

BEATA WOŁOSIUK

## ROZWIJANIE KOMUNIKACJI DZIECKA ZE SPEKTRUM AUTYZMU

### WPROWADZENIE

Termin „zaburzenia ze spektrum autyzmu” (Autism Spectrum Disorders – ASD) pochodzi z analizy dwóch zespołów psychopatologicznych opisanych w latach czterdziestych XX wieku: autyzmu i Aspergera. Pojęcie „autyzm” wprowadził w 1943 r. L. Kanner, opisując specyficzne zachowanie jedenastu dzieci w wieku 2-8 lat. Według niego „autyzm wczesnodziecięcy” to nasilone zaburzenia komunikacji i języka oraz skrajnie stereotypowe zachowania. Używając pojęcia „autyzm”, nawiązał do greckiego słowa *autos* (sam) (Kanner, Lesser, 1958, s. 711-730). Od czasu, gdy Kanner opisał autyzm, nastąpił rozwój wiedzy na temat tego zaburzenia. Wyodrębniono obszary, w których ujawniają się typowe dla niego nieprawidłowości:

- a) zaburzenia społeczne – ograniczona zdolność tworzenia relacji z innymi ludźmi;
- b) zaburzenia komunikacji;
- c) stereotypowe zachowania – sztywne wzorce aktywności i zainteresowań (Pisula, 2010, s. 10).

Następnie wprowadzono pojęcie „wysoko funkcjonującego autyzmu” (High-Functioning Autism – HFA) oraz całościowych zaburzeń rozwoju inaczej nieokreślonych (Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified – PDD-NOS). W pierwszym przypadku opisywano osoby o dobrze rozwiniętych zdolnościach intelektualnych.

W latach czterdziestych ubiegłego wieku Asperger opisał zaburzenie, które było podobne do autyzmu, lecz uznane zostało przez badaczy za jego łagodniejszą postać. Asperger używał nazwy „autystyczna psychopatia”, dopiero w latach pięćdziesiątych XX wieku wprowadzono określenie „zespół Aspergera”. Osoby z zespołem Aspergera mają trudności w relacjach społecznych; w zachowaniu widoczne jest przywiązanie do stałych schematów aktywności, ograniczona zdolność do empatii, trudności w rozumieniu pojęć abstrakcyjnych (Pisula, 2010, s. 18). Zarówno Kanner, jak i Asperger omawiali pacjentów z autyzmem, pierwszy odniósł się do osób nisko-, drugi natomiast wysoko funkcjonujących.

W latach siedemdziesiątych XX wieku Lorna Wing zaobserwowała, że nasilenie trudności charakterystycznych dla autyzmu jest zróżnicowane. W związku z tym rozszerzono koncepcję autyzmu i wprowadzono w 1988 r. termin „autystyczne spektrum zaburzeń” (ASD). Określenie to odnosi się do całościowych zaburzeń rozwoju, wymienionych w klasyfikacjach DSM-IV, DSM-IV-TR oraz ICD-10. Zgodnie z klasyfikacją ICD-10 w grupie całościowych zaburzeń rozwoju (F84) znajdują się: autyzm dziecięcy, zespół Retta, inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne, zaburzenia hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi, zespół Aspergera, inne całościowe zaburzenia rozwojowe oraz całościowe zaburzenia rozwojowe nieokreślone (Szafrńska, 2016, s. 535-545).

Ze względu na trudności diagnostyczne w najnowszej, obowiązującej od 2013 r., amerykańskiej klasyfikacji psychiatrycznej DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5) scalono wszystkie jednostki (zaburzenie autystyczne, zaburzenie Aspergera, dziecięce zaburzenie dezintegracyjne i całościowe zaburzenia rozwojowe niezdiagnozowane inaczej) w dużą grupę – zaburzeń ze spektrum autyzmu (Rybkowski, 2014, s. 653).

Według najnowszej klasyfikacji, aby zostało rozpoznane ASD, konieczne jest występowanie dwóch kluczowych objawów:

- zaburzeń komunikacji/interakcji społecznych
- stereotypowych, powtarzalnych zachowań.

Diagnoza jest uzupełniana poprzez dokładną ocenę funkcjonowania intelektualnego i językowego danego pacjenta (Rybkowski, 2014, s. 665).

