

Anna Mamica

Rozległe zaburzenia rozwojowe „inaczej niesprecyzowane” - analiza indywidualnego przypadku*

Impulsem do napisania tego artykułu był przypadek chłopca, którego poznałam pracując w jednym z krakowskich przedszkoli, w oddziale specjalnym. Chłopiec ten miał uczęszczać do oddziału integracyjnego dla dzieci sześciolletnich, przygotowujących do szkoły podstawowej. Nie był agresywny czy niebezpieczny dla otoczenia. Przeciwnie, skupiony na sobie, na własnych zabawach, zainteresowaniach, wyprzedzał swoich rówieśników w niektórych sferach rozwoju i wydawać by się mogło, że nie potrzebuje nikogo do zabawy. Max – takie jest imię chłopca, miał uczęszczać do przedszkola, by nauczyć się bawić z dziećmi, by zachowywać się tak jak dzieci w jego wieku i wreszcie po to, by wkrótce pójść do szkoły. W przedszkolu miała towarzyszyć chłopcu terapeutka, by pomagać mu w nauce i zabawie, by zapobiegać sytuacjom trudnym dla Maxa i dla innych dzieci.

Niestety, nauczycielka prowadząca grupę, nie zgodziła się by chłopiec do niej uczęszczał. Dzisiaj, z perspektywy czasu wiem, iż była to decyzja spowodowana niezajomością problematyki zaburzeń zachowania występujących u Maxa i podobnych mu dzieci.

W moim artykule przedstawiłam przypadek dziecka z rozległymi zaburzeniami rozwojowymi, z których kilka można określić jako zaburzenia autystyczne lub elementy zespołu Aspergera. Nie jest to autyzm ani zespół Aspergera, lecz rozległe zaburzenie rozwojowe inaczej niesprecyzowane – jednostka chorobowa bardzo rzadka, tym samym nieznaną nauczycielom czy rodzicom dzieci „zdrowych” (w normie intelektualnej).

Chciałabym tu wyjaśnić istotę tego zaburzenia i problem nieprawidłowej komunikacji z nim związany, a następnie – przedstawić skuteczne rozwiązanie.

* Niniejszy artykuł jest fragmentem mojej pracy dyplomowej napisanej pod kierunkiem prof. Teodozji Rittel w Zakładzie Logopedii Lingwistyki Edukacyjnej Akademii Pedagogicznej w Krakowie.

Praca w całości dostępna jest w Bibliotece Głównej AP. Koncentruje się na praktycznym aspekcie przeprowadzonych badań (analiza wywiadu z matką dziecka i terapeutą prowadzącym).

1. Informacja o badanym dziecku

Max urodził się jako pierwsze dziecko dwudziestokilkuletnich rodziców. Ciąża przebiegała bez zakłóceń. Dziecko przyszło na świat dwanaście dni przed terminem na skutek prowokacji (oxytocyna), ze względu na nagły skok ciśnienia u matki. Urodził się zdrowy i silny chłopiec (10 punktów skali Appgar). Niemowlę rozwijało się dobrze nie wzbudzając obaw rodziny i lekarzy.

Rodzice zaczęli się niepokoić, gdy Max miał około ośmiu miesięcy. Zauważyli, iż chłopiec lubił bawić się pudełeczkami po kremach, otwierając je, zamykając i kręcąc w dłoniach. W tym okresie Max fascynował się również pozytywkami i zabawkami grającymi. Na ich widok reagował głośnym, nienaturalnym śmiechem i machaniem rękami, wydawaniem dziwnych dźwięków (*uuuuuu*). Reakcje te wydały się rodzicom zbyt intensywne i nieadekwatne.

Kiedy Max skończył dziesięć miesięcy zaczął stawiać samodzielnie pierwsze kroki. Uwielbiał biegać, na spacerze nie potrafił zatrzymać się ani przy piaskownicy, ani przy innych dzieciach, tylko bezustannie biegał. Rodzice zauważyli, że chłopiec biega bez zwracania uwagi na przeszkody, ma kłopoty z koordynacją wzrokowo-ruchową, często przewraca się. Wyglądało to na jakiś dziwne zaburzenia równowagi, bo przewracał się przecież na prostej drodze. I przewracał się również jakoś inaczej – nie na rączki czy kolana, ale głową prosto o ziemię. Rodzice w obawie, by nie zrobił sobie krzywdy przez kilka miesięcy chodzili z nim na specjalnej uprzęży (do 18. miesiąca życia).

