

Paulina Pawłowska

ORCID: 0000-0001-8478-3302

Szkoła Doktorska Nauk Humanistycznych Uniwersytetu Łódzkiego
Instytut Filologii Polskiej i Logopedii

Zaburzenia komunikacji w spektrum autyzmu – studium przypadku dziecka w wieku przedszkolnym

Streszczenie

W artykule ukazano zaburzenia komunikacyjne na tle całościowych zaburzeń rozwoju. Praca stanowi studium przypadku trzypółletniej dziewczynki, u której zdiagnozowano autyzm dziecięcy (całościowe zaburzenia rozwojowe – autyzm dziecięcy, F 84.0). Autorka, logopeda, przedstawia procedurę wielopłaszczyznowej diagnozy dziecka, a także programuje logopedyczne postępowanie terapeutyczne.

Słowa kluczowe:

logopedia, diagnoza logopedyczna, komunikacja, autyzm, terapia

Communication Disorders in Autism Spectrum – Case Study of a Child at Preschool Age

Summary

This article shows the communication disorders associated with holistic developmental disorders. It is a case study about a three-and-a-half year-old girl diagnosed with childhood autism. The author, who is a speech therapist, shows the procedure of many-sided diagnosis. The programme of the logopedical therapy is also created.

Keywords:

logopaedics, communication diagnosis, communication, autism, therapy

Wprowadzenie

Głównym celem niniejszego artykułu jest przedstawienie obrazu zaburzeń komunikacyjnych trzypółletniej dziewczynki, będącej na początku drogi w kierunku formalnej diagnozy całościowych zaburzeń rozwoju – autyzmu dziecięcego. Przedstawiam pierwsze podjęte kroki w obszarze diagnostycznym, opisuję postępowanie terapeutyczne oraz zarysowuję priorytety w terapii dziewczynki.

Termin *autyzm* jest różnie definiowany, w zależności od powstających na przestrzeni lat klasyfikacji. Termin *całościowe zaburzenia rozwojowe* z systematyzacji DMS-IV z 1994 r., za sprawą kolejnej klasyfikacji, DSM-V, ustąpił miejsca nowej jednostce, *zaburzeniom ze spektrum autyzmu*. W Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób

i Problemów Zdrowotnych ICD-10 funkcjonuje zaś termin *całościowe zaburzenia rozwojowe*. Ta kategoria, oznaczona jako F.84, obejmuje m.in. *autyzm dziecięcy* (kategoria F84.0). W najnowszej klasyfikacji, ICD-11, tak samo jak w DSM-V z 2013 r., funkcjonuje zaś termin *zaburzenia ze spektrum autyzmu*¹.

W niniejszej pracy używam terminów *zaburzenia ze spektrum autyzmu*, ang. *autism spectrum disorder* – ASD (pochodzącego z DSM-V, ICD-11), *całościowe zaburzenia rozwojowe* (pochodzącego z ICD-10, DSM-IV) jako wymiennych z terminem *autyzm*.

Autyzm – etiologia, wielochorobowość

Zaburzenia ze spektrum autyzmu mają heterogeniczną naturę, będącą przedmiotem licznych opracowań w literaturze przedmiotu zarówno na gruncie polskim jak i zagranicznym².

Rolę czynników wyzwalających zaburzenia autystyczne przypisuje się czynnikom dziedzicznym, pre- i perinatalnym patogenom, czynnikom biologicznym czy środowiskowym. Na podstawie literatury przedmiotu dokonałam podziału na pierwszo- i drugoplanowe czynniki etiologiczne. Przyjmuję, że zaburzenia ze spektrum autyzmu mają przede wszystkim podłoże neurologiczne (neurofunkcjonalno-neuroorganiczne) i genetyczne, wzmacniane innymi czynnikami, np. biologicznymi i środowiskowymi.

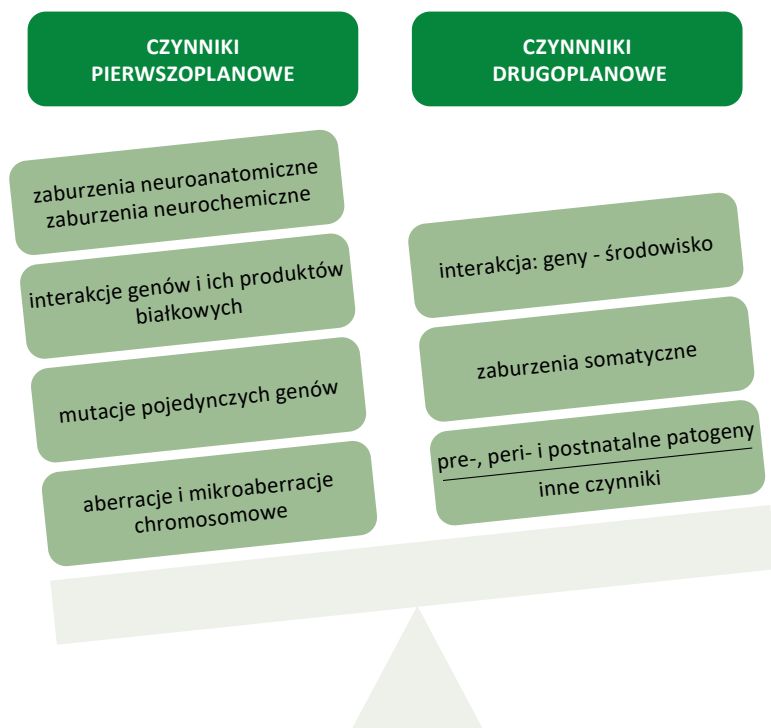
W świetle wielu opracowań dotyczących problematyki genetyki zaburzeń autystycznych, konstatacją jednoczącą wszystkich badaczy może być teza, wedle której zaburzenia ze spektrum autyzmu charakteryzuje polietiologia, często również nie da się jednoznacznie rozstrzygnąć o źródłach wyzwalających to zaburzenie.

Zaburzenia w spektrum autyzmu z jednej strony charakteryzuje polietiologia, z drugiej zaś – poliobjawowość (wielobjawowość, wielochorobowość)³. U osób z autyzmem wyróżnić można bowiem szereg współwystępujących zaburzeń dotyczących wielu obszarów funkcjonowania. Część z nich to konkretne kategorie nozologiczne – jednostki chorobowe (wymienia się wśród nich m.in. padaczkę, choroby autoimmunologiczne),

¹ I. Chojnicka, M. de Ines, J. Kwasiborska-Dudek, *Zaburzenia ze spektrum autyzmu – kryteria diagnostyczne, uwarunkowania genetyczne i neurobiologiczne*, [w:] J. Kwasiborska-Dudek, D. Emiluta-Rozya, *Diagnoza i terapia logopedyczna małego dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD)*, Gdańsk, Wydawnictwo Harmonia, 2020, s. 16–17

² Wśród polskich prac wymienić można m.in. prace: P. Gołaska, *Etiologia zaburzeń ze spektrum autyzmu. Przegląd wybranych koncepcji*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2013, nr 13(1), s. 8–14; I. Chojnicka, M. de Ines, J. Kwasiborska-Dudek, *Zaburzenia ze spektrum autyzmu – kryteria diagnostyczne, uwarunkowania genetyczne i neurobiologiczne*, [w:] *Diagnoza i terapia logopedyczna małego dziecka z zaburzeniem ze spektrum autyzmu (ASD)*, red. J. Kwasiborska-Dudek, D. Emiluta-Rozya, Gdańsk, Wydawnictwo Harmonia, 2020, s. 15–32. Wśród zagranicznych zaś np. artykuł E. J. Hoffman, *Objawy kliniczne i rozpoznawanie autyzmu i innych całościowych zaburzeń rozwojowych*, „Psychiatria po Dyplomie” 2009, t. 6, nr 3, s. 45–55.