## 1. ZABURZENIA POROZUMIEWANIA WERBALNEGO I NIEWERBALNEGO DZIECKA Z ASD

Kompetencje językowe i komunikacyjne wzajemnie się przenikają. Jak zauważa J. Kurcz, kompetencje językowe są ściśle związane z funkcją reprezentatywną wobec świata zewnętrznego i wewnętrznego. Natomiast kompetencje komunikacyjne mają związek z procesem interakcji, czyli funkcją komunikacyjną języka (Kurcz, 2005, s. 22-23). U osób z autyzmem kompetencje językowe przewyższają kompetencje komunikacyjne (Młynarska, 2008, s. 141).

Według Marty Korendo (na podstawie prowadzonych badań) zespół Aspergera nie jest – jak się powszechnie uważa – łagodną formą autyzmu, ale specyficznym zaburzeniem, które różnie się przejawia w zależności od wieku dziecka i czasu podjęcia terapii (Cieszyńska-Rożek, 2013, s. 257).

J. Cieszyńska-Rożek, charakteryzując zespół Aspergera z wczesnym rozwojem mowy, podaje następujące cechy komunikacji werbalnej:

- gwałtowny rozwój specyficznego słownictwa,
- stosowanie języka dorosłych,
- powtarzanie całych wierszy, wypowiedzi bohaterów filmów (ukryte echolalie),
- fiksacja na cyfrach,
- fiksacja na alfabecie,
- globalne rozpoznawanie wyrazów.

Natomiast u dzieci z zespołem Aspergera z opóźnionym rozwojem mowy stwierdza, że:

- nie obserwowano regresu w rozwoju mowy,
- brak łączenia wyrazów w trzecim roku życia,
- wypowiedzanie trudnych artykulacyjnie słów, przy braku nazywania członków rodziny,
- częste powtarzanie jednego słowa lub zwrotu,
- echolalie,
- fiksacja na cyfrach (Cieszyńska-Rożek, 2013, s. 257-258).

Można zauważyć, że pierwszym sygnałem zaburzeń autystycznych jest regres w rozwoju mowy, stereotypy ruchowe i wycofanie się z kontaktów społecznych.

Rozwój mowy dzieci ze spektrum autyzmu często przebiega zgodnie z trzema modelami. Pierwszy z nich zakłada, że w okresie niemowlęcym pojawia się u takich dzieci gaworzenie, a około pierwszego roku życia pierwsze słowa, które z czasem pozwalają budować proste zdania w ciągu kolejnych sześciu miesięcy. Około drugiego roku życia rozwój mowy tych dzieci zatrzymuje się lub całkiem

zanika. W tym czasie dzieci milkną, a od czasu do czasu w ich mowie pojawiają się sporadycznie wypowiedzane pojedyncze słowa lub zdania. Pozostaje najczęściej wokalizacja, która daje nadzieję na powrót mowy. Drugi model to czas całkowitego braku wokalizacji lub pozostawania jedynie na jej etapie. Trzeci model mówi o rozwijającej się mowie, której rozwój jest najczęściej wolniejszy i może przybierać różne formy. Mowa dziecka autystycznego w tym modelu może rozwinąć się prawidłowo i służyć porozumiewaniu się lub być zniekształcona pod względem wartości językowo-komunikacyjnych. W mowie takiej pojawiają się echolalie, neologizmy, inwersje, tj. przestawienia zaimków „ja”, „on”, zbitki słowne oraz metafory. Należy zwrócić również uwagę na fakt, że dzieci autystyczne bardzo często nie rozumieją, na czym polega porozumiewanie się i czemu ono służy (Młynarska, 2007, s. 115-154; Bigas, 2012, s. 361-378).

U. Bigas twierdzi, że jednym z pierwszych objawów autyzmu jest opóźniony rozwój mowy. Występuje nieharmonijny rozwój mowy, który charakteryzuje się częstymi regresjami, czyli utratą nabytych już sprawności lub zatrzymaniem i brakiem dalszego rozwoju. Na poziomie artykulacyjnym, ze względu na opóźnienia rozwoju kompetencji językowych, pojawiają się liczne odstępstwa od normy, jednak w wielu przypadkach można zaobserwować prawidłową realizację fonetyczną.