Jednocześnie zaczęły ujawniać się autostymulacje: skakanie w miejscu, machanie rękami, kompulsywne przywiązanie do niektórych zabawek i przedmiotów (którymi obsesyjnie kręcił), przy jednoczesnym widocznym braku zainteresowania normalnymi zabawami i zabawkami. W miarę upływu czasu autostymulacje zmieniały się (zastępowały jedna drugą) – wkładanie wszystkiego do buzi, kręcenie włoś, szczypanie skóry, kręcenie przedmiotami, kręcenie palcami, postukiwanie itp.

Nie potrafił na dłużej skupić uwagi na przedmiotach, osobach, zabawach. Był jednak stosunkowo spokojnym, zupełnie nieagresywnym dzieckiem, miał dobry kontakt z dorosłymi, natomiast słaby z rówieśnikami (nie potrafił się z nimi bawić samodzielnie, nie chciał podporządkowywać się innym, tak jak to robią normalnie rozwijające się dzieci). Bezustannie czymś się stymulował. Nie wykazywał spontanicznej ciekawości, nie zadawał pytań. Jednocześnie bardzo wcześnie przejawiał talent matematyczny (opanował tabliczkę mnożenia, zrozumiał pojęcie liczby ujemnej, sam nauczył się dodawać liczby trzycyfrowe, potrafił bardzo dobrze koncentrować się na tekstowych zadaniach matematycznych, przy generalnych problemach

z pamięcią słuchową), który jednak przeradzał się często w zachowania kompulsywne (przeliczanie wszystkiego, co możliwe, zainteresowanie tylko liczbami, pomijając treść merytoryczną).

1.1. Diagnoza

Max przebywał do 9. miesiąca życia w Stanach Zjednoczonych. Wyjeżdża tam dość często na wakacje (do rodziny ojca). Tam też zrobiono mu pierwsze badania i postawiono diagnozę (badania w szpitalu dziecięcym w Denver). Były to specjalistyczne badania neurologiczne oraz genetyczne, które nie wykazały żadnych nieprawidłowości. Na podstawie obserwacji zachowania Maxa, w którym występowały pewne nieprawidłowości, postawiono diagnozę (diagnoza: w Denver w Ambulatorium Diagnostycznym przy Instytucie Johna F. Kennedy'ego). Diagnoza została postawiona przez zespół w składzie: psycholog kliniczny, psychiatra, specjalista od mowy i języka („logopeda”) oraz specjalista od problemów ruchowych. Brzmiała: Rozległe Zaburzenia Rozwojowe, inaczej niesprecyzowane (*Pervasive Developmental Disorder not otherwise specified – PDDnos*). Zaburzenia rozwojowe Maxa wykazały również elementy zespołu Aspergera, głównie ze względu na normalny poziom inteligencji przy jednoczesnych zaburzeniach społecznych i zabawowych.

1.2. Max przed rozpoczęciem terapii (do 4. roku życia)

Max jest dzieckiem bardzo inteligentnym, dlatego też dość łatwo umiał zjednać sobie najbliższych, aby przeprowadzać własną wolę. Rodzina chłopca niezbyt protestowała, gdyż proponowana im wtedy terapia „chodzenia za dzieckiem” tłumaczyła nawet najdziwniejsze zachowania dobrem chłopca. Max był stosunkowo miłym, dającym się lubić dzieckiem, bez szczególnie uciążliwych trudnych zachowań. Max przebywając na polu lubił chodzić swoimi ulubionymi ścieżkami, huśtać się zawsze na tej samej huśtawce. Bardzo sprytnie potrafił wytłumaczyć babci zalety pójścia właśnie tą „jego drogą” do tego „jego miejsca”. Problemy pojawiały się, gdy ulubiona huśtawka była zajęta przez inne dziecko i na ulubionej ławce też ktoś siedział. Bardzo trudno było mu ustąpić. Był mało elastyczny w swoich zachowaniach, jednakże dało się z nim „negocjować”.

Na placu zabaw nie nawiązywał samodzielnie kontaktów z rówieśnikami, lecz pytał o nich babcię, na przykład kiedy dane dziecko się urodziło, czy ile ma lat lub w jakim wieku będzie za dwanaście lat. Domagał się powtarzania po kilkanaście razy tych samych opowieści, bajek, zanudzał dorosłych ciągle tymi samymi pytaniami. Powtarzał te same wypowiedzi, często oczywiste (np. po tysiąc jest tysiąc jeden), jeśli zadawał pytania, zazwyczaj nie słuchał odpowiedzi, ze słyszanych wypowiedzi wyłapywał jedynie liczby.