³ Kryterium współchorobowości autyzmu wpłynęło na powstanie pewnej systematyzacji. To podział na autyzm *idiomatyyczny* oraz *wtórny*. Termin *autyzm idiomatyyczny* wyklucza współwystępowanie innych zaburzeń. W przypadku *autyzmu wtórnego* zaś mamy do czynienia z ich obecnością. Por. B. Winczura, *Zaburzenia współwystępujące z autyzmem – uwarunkowania rozwojowe, symptomy kliniczne i dylematy diagnostyczne*, „Logopedia” 2018, t. 47(2), s. 253.



Obraz 1. Etiologia autyzmu

Opracowanie własne na podstawie: I. Chojnicka, M. de Ines, J. Kwasiborska-Dudek, *Zaburzenia ze spektrum autyzmu – kryteria diagnostyczne, uwarunkowania genetyczne i neurobiologiczne*, [w:] J. Kwasiborska-Dudek, D. Emiluta-Rozya, *Diagnoza i terapia logopedyczna małego dziecka z zaburzeniem ze spektrum autyzmu (ASD)*, Gdańsk, Wydawnictwo Harmonia, 2020; P. Gołaska, *Etiologia zaburzeń ze spektrum autyzmu. Przegląd wybranych koncepcji*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2013, nr 13(1), s. 8–14

inne to dysfunkcje⁴ (takie jak np. zakłócenia regulacji procesów sensorycznych, czyli zaburzenia SI).

Kliniczne dane statystyczne wskazują, iż u 70% osób ze spektrum autyzmu współwystępuje jedno zaburzenie, zaś u 40% wyróżnić można dwa zaburzenia lub więcej zaburzeń dodatkowych⁵. Skala współwystępowania z autyzmem różnych jednostek chorobowych oraz dysfunkcji dowodzi różnorodności i niejednorodności obrazu klinicznego osób z diagnozą spektrum zaburzeń autystycznych.

⁴ Za zasadne uważam dokonanie definicyjnego rozróżnienia między chorobą a dysfunkcją. Podczas gdy **choroba** to „reakcja ustroju na działanie czynnika (czynników) chorobotwórczych prowadząca do zaburzeń naturalnego współdziałania tkanek i narządów, a w następstwie do zaburzeń czynnościowych i zmian w funkcjonowaniu poszczególnych narządów i całego ustroju człowieka” (źródło: *Encyklopedia PWN*: <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/choroba;3885838.html>, [data dostępu: 01.04.2023]), **dysfunkcja** z kolei to „zaburzenie czynności komórki, tkanki, narządu lub całego ustroju [nieprawidłowe funkcjonowanie organizmu – P.P.]” (źródło: *Encyklopedia PWN*, <https://encyklopedia.pwn.pl/szukaj/dysfunkcja.html>, [data dostępu: 01.04.2023]). **Choroba** to termin hiperonimiczny w stosunku do pojęcia **dysfunkcja**.

⁵ B. Wiczura, *Zaburzenia współwystępujące z autyzmem – uwarunkowania rozwojowe, symptomy kliniczne i dylematy diagnostyczne*, „Logopedia” 2018, t. 47(2), s. 254

Rozwój dzieci ze spektrum autyzmu

Zaburzenia ze spektrum autyzmu, jak już zostało wcześniej opisane, cechują się bogatym inwentarzem możliwych przyczyn, a także współzaburzeń. Co za tym idzie, rozwój dzieci z autyzmem może zostać zakłócony w obrębie wielu obszarów funkcjonowania. Kanoniczne odstępstwa dotyczą głównie takich sfer rozwojowych jak: komunikacja, funkcjonowanie społeczne/zachowanie oraz funkcjonowanie poznawcze i sensoryczno-motoryczne. Krótko przedstawię główne nieprawidłowości w obrębie wymienionych aspektów rozwoju. Można uznać, iż dynamika, rozległość poszczególnych zakłóceń rozwojowych jest w przypadku dzieci z autyzmem ściśle zindywidualizowana i zmienna osobniczo. Jak uwrażliwiają badacze, niepokojące sygnały dotyczące rozwoju dziecka, różniujące dziecko z autyzmem od dziecka prawidłowo rozwijającego się, łatwo zaobserwować – uogólniając – do 30. miesiąca życia⁶.

Zreferowane poniżej cechy rozwoju dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu są opracowane przeze mnie. Zostały zebrane na podstawie pracy J. Błęszyńskiego, artykułu autorstwa Danuty Emiluty-Rozy, Doroty Lipskiej i Izabeli Więcek-Poborczyk, a także publikacji Ellen Hoffman⁷.

Komunikacja – ekspresja oraz recepcja

Nieprawidłowości dotyczące komunikacji dzieci z ASD można przyporządkować do trzech grup deficytów. To deficyty: ilościowe (a, b, c), jakościowe (a, d-g) oraz pragmatyczne (h-l).

Główne nieprawidłowości dotyczące rozwoju komunikacji werbalnej, niewerbalnej oraz percepcji:

- a. zaburzony rozwój bazowych umiejętności komunikacyjnych: kontaktu wzrokowego, umiejętności naśladowania, utrzymywania wspólnego pola uwagi, gestu wskazywania palcem;
- b. brak, regres, opóźnienie rozwoju mowy, ograniczenie mowy;
- c. ograniczenie w komunikacji gestów, mowy ciała;
- d. ekspresja nietypowych dźwięków; nietypowe wokalizacje o podłożu fizjologicznym;
- e. w przypadku wykształcenia mowy – nieprawidłowe i nieadekwatne jej wykorzystanie pragmatycznie, kontekstualnie (np. stereotypowość wypowiedzi);
- f. zakłócone rozumienie mowy;
- g. echolalie, neologizmy, odwracanie zaimków;

⁶ F. R. Volkmar, K. Chawarska, *Autism in infants: an update (Autyzm u niemowląt. Obecny stan wiedzy)*, „World Psychiatry” 2008, nr 7, s. 69

⁷ J. Błęszyński, *Autyzm a niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie w rozwoju. Skala Oceny Zachowań Autystycznych*, Gdańsk, Wydawnictwo Harmonia, 2018; D. Emiluta-Rozy, F. Lipiec, I. Więcek-Poborczyk, *Komunikacja niewerbalna i werbalna dzieci z ASD – porównanie z normatywnym rozwojem komunikacji społecznej*, [w:] J. Kwasiborska-Dudek, D. Emiluta-Rozy, *Diagnoza i terapia logopedyczna małego dziecka z zaburzeniem ze spektrum autyzmu (ASD)*, Gdańsk, Wydawnictwo Harmonia, 2020, s. 59–80; E. J. Hoffman, *Objawy kliniczne i rozpoznawanie autyzmu i innych całościowych zaburzeń rozwojowych*, „Psychiatria po Dyplomie” 2009, t. 6, nr 3, s. 45

- h. trudności w rozumieniu abstrakcji, niezdolność do symbolicznego używania przedmiotów;
- i. zaburzona prozodia wypowiedzi;
- j. niezdolność do naprzemiennego wystawiania się;
- k. brak komunikacji z dorosłymi, rówieśnikami;
- l. brak zdolności do inicjowania i podtrzymywania interakcji (lub jej ograniczenie).

Funkcjonowanie społeczne, zachowanie

- a. nieprawidłowości dotyczące rozwoju bazowych umiejętności komunikacyjnych;
- b. opóźniony rozwój emocjonalny, np. brak uśmiechu społecznego;
- c. nieumiejętność okazywania emocji wobec osób z otoczenia;
- d. trudności w pojmowaniu odrębności własnej osoby;
- e. brak adekwatnych do wieku relacji rówieśniczych;
- f. brak spontanicznego dzielenia zainteresowań, preferowanie samotnych aktywności;
- g. brak zabawy tematycznej i symbolicznej.