Jeśli chodzi o poziom leksykalny, u dzieci które uzyskały kompetencję językową, obserwuje się przewagę słownictwa konkretnego, gdzie przeważają rzeczowniki i czasowniki. Charakterystyczne jest to, że w wypowiedziach brakuje zaimków osobowych, dzierżawczych, zaimków wskazujących i przyimków. Na poziomie syntaktycznym wypowiedzi cechuje niski poziom skomplikowania, przejawiający się w uproszczonych wypowiedziach (Bigas, 2012, s. 361-378).

U osób ze spektrum autyzmu mogą wystąpić:

1. Deficyty ilościowe: np. całkowity brak mowy, opóźnienie w rozwoju mowy, mowa wyraźnie ograniczona. Odnośnie do komunikacji pozawerbalnej występuje uboga gestykulacja, ograniczona i często nieadekwatna ekspresja mimiczna.
2. Deficyty jakościowe:
  - a) echolalia: bezpośrednia (powtarzanie wypowiedzi natychmiast po usłyszeniu); pośrednia (po pewnym czasie, zostaje powtórzona cała usłyszana treść wypowiedzi),
  - b) nieprawidłowe użycie zaimków,
  - c) dziwne neologizmy,

- d) dosłowne rozumienie języka: dzieci ze spektrum autyzmu mają problemy z odczytaniem figuratywnych, ukrytych czy wielorakich znaczeń,
  - e) nieodpowiednie, nietaktowne uwagi,
  - f) nieprawidłowa prozodia mowy.
3. Deficyty w pragmatycznym użyciu języka:
- a) niezdolność do naprzemiennego wysławiania się,
  - b) brak potrzeby komunikowania się,
  - c) niezdolność do symbolicznego użycia przedmiotów,
  - d) słabe używanie prozodii dla wyrażenia zamiaru; mowa dzieci z autyzmem jest często monotonna, brak w niej zróżnicowania tonu głosu, rytmu, melodii (Konstantareas i in., 1992, s.73).

## 2. WSPIERANIE ROZWOJU KOMUNIKOWANIA SIĘ OSÓB ZE SPEKTRUM AUTYZMU

Prowadząc terapię osób ze spektrum autyzmu, należy zwrócić uwagę na kształtowanie zachowań określanych jako normatywne. Prowadzone ćwiczenia powinny być takie, jakie proponujemy dziecku nieprzejawiającemu spektrum autyzmu, a tylko zakłócenia rozwojowe, ponieważ ćwiczenie reakcji i zachowań niewystępujących w codziennym życiu, np. kilkukrotne wykonywanie tej samej czynności, może skutkować utrwaleniem się stereotypii. „Nieprawidłowe funkcjonowanie mózgu może sprawić, że wyuczone reakcje staną się odporne na wygaszanie” (Le Doux, 2000, s. 292).

Opracowano wiele metod służących wspieraniu rozwoju zdolności dzieci z autyzmem do komunikowania się. Należy pamiętać, że terapia mowy powinna być powiązana z innymi działaniami rewalidacyjnymi, którymi objęte jest dziecko.

E. Pisula wymienia następujące czynniki, które wpływają na efekty terapii:

- czas rozpoczęcia,
- intensywność,
- zaangażowanie dziecka w bezpośrednie interakcje społeczne,
- indywidualny program,
- edukacja i wsparcie dla rodziny (Pisula, 2010, s. 151).

W rozwijaniu zdolności komunikowania się dzieci z autyzmem są stosowane metody behawioralne, np. metoda wyodrębniania prób i paradygmat naturalnego języka (Pisula, 2010, s. 138). We współczesnej terapii behawioralnej wykorzystuje się techniki, które służą kształtowaniu pozytywnych zachowań i rozwijaniu nowych umiejętności. Stosuje się różne wzmocnienia, które sprawiają, że

doświadczenia dziecka podczas terapii są pozytywne. Wobec tzw. zachowań trudnych (przejawy agresji, samouszkodzanie) wykorzystuje się znacznie mniej kontrowersyjne techniki niż te, które były stosowane w przeszłości (głównie polegają one na wygaszaniu oraz pozytywnym wzmocnianiu zachowań, które są akceptowane). Często stosuje się ABA (Applied Behavior Analysis), czyli analizę zachowania, która jest oparta na zasadach uczenia się i technikach modyfikacji zachowania (Pisula, 2010, s. 117).

