacji można zauważyć, że duża liczba dzieci z autyzmem ma trudności odnoszące się do wieku poniżej 6. miesiąca życia, co świadczy o regresie lub istotnym opóźnieniu w rozwoju tej umiejętności. Szukając przyczyn deficytów w nawiązywaniu kontaktu wzrokowego, badacze, jak i same osoby z autyzmem, podkreślają możliwość występowania zaburzeń sensorycznych związanych z postrzeganiem ludzkiej twarzy, słabej centralnej koherencji czy problemów związanych z teorią umysłu (Piszczek, 2013, Atwood, 2006, Cohen i in., 2010).

Kolejną umiejętnością, która umożliwia dziecku postępy w rozwoju poznawczym, społecznym, języka i zabawy jest **tworzenie wspólnego pola uwagi**. Ta sprawność jest definiowana jako zespół zdolności do koordynowania i płynnego przenoszenia uwagi pomiędzy przedmiotem lub wydarzeniem a osobą w kontekście społecznym. Wyznacznikami tej umiejętności są:

- przenoszenie przez dziecko wzroku z przedmiotu na osobę (pojawia się pomiędzy 9–12. m.ż.);

- monitorowanie kierunku spojrzenia drugiej osoby (pojawia się pomiędzy 11–14. m.ż);
- ukierunkowywanie czyjejs uwagi (pojawia się pomiędzy 13–15. m.ż.) (Tomasello, 1999/2002).

Dzieci z autyzmem dłużej, chętniej i częściej przyglądają się przedmiotom niż ludziom, mają też trudności z przenoszeniem wzroku z przedmiotu na osobę, np. żeby upomnieć się o kontynuację czynności, zabawy, wynika to z problemów z tworzeniem złożonych reprezentacji triadycznych „inna osoba – obiekt – ja” (Piszczek, 2013).

Bezpośrednio z umiejętnością tworzenia pola wspólnej uwagi wiążą się umiejętności **działania naprzemiennego i naśladownictwa**, które to w normatywnym rozwoju przebiegają następująco:

- pierwszy dialog (6–7. m.ż.);
- zabawa w „A kuku” (7. m.ż.);
- zabawa typu: „kosi-kosi”, „pa-pa”, „tany-tany” (10–12. m.ż.);
- zabawa na niby (12–18. m.ż.);
- powtarzanie sekwencji kilku ruchów dorosłego (17–20. m.ż.) (Dosman i in., 2012).

Te umiejętności są swoistym „dialogiem w działaniu” i stanowią rusztowanie pod późniejszą umiejętność rozmowy. W przypadku dzieci z autyzmem zaburzenia tych umiejętności wynikają z trudności w dostrajaniu się do komunikatów wysyłanych przez rodziców i braku reakcji na nie. Dzieci te są mniej świadome tego, że nadeszła kolej partnera, ponieważ są mniej wyczulone na sygnały komunikacyjne wysyłane za pomocą oczu, twarzy, głosu. Nie wiedzą też, jakim sygnałem uruchomić dorosłego do działania i często wykorzystują prowadzenie ręki dorosłego w celu komunikacji (Rogers i in., 2015).

Jednocześnie rozwija się kolejna umiejętność, którą można nazwać pierwszym komunikatem niewerbalnym, a mianowicie **gest wskazywania**. Kształtuje się on około 9. miesiąca życia i początkowo ma charakter wskazywania imperatywnego – jest ono skoncentrowane na przedmiocie i służy zaspokojeniu konkretnej potrzeby. Dzieci z autyzmem, które posługują się gestem wskazywania, najczęściej stosują go właśnie w ten sposób. Natomiast około 13. miesiąca życia zaczyna dominować wskazywanie deklaratywne, w którym wskazujący koncentruje się na drugiej osobie, chce podzielić się z nią swoimi emocjami, pokazać jej swoje zainteresowanie lub zwrócić jej uwagę. Celem jest więc sam kontakt i wymiana doświadczeń, która buduje i umacnia relacje. Ten rodzaj wskazywania sprawia dzieciom z autyzmem szczególne trudności. Wymaga bowiem zauważenia partnera, wykorzystania umiejętności wskazywania i czekania na reakcję partnera interakcji (Rogers i in., 2015).