Pierwsze słowa zaczął mówić około 2,5 roku życia i dość długo miał kłopoty z mową bierną – ze zrozumieniem bardziej skomplikowanych wypowiedzi, poleceń najbliższego otoczenia oraz środowiska przedszkolnego. Będąc w USA w czasie dłuższej wizyty (6 miesięcy w okresie gdy kończył trzy i zaczynał cztery lata – wte-

dy postawiona została diagnoza), uczęszczał równolegle do przedszkola normalnego (3 dni w tygodniu) i specjalnego (2 dni w tygodniu). W przedszkolu ze zdrowymi dziećmi potrafił wdrożyć się w nieskomplikowane czynności życia codziennego. Miał jednak problemy ze zrozumieniem poleceń wydawanych przez nauczyciela i wysławieniem się, gdyż jego mowa bierna i czynna była opóźniona oraz z samodzielnym zagospodarowaniem sobie czasu (jest to jeden z głównych problemów – od początku – pozostawiony sam sobie nie wie, co robić z czasem – natomiast funkcjonuje dobrze w sytuacjach zorganizowanych, znanych, przewidywalnych).

Nieadekwatnie posługiwał się zabawkami, najchętniej obracał je w rękach. W przedszkolu ze zdrowymi dziećmi, gdzie przebywał 3 godziny dziennie, funkcjonował stosunkowo poprawnie, gdyż był to czas dobrze zorganizowany, poza tym jego umiejętności poznawcze w zakresie liter, matematyki, figur itp. rozwijały się bardzo dobrze – a to głównie „przerabiano” w tym przedszkolu.

W przedszkolu specjalnym, w którym stosowano terapię „chodzenia za dzieckiem” i przebywając ze znacznie zaburzonymi rówieśnikami cofał się w rozwoju. Pojawiały się trudne zachowania zaobserwowane u innych przebywających w grupie dzieci (brak umiejętności imitacji jest również podstawą jego problemów – od tego w ogóle zaczęliśmy terapię).

Max uporczywie powtarzał zachowania skoncentrowane na punkcie urządzeń mechanicznych: pralki, windy, schodów ruchomych. Często urządzał w domu pranie wpatrując się przy tym jak zahipnotyzowany w ruch obrotowy bębna pralki automatycznej. Mógł bez końca jeździć windą naciskając guzik za guzikiem, obserwując jazdę kabiny z piętra na piętro. Cechy fiksacji wykazywał również na punkcie muzyki – np. we wczesnych latach jadał tylko wtedy, gdy słuchał określonej muzyki, po skończeniu melodii kończyło się jedzenie. Uwielbiał pozytywki, powtarzające się melodie, ale i generalnie muzykę. Miał kłopoty z kolejnością czynności podczas ubierania się, np. ubierał spodnie na pidżamę, najpierw rękawiczki potem buty. Trudno mu było nauczyć się samej czynności ubierania – zabrało to lata. Jednak od czasu, gdy nauczył się czytać, otrzymuje rozpisany na poszczególne etapy plan ubierania się (!). Umożliwia to Maxowi samodzielne, poprawne wykonanie tej czynności.

1.3. Max w wieku 4-5 lat w przedszkolu

W Polsce, jako czteroletni chłopiec (w marcu 1999 r.) Max zaczął uczęszczać do normalnego przedszkola. Zgodnie z zaleceniami diagnozy, chodził tam z „przewodnikiem”, na parę godzin dziennie, oprócz tego pracował w domu. Stosowano wówczas jedynie elementy terapii behawioralnej, której rodzice jeszcze jednak dobrze nie znali. Praca z dzieckiem dotyczyła głównie umiejętności społecznych i zabawowych. Dziecko poczyniło dość dobre postępy, jednakże nie było w stanie funkcjonować samodzielnie. Od nowego roku przedszkolnego, za poradą specjalistów, rodzice zdecydowali się przenieść dziecko do przedszkola z grupą integracyjną. Dziecko wymagało jednak indywidualnej opieki ze strony jednego nauczyciela, a taka nie mogła być zapewniona w przedszkolu integracyjnym, co bardzo szybko