W celu wspierania zdolności komunikowania się wykorzystuje się tzw. alternatywne metody komunikacji. Do najbardziej popularnych należy system komunikacji oparty na wymianie obrazków – PECS (Picture Exchange Communication System), opracowany przez Lori Frost i Andrew S. Bondy’ego. Umożliwia on wymianę informacji od spontanicznego wyrażania prośb do rozwijania umiejętności budowania zdań.

Inną formą ułatwiającą komunikację dzieci ze spektrum autyzmu mogą być piktogramy – graficzny system komunikacji przedstawiający białą figurę, znak na czarnym tle oraz jego opis. System komunikacyjny PIC (Pictogram Ideogram Communication), znany w Polsce pod nazwą Piktogramy, wywodzi się z Kanady jako program PIC-System. Został on przetłumaczony na język szwedzki i udoskonalony w 1980 r. przez Subhas Maharaj (tzw. szwedzkie piktogramy).

Inną propozycją może być Metoda Makaton, która jest językiem gestów i symboli graficznych opracowanym przez Margaret Walker w Wielkiej Brytanii (Grove Walker, 1990, s. 15-28). Autorką polskich znaków manualnych i adaptacji znaków graficznych systemu Makaton jest Bogusława Kaczmarek. W metodzie tej stosowaniu gestów lub symboli zawsze towarzyszy mowa, mimika twarzy oraz nawiązanie kontaktu wzrokowego. Program zawiera około 400 podstawowych gestów oraz monochromatycznych symboli graficznych im odpowiadających.

Należy zauważyć, że alternatywny system komunikacji nie ogranicza się do nauczania dziecka znaczenia symboli zastępujących słowa, gdyż rozwija również potrzebę porozumiewania się i pomaga dziecku zrozumieć, do czego służy komunikacja (Pisula, 2010, s.138).

J. Cieszyńska-Rozeł (2013, s. 265-266) wskazuje na następujące kierunki terapii małych dzieci ze spektrum autyzmu:

1. Program słuchowy
2. Ćwiczenia analizy i syntezy wzrokowej
3. Ćwiczenia szeregowania, budowania sekwencji, dostrzegania relacji. Nauka czytania
4. Rysowanie równoległe

5. Rozwój motoryki dużej ( jazda na rowerze, pływanie, gra w piłkę)
6. Dziennik wydarzeń. Nauka rozumienia pytań. Czytanie ze zrozumieniem
7. Techniki teatralne
8. Wcielenie się w postaci ludzi – zabawy tematyczne
9. Rozumienie symboli – czytanie i nakładanie znaczeń
10. Rozumienie i stosowanie reguł społecznych
11. Werbalizowanie relacji tematycznych
12. Układanie historyjek obrazkowych. Werbalizowanie przyczyn, skutków i reguł społecznych
13. Zapamiętywanie sekwencji tematycznych, słuchowych, językowych
14. Nazywanie emocji postaci przedstawionych na ilustracjach, dobieranie symboli emocji do twarzy. Nazywanie emocji najbliższych osób oraz własnych.

Terapia Integracji Sensorycznej jest często wykorzystywana w pracy z dzieckiem autystycznym. Najbardziej znaną przedstawicielką tej metody była Jean Ayres, która opracowała teorię zaburzeń przetwarzania sensorycznego wskazując na związki, jakie zachodzą pomiędzy funkcjami psychoneurologicznymi a trudnościami w uczeniu się. Prawidłowy rozwój powyższych funkcji związany jest z właściwym rozwojem procesów integracji sensorycznej już w pierwszych kilku latach życia dziecka, a odpowiednia organizacja, interpretacja i selekcjonowanie wszelkich informacji odbywa się w celu wykorzystania ich w działaniu dziecka (Wasilewski, 2015, s. 15).

Trening integracji słuchowej (AIT – Audiory Integration Training) jest stosowany jako wsparcie terapii rozwijających komunikację dzieci z zaburzeniami. Zgodnie z założeniami twórcy tej metody – Guya Bernarda, nadmierna wrażliwość dziecka na bodźce słuchowe i wynikające z niej zaburzenia w zachowaniu oraz trudności w komunikacji mogą być spowodowane uszkodzeniami słuchu. W związku z tym dziecko słucha w słuchawkach opracowanej elektronicznie muzyki. Do jej przygotowania stosuje się filtry eliminujące dźwięki, które sprawiają dziecku trudności, moduluje się również częstotliwość (Pisula, 2010, s. 141).

