

DOROTA KORNAS-BIELA

## TERAPIA DZIECI AUTYSTYCZNYCH

Zainteresowanie autyzmem wczesno-dziecięcym notuje się od niedawna. Stąd wiedza lekarzy, psychologów i pedagogów jest w tym zakresie niedostateczna. Istnieją również obiektywne trudności w diagnozie różnicowej autyzmu od np. schizofrenii dziecięcej, upośledzenia umysłowego, gdyż z jednej strony symptomy wyodrębnione jako charakterystyczne dla autyzmu występują również w innych rodzajach upośledzeń, z drugiej strony ich nasilenie, specyficzne formy i wzajemny układ są indywidualnie bardzo zróżnicowane. Z tego powodu odmienny jest obraz autyzmu u każdego dziecka. Odczuwają to rodzice, którzy latami czekają na właściwą diagnozę, męcząc dziecko wielokrotnymi wizytami i leczeniem u różnych specjalistów.

Obecnie dokonały się pewne zmiany w poglądach na szanse rehabilitacji dziecka z autyzmem wczesno-dziecięcym. Podejmowane próby terapii [B. Weigl 1976, T. Gałkowski 1980, 1984, M. Kościelska, A. Czownicka 1981, E. Czownicka 1983, M. Grodzka 1984] ukazały możliwość przezwyciężenia skutków autyzmu przez wytworzenie świadomości własnej tożsamości oraz umiejętności kontaktu z osobami, wyeliminowanie objawów agresji, autoagresji i gwałtownych reakcji (np. na zmianę w otoczeniu), redukcję lęku i wykształcenie mowy.

### Praca Poradni dla Dzieci Autystycznych w Warszawie

Od kilku lat istnieje przy Instytucie Psychoneurologicznym w Warszawie Poradnia dla Dzieci Autystycznych prowadzona przez Magdalenę Grodzką. Rodzice otrzymują skierowanie do Poradni na podstawie badania w Centrum Zdrowia Dziecka, czasami zaś zwracają się wprost do Poradni. Kontakty z Poradnią są bardzo systematyczne - zależnie od potrzeby raz na miesiąc, dwa lub trzy miesiące. Rodzice mieszkający w Warszawie kontaktują się częściej. W czasie wizyty następuje rozmowa z rodzicami, obserwacja dziecka, pokaz techniki terapeutycznej, próbne wykonywanie jej przez rodziców. W czasie całego pobytu dziecka w Poradni rodzice są obecni przy dziecku. Pod koniec wizyty rodzice otrzymują zalecenia, które stosują w domu. W razie wystąpienia trudności w ich realizacji mogą w formie listowej lub telefonicznej zwrócić się do Poradni o dodatkowe sugestie.

### Formy terapii w ramach Turnusu Rehabilitacyjnego

Terapia dziecka autystycznego ma charakter kompleksowy - ujmując to dziecko w kontekście jego środowiska, a więc obejmuje swoim zasięgiem dziecko, jego rodzeństwo i rodzinę.

Jedną z form kompleksowej terapii są Turnusy Rehabilitacyjne. Każda rodzina uczestniczy w dwóch turnusach. Pierwszy z nich organizowany jest na zamkniętym terenie Instytutu Psychoneurologicznego, w okresie letnim. Turnus zimowy odbywa się w miejscowości górskiej, zalesionej, w terenie pozwalającym na długie spacerowanie i proste formy sportów, np. saneczkowanie, jazda na nartach.

