

Marzena Dąbrowska, Danuta Wolska

Próby terapii nieprawidłowego rozwoju komunikowania się dzieci autystycznych

W terapii dziecka autystycznego rodzice i nauczyciele duży nacisk kładą na wypracowanie zachowań społecznie akceptowanych, wyuczenie sprawności potrzebnych do prawidłowego funkcjonowania w życiu codziennym oraz stymulację zdolności komunikacyjnych. Dziecko autystyczne nie rozwija spontanicznie swoich zdolności komunikacyjnych, dlatego ważne jest podjęcie przez terapeutów kroków zmierzających do usprawniania tej zaburzonej sfery.

Wśród dzieci z nasilonymi cechami autyzmu zaburzenia komunikowania ujawniają się już od 22 miesiąca życia. Przejawiają się tym, że dziecko nie reaguje na głos matki, nie używa głosu w celu zwrócenia na siebie uwagi, wyrażenia emocji lub nawiązania kontaktu społecznego, nie podejmuje żadnych prób komunikacji pozawerbalnej. H. Jaklewicz (1993) wskazuje, że wśród autorów zajmujących się zaburzeniami w autyzmie można wyróżnić dwa stanowiska: L. Wing (1980), S. Folstein, M. Rutter (1988) uważają, że zaburzenia mowy są pierwotne, zaś rozwijające się objawy kliniczne autyzmu są ich pochodnymi.

Natomiast autorzy, którzy przypisują genezę autyzmu czynnikom psychogennym (B. Bettelheim 1967) twierdzą, że występuje okres prawidłowego rozwoju mowy, a potem następuje jej regres, wynikający z rozwoju autyzmu. Istnieje bowiem grupa dzieci autystycznych, które przeszły przez fizjologiczne fazy rozwoju mowy. Posługiwały się prostymi zdaniami, a gesty, mimika, melodyka mowy były adekwatne do ich wypowiedzi. Stopniowo przestawały formułować zdania, ich ekspresja słowna sprowadziła się do komunikatów w formie pojedynczych słów.

Mowa przestawała służyć komunikacji interpersonalnej. Nastąpił też zanik form komunikacji niewerbalnej. Pojawiły się echolalie bezpośrednie lub odwleczone. Dziecko często po kilku dniach, tygodniach, miesiącach powtarza zasłyszane słowa, zdania, długie teksty, perfekcyjnie naśladuje akcent, intonację, z jaką zostały wypowiedziane. Mowa często jest przerywana, skandowana, brak jej płynności (P. Howlin, M. Rutter 1991).

Dzieci autystyczne mają też trudności ze zrozumieniem sensu całej wypowiedzi, mimo iż rozumieją poszczególne słowa.

Zaburzenia komunikowania mogą mieć różne nasilenie – od całkowitego braku gotowości porozumiewania się, po zaburzenie zdolności inicjowania i podtrzymywania rozmowy z innymi, mimo dobrego opanowania mowy i języka. Często u dzieci autystycznych występuje mutyzm lub mowa, która nie służy międzypersonalnej komunikacji. Nie wynika to z wad narządu artykulacyjnego, ani nie ma związku z rozwojem intelektualnym. Wielu badaczy (P. Christie 1990, T. Gałkowski 1983, H. Olechnowicz 1983, E. Pisula 1993) zwraca uwagę na występowanie u dzieci autystycznych tendencji do odwracania zaimków. Polega ona na mówieniu o sobie „ty”, „on”, bądź używaniu imienia, bardzo rzadko zaś zaimka „ja”. Niektórzy autorzy (np. H. Jaklewicz 1993) wiążą to bezpośrednio z autyzmem. Wychodząc z autyzmu dziecko określa siebie jako odrębną, indywidualną jednostkę. Natomiast P. Christie (1990) uważa, że zjawisko to ma podłoże echolalii. Takie zachowanie może być powtórzeniem kierowanych do niego wypowiedzi, np. terapeuta pyta: „Czy chcesz zjeść jabłko?” Dziecko autystyczne odpowiada powtórzeniem: „Czy chcesz zjeść jabłko?” – co oznacza: „Tak, chcę zjeść jabłko”.

