

TERAPIE WSPOMAGAJĄCE ROZWÓJ DZIECI Z AUTYZMEM
THERAPIES TO SUPPORT THE DEVELOPMENT
OF CHILDREN WITH AUTISM

MAŁGORZATA WOLSKA-DŁUGOSZ

The Jan Kochanowski University (Poland)
e-mail: mwolskadlugosz@wp.pl

ANETA PŁUSA

The Jan Kochanowski University (Poland)
e-mail: aplusa@ujk.edu.pl

ABSTRACT: *The word autism increasingly appears on the lips of most pedagogues, teachers and parents. Why? This disorder is more and more common today in our environment: at school, in the family. The causes of this disease are not well known yet, but there are more and more methods and ways or means of treatment that allow the child with autism to "function as normal" in the society. It is very important to diagnose and start treatment as soon as it is possible. The following article introduces the theoretical aspects of this disorder, such as the concept or symptoms, which have been thoroughly discussed and summarized in a table form. In this article have been described only some of the possible ways to work with autistic children, such as behavioral therapy, Option Method, Activity Plans, sensory integration method. Each of these methods largely supports the development of a child with autism. The article ends with a summary and the conclusion of the theoretical study.*

KEY WORDS: *autism, symptoms, therapy, methods*

WPROWADZENIE

Autyzm, z języka greckiego *autos* – sam, jest zaburzeniem wczesnorozwojowym. Ujawnia się ono do trzeciego roku życia. Pierwszy kliniczny opis tego zaburzenia został opracowany przez Leo Kanner. Amerykański psychiatra ujął całościowo ten zespół zaburzeń, uznał za wrodzone, ustalił kryteria rozpoznania, a także nadał nazwę autyzm wczesnodziecięcy (Maciarz, 2009, p. 109). Zaburzenie to jest zaliczane do chorób o podłożu neurobiologicznym (Pisula, 2005, p. 13). Charakteryzuje się ono głównie brakiem więzi emocjonalnych z otoczeniem. Dziecko autystyczne jest aspołeczne, nie nawiązuje kontaktów z rówieśnikami. W literaturze przedmiotu można spotkać tzw. autystyczną triadę, na którą składa się: ograniczona zdolność tworzenia relacji z innymi ludźmi, zaburzona umiejętność komunikowania się oraz obecny w zachowaniu schematyzm. Są to trzy główne obszary, w których ujawniają się charakterystyczne dla omawianego zaburzenia objawy (Pisula, 2010, p. 10).

Najbardziej specyficzne symptomy autyzmu zgrupowane zostały w pięciu charakterystycznych grupach:

- Trudności w kontaktach społecznych.
- Trudności w werbalnym komunikowaniu się.
- Trudności w pozawerbalnym komunikowaniu się.
- Trudności w podejmowaniu zabawy i rozwijaniu wyobraźni.
- Sprzeciw/opór wobec zmian (Błęszyński, 2006, p. 89).

J. Błęszyński do najczęstszych zaburzeń w przypadku autyzmu zalicza:

- zaburzenia rozwoju funkcji interpersonalnych;
- nieprawidłowa reakcja na bodźce;
- zaburzenia organizacji ruchowej (bezruch lub nadpobudliwość psychoruchowa);
- ograniczona uwaga;
- ograniczone przetwarzanie bodźców;
- zaburzenia kontaktów zarówno dotykowego, jak i wzrokowego (Bobkowicz-Lewartowska, 2005, p. 16).