Zajęcia terapeutyczne prowadzone są przez terapeutów, których rolę spełnia personel turnusu - psycholog, studenci psychologii lub pedagogiki oraz rodzice, a rolę nadzorczą i doradczą spełnia główny terapeuta turnusu - M. Grodzka. Ze względu na silny lęk dzieci autystycznych przed ludźmi, nieznanymi im osobami personelu podchodzą do kontaktów z nimi z dużą ostrożnością i stopniowo przyzwyczajają dzieci do własnej postaci, wyglądu, sposobu poruszania się i mówienia oraz zapachu ciała. Aby dziecko zaakceptowało dorosłego, jego zachowanie musi być bardzo spokojne, a obecność niemal niezauważalna. Przez cały czas terapii obowiązuje zasada wyjątkowej cierpliwości. Terapeuta jak ogrodnik musi pielęgnować każdy przejaw zainteresowania dziecka otoczeniem, każdy objaw zdolności do nawiązywania kontaktów emocjonalnych i zachowań społecznych. Ale nie może przyspieszać, poganiać dziecka. Wskutek oddziaływań terapeutycznych musi ono przejść przez wszystkie kolejne etapy rozwoju poznawczego, uczuciowego i społecznego w tempie dla siebie właściwym. Stąd też pozwala się dziecku poznawać rzeczywistość wszystkimi zmysłami (co jest charakterystyczne dla okresu niemowlęcego i wczesno poniemowlęcego), np. jeść śnieg, mazać się nim, ugniatać go, tarzać się po nim, wcierać głowę w niego. W każdym kontakcie należy ustawiać się naprzeciw dziecka, by wykorzystać tę pozycję do nawiązania łączności wzrokowej i przełamania charakterystycznej dla niego tendencji do zasklepiania się we własnej „muszli”, zamknięcia w sobie, unikania kontaktu wzrokowego z ludźmi. Przez cały czas trwania kontaktu terapeuta stara się „pójść za dzieckiem”, tzn. przy zapewnieniu mu bezpieczeństwa pozwala na rozwój nieraz luźno uchwytnych pragnień i zainteresowań dziecka (np. naśladuje jego ruchy). Pozwala dziecku na zaspokojenie stereotypu, np. skubanie nitek, darcie papieru, trzymanie butelki po aerozolu. Czasami nawiązywanie kontaktu z dzieckiem rozpoczyna się od odzierciedlenia stereotypowego zachowania dziecka. Wtedy terapeuta razem z nim np. drze papier najpierw po cichu, potem wprowadzając nazywanie czynności szeptem lub śpiewem, np. „drzemy papier, drzemy papier, ja drę papier, Kazio drze papier”. Te przedmioty używane w stereotypach są przez dziecko autystyczne traktowane jako część ich własnej osoby, dlatego dziecko nie może być ich pozbawione. Muszą być

one dostępne w zasięgu ręki i wzroku. Posiadanie ich i wykonywanie nimi repetytywnych czynności zabawowych zapewnia dziecku autystycznemu poczucie własnej integralności psychicznej i bezpieczeństwa.

Zajęcia terapeutyczne odbywają się codziennie o tej samej porze i w tym samym miejscu lub w miejscu, które dziecko dowolnie wybiera. Chodzi o zapewnienie dziecku poczucia bezpieczeństwa i stałości warunków a tym samym zmniejszenie jego panicznego lęku przed wszelkimi zmianami zachodzącymi w ustalonym rytmie dnia, w kolejności zdarzeń i czynności oraz w otoczeniu. Dziecko może swobodnie wybierać rodzaj terapii, w której ma ochotę uczestniczyć, oraz czas jej trwania. Niezmiernie ważnym bowiem jest samorzutna aktywność dziecka, a próby nawiązania kontaktu z dzieckiem podejmowane w czasie jej trwania są bardziej owocne. Obserwacja zachowań dziecka w spontanicznie wybranych przez niego formach aktywności pozwala też lepiej rozumieć jego potrzeby i nasuwa sugestie co do dalszego programu indywidualnej terapii. Poza tym daje to dziecku autystycznemu poczucie, że jest rozumianym przez otoczenie, co zmniejsza stale odczuwane przez niego zagrożenie i izolację od otoczenia.

Dziecku autystycznemu są proponowane także następujące formy terapii:

#### 1. Zabawa materiałami sypkimi

Dziecko autystyczne reaguje często przerażeniem na rzeczywistość uformowaną, ustrukturyzowaną, zaś rozładowuje się emocjonalnie obcując z materiałami o nieukształtowanej formie jak np. groch, fasola, kasze, makaron, siemie lniane, ryż, kasztany, piasek. Tworzenie rzeczywistości przez ruch tych elementów oraz wywoływanie przy tym szeleszczącego dźwięku działa tonizująco na układ nerwowy dziecka autystycznego. Poza tym terapia materiałami sypkimi, zwana „terapią grochem”, wyraża sprawność manualną dziecka, zwiększa koordynację wzrokowo-ruchową i koncentrację uwagi. Wzmaga też ruchy języka i ust, co przygotowuje aparat mowy do pracy i stymuluje rozwój mowy dziecka. Jest okazją do nawiązania kontaktów z innymi w sytuacji rozluźnienia i obniżenia lęku.

Terapia ta przebiega następująco:

Terapeuta i/ lub rodzic siadają i sypią groch. Na początku każde dziecko ma swojego terapeute, swoją miskę z grochem, swoje wiaderko. Później dopiero, gdy dzieci polubią zabawę z grochem i są w stanie tolerować obecność drugiego dziecka, łączy się dwoje dzieci, plasując je w odpowiedniej odległości od siebie. Następnym etapem jest umieszczenie dwoje dzieci przy misce z grochem. Zaleca się, by ze względu na nadwrażliwość słuchową dzieci autystycznych miski i wiaderka były plastikowe. Dźwięk spadających ziaren jest wtedy bardziej miękki, mniej ostry i metaliczny niż w przypadku zastosowania przyborów metalowych.