Dla najbliższego otoczenia dziecka autystycznego często bardzo uciążliwe jest wielokrotne powtarzanie pytań. Dziecko sprawia wrażenie, że nie słyszy, lub nie rozumie udzielanych odpowiedzi. P. Christie (1990) sądzi, że odpowiadanie na owe powtarzające się pytania nie prowadzi do zaprzestania zadawania ich przez dziecko. Radzi, by w sytuacji, gdy dziecko uporczywie zadaje wciąż to samo pytanie odpowiadać tylko: „tak, słyszę”, „już ci odpowiedziałem” itp. i zaleca zastanowić się, czy zachowanie dziecka nie świadczy o lęku przed czymś i co może być jego przyczyną.

Komunikację z rówieśnikami, rodzicami i terapeutami utrudnia dziecku autystycznemu brak zgodności komunikatów intencjonalnych i nieintencjonalnych (B. Hermelin, N. O'Connor 1985). Komunikacja interpersonalna oznacza przemyślane przekazywanie informacji z własnej woli (prośba o jedzenie, podanie zabawki itp.). Komunikacja nieintencjonalna odnosi się do przekazywania informacji bez ich przemyślenia, a nawet uświadomienia sobie, że są przekazywane. Ma ona charakter spontaniczny i dotyczy informacji na temat stanów emocjonalnych. Do komunikatów tego typu należą wzruszenie ramion, uśmiech, intonacja głosu (E. Pisula 1993). Często dziecko autystyczne w rozmowie z kimś odwraca się do niego tyłem, intonacja głosu nie odpowiada temu, co mówi, uśmiecha się mówiąc o rzeczach niemiłych dla niego. D. Garfin, C. Lord (1989) uważają dzieci autystyczne za podwójnie upośledzone – z jednej strony nastąpiło u nich opóźnienie rozwoju językowego, a z drugiej mają one problemy z wykorzystaniem posiadanych możliwości porozumiewania się. Dzieci autystyczne nawet o dobrym poziomie rozwoju językowego rzadko spontanicznie się wypowiadają lub rozpoczynają rozmowę. Najczęściej wybierają szczególny temat konwersacji i nie pozwalają go zmienić. Trudno im wykorzystywać mowę do przekazu informacji, ale jeszcze trudniej – przekazać swoje myśli, potrzeby i uczucia. Dlatego tak wielkie znaczenie dla terapii zdolności komunikacyjnych dzieci autystycznych ma komunikacja niewerbalna.

Spełnia ona wiele funkcji: uzupełnia lub zastępuje komunikację werbalną, wyraża postawy i emocje – poprzez mimikę, gest, zastępuje też mowę u osób z ograniczoną ekspresją słowną. Umiejętność odczytywania przez terapeuta komunikatów płynących z komunikacji niewerbalnej jest ważna, gdyż jeśli dziecko nie uzyska informacji zwrotnej,

to wycofuje się z kontaktów społecznych. Jego zachowania stają się dziwaczne i niezrozumiałe dla otoczenia. U dzieci autystycznych odczytywanie znaków pozawerbalnych jest utrudnione, gdyż gest lub spojrzenie u każdego dziecka mogą oznaczać co innego. Jedno dziecko bierze osobę dorosłą za rękę i prowadzi tam, gdzie znajduje się żądany przedmiot, inne patrzy kątem oka na dany przedmiot, choć też chciałoby go otrzymać, jeszcze inne krążąc wokół przedmiotu prześle sygnał, że chciałoby go dostać. Często dziecko autystyczne chcąc nawiązać kontakt z drugą osobą podbiega, popycha ją, czasem dotyka. Zachowania te są czasem błędnie interpretowane jako „dziwaczne”, „groźne”, a nie jako niosące informację: „chcę cię poznać”.