odbiło się na jego zachowaniu. Ponadto, Max zaczął szybko znowu imitować trudne zachowania. Po konsultacji ze specjalistami, chłopiec został z powrotem przeniesiony do zwykłego przedszkola (do którego uczęszczał wcześniej). Stworzono w nim warunki do przebywania pod opieką indywidualnego przewodnika, osoby po szkoleniu w terapii behawioralnej; jego wychowawczyni również odbyły praktyczny trening. W czasie roku szkolnego do Krakowa przyjechała grupa terapeutów z Norwegii (prekursorów terapii behawioralnej w Polsce). Po wnikliwej analizie problemów dziecka, zwłaszcza trudnych zachowań (zachowania ucieczkowe [wycofania się], niestuchanie poleceń, „złośliwość”, kompulsywne zachowania w stosunku do innych dzieci, np. dotykание twarzy, problemy z jedzeniem), opracowali dla chłopca program terapii. Głównym celem było przeprowadzenie treningu słuchania (koncentrowania się na odbiorze informacji) oraz wykonywania poleceń. Już po miesiącu pracy z Maxem na podstawie programu, zauważono pierwsze wymierne efekty terapii. Chłopiec mniej się stymulował, zaczął inicjować pierwsze zabawy z rówieśnikami, powoli wyzbywał się rytualizmów. Po około czterech miesiącach Max zaczął robić bardzo szybkie postępy w każdej dziedzinie: społecznej, poznawczej i w zakresie wyeliminowania trudnych zachowań.

13.1. Rezygnacja z terapii behawioralnej

Niestety rezygnacja z terapii oraz choroby somatyczne chłopca (przewlekłe zapalenie płuc) przyczyniły się do spadku formy. Chłopiec zaczął chodzić do przedszkola z nową osobą towarzyszącą, która jednak nie знаła terapii behawioralnej i nie potrafiła odpowiednio zareagować na przejawy spadku formy. Chłopiec zaczął mieć znowu problemy w grupie przedszkolnej – głównie zaburzenia koncentracji, reagowania na polecenia nauczycielki, skupienia się na wykonywaniu zadania, unikał kontaktów z rówieśnikami, pojawiło się bardzo dużo zachowań kompulsywnych, obsesyjnych, które uniemożliwiały mu nabywanie nowych umiejętności, np. zachowania kompulsywne związane ze wschodem i zachodem słońca. Godzinami kazał opowiadać sobie jak to jest, że słońce najpierw wschodzi a potem zachodzi. Ciągłe wyglądał przez okno, by sprawdzić czy już zbliża się zachód słońca, sprawdzał na zegarku godzinę zachodu. Potrafił rozmawiać na ten temat godzinami, a każde przerwanie tego swoistego słowotoku powodowały u niego płacz i krzyk.

Znowu zaczął chodzić tylko wyznaczonymi przez siebie, stałymi trasami, na placu zabaw wybierał zawsze tę samą huśtawkę, w domu oglądał ciągle tę samą książkę. Stawał się coraz mniej „elastyczny” w postępowaniu, co powodowało coraz większy stres, frustrację, „odpływanie”. Nagle zaczynał bać się wcześniej obojętnych dla siebie przedmiotów, np. koca czy zwierząt – psów. Po wyjściu z domu najpierw rozglądał się za drutami wysokiego napięcia, najchętniej chodził wzdłuż nich z zadartą do góry głową. Przeliczał co tylko mógł: schody na klatce schodowej – wystarczył tylko rzut oka i wiedział ile ich jest, puzzle (200 elementowe), uparczywie liczył godziny, minuty, dni, lata.

14. Terapia behawioralna w ośrodku i w domu

Ośrodek prowadzący terapię behawioralną powstał w Krakowie we wrześniu 2000 r., Max został objęty opieką specjalistów na terenie swojego przedszkola (dzięki przychylności personelu). Na konsultacje zgłaszał się do Ośrodka. Terapeuci z Norwegii przez tydzień prowadzili terapię behawioralną na terenie przedszkola oraz domu. Opracowali ramowy program terapii, który następnie został uszczegółowiony przez nauczyciela prowadzącego. Celem terapii była eliminacja zachowań niepożądanych: mowy kompulsywnej, zachowań kompulsywnych oraz autostymulacji, jak również rozwijanie zachowań deficytowych, takich jak kontakty społeczne i zabawy.