W zabawie z grochem akceptuje się każdy sposób zainteresowania nim dziecka. Często na początku dziecko nie zwraca uwagi na groch. Wtedy terapeuta nie narzuca

zabawy, ale bawi się sam. Stara się przyciągnąć uwagę dziecka atrakcyjnym sposobem zabawy, np.: sypie groch z góry szepcząc - „pada deszcz, deszcz, deszcz” lub „leci, leci groszek”; wkłada ręce do grochu i przesuwa nimi w misce, mówiąc powoli i cicho - „dużo grochu, dużo grochu”; sypie groch na ręce swoje, potem na ręce dziecka - dziecko ma dużą wrażliwość dotykową i koncentruje wzrok na tym, co się dzieje; sypie grochem o sufit, o ścianę, podłogę, podrzuca do góry lub spuszcza na dół; sypie grochem o siebie, o rodzica, o dziecko, obrzuca się grochem z rodzicem; sypie grochem podskakując, śpiewając.

Zasadą tej terapii jest radość zabawy. Terapeuta sam musi się czuć rozbawionym. Jeśli ta aktywność zabawowa sprawia mu przyjemność, wtedy może zachęcić do niej dziecko.

## 2. Muzykoterapia

Ze względu na trudności językowego porozumienia z dzieckiem autystycznym muzyka jest jedną z cennych form nawiązywania z nim kontaktu. Zarówno słuchanie muzyki, jak i czynne muzykowanie rozładowuje lęk dziecka, uspokaja je, daje mu poczucie bezpieczeństwa w kontakcie pozawerbalnym z innymi, wyzwala w dziecku radość. Muzykoterapia służy też rozwijaniu funkcji słuchowo-kinestetycznych (ćwiczenia fizyczno-słuchowe przy muzyce i śpiewie), koncentracji uwagi oraz polisensorycznemu poznawaniu otoczenia (np. instrumentów) oraz własnego i cudzego ciała (np. piosenki z pokazywaniem). Poza tym sprzyja nawiązywaniu kontaktu wzrokowego (np. zabawa w kole), pantomicznego (wyraziste ruchy terapeuty) i dotykowego, ukazywaniu swych przeżyć emocjonalnych w przyjęty społecznie sposób. Przez to muzykoterapia stwarza okazję do rozwoju umiejętności społecznych i ekspresywnych. Dziecko chętniej naśladuje mowę dorosłych śpiewaną w trakcie piosenek niż przekazywaną w czasie ćwiczeń logopedycznych. Dzięki temu wyzwala się w dziecku wewnętrzna potrzeba mówienia i motywacja do ekspresji werbalnej. Danie dziecku wzorów czynności ruchów oraz mowy, przy zapewnieniu przeżycia rozluźnienia i radości, powoduje zmniejszenie zachowań stereotypowych, dziwacznych i izolacyjnych. Muzykoterapia może być prowadzona w oparciu o nagrane na taśmie piosenki dziecięce i piosy. Terapeuta i rodzic tańczą śpiewając i pokazując gestem treść piosenki. Gesty te - bardzo wyraźne, a nawet teatralne - przyciągają uwagę dziecka, które stopniowo włącza się we wspólny śpiew i taniec oraz próbuje naśladować ruchy dorosłych, a nawet śpiewać.

Można również dać dziecku instrument, np. bębenek, i samemu odzwierciedlać jego „grę” i sposób wykorzystania instrumentu przez dziecko. Jest to szczególnie przydatne na początku terapii, gdy potrzebna jest redukcja silnego lęku dziecka i nawiązanie z nim kontaktu poprzez dialog muzyczny. Powoli przechodzi się od diady: terapeuta - dziecko do tworzenia grupy: dzieci, rodzice, terapeuci.

## 3. Hydroterapia

Ten rodzaj terapii w szczególny sposób redukuje lęk dziecka i rozładowuje jego napięcie emocjonalne, przez co powoduje zmniejszenie objawów autyzmu i pobu-

dza rozwój uczuciowy i społeczny dziecka. Jest ona szczególnie często stosowana w sytuacjach silnie odczuwanego przez dziecko niepokoju, nadpobudliwości i agresji.