D. Garfin, C. Lord (1986) wskazują, iż trudności dzieci autystycznych w rozumieniu treści komunikatów niewerbalnych polegają na:

1. braku umiejętności wyodrębniania informacji stanowiących wskazówkę (np. dziecko zwraca uwagę na kolor oczu, a nie na ich wyraz świadczący o przeżywaniu przez daną osobę emocji),

2. problemach z interpretacją niewerbalnych informacji (np. zrozumieniem, że podniesienie brwi przez matkę jest oznaką jej niezadowolenia),

3. braku wiedzy na temat zachowań stosowanych do otrzymanej informacji i sytuacji (np. podanie masła przy stole kolejnej osobie) (E. Pisula 1993, s. 63).

D. Garfin, C. Lord (1986) zwracają również uwagę, że nieprawidłowości w rozwoju zdolności komunikacyjnych u dzieci autystycznych są konsekwencją zaburzonych kontaktów społecznych, bowiem rozwój zdolności komunikowania wymaga ich ćwiczenia w kontaktach społecznych. Konieczny jest więc równoczesny trening zdolności społecznych i komunikacyjnych oraz wypracowywanie u dzieci motywacji do porozumiewania się z inną osobą. Najłatwiejsze i najbardziej zrozumiałe będą te formy wyrazowe, które mają bezpośredni związek z potrzebami dziecka (np. jeść, pić, iść itp.).

A. Wolski (1995) zwraca uwagę, iż u większości dzieci autystycznych występuje myślenie wizualne (obrazowe). Dlatego do opisywania pojęć używać należy konkretów, bądź symboli wizualnych.

Dzieci autystyczne mają trudności z zapamiętywaniem sekwencji lub zestawu instrukcji słownych. W pierwszym etapie terapii powinno się stosować instrukcję pisemną (dla czytających), symboliczną (piktogramy) lub obrazkową, a w drugim etapie – demonstrację zdania, a na końcu – wprowadzać instrukcję słowną.

Temple Grandin (1995, s. 102) – osoba autystyczna – tak opisuje swoje problemy: „Kiedy pytam o drogę na stacji benzynowej muszę zapisywać otrzymane informacje, jeśli tylko mam przejechać więcej niż trzy ulice, lub trzy zakręty. Kłopoty jakie miałem z wieloma testami wynikały z mojej niezdolności do równoczesnego przechowywania w umyśle jednych informacji i posługiwania się innymi. Sądzę, że gdyby mi pozwolono zapisać regułę, według której trzeba wykonać zadanie poradziłbym sobie znacznie lepiej”.

W rozwoju zdolności komunikowania się można wykorzystać piktogramy, które winno się wspierać naturalnymi gestami. Piktogramy to proste symbole graficzne dotyczące osób, przedmiotów, czynności, liczebności itp. Należy zacząć od piktogramów przedstawiających rzeczy i czynności najbliższe dziecku – np. dotyczące ulubionych potraw. Na początku terapii można wprowadzić 1-2 piktogramy. Powinny być umieszczone w kąciку dziecka, w widocznym miejscu, np. nad łóżkiem, nad biurkiem. Terapeuta rozpoczyna od ćwiczeń biernych – wykonując daną czynność wskazuje ręką na piktogram

ją symbolizujący. Liczba powtórzeń potrzebnych do opanowania danego piktogramu zależy od dziecka.