Jednym z zaburzeń występujących powszechnie w autyzmie jest brak lub unikanie kontaktu wzrokowego, który wspomaga cały system komunikacji. Jak pokazują badania (Błeszyński, 2005, s. 144), Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne może w istotny sposób wpływać na polepszenie kontaktu wzrokowego dzięki włączeniu w proces terapii osób najbliższych dziecku. Stosowanie tej metody może polepszyć społeczne funkcjonowanie dzieci i wpłynąć na polepszenie się kontaktów interpersonalnych (Błeszyński, 2005, s. 142).

Do bardzo ciekawych propozycji należy tzw. metoda krakowska, będąca systemem, czyli spójną całością zbudowaną z elementów wzajemnie powiązanych w relacje, gdzie głównym celem jest budowanie systemu językowego. W metodzie tej poprzez język stymuluje się wszystkie funkcje poznawcze dziecka. Bazuje ona na neurobiologicznej tezie, że zdolność do tworzenia nowych synaps nigdy się nie kończy i zależy od doświadczeń, jakie dostarczamy osobie (Cieszyńska-Rozeł, 2013, s. 286). Rodzice, których dziecko korzysta z metody krakowskiej, obserwują zajęcia prowadzone przez specjalistę. Metoda krakowska składa się z następujących elementów:

- stymulacji słuchowej (na tym etapie eliminuje się dźwięki niewerbalne);
- komunikacji ułatwionej (logopeda wykorzystuje w aktach komunikacji mimikę, gestykulację, mowę ciała i prozodię);
- gestów wizualizacyjnych i gestów interakcyjnych (gesty artykulacyjne to ruchy jednej dłoni, towarzyszące wypowiedzianym samogłoskom i spółgłoskom, natomiast gesty interakcyjne to mimika, gestykulacja i mowa ciała przekazujące znaczenie konieczne do rozpoczęcia komunikacji i podtrzymania motywacji do kontynuowania interakcji, gestom wypowiedzianym przez terapeutę zawsze towarzyszy słowo);
- Manualnego Torowania Głosek (polega na uruchomieniu ruchu artykulacyjnego głoski poprzez nacisk i trakcję<sup>1</sup>, warg, języka i żuchwy);
- technik komunikacyjnych (techniki komunikacyjne są sposobem kształtowania systemu językowego w umyśle drugiego człowieka w czasie rozmowy, gdzie nadawca i odbiorca mają intencję przekazywania i odbierania informacji);
- programowania języka (jest to technika kształtowania początków komunikacji językowej na podstawie paradygmatu słownikowego, gramatycznego i składniowego);
- dziennika wydarzeń (dziennik wydarzeń pozwala dziecku identyfikować siebie w świecie);
- Symultaniczno-Sekwencyjnej Nauki Czytania (gdzie uwzględnione są procesy symultaniczne, charakterystyczne dla przetwarzania w prawej półkuli mózgu, oraz sekwencyjne, za które odpowiedzialna jest lewa półkula);
- terapii funkcji wzrokowych (opóźnienie rozwoju mowy wymaga prowadzenia stymulacji wzrokowych, połączonych w system ćwiczeń linearnych i sekwencyjnych);

---

<sup>1</sup> Trakcja oznacza działanie rąk terapeuty, które prowadzą do oddalenia od siebie lub zbliżenia do siebie powierzchni ruchomych narządów artykulacyjnych.



- stymulacji funkcji motorycznych (ćwiczenia dużej motoryki, sprawności manualnej i praktyki oralnej powinny być głównie prowadzone w domu, aby stymulacja nie była oderwana od realiów życia);
- wyboru dominującej ręki;
- kształtowania zabaw tematycznych (zabawy imitujące zachowania dorosłych pozwalają dziecku kształtować rozumienie słów, budować pojęcia i dokonywać kategoryzacji);
- stymulacji lewej półkuli mózgu (przetwarzanie linearne, dokonywanie analizy, porządkowanie sekwencyjne, wnioskowanie o relacjach, wnioskowanie o współzależnościach);
- kształtowania zachowań społecznych (rozpoznawanie stanów emocjonalnych i uczuciowych innych osób, rozpoznawanie własnych stanów emocjonalnych i uczuciowych, prawidłowe działanie w kontaktach z innymi);
- stymulacji poznania wielozmysłowego;
- stymulacji pamięci (symultanicznej, sekwencyjnej);
- ćwiczeń kategoryzacji (porządkowania obiektów na podstawie ujęcia cech wspólnych i cech różnicujących);
- kształtowania myślenia przyczynowo-skutkowego;
- logoterapii (rozmowy z rodzicami, omówienie i wyjaśnienie programu terapii, logoterapia jest oddziaływaniem słowem na innych i samego siebie oraz budowaniem systemu językowego osoby z zaburzoną komunikacją językową) (Cieszyńska-Rożek, 2013, s. 287-434).