Program był realizowany bardzo konsekwentnie. W przedszkolu Max przebywał 7 godzin dziennie (godz. 9–16). Zawsze była z nim jedna z trzech terapeutek, która pracowała z nim indywidualnie w osobnej salce lub uczestniczyła z nim w zajęciach w grupie rówieśników. Od połowy roku szkolnego Max samodzielnie uczestniczył w zajęciach rytmicznych i gimnastycznych, w obecności terapeuty – w zajęciach zorganizowanych, bawił się z dziećmi. Zwiększał się jego czas samodzielnego (bez obecności terapeuty) pozostawania w grupie (obecnie ok. 15 minut).

Program był kontynuowany w domu – gdzie Max funkcjonował na podstawie planu (kilka zadań, które ma wykonać samodzielnie, aby dostać wybraną nagrodę) i albumów (segregatorów, w których są różne zadania edukacyjne – kolorowanie, pisanie, wykonywanie działań matematycznych itp.). Lubił bawić się z młodszym bratem we wspólne rysowanie oraz gry planszowe. Program był od samego początku oparty wyłącznie na wzmocnieniach pozytywnych; gdy pojawi się jakieś zachowanie niepożądane, sytuację rekonstruowano tak długo, aż Max zareagował prawidłowo – za co otrzymywał pochwałę.

Dwa razy w tygodniu Max uczęszczał na lekcje gry na pianinie i na basen. Jego obsesję na punkcie dźwięków i muzyki udało się „przekuć” w prawdziwą wiedzę na temat muzyki. Max gra już proste utwory klasyczne i samodzielnie nabywa umiejętności muzyczne. Prowadzona terapia bardzo dobrze wpłynęła na kondycję psychiczną dziecka. Mimo początkowych sytuacji stresowych związanych z przełamywaniem trudnych zachowań, Max wydaje się być dzieckiem szczęśliwym i beztróskim. Bardzo lubi swoje terapeutki, które wpływają na niego niezwykle motywująco.

Rodzice wierzą, iż najgorszy okres Max ma już za sobą i niebawem rozpocznie naukę w szkole podstawowej. Mają nadzieję, że spotka w niej dobrych kolegów i kompetentnych nauczycieli. Terapia behawioralna, która pomogła powrócić mu do świata swoich rodziców, rodzeństwa, rówieśników i nas wszystkich będzie kontynuowana jeszcze przez jakiś czas.

15. Max lat 7. Na podstawie wywiadu z terapeutą

Mowa chłopca miała charakter kompulsywny w postaci powtarzającego się zadawania pytań, mówienia często o tych samych, oczywistych rzeczach. Zadawane pytania dotyczyły czasu, stron świata, kolejności zdarzeń, które kiedyś miały miej-

sce. Domagał się ciągłego powtarzania odpowiedzi, potwierdzania własnych odpowiedzi na stawiane przez siebie pytania. Mówił również sam do siebie, głównie o pogodzie, o liczbach i czasie. Zdarzało się, iż przerywał rozmowy innych i zaczynał opowiadać coś na inny temat.

Zachowania autostymulujące – przed rozpoczęciem nauki było ich duże nasilenie (120–150 na godzinę). Były to: zakładanie i pocieranie palców, uderzenia palcami, dłońmi w stół, podłogę, obracanie w palcach drobnych przedmiotów, wkładanie do buzi palców, przedmiotów, rozciąganie ust, robienie baniek ze śliny, obracanie językiem, klaskanie, pocieranie dłońmi, zucie koszulki, podnoszenie jej, pocieranie sutków, brzucha, lizanie kolana. Max miał problemy z jedzeniem. Najpierw nie chciał jeść wcale, domagał się wydzielania, ile może zostawić na talerzu. Przy stanie na jego prośbę doprowadziło do wytworzenia się rutyny, gdyż codziennie musiał mieć wydzielone, ile ma zjeść, a ile może zostawić. Dotyczyło to zazwyczaj rodzaju a nie ilości potraw. Chłopiec miał problemy z koordynacją ruchową, np. przy naśladowaniu ruchów. Głównie dotyczyły one motoryki dużej (wymachy rąk, zwroty tułowia w prawo, w lewo).

1.6. Ostatni rok pobytu w przedszkolu

Z myślą o rozpoczęciu roku szkolnego Max został wprowadzony do grupy rówieśników w przedszkolu. Towarzyszył mu zawsze jeden z trzech terapeutów. Jednak w tym czasie u chłopca wystąpiło tak duże nasilenie zachowań autostymulujących, iż musiano po tygodniu zaniechać tej formy pracy. Nie była to zupełna rezygnacja z grupy rówieśników. Od tego czasu chłopiec zaczął pracować najpierw indywidualnie z terapeutą, w osobnej salce, a potem wprowadzany był na zajęcia z dziećmi.