Badania naukowe z ostatnich lat koncentrują się na rozwoju społecznym małego dziecka. Wiedza, jaka z nich wynika, istotnie wpłynęła istotnie na rozumienie rozwoju wczesnych umiejętności społecznych i ich znaczenia dla wyższych umiejętności językowych i komunikacyjnych. Pomimo tego, iż wiele badań wykazuje, że zaburzenia tych umiejętności są najwcześniej ujawniającym się deficytem w autyzmie, także i tutaj przebieg rozwoju u poszczególnych dzieci może być odmienny (Szczytyczek, 2012).

3. CELE POSTĘPOWANIA TERAPEUTYCZNEGO W PRZYPADKU AUTYZMU

Mózg każdego człowieka rozwija się poprzez dynamiczną interakcję z otoczeniem. Gdy małe dzieci wchodzi w interakcję ze światem ludzi i przedmiotów, ich mózgi organizują się i dostrajają tak, aby umożliwić im zachowania adaptacyjne. Dziecko, którego mózg ma problem z przetwarzaniem wielozmysłowych informacji, wchodzi w interakcje z ludźmi i przedmiotami w sposób nietypowy. Oznaki tego procesu mogą być początkowo subtelne, później zaczynają się uwidaczniać, szczególnie w wieku od dwunastu do osiemnastu miesięcy. Właśnie wtedy dziecko może zacząć opuszczać kluczowe etapy rozwoju komunikacji. Zazwyczaj spędza mało czasu na przetwarzaniu informacji społecznych, a więcej na przetwarzaniu informacji mniej złożonych, na ogół niespółecznych, np. fiksjacje wzrokowe na okrągłych przedmiotach. Dziecko niejako opuszcza „edukację społeczną”, którą w tym samym czasie przechodzą jego typowo rozwijający się rówieśnicy. Z biegiem czasu ścieżka rozwoju takiego dziecka coraz bardziej oddala się od ścieżek rozwoju jego rówieśników, a zmienione wzorce interakcji ze światem prowadzą do wykształcania się zachowań typowo autystycznych, w formie gwałtownie przyspieszającej pętli przyczynowo-skutkowej (Relate to Autism, 2010).

Ostatnie lata to intensywny rozwój w zakresie poszukiwania skutecznych oddziaływań terapeutycznych, pozwalających osobom z autyzmem dobrze funkcjonować w wielu obszarach życia. Jedną z takich koncepcji są terapie rozwojowe, które powstały z połączenia koncepcji rozwoju intelektualnego Jeana Piageta, psychoanalizy oraz społeczno-pragmatycznych teorii rozwoju językowego. Mają one dwa podstawowe założenia:

- umiejętności komunikacji społecznej są nabywane w podobnej kolejności rozwojowej przez wszystkie dzieci, niezależnie od ich predyspozycji;
- dzieci uczą się głównie poprzez związki emocjonalne z responsywnymi opiekunami (Relate to Autism, 2010).

Terapia logopedyczna dziecka z autyzmem, w odniesieniu do teorii rozwojowych, będzie miała na celu przeprowadzenie dziecka przez kolejne etapy rozwoju komunikacji i mowy, wypełniając powstałe luki rozwojowe i dając mu szansę na wyrównanie deficytów. Będzie też uwzględniała związek pomiędzy elementarnymi umiejętnościami społecznymi i komunikacyjnymi a występowaniem umiejętności wyższych rozwojowo, czyli komunikacji językowej i kompetencji komunikacyjnej. Można przyjąć następujące ogólne cele terapii logopedycznej dziecka z autyzmem:

1. Rozwijanie kluczowych umiejętności społecznych i komunikacyjnych

Podczas realizacji tego celu praca koncentruje się na kształtowaniu umiejętności podzielenia pola wspólnej uwagi, inicjowaniu interakcji za pomocą kontaktu wzrokowego, kształtowaniu reakcji na gest wskazywania drugiej osoby oraz uczenie wskazywania deklaratywnego. Ważne na tym etapie jest również doświadczanie przez dziecko działania naprzemiennego, podczas którego czeka na swoją kolej oraz kształtowanie naśladownictwa, początkowo w działaniu, a potem również werbalnego. Ze względu na specyfikę zaburzenia, jakim jest autyzm, deficyty w obszarze kluczowych umiejętności występują również u dzieci mówiących. Zasadne jest, żeby nawet podczas pracy nad komunikacją językową również uwzględniać realizację tego celu.