### 3. RODZINA W PROCESIE TERAPII DZIECKA ZE SPEKTRUM AUTYZMU

Dzieci ze spektrum autyzmu korzystają z profesjonalnego wsparcia uczestnicząc w zajęciach prowadzonych przez pedagogów, psychologów i logopedów. Należy jednak zauważyć, że intensywność prowadzonych zajęć terapeutycznych (z wyjątkiem sytuacji, gdy dziecko objęte jest opieką specjalistycznej placówki) nie jest zawsze wystarczająca. Szczególnie trudna bywa sytuacja dziecka ze spektrum autyzmu w środowisku wiejskim. W szkołach na wsi często brakuje logopedów i pedagogów szkolnych. Dziecko z zaburzeniami, aby otrzymać pomoc logopedyczną, musi pokonać czasem odległość nawet kilkudziesięciu kilometrów. Większość rodziców uczniów na wsi posiada wykształcenie podstawowe lub zawodowe, co nie ułatwia im organizacji w domu korzystnych warunków

ków do uzupełniania terapii logopedycznej. Rodzice ci, nawet mający dobre chęci, nie są w stanie pomóc dziecku przy realizacji treści programowych obowiązujących w szkole. Kontakt rodziców z nauczycielami bywa sporadyczny. Innym czynnikiem utrudniającym możliwość zapewnienia dzieciom odpowiednich warunków edukacyjnych jest sytuacja materialna. Są to często rodziny mające niski status materialny. Rodzicom brakuje środków na dojazd do poradni specjalistycznej, leczenie, zakup różnych pomocy i środków dydaktycznych.

Wyspecjalizowanych placówek jest wciąż zbyt mało, ich usługi są często zbyt kosztowne dla wielu rodzin, za znaczną część zajęć rodzice muszą sami płacić. Dlatego bywa, że są oni zmuszeni do angażowania się w proces terapii i edukacji dziecka w wymiarze często przekraczającym ich kompetencje i możliwości. Bardzo często są przeciążeni intensywną opieką dziecka o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Jednak walczą o dostęp do profesjonalnych usług, dzięki ich inicjatywie powstają ośrodki terapeutyczne, klasy szkolne z miejscami dla dzieci autystycznych i inne formy pomocy (Pisula, 2012, s. 150).

Dla rodziny mającej dziecko ze spektrum autyzmu ważne jest wsparcie społeczne. W literaturze przedmiotu można znaleźć kilka kategorii wsparcia:

- Wsparcie emocjonalne – celem jest stworzenie poczucia bezpieczeństwa, budzenie wiary i nadziei.
- Wsparcie informacyjne – to udzielanie informacji, rad, które mogą pomóc w rozwiązaniu problemu, lepszemu zrozumieniu sytuacji.
- Wsparcie instrumentalne – to dostarczanie pomocy w rozwiązywaniu zadań życiowych; jest to forma instruktażu, wskazująca jak postępować w konkretnej sytuacji.
- Wsparcie rzeczowe (materialne).
- Wsparcie duchowe – to szczególny rodzaj wsparcia (Sęk, Cieślak, 2004, s. 18-19).