Funkcjonowanie poznawcze i sensoryczno-motoryczne

- a. przewaga umiejętności niewerbalnych nad werbalnymi;
- b. wąskie pola zainteresowań, nadmierne przywiązanie do konkretnych aktywności czy (nietypowych) przedmiotów; przesadne przywiązanie do rutyny;
- c. myślenie – fiksacja na jednym elemencie, myślenie rzecztywiste;
- d. pamięć – dominuje mechaniczna i fotograficzna;
- e. uwaga – rozproszona;
- f. dynamiczne zmiany nastroju;
- g. manieryzmy ruchowe – np. trzepotanie rękami;
- h. nieswoistości motoryczne – np. chodzenie na palcach.

Powyższy inwentarz osobliwości rozwojowych dotyczący dzieci z autyzmem został przedstawiony w sposób zbiorczy, bez względu na wiek dziecka. W publikacjach można odnaleźć opisy rozwoju dzieci z całościowymi zaburzeniami rozwoju z podziałem na periodyzacje (np. od urodzenia do 18. ms.; 18 ms. – 4 r.ż. oraz powyżej 4 r.ż.)⁸.

Każde dziecko z zaburzeniami ze spektrum autyzmu posiada inny zespół cech specyficznych. W grupie tych pacjentów obserwuje się dużą różnorodność dotyczącą wszystkich domen rozwojowych. Dziewczynka, której trudności opisane są w artykule, również ujawnia wieloobszarowe deficyty zarówno na płaszczyźnie komunikacyjnej, jak i społecznej oraz sensoryczno-motorycznej.

⁸ J. Błęszyński, *Autyzm a niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie w rozwoju. Skala Oceny Zachowań Autystycznych*, Gdańsk, Wydawnictwo Harmonia, 2018, s. 65

Metodologia

W niniejszej pracy posłużono się metodą studium indywidualnego przypadku. W świetle teoretycznych opracowań metodologicznych ta metoda badań polega na gromadzeniu danych dotyczących danej jednostki, a następnie dokonywaniu analiz⁹. W kontekście badań logopedycznych określić można, iż wspomniana analiza ma przynieść rezultat w postaci diagnozy oraz zaprogramowanej terapii logopedycznej¹⁰.

Zastosowanie wybranej metody umożliwiają techniki badawcze. Te, które wykorzystałam to: wywiad, badanie logopedyczne, analiza dokumentacji specjalistycznej oraz obserwacja dziecka. Ich realizacja nie byłaby możliwa bez odpowiednich narzędzi. Są to, odpowiednio, arkusz e wywiadu (trzy kwestionariusze wywiadu logopedycznego – autorskie: przesiewowy oraz szczegółowy), ponadto kwestionariusze: badania logopedycznego oraz obserwacyjne (test M-CHAT¹¹, kwestionariusze zaczerpnięte z podręcznika VB-MAPP¹² oraz autorski arkusz). Poniżej przedstawiam szczegółowy opis wykorzystanych narzędzi. Uporządkowałam go w sposób wyliczeniowy, uwzględniając porządek postępowania diagnostycznego.

- 1. Wywiad przesiewowy.** Skonstruowany przeze mnie uproszczony arkusz, corocznie rozdawany rodzicom przed wrześniowymi logopedycznymi badaniami przesiewowymi. Zawiera ogólne pytania dotyczące okresu pre-, peri- i postnatalnego, rozwoju motoryki oraz mowy.
- 2. Wywiad szczegółowy.** W ramach szczegółowej diagnostyki, stworzyłam dokładniejszy kwestionariusz. Został on uzupełniony o pozostałe zagadnienia rozwojowe, m.in. czynności samoobsługowe. Zawarte w przesiewowym arkuszu wywiadu pytania zostały uszczegółowione i usytuowane w szerszym kontekście¹³. Arkusz wywiadu szczegółowego został umieszczony w aneksie.
- 3. Test M-CHAT.** To ogólnodostępny kwestionariusz, który służy do przesiewowej oceny rozwoju dzieci w wieku poniemowlęcym (od ukończenia 12. miesiąca życia), a dokładniej – do oceny ryzyka wystąpienia u dziecka zaburzeń ze spektrum autyzmu. Jak wskazują autorzy, narzędzie można stosować u dzieci do 30. miesiąca życia. Mimo że dziewczynka, której sylwetkę przedstawiam, miała już skończone trzy lata, skorzystałam z tego narzędzia, ponieważ na podstawie przeprowadzonych wywiadów wiedziałam, że dziecko wykazuje liczne deficyty, sytuując się znacznie

⁹ J. Apanowicz, *Metodologia ogólna*, Gdynia, Wydawnictwo Diecezji Pelplińskiej „Bernardinum”, 2002, s. 70

¹⁰ Za: A. Hamerlińska-Latecka, *Logopedia a metodologia badań nauk społecznych*, [w:] I. Jaros, R. Gliwa (red.), *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii*, Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2016, s. 28

¹¹ D. I. Robins, D. Fein, M. Barton, *Kwestionariusz M-CHAT-R/FTM – Zmodyfikowany Kwestionariusz Autyzmu w Okresie Poniemowlęcym*, https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2020/11/M-CHAT-R_F_Polish_v2.pdf, [data dostępu: 05.01.2022]

¹² M. Sundberg, *VB-MAPP. Program do oceny umiejętności językowych i społecznych dzieci z autyzmem i innymi zaburzeniami rozwoju*, Warszawa, Wydawnictwo Scholaris, 2015

¹³ Arkusz stworzyłam w oparciu o: D. Emiluta-Rozya, *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*, Warszawa, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, 2013 oraz J. Bleszyński, *Autyzm a niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie w rozwoju. Skala Oceny Zachowań Autystycznych*, Gdańsk, Wydawnictwo Harmonia, 2018

poniżej poziomu rozwoju dziecka trzyletniego. Chciałam pogłębić wywiad z mamą dziecka. Kwestionariusz składa się z dwóch testów – M-CHAT-R oraz M-CHAT-R/F¹⁴.

4. Testy z VB-MAPP. Służą do oceny osiągnięcia kamieni milowych rozwoju i planowania terapii. Pomagają ocenić umiejętności komunikacyjne dzieci z zaburzeniami rozwojowymi, wskazują na obszary deficytowe, nad którymi należy pracować. W podręczniku *VB-MAPP* [...] ¹⁵ zawartych jest wiele narzędzi, m.in.: *Kwestionariusz do oceny barier*, *Ocena osiągnięcia kamieni milowych* (poziomy: I; II; III), *Badanie wczesnych umiejętności echowych*, *Badanie gotowości do zmiany*. Wykorzystałam dwie składowe tego narzędzia: ocenę kamieni milowych (poziom I), a także BWUE – badanie wczesnych umiejętności echowych. Ta wybiórczość podyktowana jest tym, iż dziecko nie osiągnęło umiejętności bazowych dla rozwoju komunikacji. Dlatego też skupiam się na ocenie podstawowych „kamieni milowych”, nie na parametrach właściwych dalszym etapom rozwojowym.

5. Arkusz obserwacyjny (arkusz badania). To narzędzie, które stworzyłam samodzielnie. Z jednej strony określam ten arkusz jako obserwacyjny, z drugiej zaś – arkusz badania. Te dwie czynności diagnostyczne – obserwacja i badanie, ściśle ze sobą korelują. Swobodna i kierowana obserwacja dziecka, na tym etapie jego rozwoju, stanowiła dla mnie jedyną metodę badania logopedycznego. Stworzony przeze mnie arkusz podzielony został na sześć głównych sekcji:

- I. Bazowe umiejętności komunikacyjne (m.in. patrzenie na twarz, kontakt wzrokowy)
- II. Ekspresja – słowna (m.in. wypowiedane słowa, echolalie)
- III. Ekspresja – parawerbalna (wokalizacje)
- IV. Ekspresja – niewerbalna (stosowanie gestów, mimiki)
- V. Ekspresja – intencjonalność i funkcjonalność (m.in. stosowanie funkcji próśb, pytań)
- VI. Percepcja (m.in. lokalizowanie dźwięków, reakcje na polecenia)

W ramach poszczególnych sekcji wyróżniłam kilka wątków podlegających obserwacji (badaniu). W tabelach (załączonych w podrozdziale *Obserwacja dziecka. Badanie logopedyczne*) zawarte są również przykładowe próby zadaniowe dotyczące wyszczególnionych zdolności.