Ważne jest płynne przejście od biernego pokazywania piktogramu do komunikowania się dziecka z drugą osobą przy jego pomocy. Można to osiągnąć wymagając od dziecka wskazania na piktogramie rzeczy lub czynności, którą chce wziąć lub wykonać. Ciekawe są także propozycje ułatwionej komunikacji wskazane przez A. Wolskiego (1995). Zaleca on łączenie kart z napisami (kolorowe karty oznaczające części mowy) ze wzmocnieniami. Mogą one pobudzać dziecko autystyczne do porozumiewania się. Obok ulubionego jedzenia lub zabawki należy umieścić odpowiedni napis. Dziecko chcąc otrzymać przysmak lub daną rzecz musi wskazać na kartkę z napisem. Stopniowo terapeuta wprowadza karty z dodatkowymi napisami – dziecko ma wybrać prawidłową. Powoli pakiet kart jest rozszerzany wprowadzanymi czasownikami, przymiotnikami, przymiarkami, zaimkami (zwłaszcza 1 os. 1. poj.). W następnym etapie – terapeuta wprowadza bodziec werbalny w postaci pytania: „Co chcesz?” Zadaniem dziecka jest wskazać lub ułożyć z kart odpowiedź, np. „Ja chcę pić”. Rozpoczynać należy od słów kluczowych, mających przyjemne znaczenie. W przypadku, gdy dziecko nie czyta, terapeuta postępuje podobnie, lecz zamiast napisów wprowadza piktogramy lub obrazy przedstawiające dany przedmiot, czynność, jedzenie, osobę itp.

W nauce komunikowania się dziecka autystycznego można wykorzystać elementy języka migowego lub języka naturalnych gestów (patrz: V. Cardinaux, H. Cardinaux, A. Lówe 1993, s. 162). Te dwa języki mogą na stałe wspomagać komunikację werbalną lub pełnić rolę przejściową wspomagającą naukę mowy. Pomocne mogą być również wskazania G. Domana (1996) dotyczące propozycji nauczania czytania metodą globalną. Uważa on, że dzieci z uszkodzonym mózgiem uczą się mówienia poprzez naukę czytania. Materiały do nauczania czytania powinny być sporządzone z białego papieru o wymiarach 15 x 60 cm. Czerwonym pisakiem terapeuta wypisuje litery o wysokości do 13 cm. Wypisane wyrazy, dotyczące bezpośrednio dziecka i jego najbliższego środowiska pokazuje uczniowi przez kilka sekund, mówiąc: „Tu jest napisane np. ręka”. Następnie chowa kartkę, by po chwili znów powtórzyć tę czynność. Stopniowo terapeuta wprowadza pojedyncze słowa, wyrażenia dwuwyrazowe, proste zdania, zdania rozbudowane, pokazuje również strony i książki.

Jeśli dziecko autystyczne zna litery, a nie potrafi stawiać znaków graficznych, należy próbować porozumieć się z nim za pomocą maszyny do pisania lub komputera. Jeśli takie próby nie przyniosą efektu, można pewne naturalne gesty czy migi wprowadzać poprzez muzykę, śpiew, rytm. Warto wprowadzać też elementy tańca czy ćwiczeń gimnastycznych, które nie tylko ułatwiają proces komunikacji, lecz również obniżają samostymulację czy autoagresję. Pracując z dzieckiem autystycznym trzeba wsłuchiwać się w informacje zwrotne płynące od niego. Należy zwrócić uwagę na echolalia dziecka i wykorzystać je w procesie terapii. J. Robets (1989) podkreśla, że echolalia są dla dziecka autystycznego pewną strategią komunikacyjną, rozwijającą się wówczas, gdy dziecko ma znacznie zaburzone możliwości rozumienia kierowanej do niego wypowiedzi. Dlatego zawsze należy wsłuchiwać się w nie i starać się odczytać zawarty w nich komunikat.

Próby rozwoju zdolności komunikacyjnych i efekty trzyletniej terapii zostaną przedstawione na przykładzie ucznia Ośrodka Terapeutyczno-Szkolnego dla Dzieci Autystycznych. Chłopiec ma obecnie 12 lat, przed podjęciem nauki w Ośrodku uczęszczał do

przedszkola integracyjnego. Badania lekarskie i psychologiczne pozwoliły stwierdzić występowanie cech autyzmu i upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym. Chłopiec porusza się samodzielnie, sygnalizuje potrzeby fizjologiczne. Występują u niego silnie nasilone stereotypie w zachowaniu: kiwanie, stukanie klockiem lub innymi przedmiotami o zęby, „przebieranie” palcami koło twarzy – robiące wrażenie drapania. Mimika chłopca nie odzwierciedla emocji, trudno odczytać jego intencje i uczucia. Terapia miała na celu rozwój komunikacji, sfery poznawczej, motoryki i samoobsługi, bowiem rozwijać komunikacji nie można niezależnie od innych sfer, gdyż wpływają one na siebie. Usprawnianie komunikacji równa się ogólnej poprawie we wszystkich sferach (M. Konstantareas, E. Blackstock, Ch. Webster 1992).