Jednak bardzo często rodzice skarżą się, że brak im odpowiedniego wsparcia zarówno podczas procesu diagnostycznego, jak i w trakcie rewalidacji. Nawet w krajach, gdzie opieka profesjonalna wydaje się lepiej zorganizowana niż w Polsce, rodzice skarżą się, że proces kwalifikowania dziecka do odpowiedniej placówki edukacyjnej jest stresujący i pochłaniający bardzo dużo czasu. Guillermo Montes, Jill Halterman i Caroline Magyar w badaniu przeprowadzonym wśród osób w Stanach Zjednoczonych stwierdzili, że rodzice dzieci ze spektrum autyzmu bywali niezadowoleni z dostępu do usług oraz poziomu kompetencji terapeutów (Pisula, 2012, s. 153). Prawidłowa współpraca terapeutów i rodziców wpływa na powodzenie terapii dziecka autystycznego. Bardzo wiele zależy od

postawy terapeuty, który oprócz wiedzy, kompetencji, powinien posiadać m.in. takie cechy, jak empatia, ciepło, autentyczność. J.A. Kottler (2003, s. 79) uważa, iż ważne jest, „kim jest terapeuta jako człowiek, ponieważ od niepamiętnych czasów każdy skuteczny uzdrowiciel odznaczał się charyzmą i siłą osobowości”. Dalej zwraca uwagę na takie cechy, jak entuzjazm, poczucie humoru, okazywanie troski, wiarygodność, pewność siebie, cierpliwość, wrażliwość, zaakceptowanie swojej niedoskonałości – gotowość zwracania się o pomoc do innych (Kottler, 2003, s. 75-97).

Terapeuci powinni pamiętać, że nie tylko dziecko potrzebuje pomocy, ale cała rodzina. Dlatego muszą pomóc rodzicom w przezwyciężaniu trudności wynikających z pełnienia nietypowych funkcji rodziny.

Rodzina odgrywa bardzo ważną rolę w terapii dziecka. Atutem terapii kontynuowanej w domu przez rodziców jest to, iż zajęcia odbywają się w naturalnym środowisku. Terapia dziecka ze spektrum autyzmu ma szansę zakończyć się powodzeniem, jeśli po intensywnej pracy prowadzonej przez specjalistę jest kontynuowana przez rodziców w domu. W związku z tym rodzice muszą umieć wykonać czynność, którą dziecko poznaje na zajęciach w poradni; wiedzieć, czemu ta czynność służy; być przekonani, że ta czynność jest dla nich ważna, czyli chcieć ją wykonać.

Terapeuta powinien zaprezentować, jak zamierza pracować z dzieckiem i z jakich metod chce skorzystać. Lee M. Marcus i Eric Schopler opisali relacje między specjalistami a rodzicami w modelu TEACCH następująco:

1. Rodzic uczy się od specjalisty technik, które można wykorzystać w nauczaniu dziecka.
2. Specjalista uczy się od rodzica jak postępować z dzieckiem.
3. Rodzice i specjaliści wspierają się emocjonalnie. Ich relacje oparte są na wzajemnym zaufaniu, pozostają dla siebie równoprawnymi partnerami.
4. Terapeuci rozwijają u rodziców umiejętność egzekwowania praw dziecka i korzystania z należnych usług (Pisula, 2012, s. 155-156).

Jak pokazują badania (Pisula, 2012, s. 155-156), dzieci, z którymi w warunkach domowych pracują rodzice wspierani przez profesjonalistów, osiągają większe postępy niż te, których terapia odbywa się wyłącznie w specjalnych ośrodkach. Należy jednak pamiętać, że rodzice powinni być dla dziecka przede wszystkim rodzicami a nie terapeutami. Dlatego powinni realizować swoje życiowe potrzeby. Ważne jest, aby terapeuci stawiając rodzicom wymagania, dostrzegli oczekiwania rodziców. E. Pisula (2012, s.142-143) ujmuje je w następującym zestawieniu:

- dostarczenie aktualnych i rzetelnych informacji na temat danej niepełnosprawności i rozwoju dziecka;
- wyposażenie rodziców w umiejętności niezbędne do nauczania dziecka oraz radzenia sobie z jego trudnym zachowaniem;
- tworzenie rodzicom możliwości uczestniczenia w określaniu celów terapii;
- oferowaniu zrozumienia i wsparcia w radzeniu z problemami związanymi z opieką nad dzieckiem;
- posiadanie wiedzy na temat aktualnych przepisów dotyczących uprawnień przysługujących osobom z daną niepełnosprawnością;
- dostarczenie dziecku fachowej i skutecznej pomocy.