Dziecko przebywa w ciepłej wodzie, jak długo ma ochotę, i bawi się zarówno wodą, jak i dostawionymi zabawkami, np. kubeczki, wiaderka, piłki, gumowe zabawki, łożki. Rodzice lub terapeuta bawią się wraz z dzieckiem, by stworzyć mu okazję do naśladownictwa coraz to nowych sposobów zabawy (przełamanie stereotypu) i nawiązania z nim kontaktu w sytuacji rozluźnienia emocjonalnego.

#### 4. Malowanie

Malowanie jest formą wyrównywania opóźnień w rozwoju umysłowym i deficytów percepcyjno-motorycznych, eliminowanie stereotypu na korzyść ruchów celowych, wytwarzania umiejętności ekspresywnych, a przede wszystkim stymulacji rozwoju emocjonalno-społecznego. Zapewnia bowiem kontakt z innymi w sytuacji odprężenia i przyjemnej zabawy.

Do malowania przygotowuje się farby w konsystencji nie stężonej galarety. Rodzaj tej substancji jest podobny do konsystencji wielu środków żywnościowych, przed którymi dziecko odczuwa lęk lub odrazę. W trakcie terapii dziecko pozbywa się tych negatywnych uczuć, a dotykanie i połykanie żywności o tej konsystencji przestaje uważać za zagrażające.

Terapię rozpoczyna się od malowania kolorem czerwonym. Rodzice lub terapeuta malują na podłodze, na papierze pakunkowym, na kafelkach w łazience, malują się sami lub siebie nawzajem. Jeżeli dziecko boi się farby, może przebywać w wannie skąd obserwuje aktywność malarską dorosłych (jak długo chce). Jeśli natomiast nie protestuje, maluje się dziecko (bierny udział) lub macza się rękę dziecka w farbie i zachęca do malowania. Ono samo jednak decyduje, kiedy i jak chce się bawić. Gdy dziecko jest oswojone z sytuacją malowania i ten rodzaj aktywności sprawia mu radość, można łączyć ze sobą dwoje dzieci i ich rodziców.

#### 5. Terapia zabawą

Terapia zabawą ma na celu wszechstronny rozwój dziecka, wszystkich sfer jego psychiki. W pomieszczeniu, w którym odbywa się terapia, dostępne są różne kolorowe zabawki. Dzieci te szczególnie lubią zabawki miękkie, pluszowe, grające, wirujące, poruszające się oraz dające się formować, np. z plasteliny. Terapeuta zaczyna od obserwacji spontanicznej aktywności dziecka w kontakcie z zabawkami i podejmuje sposób zabawy wybrany przez dziecko. Po pewnym czasie terapeuta stopniowo zmienia pewne stereotypowe elementy zabawy na inne. Jeżeli dziecko nie wykazuje zainteresowania zabawkami, terapeuta bawi się sam i szeptem lub cichym śpiewem stara się przyciągnąć uwagę dziecka, np. postukuje klockami i szepcze „stuk, stuk” lub przesuwając klocki mówiąc śpiewnie „jedzie pociąg, tuff, tuff, tuff”. Dziecko po oswojeniu się z terapeutą i zabawką z czasem przyłącza się do zabawy. Nieocenionym towarzy-

szem zabaw dziecka autystycznego może być pies lub kot. Ciepło ciała zwierzęcia i miękkość futerka rozładuje lęk dziecka, przytulanie rozwija jego uczuciowość, zaś poruszanie zwierzęcia przyciąga „stałe nieobecny wzrok” dziecka autystycznego i zmusza do koncentracji wzroku i skupienia uwagi.

W miarę jak ustępują objawy ostrego autyzmu, wprowadza się zabawy rozwijające funkcje poznawcze dziecka np. filmy, czytanie bajek, oglądanie książeczek, historyjki obrazkowe, zabawy tematyczne. Jednocześnie ćwiczy się funkcje percepcyjno-motoryczne np. ćwiczenia ruchowe, zabawy manipulacyjne, proste formy twórczości rysunkowej, modelowanie np. w masie solnej, plastelinie, modelinie.