2. Rozwijanie komunikacji symbolicznej

Cele związane z komunikacją symboliczną odnoszą się do kształtowania i wzbogacania słownika czynnego i biernego. Komunikatem symbolicznym jest również gest i symbol graficzny, więc jeżeli występują trudności w rozwoju mowy czynnej, zasadne jest wprowadzanie alternatywnych lub wspomagających metod komunikowania się.

3. Rozwijanie funkcji komunikacyjnych

Cel ten kształtuje w dziecku przekonanie, że słowa / symbole graficzne / gesty (w zależności od możliwości dziecka), mają określoną „moc sprawczą” i służą do tego, żeby zaspokajać różne potrzeby. Funkcje komunikacyjne realizowane przez dzieci do 24. miesiąca życia według Hellidaya (Smyczek, 2007) to:

- funkcja instrumentalna, którą dziecko realizuje poprzez:
 - protestowanie;

- upominanie się o przedmiot i akcję jednocześnie;
- domaganie się uwagi;
- funkcja regulacyjna, którą dziecko realizuje poprzez:
 - upominanie się o przedmioty;
 - upominanie się o akcję;
- funkcja interaktywna, którą dziecko realizuje poprzez:
 - okazywanie zainteresowania i uczuć;
 - wołanie, pozdrawianie;
 - powtarzanie imitowanie;
- funkcja informacyjna, którą dziecko realizuje poprzez:
 - odpowiadanie na pytania;
 - opowiadanie, opisywanie;
- funkcja personalna/osobista, którą dziecko realizuje poprzez:
 - nazywanie własnego działania;
 - komentowanie;
- funkcja imaginacyjna, którą dziecko realizuje poprzez:
 - zabawę znaczeniami i udawanie;
- funkcja heurystyczna, którą dziecko realizuje poprzez:
 - zadawanie pytań;
 - zdobywanie informacji.

4. Rozwijanie kompetencji językowej

Cel ten, pozwalający poznać system językowy, jest w przypadku dzieci z autyzmem dużym wyzwaniem. Wymaga pracy głównie na poziomie morfologicznym i składniowym języka, uwzględniając deficyty jakościowe (patrz tabela 1), charakterystyczne dla zaburzeń językowych ze spektrum autyzmu.

5. Rozwijanie kompetencji komunikacyjnej

Cel ten w pracy z osobami z autyzmem dotyczy rozwijania motywacji do komunikacji społecznej, a także praktycznych umiejętności związanych między innymi z prowadzeniem rozmowy oraz odpowiednim reagowaniem komunikacyjnym, w zależności od partnera interakcji.

4. METODYKA TERAPII LOGOPEDYCZNEJ DZIECKA ZE SPEKTRUM ZABURZEŃ AUTYSTYCZNYCH

Realizacja planu terapii logopedycznej z dzieckiem z autyzmem powinna uwzględniać realizację trzech podstawowych założeń metodologicznych:

- należy stymulować kluczowe umiejętności społeczne i komunikacyjne, które stanowią bazę do nabywania języka i wyższych umiejętności społecznych;
- program terapii powinien być dostosowany do poziomu rozwoju poszczególnych umiejętności komunikacyjnych i językowych dziecka, a nie do jego wieku biologicznego;
- styl interakcji terapeuty/logopedy z dzieckiem podczas realizowania poszczególnych etapów programu powinien być odpowiednio dostosowywany.