#### BIBLIOGRAFIA

- BIGAS, U. (2012). Autyzm – charakterystyka zachowań językowych w autystycznym spektrum zaburzeń. W: S. GRABIAS, M. KURKOWSKI (red.), *Logopedia. Terapia zaburzeń mowy* (361-378). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- BŁESZYŃSKI, J. (2005). Wykorzystanie metody Ruchu Rozwijającego w terapii dziecka z głębokimi deficytami rozwojowymi – autystycznego. W: J. BŁESZYŃSKI (red.), *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem* (127-145). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls 2005.
- CIESZYŃSKA-ROŻEK, J. (2013). *Metoda krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci*. Kraków: Wydawnictwo Omega Stage Systems.
- DOUX Le, J. (2000). *Mózg emocjonalny. Tajemnicze podstawy życia emocjonalnego*. Poznań: Media Rodzina.
- GROVE, N., WALKER, M. (1990). The Makaton Vocabulary: Using manual signs and graphic symbols to develop interpersonal communication. *Augmentative and Alternative Communication*, 6 (1), 15-28.
- KONSTANTAREAS, M.M., BLACKSTOCK, E.B., WEBSTER, C.D. (1992). *Autyzm*. Warszawa: KTA.
- KOTTLER, J.A. (2003). *Skuteczny terapeuta*. Gdańsk: GWP.
- KURCZ, I. (2005). *Psychologia języka komunikacji*. Warszawa: Scholar.
- MŁYNARSKA, M. (2008). *Autyzm w ujęciu psycholingwistycznym. Terapia dyskursywna a teoria umysłu*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- MŁYNARSKA, M. (2007). Autyzm i teoria umysłu w ujęciu neurolingwistycznym. W: M. MŁYNARSKA, T. SMEREKA (red.), *Afazja i autyzm. Zaburzenia mowy oraz myślenia* (115-154). Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
- PISULA, E. (2010). *Autyzm, przyczyny, symptomy, terapia*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- PISULA, E. (2012). *Rodzice dzieci z autyzmem*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- RYBKOWSKI, F. (2014). Zaburzenia ze spektrum autyzmu – epidemiologia, objawy, współzachorowalność, rozpoznawanie. *Psychiatria Polska*, 48 (4), 653-665.

- SĘK H., CIEŚLAK, R. (2014). Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: H. SĘK, R. CIEŚLAK (red.), *Wsparcie społeczne. Stres i zdrowie*. Warszawa: PWN.
- SZAFRAŃSKA, A. (2016). Współpraca szkoły z rodziną dziecka ze spektrum zaburzeń autystycznych – wybrane problemy. *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza. Pedagogika*, 25 (1), 535-545.
- WASILEWSKI, T. (2015). Założenia integracji sensorycznej a zaburzenia mowy u dzieci z autyzmem. *Hygeia Public Health*, 50 (1), 14-20.

## ROZWIJANIE KOMUNIKACJI DZIECKA ZE SPEKTRUM AUTYZMU

### Streszczenie

W artykule przedstawiono zagadnienie dotyczące komunikacji językowej osób ze spektrum autyzmu i proces kształtowania mowy dziecka autystycznego. Omówiono również zaburzenia porozumiewania werbalnego i niewerbalnego dziecka z ASD, a także propozycje programów pozwalających na rozwój komunikacji, który przebiega różnorodnie, zwracając uwagę na konieczność dobrania indywidualnych metod terapii logopedycznej, dostosowanej do możliwości dziecka. Zaprezentowano czynniki, które wpływają na efekty terapii logopedycznej. Ciekawą propozycją okazała się metoda krakowska. Podkreślono, że w procesie terapii dziecka ze spektrum autyzmu rodzina odgrywa szczególną rolę.

**Słowa kluczowe:** komunikacja; spektrum autyzmu; terapia.

## THE DEVELOPMENT OF COMMUNICATIONS SKILLS IN CHILD WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

### Summary

This article presents the issue concerning the development of communications skills in persons with Autism Spectrum Disorder. The author describes the process of speech development of child with autism disorder. It was pointed out that the development of communication skills may have different course. Moreover, the article discusses the problem of verbal and non-verbal communication disorder of child with ASD. Furthermore, the author presents varied proposals of programs, which allow the communication development and underlines the necessity to select personalized methods of speech therapy, adapted for child's abilities. The article presents also the factors, which have an impact on the results of speech therapy. The particular attention was paid at the Cracovian method. The author underlines the important role of a family in the process of therapy of child with Autism Spectrum Disorder.

**Key words:** communications; Autism Spectrum Disorder; therapy.