Wymienione wyżej techniki badawcze oraz wykorzystane narzędzia odzwierciedlają poszczególne kroki diagnostyczne będące standardem postępowania logopedycznego w przypadku dziecka z zaburzeniami rozwojowymi w spektrum autyzmu (podejrzeniem autyzmu)¹⁶.

¹⁴ D. I. Robins, D. Fein, M. Barton, dz. cyt., [data dostępu: 05.01.2022]

¹⁵ M. Sundberg, dz. cyt.

¹⁶ W. Lipski, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku autyzmu*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin, Wydawnictwo UMCS, 2015, s. 473

Wywiad. Przedstawienie pacjentki

W przedszkolu, w którym pracuję na stanowisku logopedy, corocznie we wrześniu przeprowadzane są – po uzyskaniu zgody rodzica – logopedyczne badania przesiewowe. Na arkuszu zgody na przeprowadzenie badań przesiewowych zawarty jest jednocześnie krótki wstępny arkusz wywiadu z rodzicem dziecka. Pierwsze dane na temat M. pochodziły właśnie z tego kwestionariusza. Bardziej przydatne do diagnozy informacje uzyskane zostały w trakcie szczegółowego wywiadu z mamą dziewczynki, który został przeprowadzony w trakcie indywidualnej konsultacji.

Dziecko urodziło się 13.04.2018 r. **(przedstawiam, że M. ma 3,5 roku, ponieważ opisuję czynności diagnostyczne odbywające się jesienią 2021)**. Poród odbył się terminowo, przez cięcie cesarskie, w 40. tygodniu ciąży. Doszło do zamartwicy, dziecko zakrztusiło się również wodami płodowymi. W okresie prenatalnym matka dziewczynki zachorowała na cukrzycę ciążową. Kobieta nie doznała żadnych urazów mechanicznych, nie przechodziła również żadnych infekcji wirusowych.

M. urodziła się z prawidłową wagą (2850 g), otrzymała 9 punktów w skali Apgar. Nie wystąpiła u niej przewlekła żółtaczka fizjologiczna ani też inne nieprawidłowości zdrowotne (takie jak np. krwawienia śródczaszkowe, zatrucia, nietolerancje pokarmowe).

Z rozmowy przeprowadzonej z mamą M. wynika, że motoryczny rozwój dziewczynki przebiegał normatywnie, wedle kalendarza rozwojowego. Nie miało miejsca ani zahamowanie rozwoju motorycznego dziecka, ani żaden regres nabytych w tym zakresie umiejętności.

Rzeczony rozwój mowy dziewczynki zahamowany był od początku. Mama dziecka nie potrafiła określić czasu pojawienia się dźwięków odpowiadających głuźeniu, wskazała natomiast, że dziewczynka zaczęła gaworzyć około 12. miesiąca życia. Na krótko przed drugimi urodzinami (około 22. miesiąca życia), M. zaczęła wypowiadać słowa z jednego kręgu semantycznego – jedzenie (*picie, mlecko, czekoladka*). Zdarza się, że wypowiada je w kontekście (na widok mleka, czekolady – produktów, które lubi), częściej jednak echolalicznie je samopowtarza. Dziecko nie wypowiada połączeń dwu- i więcej wyrazowych. Często powtarza jednak zasłyszane konstrukcje (echolalie bezpośrednie).

Dziewczynka co jakiś czas ujawnia nowe parafunkcyjne nawyki – przez miesiąc miała tendencję do przygryzania rękawów, następnie, przez podobny okres, obgryzała paznokcie. Występują duże problemy z przyjmowaniem pokarmów. Dziecko wzdriana się przed dokonywaniem zmian w diecie. Wszelkie nowe dania węża, liże, a następnie odrzuca.

M. wykazuje emocjonalne reakcje na widok mamy, szczególnie po długim okresie rozłąki. Nie unika kontaktu fizycznego, chętnie się przytula, wchodzi na kolana. Dziewczynka najchętniej bawi się samotnie, nie dostrzega innych współuczestników, nie inicjuje zabawy. Przepada za puzzlami, układankami i instrumentami. Pozytywnie reaguje na muzykę. Codzienne funkcjonowanie, zarówno w środowisku przedszkolnym, jak i domowym, utrudniają zachowania (auto)agresywne.

W ramach uzupełnienia wywiadu szczegółowego, przeprowadzono również z mamą dodatkowy wywiad w oparciu o kwestionariusz M-CHAT¹⁷. Podążając za instrukcją prze-

¹⁷ D. I. Robins, D. Fein, M. Barton, dz. cyt.

prowadzenia ustrukturyzowanej rozmowy z rodzicem, za każdą odpowiedź na pytania przyznawałam 1 pkt lub 0 pkt. Wywiad obejmował 20 pytań, zatem można było uzyskać maksymalnie 20 punktów. Wyniki przedstawię w formie opisowej, w skrócie. Mama zauważa, że dziecko nie zwraca uwagi na wskazywane przedmioty, zachowane są jednak reakcje słuchowe na dźwięki otoczenia. Dziecko nie bawi się w zabawy na niby (jedynie wyciąga czasami talerze i śpiewa „sto lat, sto lat”). M. przepada za wdrapywaniem się na różne przedmioty, lubi huśtanie, bujanie. Zdarza się, że wykonuje ruchy placami blisko oczu – jest to głównie pocieranie dłońmi. Brakuje gestu wskazywania palcem, choć sporadycznie zdarzyło się, że dziecko powtórzyło go po mamie. Dziewczynka nie wykazuje zainteresowania innymi dziećmi. Dziecko krzykiem, grymasem reaguje na część dźwięków otoczenia (odkurzacz, suszarka do włosów). M. bardzo lubi zabawy ruchowe. Nie patrzy na rodzica w nowych sytuacjach, by sprawdzić jego reakcję. Uzyskany wynik, 11 punktów, wskazuje na „wysokie ryzyko ASD”¹⁸.

Konsultacje specjalistyczne

Wspomniane we wcześniejszej części artykułu wieloobjawowość i wielochorobowość charakteryzujące zaburzenia ze spektrum autyzmu, rodzą konieczność wielospecjalistycznego wsparcia osób z postawioną diagnozą. Jednak jeszcze przed zdiagnozowaniem pacjenta, standardem w diagnostycznym postępowaniu logopedycznym jest zlecenie odbycia konsultacji specjalistycznych, w celu poznania/wykluczenia możliwych przyczyn występujących zaburzeń.

W konsekwencji przeprowadzonych wywiadów oraz konsultacji logopedycznej na początku roku przedszkolnego, zlecono odbycie badania psychologicznego. Zaleciłam również matce dziecka pogłębienie diagnostyki o badanie słuchu (by wykluczyć niedosłuch), badanie neurologiczne (by wykluczyć zmiany ogniskowe w ośrodkowym układzie nerwowym) oraz konsultację genetyczną (by sprawdzić/wykluczyć genetyczne tło zaburzeń). Zaleciłam również diagnozę w kierunku zaburzeń z zakresu integracji sensorycznej.

Matka dziecka podjęła dalsze kroki, zapisała dziecko do Centrum Medycznego na konsultację psychologiczną. Tam została również skierowana na wizytę psychiatryczną, co otworzyło drogę do uzyskania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego.