Praca indywidualna z chłopcem w przedszkolu trwała przez pięć godzin dziennie. Obecnie czas ten jest skracany na rzecz uczestnictwa w zajęciach grupowych. Głównym celem terapeuty była eliminacja zachowań rutynowych i kompulsywnych uniemożliwiających przebywanie w grupie.

Max przebywa z rówieśnikami w grupie codziennie od 10 minut do 1,5 godziny. Są to zajęcia gimnastyczne, rytmiczne, wspólne posiłki, zabawy grupowe. Chłopiec uczy się poprawnej komunikacji, wymiany informacji zarówno z dziećmi, jak i z dorosłymi. Służą temu wspólne zabawy i gry oparte na określonych zasadach – budowanie drogi, składanie „patyczaków”, domino, gra memo. Terapeuta uczy go nawiązywania luźnych rozmów z rówieśnikami dotyczących spraw codziennych, np. co robili wczoraj, jaki film oglądali. Chłopiec uczy się również budować złożone odpowiedzi ustne, a nie jak dotychczasowo jednozdaniowe, bardzo krótkie. Zaczynał od opisu obrazka (podawanie cech znajdującego się na nim przedmiotu), potem odpowiadał na pytanie dotyczące prostych czynności dnia poprzedniego, np. w co się bawił, co pił. Najpierw były to odpowiedzi na pytania, a obecnie jest na etapie kilkuzdaniowych opisów, opowiadań dotyczących przedmiotów, zdarzeń, osób, których w danej chwili nie widzi. Takie na pozór proste wypowiedzi sprawiały mu

trudność. Łatwiej było chłopcu policzyć, w jakim wieku będzie kolega za 29 lat, niż opowiedzieć o swoim bracie, pokoju, książce.

Równocześnie chłopiec realizuje program edukacyjny zerówki, którego poziom znacznie przekracza w dziedzinach matematycznych. Max również czyta i pisze (drukowane litery). Na razie poniżej poziomu są czynności związane z gramofomotoryką, ale przez intensywne i urozmaicone ćwiczenia czyni postępy. Dużo rysuje, wycina, lepi z plasteliny, innych miękkich tworzyw, uczy się komponować przestroń na kartce.

17. Umiejętności językowe i komunikacyjne

Nabywanie i kształcenie języka jest procesem długotrwałym i zindywidualizowanym. T. Rittel (1993: 123) wprowadziła po raz pierwszy pojęcia kompetencji lingwodydaktycznej. Jest to wiedza ucznia i nauczyciela, umożliwiająca samoocenę własnej sprawności komunikacyjnej – wytwarzanie poprawnych wypowiedzi charakteryzujących się odpowiednim odniesieniem do przedmiotu i kontekstu wypowiedzi. Wiedza ta pozwala na zrozumienie innych osób przy uwzględnieniu kontekstu społecznego (Kielar-Turska, Białicka-Pikul 1993).

18. Rozumienie mowy - mowa bierna

Na początku roku szkolnego Max uczył się wykonywać proste polecenia terapeuty dotyczące przedmiotów z najbliższego otoczenia w przedszkolu. Wymagano od chłopca, by przyniósł kilka rzeczy z oddalonej sali, potem odniósł i odpowiednio ułożył.

Kolejny etap to:

- rozpoznawanie osób lub rzeczy na podstawie opisu dwu- lub trzyzdaniowego (przedszkole, dom, park, kościół, kopalnia, ulica),

- łączenie nazwy zawodu z rodzajem wykonywanej czynności (kucharz, krawcowa, piekarz, listonosz, nauczyciel),

- budowanie ciągu skojarzeniowego – dziecko odpowiada na pytania *kiedy? dlaczego?* na podstawie dwóch krótkich zdań, np.: *jest smutny – płacze, jest zmęczony – śpi,*

- odsłuchiwanie tekstu dwu-, trzyzdaniowego i odpowiedzi na pytania z nim związane, np.: *Mama mysz poszła w odwiedziny do ciotki. Zostawiła w domu sześć córeczek.*

Mowa czynna:

- słownik chłopca jest dość bogaty: stosuje rzeczowniki, nazywa czynności, używa znanych sobie przymiotników, przysłówków i przyimków,

- zdarzają się jeszcze zachowania związane z mową kompulsywną; chłopiec mówi wtedy informacje dotyczące dobrze znanych spraw i domaga się ich powtarzania,

– czasami przerywa wypowiedzi innych i wtrąca swoje zdanie nie na temat, żądając równocześnie, by go wysłuchano do końca,

– zadaje pytania dotyczące kolejności i sposobów wykonywania czynności, domagając się powtarzania odpowiedzi.