Skuteczna interwencja logopedyczna w stosunku do dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu musi dotyczyć obszaru społecznego i komunikacyjnego, a nie tylko językowego. Normatywnie rozwijające się dzieci potrafią przyswoić język, ponieważ ich wczesne umiejętności komunikacyjne pozwalają im zauważać ludzi, inicjować z nimi kontakt, naśladować, skupiać się na tym samym. Stanowi to podstawę do ich dalszego rozwoju. Należy również pamiętać, że każda z umiejętności rozwojowych przechodzi przez kolejne etapy kształtowania się. Podejmując się pracy terapeutycznej z dzieckiem z diagnozą opóźnionego rozwoju mowy w wieku trzech lat, logopeda nie zaczyna pracy od rozwijania umiejętności budowania zdań pojedynczych, tylko kształtuje pierwsze komunikaty werbalne oparte na sylabach. Dzieje się tak dlatego, że rozwojowo ta umiejętność jest wcześniejsza. Podobnie, pracując z dzieckiem z autyzmem, nie można „nie zauważać” licznych ograniczeń z wczesnych etapów rozwoju społecznego i komunikacyjnego. Dlatego konieczna jest kompleksowa diagnoza i indywidualizacja w prowadzeniu oddziaływań w odniesieniu do każdego dziecka.

Specyfika funkcjonowania dziecka z autyzmem wymaga dostosowywania stylu interakcji dorosłego w zależności od poziomu funkcjonowania, na którym jest dziecko. Wynika to również z rozwojowego podejścia do pracy terapeutycznej. Wczesne umiejętności społeczne i komunikacyjne kształtują się przed pierwszym rokiem życia dziecka, styl interakcji, jaki realizują rodzice/opiekunowie z tak małym dzieckiem jest zazwyczaj emocjonalny, nastawiony na relację z nim. Mało jest tam poleceń, pytań, a więcej komentarzy i reakcji niewerbalnych na sygnały wysyłane przez dziecko, uwzględniane są też preferencje dzieci dotyczące wyboru zabawki, rodzaju aktywności. Takie zachowania dorosłych sprzyjają pojawieniu się zachowań społecznych, np. intencjonalnego kontaktu wzrokowego,

którego nie uda się nauczyć poprzez wypowiedzianie polecenia „popatrz na mnie”, gdyż już samo polecenie pozbawia dziecko jakiegokolwiek intencji. Jeżeli pracujemy z dzieckiem z autyzmem nad kluczowymi umiejętnościami, rozwijamy pierwsze relacyjne zabawy, istotne jest, żeby pamiętać o responsywnym stylu interakcji. Innym ważnym czynnikiem jest dobór sposobu realizacji poszczególnych zadań. I znowu warto odnieść się do rozwoju dziecka neurotypowego, które w większości uczy się poprzez zabawę. Zabawę, która jest ciekawa, śmieszna, dostosowana do poziomu rozwoju dziecka, nie jest dla niego trudna, podczas niej dorosły jest dla dziecka partnerem. W kolejnych etapach pracy nad komunikacją i językiem styl interakcji może się zmieniać na dyrektywny, jeżeli dziecko jest już gotowe na to, żeby wykonywać polecenia i odpowiadać na pytania.

5. EFEKTY TERAPII A FUNKCJONOWANIE DZIECKA Z AUTYZMEM W ŚRODOWISKU

Prowadzone oddziaływania terapeutyczne powinny przynieść korzyści dla funkcjonowania dziecka w środowisku (domu, szkole). Poprawa w funkcjonowaniu społeczno-komunikacyjnym w efekcie podjęcia interwencji logopedycznej wobec dziecka z autyzmem pozwoli przede wszystkim na zredukowanie liczby trudności, które powodują u dziecka ograniczone możliwości dalszego rozwoju. Otworzy też możliwość prowadzenia dalszych oddziaływań terapeutycznych, na przykład w ramach treningów umiejętności społecznych lub zajęć grupowych rozwijających kompetencje komunikacyjne. W szerokiej perspektywie rozwojowej każda z kluczowych umiejętności społecznych jest podstawą do lepszego funkcjonowania i przyczynia się do konkretnych zachowań:

Pole wspólnej uwagi – zauważanie innych osób (dorosłych, rówieśników), dzielenie się zainteresowaniami z innymi ludźmi, umiejętność zabawy tematycznej, zabawy w „udawanie”, rozwój empatii, rozwój umiejętności myślenia o tym, o czym myślą inne osoby, postępy w rozumieniu znaczenia pojęć abstrakcyjnych, metafor, żartów.