Przed rozpoczęciem terapii chłopiec do komunikacji wykorzystywał kilka gestów naturalnych typu – wskazanie ręką przedmiotu, czy wzięcie ręki terapeuty w celu uzyskania żadanego przedmiotu lub jedzenia. Bezpośrednie ćwiczenia komunikacji obejmowały usprawnianie artykulacji i rozwój słownika biernego i czynnego. Przy nauce nowych wyrazów oparto się na mechanizmie echolalii. Echolalia łączono z ćwiczeniami nawiązywania kontaktu wzrokowego. Podczas ćwiczeń z terapeutą chłopiec nie bronił się przed kontaktem wzrokowym, natomiast potem zachowywał się w następujący sposób: Po skończonych zajęciach wydlubował oczy postaciom ludzkim (dzieci idące do szkoły, bawiące się) namalowanym na ścianie sali terapeutycznej. Nie potrafił odkryć znaczenia tych zachowań, wiadomo jednak, że mają one znaczenie komunikacyjne, gdyż nie wiążą się z agresją.

Szczególnie zwracano uwagę, by pokazać konkret lub ilustrację przy wprowadzaniu nowych wyrazów. Wykorzystywano też sytuacje codzienne. Chłopiec stosunkowo szybko opanował zwroty grzecznościowe, np. „dzień dobry”, lecz wymagał zachęty, by je stosować. Samoistna komunikacja występuje w przypadku dużej motywacji do osiągnięcia czegoś, np. „basen” to komunikat, że chłopiec chce iść na basen. Czasem pojawiają się proste zdania, na zasadzie odtworzenia tego, co mówią dorośli. Sam nie potrafi budować struktur syntaktycznych. Wystąpiły elementy mowy dialogowej. Chłopiec często przed przyjściem matki mówi: „mama”, na co terapeuta odpowiada: „Tak, mama przyjdzie”. Gdy pewnego dnia odpowiedź nie nastąpiła, uczeń, utrzymując kontakt wzrokowy ręką poruszył brodę dorosłego – by uzyskać odpowiedź. Starano się także poszerzyć rozumienie stanów emocjonalnych na podstawie opozycji: smutny – wesół; przedstawienie tych stanów w postaci rysunków, jak i odwołanie się do nich w naturalnych sytuacjach nie dało rezultatu.

Aby komunikować się z innymi, trzeba się wyodrębnić z otaczającego świata. Jest to bardzo trudne dla dziecka autystycznego, to „rozmycie” własnych konturów w świecie nie pozwala wyjść do innych. Jedną z metod diagnozy głębokości zaburzeń jest analiza rysunku postaci ludzkiej. Opisany chłopiec nie potrafił w ogóle rysować. Zaczęto go uczyć rysowania postaci ludzkiej od formy takiej, jaka występuje rozwojowo u dzieci. Równocześnie rozwijano orientację w schemacie ciała. Teraz poproszony o narysowanie postaci, robi to sam. (Podczas pracy konieczna jest obecność osoby dorosłej). Samodzielne prace ucznia, bez obecności terapeuty, to bazgroły.

Imię określa osobę – podjęto więc próbę rozpoznawania własnego imienia pośród innych i pisania go. Obecnie chłopiec potrafi napisać drukowanymi literami swoje imię.

Umiejętność tę osiągnął po roku pracy, począwszy od ćwiczeń usprawniających małą motorykę i ćwiczeń grafomotorycznych, aż do uczenia wzoru imienia.