Raz w tygodniu dziecko uczęszczało na zajęcia do jednego z łódzkich gabinetów terapeutycznych na zajęcia z psychologiem oraz logopedą. Lekarz psychiatra, który konsultował dziewczynkę w Centrum Medycznym, odnotował globalne opóźnienie rozwoju mowy, w tym m.in. brak nawiązywania przez nią kontaktu wzrokowego, brak komunikacji werbalnej i gestowej, słowną stereotypię (maniakalne powtarzanie „dzień dobry”), brak zabawy tematycznej. Zaobserwował też ruchowe manieryzmy. Na podstawie przeprowadzonego wywiadu oraz obserwacji dziecka w karcie konsultacyjnej oraz zaświadczeniu dla potrzeb zespołu orzekającego zapisano, iż dziewczynka wykazuje objawy autyzmu dziecięcego (całościowe zaburzenia rozwojowe – autyzm dziecięcy F 84.0).

¹⁸ Niskie ryzyko – całkowity wynik to 0-2 punktów; średnie ryzyko – 3-7 punktów; wysokie ryzyko – wynik 8-20 punktów; <https://www.sensogracja.pl/images/design/kwquestionariusz.pdf>, [data dostępu 12.03.2023].

Obserwacja dziecka. Badanie logopedyczne

Pierwszego dnia obserwacji dziewczynka została zabrana przeze mnie do sali gimnastycznej zaaranżowanej, na potrzeby naszych zajęć, na salę „zabaw”. Przeniosłam tam różne pomoce dydaktyczne z sal przedszkolnych (lalki, piłki, puzzle, układanki magnetyczne, klocki, auta itd.), by poznać sposób, w jaki dziecko eksploruje otoczenie.

Obserwacja swobodna wykazała, iż dziewczynka cechuje się pogodnym usposobieniem, jest zainteresowana najbliższym otoczeniem. M. chętnie weszła ze mną do sali, następnie rozpoczęła samodzielną eksplorację otaczającej ją przestrzeni. Podchodziła do zabawek, patrzyła na nie, dotykała ich. Jednocześnie dziewczynka zupełnie ignorowała kierowane do niej słowa: „M., pobawimy się?“, „M., zobacz, co mam! Ooooo, to piesek”. Dziecko nie widziało we mnie interesującego partnera interakcji, nie patrzyło na twarz. Dziewczynka eksplorowała otoczenie na własnych zasadach. Eksploracja ta cechowała się bardzo dużą przerzutnością, dziecko cały czas poszukiwało nowych obiektów do „poznania”, nie reagując na zaproszenia logopedy do wspólnej zabawy. Gdy terapeuta chciał dołączyć do niektórych zabaw, dziewczynka wpadała w złość.

W trakcie swobodnej eksploracji otoczenia M. produkowała dźwięki – były to odgłosy, które można określić jako onomatopieczne, np. „amnia, mnia, mnia”, „auu”, „au, au”, „buu”. Dziewczynka wielokrotnie powtarzała również stereotypowe „dzień dobry, dzień dobry”.

Widząc zainteresowanie dziecka daną zabawką, próbowałam podjąć interakcję i obserwację kierowaną, pytając na wysokości twarzy dziecka „M., co chcesz?” – dziewczynka jednak nie patrzyła na twarz, ani razu nie wykonała gestu wskazywania palcem. Gdy chciała pobawić się jakąś zabawką, próbowała sięgnąć po nią samodzielnie lub szarpała logopedę za rękę (czasami w przypadkowym kierunku, czasami ku interesującemu obiektowi). Dziewczynka z dużym zaangażowaniem zajmowała się drewnianymi układankami. Uwagę zwróciły jakościowe zakłócenia komunikacji – oprócz braku kontaktu wzrokowego, brak gestykulacji.

W poniższych tabelach, wydzielonych na sekcje: *bazowe umiejętności komunikacyjne, ekspresja słowna, ekspresja parawerbalna, ekspresja niewerbalna, ekspresja – intencjonalność i funkcjonalność, percepcja*, zaprezentowano wszystkie sprawdzone umiejętności dziecka w toku obserwacji (badania).

Tabele 1.–6. Arkusz diagnostyczny – obserwacja dziecka

Opracowanie własne na podstawie: D. Emiluta-Roza, *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*, Warszawa, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, 2013 oraz J. Bleszyński, *Autyzm a niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie w rozwoju. Skala Oceny Zachowań Autystycznych*, Gdańsk, Wydawnictwo Harmonia, 2018

Tabela 1. Bazowe umiejętności komunikacyjne

	TAK	NIE	UWAGI
1. Fiksacja na twarzy		X	
2. Odwzajemnianie uśmiechu		X	
3. Wodzenie wzrokiem za przedmiotem <i>Logopeda siedzi naprzeciw dziecka i przesuwa na wysokości wzroku dziecka kolorową piłeczkę – w płaszczyźnie pionowej oraz poziomej.</i>	X		
4. Wspólne pole uwagi		X	
5. Kontakt wzrokowy		X	
6. Gest wskazywania palcem		X	
7. Naśladowanie Motoryka duża Logopeda wykonuje różne figury. Po każdej z nich (podskok, klaśnięcie dłońmi itp.), prosi dziecko o powtórzenie: • <i>M., zrób tak [...]</i> Motoryka mała Logopeda wykonuje różne ruchy. Po każdym z nich (zwinienie dłoni w pięść, machanie: palcami itp.), prosi dziecko o powtórzenie: • <i>M., zrób tak [...]</i> Mimika Logopeda przedstawia dziecku różne miny. Po każdej z nich (uśmiech, „buziak”, otwarcie buzi), prosi dziecko o powtórzenie: • <i>M., zrób tak [...]</i>	X		<ul style="list-style-type: none"> • Naśladowanie tylko w ramach motoryki dużej i to jedynie przy brzmieniu muzyki („taniec do muzyki”)

Tabela 2. Ekspresja słowna

	TAK	NIE	UWAGI
1. Wypowiadanie pojedynczych słów <i>Wykorzystanie zainteresowania dziecka – M. układała drewniane puzzle (przedstawiające bawiące się dzieci na łące).</i>	X		<ul style="list-style-type: none"> • Dziecko echolalicznie powtórzało część usłyszaných słów. • Brak nazywania spontanicznego. • Nazywanie kierowane – po zadaniu pytania „Co to?”, „Kto to?”
2. Echolalie	X		<ul style="list-style-type: none"> • Echolalie bezpośrednie, bez umocowań kontekstualnych. • Echolalie odroczone – „<i>Dzie idziesz, dzie idziesz</i>”, bez umocowań kontekstualnych.

	TAK	NIE	UWAGI
3. Powtarzanie słów, sylab (po poleceniu przez osobę dorosłą) Słowa <i>M., popatrz. Mam obrazek. Tu jest mama, tata, a tu lala.</i> • Powiedz [...] Sylaby <i>M., popatrz. Dzidzia mówi. Dzidzia mówi:</i> • <i>ma, ma</i> • <i>ba, ba</i> • <i>da, da</i> • <i>la, la</i>	X		• Wybiórczo
4. Wypowiadanie połążeń wyrazowych	X		• Tylko w formie echolalii

Tabela 3. Ekspresja parawerbalna

	TAK	NIE	UWAGI
1. Komunikacja za pomocą krzyku, płaczu	X		
2. Zbitki dźwięków – wokalizacje • nominacja • brak nominacji	X		• Dziecko wypowiadało zbitki dźwiękowe, niebędące oznaczeniami desygnatów

Tabela 4. Ekspresja niewerbalna

	TAK	NIE	UWAGI
1. Gesty – np. <i>papa</i> i inne • zastępujące komunikat werbalny • bez intencji		X	
2. Ekspresja mimiczna • adekwatność kontekstowa • brak		X	

Tabela 5. Ekspresja – intencjonalność i funkcjonalność (słowo, wokalizacja, wskazanie, inne gesty, kierunek spojrzenia, orientacja/ruch ciała¹⁹)

	TAK	NIE	UWAGI
1. Prośba o przedmiot	X		• Szarpanie za rękę, ciągnięcie za rękę, krzyk
2. Prośba o działania	X		• Wdrapywanie się na kolana, szarpanie za rękę dorosłego
3. Prośba o pomoc		X	• Krzyk
4. Pytanie		X	
5. Inicjacja dialogu		X	
6. Stwierdzenie/komentarz		X	
7. Potwierdzenie		X	
8. Odpowiedź na pytanie zamknięte		X	
9. Odpowiedź na pytania otwarte		X	