WCZESNA INTERWENCJA TERAPEUTYCZNA

Zdaniem E. Pisuli (2000, p. 51) wczesne rozpoznanie autyzmu u dziecka stwarza szansę na szybsze podjęcie interwencji oraz leczenia, co w rezultacie może

wpłynąć na jego dalszy rozwój. Pierwsze symptomy tej choroby, według aktualnych kryteriów diagnostycznych (WHO, 1992), ujawniają się przed ukończeniem trzeciego roku życia (Pisula, 2013, p. 21). Podobne stanowisko przedstawia także K. J. Zabłocki (2002, p. 102), który również podkreśla ogromne znaczenie wczesnej interwencji w dalszym rozwoju dziecka. Stwierdza on, iż wczesne oddziaływanie na zaburzone funkcje jest czynnikiem prawidłowo przebiegającej rewalidacji. Wiadomo, że jak najszybsze rozpoczęcie odpowiedniej pracy i właściwych poczynań rehabilitacyjnych zwiększa szansę dziecka z zaburzeniami na lepsze opanowanie niektórych sprawności czy umiejętności życia codziennego. Przytoczeni autorzy zgodnie twierdzą, iż wczesna interwencja jest koniecznym warunkiem skuteczności każdej terapii.

K. J. Zabłocki przytacza za H. Gresnigt'em definicję wczesnej interwencji: „wszystkie formy działań rehabilitacyjnych skierowanych na dziecko i działań wspierających skierowanych na rodziców, podjętych i wynikających bezpośrednio z rozpoznania zaburzeń rozwojowych (ibidem, p. 103).

W literaturze przedmiotu podaje się, iż najważniejszymi etapami wczesnej interwencji są:

- Wczesne wykrywanie – rozpoznanie.
- Wczesna diagnoza.
- Wczesna interwencja (ibidem).

Należy także pamiętać, że na wczesną interwencję składa się wsparcie lekarskie, pedagogiczne oraz psychologiczne. Wsparcie to jest niezmiernie ważne w procesie wykrywania zaburzenia, jak również w procesie radzenia sobie przez rodziców z nową sytuacją. Istotna jest też pomoc w opiece nad dzieckiem, udzielanie różnego rodzaju porad i instruktaży, a także dostarczenie informacji o dostępnych pomocach terapeutycznych do pracy z dzieckiem z danym zaburzeniem (ibidem, p. 103-104).

ICD – 10 (World Health Organization, 1992)	A. Nieprawidłowy lub upośledzony rozwój wyraźnie widoczny przed trzecim rokiem życia w co najmniej jednym z następujących obszarów: 1. rozumienie mowy i ekspresja językowa używane w społecznej komunikacji; 2. rozwój wybiórczego przywiązania społecznego lub wzajemnych kontaktów społecznych; 3. zabawa funkcjonalna lub symboliczna;
---	---

	<p>B. W sumie występuje co najmniej sześć objawów spośród wymienionych w części A w punktach 1., 2., 3., przy czym co najmniej dwa z nich w punkcie 1. i po co najmniej jednym w punktach 2. i 3.:</p> <p>4. Jakościowe nieprawidłowości we wzajemnych interakcjach społecznych, występowanie objawów należących do co najmniej dwóch z wymienionych obszarów:</p> <p>a). niedostateczne wykorzystanie kontaktu wzrokowego, wyrazu twarzy, postawy ciała i gestów do odpowiedniego regulowania interakcji społecznych;</p> <p>b). niedostateczny (w stosunku do wieku umysłowego i mimo licznych okazji) rozwój związków rówieśniczych obejmujących wzajemnie podzielane zainteresowania, czynności i emocje;</p> <p>c). brak odwzajemniania społeczno-emocjonalnego, przejawiający się w upośledzeniu lub odmienności reagowania na emocje innych osób albo brak modulacji zachowania odpowiedniej do społecznego kontekstu bądź też słaba integracja zachowań społecznych, emocjonalnych i komunikacyjnych;</p> <p>d). brak spontanicznej potrzeby dzielenia z innymi osobami radości, zainteresowań lub osiągnięć.</p> <p>5. Ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności, przejawiane w co najmniej jednym z następujących obszarów:</p> <p>a). pochłonięcie jednym lub więcej stereotypowymi zainteresowaniami o nieprawidłowej treści i zogniskowaniu albo jednym lub więcej zainteresowaniami nieprawidłowymi z powodu swej intensywności i ograniczenia, choć nie z powodu treści i zogniskowania;</p> <p>b). wyraziście kompulsywne przywiązanie do specyficznych, нефunkcjonalnych czynności rytualnych i zrytualizowanych;</p> <p>c). stereotypowe i powtarzające się manieryzmy ruchowe, obejmujące albo postukiwanie lub przebieranie palcami, albo złożone ruchy całego ciała;</p> <p>d). koncentracja na cząstkowych lub нефunkcjonalnych właściwościach przedmiotów służących do zabawy.</p> <p>C. Obrazu klinicznego nie można wyjaśnić innymi odmianami całościowych zaburzeń rozwojowych, specyficznymi rozwojowymi zaburzeniami rozumienia języka z wtórnymi trudnościami społeczno-emocjonalnymi, reaktywnymi zaburzeniami przywiązania lub zaburzeniem selektywności przywiązania, upośledzeniem umysłowym z pewnymi cechami zaburzeń emocji i zachowania, schizofrenią o niezwykle wczesnym początku ani zespołem Retta.</p>
--	---