Od początku roku szkolnego chłopiec realizuje program usprawniający rozwój mowy czynnej. Najpierw była to krótka wymiana zdań z terapeutą dotycząca osoby chłopca (pytania: Jak masz na imię? Ile masz lat? Jak mają na imię rodzice, brat, siostra?).

Aktualnie:

– Max opisuje obrazki, przedmioty, osoby (informacje 3–4-zdaniowe),
– odwzajemnia informacje o tym, co najbardziej lubi robić, gdzie lubi chodzić, co lubi oglądać, w co się bawić,

– odpowiada na pytania dotyczące czasu przeszłego (3 zdania),
– podaje sekwencje pięciu rzeczowników w odpowiedzi na pytanie: *Co jest w ...? (lesie, parku, twoim pokoju, mieście)*,

– odpowiada poprawnie (logicznie i gramatycznie) na pytania: *Co robisz gdy...?*
– rozmawia z rówieśnikami o tym, *co lubią (2–3 zdania)*, *co można robić w ... (lesie, przedszkolu, na basenie)*,

– zdobywa (na polecenie) informacje od dzieci i przekazuje je terapeutce,
– uczy się poprawnej odmiany czasowników i używa ich w zdaniach (*brać, być, wstawać, kupić, chcieć, dać, pokazać*),

– doskonalą sprawności komunikacyjne w kontaktach z rówieśnikami.

Chłopiec ma problemy z komunikowaniem się z innymi dziećmi i potrzebuje pomocy, by nauczyć się wykonywać je poprawnie. Głównym celem aktywności zabawowej jest rozwijanie porozumiewania się i kontaktów społecznych (Bayer, Gammeltoft 2000).

Max od kilku miesięcy uczestniczy we wspólnych zajęciach rytmicznych z rówieśnikami. Śpiewa, tańczy i wykonuje polecenia nauczyciela. Na sali przedszkolnej bawi się z rówieśnikami w zabawy tematyczne (np. wizyta u fryzjera), w gry planszowe przy stoliku. Są to zabawy z udziałem terapeuty i zwykle są przez niego kierowane. W ciągu kilku miesięcy zauważono nasilenie częstotliwości w kontaktach z rówieśnikami z grupy przedszkolnej. Chłopiec częściej szuka kontaktów, które z czasem ulegają jakościowej poprawie.

* * *

Analiza zebranego materiału badawczego pozwoliła na następujące ustalenia:

1. Dziecko z opisanymi przeze mnie zaburzeniami ma problemy z komunikacją – z rozmawianiem, prowadzeniem dialogu, wyrażaniem uczuć; trudności sprawia mu rozmowa o własnych wrażeniach, przeżyciach, jak i wczuwanie się w czyjeś stany uczuciowe.

2. Uczestnicząc w zabawie, uczy się przebywać z rówieśnikami, uczy się, jak podtrzymywać kontakt, uczy się naśladować dorosłych; od dorosłych zależy aran-

zowanie odpowiednich sytuacji zabawowych, w których dziecko szuka wzajemnego kontaktu.

3. Stosowana konsekwentnie przez ostatni rok szkolny terapia behawioralna przynosi dobre efekty; eliminuje zachowania niepożądane: mowę kompulsywną, zachowania kompulsywne, autostymulacje, jak również rozwija zachowania deficytowe (w zakresie kontaktów społecznych i zabawy).

4. Chłopiec samodzielnie uczestniczy w zajęciach rytmicznych i gimnastycznych, w obecności terapeuty uczestniczy w zajęciach zorganizowanych. Zwiększa się czas jego samodzielnego pozostawania w grupie.

5. Program terapii jest kontynuowany w domu, gdzie chłopiec pracuje na podstawie planu (kilka zadań, które ma wykonać samodzielnie) i albumów (segregatorów, w których są różne zadania edukacyjne).