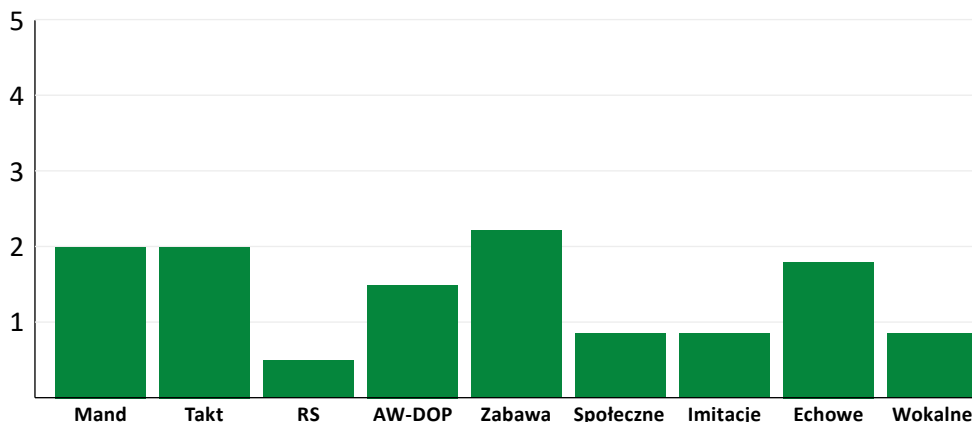
¹⁹ Wymienione sposoby wyrażenia intencji zaczerpnięte są z: S. Goldstein, J. A. Naglieri, S. Ozonoff (red.), *Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2017, s. 240.

Tabela 6. Percepcja

	TAK	NIE	UWAGI
1. Reakcja na dźwięki otoczenia <ul style="list-style-type: none"> włączona muzyka gra na bębenku mp3 – sygnał karetki rozmowa (nasłuchiwanie) 	X		<ul style="list-style-type: none"> Brak zainteresowania bodźcami o charakterze werbalnym
3. Lokalizowanie źródła dźwięku Potrzebne rekwizyty: ustawiony budzik; samogrająca zabawka <ul style="list-style-type: none"> Schowanie przedmiotu w bliskiej lokalizacji, np. zamknięcie w pudełku. Schowanie przedmiotu w dalszej lokalizacji, np. przykrycie kocem w danym miejscu sali/schowanie za szafką. 		X	
4. Lokalizowanie osoby Logopeda zadaje dziecku pytanie: <ul style="list-style-type: none"> Gdzie jest mama? Gdzie jest ciocia? 		X	
5. Lokalizowanie przedmiotu Logopeda zadaje dziecku pytanie: <ul style="list-style-type: none"> Gdzie jest....? Gdzie jest....? 		X	
6. Rozumienie rzeczowników Logopeda zadaje dziecku pytanie: <ul style="list-style-type: none"> Co to jest....? Co to jest....? 	X		
7. Rozumienie czasowników Logopeda zadaje dziecku pytanie: <ul style="list-style-type: none"> To mama. Co robi mama? To lala. Co robi lala? 	X		
8. Wykonanie prostych poleceń M., <ul style="list-style-type: none"> wstań chodź do mnie usiądź daj misia/lalę połóż misia/lalę 	X		<ul style="list-style-type: none"> Wybiórczo. Dziecko wykonało prymarne polecenia o charakterze komend: <i>wstań, chodź, usiądź</i>
6. Wykonanie złożonych poleceń		X	

By możliwie jak najdogłębniej poznać profil zachowań dziecka, a także jak najdokładniej określić priorytety konstruowanego programu terapeutycznego, wykorzystałam również próby zawarte w *Kwestionariuszu VB-MAPP*. Wykorzystałam część tego narzędzia – wykonałam jedynie próby dla pierwszego, najniższego poziomu rozwoju dziecka (0–18 miesięcy). Ta wybiórczość podyktowana jest tym iż – jak wynika z przedstawionych wyżej obserwacji – dziecko nie osiągnęło umiejętności bazowych dla rozwoju komunikacji. Dlatego też skupiam się na ocenie podstawowych „kamieni milowych”, nie skupiając się na parametrach właściwych dalszym etapom rozwojowym.

Poziom 1



Wykres 1. Uzupełniony arkusz wyników oceny kamieni milowych takich jak: mand, takt, reakcje słuchacza, analiza wzrokowa i dopasowanie, samodzielna zabawa, zachowania i zabawy społeczne, imitacje motoryczne, umiejętności echowe, zdolności wokaliczne

Opracowanie samodzielne. Kwestionariusz VB-MAPP, ocena kamieni milowych z poziomu 1.

Źródło: M. Sandberg, *VB-MAPP. Program do oceny umiejętności językowych i społecznych dzieci z autyzmem i innymi zaburzeniami rozwoju*, Warszawa, Wydawnictwo Scolaris, 2015, s. 4

Diagnoza i plan terapii

Przeprowadzone próby diagnostyczne połączone z analizą załączonej specjalistycznej dokumentacji medycznej wskazały, iż M. wykazuje cechy niesamoistnego opóźnionego rozwoju mowy (NORM). Występuje on u dziewczynki pod postacią całościowych zaburzeń komunikacji na tle zaburzeń ze spektrum autyzmu.

Wyniki dokonanych prób i czynności obserwacyjnych wskazują na głębokie deficyty dotyczące sfer składających się na bazowe umiejętności komunikacyjne, intencjonalną i funkcjonalną ekspresję słowną oraz ekspresję niewerbalną. Przeprowadzone próby dotyczące pierwszego poziomu osiągnięć tzw. kamieni milowych rozwoju dziecka (VB-MAPP) wskazują w sposób ilościowy, iż największe deficyty dotyczą odpowiednio: **reakcji słuchacza, reakcji społecznych, imitacji motorycznych oraz zdolności wokalicznych**. Pracę nad poszczególnymi obszarami rozwojowymi poprzedza sformułowanie celów terapeutycznych, determinujących podejmowane kroki. Ogólne, dalekobieżne cele terapii dziewczynki to:

1. Wykształcenie bazowych umiejętności komunikacyjnych.
2. Stymulacja percepcji.
3. Stymulacja ekspresji.
4. Wprowadzenie systemu komunikacji alternatywnej/wspomagającej.

Uściślając główne założenia projektowanej terapii, wyróżniłam również cele szczegółowe – priorytetowe na początku drogi terapeutycznej. Są to:

- Zbudowanie relacji z dzieckiem. Stymulacja uczestnictwa w interakcji.

- Wypracowanie patrzenia na twarz współuczestnika interakcji.
- Stymulacja kontaktu wzrokowego.
- Praca nad zdolnością wodzenia wzrokiem za przedmiotem.
- Wypracowanie wspólnego pola uwagi.
- Wypracowanie gestu wskazywania palcem.
- Stymulacja percepcji słuchowej. Praca nad reakcją na imię.
- Wypracowanie zdolności naśladowniczych.