Proces rewalidacyjny dziecka autystycznego jest przeważnie powolny, żmudny, wymagający systematyczności, dużej liczby powtórzeń prostych czynności. W przypadku opisywanej terapii efekty widoczne były po dwóch latach. Ćwiczenia te są kontynuowane. U opisywanego chłopca nasiliły się obecnie zachowania agresywne. Postęp w komunikowaniu i rozwój funkcji społecznych jest uzależniony od wyciszenia tych zachowań.

Aby efektywnie pracować z dzieckiem autystycznym trzeba:

1. Postawić dokładną diagnozę i dobrze poznać dziecko, by określić poziom jego rozwoju.

2. W oparciu o wiedzę z psychologii rozwojowej ustalić poziom, na który dziecko ma przejść w poszczególnych sferach (np. od dobierania jednakowych kolorów do ich nazywania).

3. Należy wplatać sytuacje naturalne w program planowanej terapii.

4. Trzeba wielokrotnie powtarzać czynności w celu utrwalenia ich śladu w drogach nerwowych oraz przestrzegać konsekwencji w postępowaniu.

BIBLIOGRAFIA

- Bettelheim B., *The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of Self*, Collier-Macmillan, London 1967
- Boucher J., Lewis V., *Memory Impairments and Communication in Relatively able Autistic Children*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30
- Cardinaux V., Cardinaux H., Lówe A., *Przygarnij mnie. Wychowanie dzieci głuchoniewidomych*, PWN, Warszawa 1993
- Christie P., *An Understanding of Autism. Children with Autism*, The Inge Wakehurst Trust, London 1990
- Doman G., *Jak postępować z dzieckiem z uszkodzeniem mózgu czyli opóźnionym umysłowo, dzieckiem z porażeniem mózgowym, z zaburzeniami emocjonalnymi, spastycznym, wiotkim, sztywnym, z padaczką, autystycznym, atetotycznym, nadpobudliwym, z zespołem Downa*. Wydaw. Protex, Poznań 1996
- Folstein S., Rutter M., *Autism: Familial Aggregation and Genetic Implications*, *J. Autism Dev. Disord.* 1988, 18/1
- Garfin D., Lord C., *Communication as a Social Problem in Autism*, [w:] E. Schopler, G. Mesibov (red.), *Social Behavior in Autism*, Plenum Press, New York and London 1986
- Grandin T., *Byłem dzieckiem autystycznym*, PWN, Warszawa-Wrocław 1995
- Galkowski T., *Usprawnianie dziecka autystycznego w rodzinie*, PTWK, Warszawa 1980
- Hermelin B., O'Connor N., *Logico-affective States and Nonverbal Language*, [w:] E. Schopler, G. Mesibov (red.), *Communications Problems in Autism*, Plenum Press, New York 1985
- Howlin P., Rutter M., *Treatment of Autistic Children*, John Wiley and Sons, Chichester 1991
- Jaklewicz H., *Autyzm wczesnodziecięcy, diagnoza, przebieg, leczenie*, GWP, Gdańsk 1993
- Konstantareas M., Blackstock E., Webster Ch., *Autyzm*, KTA, Warszawa 1992

- Olechnowicz H., *Wczesny autyzm dziecięcy, symptomatologia, diagnostyka, etiologia, terapia*, [w:] *Psychologiczne problemy wczesnego autyzmu dziecięcego*, red. E. Czownicka, WSPS, Warszawa 1993
- Pisula E., *Autyzm, fakty, wątpliwości, opinie*, Wydawnictwo WSPS, Warszawa 1993
- Roberts J., *Echolalia and Comprehension in Autistic Children*, *Journal of Clunical Child Psychology* 1989/19
- Wing L., *Early Childhood Autism*, Pergamon Press, Oxford 1980
- Wolski A., *Terapia i wspomaganie psychoruchowego rozwoju dziecka z cechami autyzmu*, [w:] *Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej*, red. W.J. Pileccy, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1995