* * *

Chłopiec pozostawał pod opieką specjalistów od terapii behawioralnej z Ośrodka na os. Zielonym w Krakowie od 2000 do 2005 r. Oddziaływania terapeutyczne zakończono w czerwcu 2005 r. Obecnie (luty 2006) Max jest uczniem czwartej klasy szkoły masowej. W szkole ma 2 godziny tygodniowo zajęć indywidualnych, które prowadzi nauczycielka będąca jego wychowawczynią w klasach I–III. Uczy się bardzo dobrze – średnia 5.0. Jest akceptowany przez rówieśników, lecz nie ma wśród kolegów z klasy przyjaciela. Lubi natomiast swoje młodsze rodzeństwo (brata i siostrę), opiekuje się nimi (czyta bajki na dobranoc). Bardzo lubi również dzieci z dalszej rodziny oraz dzieci przyjaciół rodziców. Chętnie przebywa z osobami, które długo zna. Wszelkie zachowania zakłócające występujące wcześniej u chłopca zanikły. Nie jest poddawany żadnym zabiegom terapeutycznym.

Bibliografia

- Bayer J., Gammeltoft L., 2000, *Autism and play*, London and Philadelphia
- Bettelheim B., 1985, *Cudowne i pożyteczne. O znaczeniach i wartości baśni*, Warszawa
- Bobkiewicz-Lewartowska L., 2000, *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*, Kraków
- Budzińska A., Kubach I., 2001, *Zastosowanie terapii behawioralnej we wczesnej interwencji wobec dzieci autystycznych*, [w:] *Autyzm wyzwaniem naszych czasów*, red. T. Gałkowski i J. Kossewska, Kraków
- Gałkowski T., 1995, *Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym*, Warszawa
- Kielar-Turska M., Białecka-Pikul M., 1993, *Dziecko i komunikacja: lingwistyczny, społeczny i poznawczy aspekt badań*, „Kwartalnik Polskiej Psychologii Rozwojowej”, nr 3
- Kruk-Lasocka J., 1992, *Autyzm a oligofrenia*, „Szkoła Specjalna”, nr 4
- Kruk-Lasocka J., 1999, *Autyzm czy nie autyzm*, Wrocław

- Kruk-Lasocka J., 2001, *Autyzm czy zespół Aspergera*, [w:] *Autyzm wyzwaniem naszych czasów*, red. T. Gałkowski i J. Kossewska, Kraków
- Maciarz A., Biadasiewicz M., 2000, *Dziecko autystyczne z zespołem Aspergera*, Kraków
- Okoń W., 1987, *Słownik pedagogiczny*, Warszawa
- Olechnowicz H., (1983), *Wczesny autyzm dziecięcy. Symptopatologia, diagnostyka, ekologia i terapia*, [w:] *Psychologiczne problemy wczesnego autyzmu dziecięcego*, red. E. Czownicka, Warszawa
- Pecyna S.M.B., 1998, *Psychologia kliniczna w praktyce pedagogicznej*, Warszawa
- Piaget J., 1992, *Mowa i myślenie dziecka*, Warszawa
- Pilch T., 1977, *Zasady badań pedagogicznych*, Wrocław
- Rittel T., 1993, *Podstawy lingwistyki edukacyjnej*, Kraków
- Skorny Z., 1974, *Metody badań i diagnostyka psychologiczna*, Wrocław
- Szewczuk W., red., 1985, *Słownik psychologiczny*, Warszawa
- Trzebińska E., 1996, *Komunikacje interpersonalne*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna*, red. W. Pomykało, Warszawa
- Zaczyński W., 1997, *Prace badawcze nauczyciela*, Warszawa

Extensive "non-specified otherwise" developmental impairments - an individual case analysis

Abstract

The paper deals with analyses of research material reflecting communicational disorders observed with a child suffering from extensive non-specified growing speech disorders. Results of the analyses are as follows: 1) the child had problems with talking, developing a dialogue, expressing emotions; 2) at play, he learned to stay with children of the same age as well as how to maintain a contact and how to imitate his parents; it depended on adults to arrange suitable amusement situations that made the boy look for a mutual contact; 3) a behavioural therapy used constantly during one school year brought good effects having eliminated undesirable behaviour: compulsive speech, compulsive behaviour, auto-stimulations, as well as having developed scarce behaviour in the sphere of social contacts and play; 4) the boy took part in some rhythmic and gymnastic activities on his own, he also took part in some arranged activities in presence of his therapist; he spent more and more time in the group of children of the same age.