Za zasadne uważam nakreślenie ogólnych zasad, które są wpisane w terapeutyczne aktywności z dzieckiem. Oto kilka ogólnych reguł, wplatanych przeze mnie do proponowanych ćwiczeń:

- Stosowanie prostych komunikatów. W miarę możliwości wspieranie ich gestem. Mimo iż na obecnym etapie pracuję z dzieckiem nad bazowymi umiejętnościami komunikacyjnymi, będącymi punktami wyjścia do wprowadzenia – na dalszym etapie pracy – systemu komunikacji wspomagająco-alternatywnej AAC, już teraz wspieram się gestami MAKATON. To podstawowe formuły, np. „jeść”, „pić”, „jeszcze”, „koniec”.
- Kierowanie komunikatów i prezentacja obiektów na wysokości twarzy dziecka (sytuowanie obiektów poniżej naszych ust). Uprzedzanie każdorazowo o zbliżających się wydarzeniach – regulacja zachowania dziecka, budowanie poczucia bezpieczeństwa. Komentowanie (werbalizacja, semantyzacja) każdej aktywności dziecka. Nadawanie intencji komunikacyjnej ruchom i dźwiękom wydawanym przez dziecko.
- Ciągłe poszukiwanie źródeł motywacji dziecka do uczestnictwa w zabawie/ćwiczeniu/interakcji/kontaktach²⁰.
- Nieustanne przywoływanie i przyciąganie uwagi dziecka. Wykorzystanie do tego suprasegmentalnych właściwości wypowiedzi, takich jak: głośność, akcent, intonacja, ekspresja mimiczna. Również bezpośrednie ukierunkowywanie uwagi dziecka, np. poprzez chwytywanie jego ręki i dotykanie nią twarzy terapeuty.
- Ograniczenie obiektów: z jednej strony wykorzystywanych *stricto* w zajęciach, z drugiej niewykorzystywanych, a znajdujących się w tym samym pomieszczeniu. Nadmiar dystraktorów zakłóci m.in. budowanie uwagi dziecka i jego zainteresowania człowiekiem. Stosowanie czynników wzmacniających, pochwał, za każdy przejaw oczekiwanego przez nas zachowania niezwłocznie po jego wystąpieniu²¹.

Przedstawię teraz bardziej szczegółowo priorytetowe ćwiczenia na początku pracy terapeutycznej z M. Z jednej strony umieszczam tu przykłady konkretnych aktywności do stymulowania dziecka, z drugiej wskazuję możliwe formy uatrakcyjnienia spotkań z dziewczynką (praca na konkretnych rekwizytach).

²⁰ Część z przywołanych tutaj zasad jest zbieżnych ze wskazaniami dr Magdaleny Grycman. Badaczka w swojej publikacji przedstawia sposoby „wzmacniania procesów rozwojowych prowadzących do postrzeżenia człowieka jako źródła zaspokojenia potrzeby”. M. Grycman, *Sprawdź, jak się porozumiewam. Ocena efektywności porozumiewania się dzieci ze złożonymi zaburzeniami komunikacji wraz z propozycjami strategii terapeutycznych*, Kwidzyn, Stowarzyszenie Rehabilitacyjne Centrum Rozwoju Porozumiewania, 2015, s. 20.

²¹ M. Boone, *Wychowując dziecko z autyzmem. Pozytywne strategie oparte na terapii behawioralnej*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2018, s. 56

I. Budowanie relacji, uczestnictwo w interakcji (cel główny)

- Łaskotanie („gili, gili, gili”).
- Zabawa w bujanie („baju, buju, buju”).
- Huśtanie i podskakiwanie, zabawy na wzór „patataj”.
- Wyliczanki – „Idzie rak, nieborak; Jak uszczyplnie, będzie znak!”.
- Przybijanie „piątek” i „dziesiątek”.
- „Wierszyki-masażki” jako forma rytuału (np. na zakończenie zajęć lub w domu przed zaśnięciem).

Każdą z wymienionych wyżej aktywności podkreślałam dużym pierwiastkiem emocjonalności i ekspresyjności – modulując samogłoski czy wykorzystując bogatą ekspresję mimiczną. Istotą podejmowanych wyżej aktywności jest balansowanie na linii wstrzymywanie a kontynuacja. Gdy zabawa się rozwinie i dziecko jest zmotywowane do kontaktu, zatrzymujemy aktywność – oczekujemy na reakcję dziecka. Chwalimy każdą podjętą przez dziecko próbę zainicjowania kontynuacji aktywności i niezwłocznie podejmujemy przerwana zabawę – szybka reakcja ze strony partnera interakcji to natychmiastowe i systematyczne wzmocnienie.

II. Patrzenie na twarz (cel główny)

- Zabawy typu „a-kuku”, ściągamy chustkę z twarzy swojej i dziecka.
- Zabawy, w których kontakt wzrokowy jest „wyzwalaczem” działania.
 - Kiedy dziecko patrzy, idę szybko w jego kierunku, gdy zaś odwraca wzrok, zatrzymuję się.
 - „Telewizor”, „Okienko” – wykorzystanie teksturowej, wyciętej ramki, którą logopeda trzyma na wysokości swojej twarzy. „Włącznikiem telewizora” jest spojrzenie dziecka.
- Wykorzystanie lusterka, patrzenia w nie. Rekwizyt może okazać się atrakcyjny i pożądanym przez dziecko, przez dodatkowe właściwości wizualne (odbijanie światła).
- Spoglądanie na dziecko zza talerza papierowego z wyciętą dziurą (chowanie się i pokazywanie) i rytmiczne wypowiedzianie wierszyka: „A kuku! Jestem tu!/U, ha, ha – to znowu ja!/He, he, he – widzę Cię!”.
- Prowokowanie zainteresowania dziecka przy użyciu rekwizytów takich jak duże okulary, okulary świecące, nos klauna, peruki.

Przykładowy schemat zajęć (początkowe spotkania terapeutyczne)

KONSPEKT

Forma pracy: indywidualna.

Sformułowane cele: nawiązanie kontaktu i relacji z dzieckiem, stymulacja kontaktu wzrokowego, strukturalizacja czasu i przestrzeni; koncentracja na bodźcu; kształtowanie poczucia rytmu.

1. Powitanie z dzieckiem. Stała struktura porządku zajęć – zajęcie przeznaczonego dla dziecka miejsca.
2. Zabawa w bujanie (baju, buju, buju). Terapeuta siada w siadzie prostym na podłodze. Dziecko siada na nogach, skierowane twarzą w stronę logopedy. Dorosły przytrzymuje dziecko i wykonuje ruch „bujania” – w lewo, prawo. Wykorzystywanie formuły werbalnej: „baju”, „baju”. Urozmaicenie zabawy dynamicznym,

gwałtownym momentem gwałtowanego zawieszenia „liiiiiiiii być!”. Ciągłe przywoływanie uwagi podopiecznej. Dotykanie ręką dziecka do mojej twarzy.

3. „Schowane światełko” – logopeda posiada kawałek materiału, pod którym „ukrywa” włączoną, świecącą latarkę. Terapeuta porusza latarkę pod materiałem, by wzbudzić zainteresowanie dziecka, sprowokować spoglądanie na „uciekające” światełko. Wykorzystywane obiekty znajdują się na wysokości twarzy dziecka.
4. „Winda” – terapeuta podtrzymuje dziecko w talii i podnosi je ku górze („Winda do góry, hoooooop!”), a następnie ku dołowi („Winda do dołu, ziuuuuuu!”).
5. „Okienko” – wykorzystanie własnoręcznie wykonanej tekturowej planszy z wyciętym kołem (tekstura bogato ozdobiona pomponikami, cekinami, piórkami) – logopeda sytuuje ramę na wysokości swojej twarzy i wypowiada imię dziecka. By przywołać uwagę, puka w teksturę, drapie ją. Gdy dziecko spogląda na twarz terapeuty, ten wypowiada formułę werbalną, np. „ku-ku, ku-ku!”
6. Stała formuła pożegnania połączona z elementem masażu, np. *Rączki się głaskały,/Mocno ścisnęły,/A na koniec pomachały/Rączki robią PA-PA-PA*. Przedstawione formuły werbalne poprzedzone wykonaniem gestu pochodzącego z systemu MAKATON – „koniec”.

Zakończenie wraz z konkluzjami

Osiągnięcie zarysowanych wcześniej celów terapeutycznych stanowi jednocześnie kryteria sukcesu w procesie terapeutycznym. Zaliczam do nich: zdolność dziecka do nawiązania relacji, interakcji z partnerem („partnerem komunikacyjnym” „partnerem zabawy”); nawiązywanie kontaktu wzrokowego; wydłużenie czasu jego utrzymywania; wodzenie wzrokiem za przedmiotem (we wszystkich płaszczyznach); współdzielenie pola uwagi; reagowanie na imię; wypracowanie zdolności naśladowczych; stosowanie gestu wskazywania palcem.