#### 6. Terapia ruchowa

Ma ona na celu lepsze dotlenienie komórek mózgowych dziecka, usprawnienie motoryki oraz skanalizowanie bezcelowej aktywności dziecka w działania następujące po sobie w pewnych sekwencjach i podporządkowane celowi, któremu służą. W ramach turnusu zimowego terapia ruchem miała głównie charakter saneczkowania, zabaw na śniegu oraz spacerów. Przed snem miały one szybsze, bardziej rytmiczne tempo, wdechy i wydechy w rytm chodu. Jest to doskonałe ćwiczenie oddechowe przygotowujące do nauki mowy. Spacerzy z ojcem są szczególnie ważne dla rozwoju emocjonalnego dziecka i tworzenia więzi z rodzicem; mają też znaczenie dla regeneracji i higieny psychicznej dorosłego. Szczególnym rodzajem terapii biernej ruchem jest kołysanie dziecka w sytuacji, gdy jest ono niespokojne, agresywne, zaleknione. Należy wtedy przytulić dziecko i kołysać, przy czym dziecko zależnie od stopnia tego pobudzenia lub lęku może być owinięte kocem, ciepłym miękkim szalem lub kołderką, odwrócone od nas twarzą. Można w rytm kolebania cicho śpiewać, szeptać miłe słowa, szeptać ciąg słów z głoskami szumiącymi. Pomocą jest również istnienie stałego kącika w domu, który ma specjalne, uprzywilejowane zadanie, np. dziecko siada tam w nagrodę, gdy było grzeczne lub żeby się tam uspokoić.

#### 7. Uczenie samoobsługi

Oddziaływania w tym zakresie mają na celu nauczenie dziecka samodzielnego jedzenia, ubierania się, kontroli czynności fizjologicznych.

Uczenie samoobsługi przebiega od ustalenia schematu wykonywania poszczególnych czynności do systematycznego przyzwyczajania dziecka do samodzielnego ich wykonywania. Obowiązuje tu zasada stopniowania trudności - kolejno dodaje się nowe elementy czynności. Nauka samodzielności powinna przebiegać w naturalnych sytuacjach, np. dziecko powinno jeść razem ze wszystkimi w rodzinie. Może zacząć jeść rękami, może się brudzić jedzeniem - ważne jest, by polubiło samodzielne jedzenie. Jeśli natomiast dziecko nie chce współpracować i odmawia jedzenia, trzeba pozwolić mu na to. Dziecko głodne szybciej wykaże chęć samodzielnego jedzenia. Rodzice muszą uwzględnić zmniejszony metabolizm dziecka autystycznego i nie przekarmiać go, by nie doprowadzić do otyłości, która utrudnia spontaniczną aktywność dziecka.

Poza tym nie powinni zwracać uwagi dziecka i wzmacniać jego licznych uprzedzeń, dziwacznych nawyków lub stereotypów związanych z jedzeniem, akcentując nieistotne cechy posiłku, np. dziecko je tylko to, co jest ciepłe, i matka podkreśla przygotowując jedzenie „zaraz będzie ciepły budyń”, lub np. dziecko je tylko pokarmy przetarte i mama zaznacza - „już ci dam przetarty pomidor”.

Zasadą oddziaływania terapeutycznego jest przeniesienie tych form terapii, z którymi rodzice zapoznają się w Poradni lub na turnusach rehabilitacyjnych do warunków domowych i stosowanie ich codziennie w domu, z zaangażowaniem wszystkich członków rodziny.

#### PRZYPISY

Dalsza część artykułu została opracowana na podstawie doświadczeń wyniesionych z uczestnictwa w Turnusie Rehabilitacyjnym dla Dzieci Autystycznych i ich Rodzin, który odbył się w dniach 15-30 marca 1985 roku w Kirach. Omówione formy terapii zostały opracowane i są stosowane przez p. Magdalенę Grodzką, której tą drogą chciałam wyrazić szczególne podziękowanie za podzielenie się swoją wiedzą i doświadczeniem z pracy terapeutycznej. Dziękuję również studentom sekcji pedagogiki (Małgorzata Grepka, Ewa Mączka, Anna Kusznik i Ewa Węgierska) za współpracę w trakcie turnusu i pomoc w opracowaniu materiałów.

#### BIBLIOGRAFIA

- Psychologiczne problemy wczesnego autyzmu dziecięcego. Red. E. Czownicka. Warszawa 1983.
- Dziecko autystyczne i jego rodzice. Poradnik wychowawczy. Red T. Gałkowski. Warszawa 1984.
- Gałkowski T.: Uprawnienia dziecka autystycznego w rodzinie. Warszawa 1980.
- Grodzka M.: Dziecko autystyczne. Dziennik terapeuty. Warszawa 1984.
- Kościelska M., Czownicka A.: Terapia dziecka autystycznego. Założenia teoretyczne i doświadczenie badawcze. „Psychologia Wychowawcza” 24:1981 nr 2 s. 245-258.
- Wielgł B.: Zastosowanie zasad warunkowania instrumentalnego w modyfikacji zaburzonych zachowań u dzieci. W: Materiały do Nauczania Psychologii. Seria 4. T. 5. Warszawa 1976 s. 259-278.