Kontakt wzrokowy (intencjonalny) – rozumienie sytuacji społecznych, rozumienie komunikacji niewerbalnej, postępy w rozwoju mowy czynnej, lepsza komunikacja niewerbalna z innymi osobami, umiejętność prośzenia o pomoc.

Naśladownictwo – lepsze funkcjonowanie w grupie, postępy w rozwoju mowy i umiejętności społecznych, lepsze przystosowanie do zmieniających się warunków, np. w szkole, pozytywny odbiór społecznych przez innych ludzi (rówieśników, dorosłych).

Gest wskazywania (deklaratywny) – lepsza komunikacja niewerbalna, lepsze rozumienie intencji innych ludzi, większa samodzielność, większe poczucie sprawstwa własnych działań.

Przyjęcie perspektywy odległych efektów oddziaływań terapeutycznych, już na samym początku pracy z dzieckiem, jest bardzo istotne. Pozwala zawsze, niezależnie od wykorzystywanych na zajęciach logopedycznych pomocy dydaktycznych i rodzajów aktywności, mieć świadomość celowości wykonywanych czynności dla dalszego rozwoju społecznego i komunikacyjnego dziecka.

BIBLIOGRAFIA

- Attwood T., 2006, *Zespół Aspergera. Kompletny przewodnik*, Gdańsk.
- Dosman C., Andrews D., Goulden K., 2012, *Wiek występowania kamieni milowych we wczesnej ocenie rozwoju dziecka*, [w:] *Medycyna Praktyczna. PEDIATRIA*, tłum. D. Stencel, 2014/01, Kraków, s. 55–68.
- Grandin T., Panek R., 2017, *Mózg autystyczny. Podróż w głąb niezwykłych umysłów*, Kraków.
- Howlin P., Baron-Cohen S., Hadwin J., 2010, *Jak uczyć dzieci z autyzmem czytania umysłu*, Kraków.
- Konstantareas M., Blackstock E., Webster Ch., 1992, *Autyzm*, Krajowe Towarzystwo Autyzmu, Warszawa, s. 73.
- Morrison J., 2016, *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, Kraków.
- Pisula E., 2012, *Autyzm. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej*, Sopot.
- Piszczek M., 2013, *Autyści. Jak odbierają i rozumieją świat. Kilka uwag o wychowaniu i terapii*, Warszawa.
- Relate to Autism, 2010, *Naukowe podstawy systemu Growth Through Play (Rozwój przez zabawę)*, (tłum. Fundacja Zrozumieć Autyzm), online: www.zrozumiecautyzm.pl
- Rogers S., Dawson G., Vismara L., 2015, *Metoda wczesnego startu dla dziecka z autyzmem (ESDM)*, Kraków.
- Rybakowski F. i in., 2014, *Zaburzenia ze spektrum autyzmu – epidemiologia, objawy, współzachorowalność i rozpoznawanie*, „Psychiatria Polska”, 48(4), s. 653–665.
- Smyczek A., 2007, *Wspomaganie rozwoju komunikacji i języka dzieci niepełnosprawnych od 1-go do 6-go roku życia*, [w:] *Możliwości diagnostyki i terapii dzieci z wczesnym uszkodzeniem mózgu w wieku od 0 do 6-go roku życia i wsparcia ich rodzin*, red. M. Król, J. Kryszczyńska, J. Taczała, Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnym „Krok za krokiem”, Zamość, s. 91–103.
- Szczypczyk A., 2012, *Droga do umiejętności. Tworzenie programu terapii dziecka z autyzmem w podejściu rozwojowym*, „Sztuka Leczenia”, 3–4, (tom XXV), Kraków, s. 23–32.
- Tomasello M., 1999/2002, *Kulturowe źródła ludzkiego poznawania*, Warszawa.
- Wciórka J.(red.), 2008, *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*, Wrocław.