Istotą wszelkich oddziaływań terapeutycznych, w tym logopedycznych – i jednocześnie determinantą sukcesu – jest systematyczność i ciągłość pracy. Przedstawiony w niniejszej pracy profil diagnostyczno-terapeutyczny dziewczynki z potwierdzoną diagnozą zaburzeń ze spektrum autyzmu, wskazuje na konieczność dalszego wsparcia dziecka. Wsparcie to, ze względu na wielopłaszczyznowe deficyty cechujące zaburzenia w spektrum autyzmu, powinno mieć wymiar wielodyscyplinarny.

Bibliografia

Apanowicz J., *Metodologia ogólna*, Gdynia, Wydawnictwo Diecezji Pelplińskiej „Bernardinum”, 2002

Błęszyński J., *Autyzm a niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie w rozwoju. Skala Oceny Zachowań Autystycznych*, Gdańsk, Wydawnictwo Harmonia, 2018

Boone V. M., *Wychowując dziecko z autyzmem. Pozytywne strategie oparte na terapii behawioralnej*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2018

Chojnicka I., de Ines M., Kwasiborska-Dudek J., *Zaburzenia ze spektrum autyzmu – kryteria diagnostyczne, uwarunkowania genetyczne i neurobiologiczne*, [w:] Kwasiborska-Dudek J., Emiluta-Rozya D., *Diagnoza i terapia logopedyczna małego dziecka z zaburzeniem ze spektrum autyzmu (ASD)*, Gdańsk, Wydawnictwo Harmonia, 2020

Emiluta-Rozya D., *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*, Warszawa, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, 2013

Emiluta-Rozya D., Lipiec F., Więcek-Poborczyk I., *Komunikacja niewerbalna i werbalna dzieci z ASD – porównanie z normatywnym rozwojem komunikacji społecznej*, [w:] Kwasiborska-Dudek J., Emiluta-Rozya D., *Diagnoza i terapia logopedyczna małego dziecka z zaburzeniem ze spektrum autyzmu (ASD)*, Gdańsk, Wydawnictwo Harmonia, 2020

Goldstein S., Naglieri Jack A., Ozonoff S. (red.), *Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2017

Gołaska P., *Etiologia zaburzeń ze spektrum autyzmu. Przegląd wybranych koncepcji*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2013, nr 13(1)

Grycman M., *Sprawdź, jak się porozumiewam. Ocena efektywności porozumiewania się dzieci ze złożonymi zaburzeniami komunikacji wraz z propozycjami strategii terapeutycznych*, Kwidzyn, Stowarzyszenie Rehabilitacyjne Centrum Rozwoju Porozumiewania, 2015

Hamerlińska-Latecka A., *Logopedia a metodologia badań nauk społecznych*, [w:] Jaros I., Gliwa R., *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii*, Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2016

Hoffman E. J., *Objawy kliniczne i rozpoznawanie autyzmu i innych całościowych zaburzeń rozwojowych*, „Psychiatria po Dyplomie” 2009, t. 6, nr 3

Lipski W., *Standard postępowania logopedycznego w przypadku autyzmu*, [w:] Grabias S., Panasiuk J., Woźniak T., *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin, Wydawnictwo UMCS, 2015

Sundberg M., *VB-MAPP. Program do oceny umiejętności językowych i społecznych dzieci z autyzmem i innymi zaburzeniami rozwoju*, Warszawa, Wydawnictwo Scolaris, 2015

Winczura B., *Zaburzenia współwystępujące z autyzmem – uwarunkowania rozwojowe, symptomy kliniczne i dylematy diagnostyczne*, „Logopedia” 2018, t. 47(2)

Volkmar F. R., Chawarska K., *Autism in infants: an update (Autyzm u niemowląt. Obecny stan wiedzy)*, „World Psychiatry” 2008, nr 7

Źródła internetowe

Choroba, definicja z *Encyklopedii PWN* (online), <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/choroba;3885838.html>, [data dostępu: 01.04.2023]

Dysfunkcja, definicja z *Encyklopedii PWN* (online), <https://encyklopedia.pwn.pl/szukaj/dysfunkcja.html>, [data dostępu: 01.04.2023]

Robins D. L., Fein D., Barton M., *Kwestionariusz M-CHAT-R/FTM – Zmodyfikowany Kwestionariusz Autyzmu w Okresie Poniemowlęcym*, https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2020/11/M-CHAT-R_F_Polish_v2.pdf, [data dostępu: 05.01.2022]

Aneks

Tabela 7. Arkusz wywiadu szczegółowego z rodzicem

Imię i nazwisko dziecka:
Data urodzenia:
Osoba udzielająca wywiadu:
1. Dane rodziców/opiekunów dziecka (imię i nazwisko, wiek)
a) matka
b) ojciec
2. Dane dotyczące rozwoju dziecka
1.1. Okres prenatalny
a) stosowane leki
b) przebyte choroby, infekcje
c) przewlekłe schorzenia (np. cukrzyca)
d) urazy mechaniczne, psychiczne
e) kontakt z metalami ciężkimi
f) stres prenatalny
1.2. Okres perinatalny
a) konieczność farmakologicznego wywołania porodu
b) komplikacje okołoporodowe
c) ew. urazy
d) poród o czasie/przed czasem/o czasie
e) poród naturalny/CC
f) drgawki okołoporodowe
1.3. Okres postnatalny
a) masa ur.; punktacja Apgar ;
b) wady wrodzone
c) przedłużająca się żółtaczka fizjologiczna
d) przebyte choroby, urazy
e) inne:
• leukomalacje okołokomorowe
• krwawienia śródczaszkowe
• dysplazja oskrzelowo-płucna
f) alergie, nietolerancje pokarmowe
g) zatrucie metalami ciężkimi, pestycydami
h) zaburzenia metaboliczne
3. Rozwój motoryczny
a) siadanie
b) raczkowanie
c) stanie
d) chodzenie
e) zahamowanie rozwoju motorycznego
f) regres w rozwoju motorycznym

4. Rozwój mowy	
a)	głuzenie
b)	gaworzenie
c)	1-sze słowa
d)	1-sze zdania
e)	zahamowanie rozwoju mowy
f)	regres w rozwoju mowy
5. Czynności w obrębie narządu mowy (w tym parafunkcje)	
a)	Ssanie
	• karmienie piersią/sztuczne
	• ssanie palca/innych przedmiotów
	• karmienie butelką
b)	gryzienie i żucie
	• długotrwałe podawanie papek
	• utrzymywanie pokarmu w ustach
	• inne
c)	oddychanie
	• w czasie snu
	• w czasie spoczynku
6. Czynności samoobsługowe	
a)	czy występują problemy z jedzeniem
b)	czy występują problemy z picem
c)	czy występują problemy ze spaniem
d)	umiejętność samodzielnego mycia się
e)	umiejętność samodzielnego ubierania się
f)	preferowanie wybranego pożywienia
g)	wzbranianie się przed dokonywaniem zmian w diecie
7. Zachowania społeczne	
a)	reakcje emocjonalne w stosunku do bliskich osób
b)	kontakt fizyczny (tulenie się itp.)
c)	kontakt wzrokowy
d)	próby nawiązywania kontaktu
e)	odwzajemnianie uśmiechu
f)	zainteresowanie zabawkami
g)	preferowane zabawy
h)	ograniczone zainteresowania
8. Zachowania trudne	
a)	autoagresja
b)	agresja wobec osób z zewnątrz i jej przejawy
c)	nadpobudliwość/wycofanie

Opracowanie własne na podstawie: D. Emiluta-Roza, *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*, Warszawa, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, 2013 oraz J. Bleszyński, *Autyzm a niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie w rozwoju. Skala Oceny Zachowań Autystycznych*, Gdańsk, Wydawnictwo Harmonia, 2018