Źródło: Pisula, E. (2010). *Małe dziecko z autyzmem*. Sopot: GWP.

W opinii wielu autorów (Rozetti-Szymańska, Wójcik, Pietras, 2010, p. 195) każde dziecko z autyzmem powinno być traktowane indywidualnie. Osoby te bowiem mają charakterystyczny tylko dla siebie stopień zaburzeń, a także ich nasilenia. Terapia skierowana do takiego dziecka powinna być dostosowana do jego cech osobowości i aktualnych potrzeb, jak również jego możliwości. Ponadto, jak już wspomniano wcześniej, musi być ona zindywidualizowana. Nie można do

każdej osoby podchodzić w ten sam sposób i/lub stosować tę samą metodę pracy. Celem takiej terapii jest modyfikacja zachowania pozwalająca nawiązać współpracę dziecka z terapeutą, a także nabycie umiejętności wykonywania poleceń, czy wyeliminowanie negatywnych zachowań, tzn. niepożądanych i agresywnych. Zgodnie z tym w terapii dziecka z autyzmem powinny zostać wykorzystane metody, które pozwolą poprawić funkcje poznawcze, oddziaływania edukacyjne, a także metody dające możliwość korekty zachowań negatywnych. Autorzy zwracają uwagę na istotny element terapii i rehabilitacji dziecka z autyzmem, czyli opracowanie programu terapeutycznego. Jest on konstruowany przez psychologa, psychiatrę oraz pedagoga. Osoby te współpracują razem przy jego tworzeniu. Program ten jest opracowywany na podstawie:

- szczegółowej analizy zaburzeń;
- szczegółowej analizy poziomu funkcjonowania ogólnego w poszczególnych sferach;
- szczegółowej analizy poziomu edukacyjnego w poszczególnych kategoriach dydaktycznych.

Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka polega przede wszystkim na wielospecjalistycznych, kompleksowych, a także intensywnych działaniach zmierzających do stymulowania funkcji odpowiedzialnych za rozwój psychomotoryczny, jak również komunikację dziecka z autyzmem. Osiągnięcie jak najlepszych efektów terapeutycznych jest celem przyjęcia interdyscyplinarnego modelu pracy z dzieckiem. W procesie diagnozy, jak i terapii konieczne jest włączenie rodziców dziecka, gdyż są oni traktowani jako najważniejsze źródło informacji o nim. Do zespołu specjalistów wczesnego wspomagania rozwoju zaliczamy:

- psychologa;
- pedagogów;
- logopedów;
- fizjoterapeutów (Mikołajczak, 2017, p. 54-55).

Według J. Brzezińskiego terapia „obejmuje swoim zasięgiem całość specyficznych, zamierzonych oddziaływań, które mają na celu optymalne wspomaganie rozwoju dziecka ze specyficznymi trudnościami rozwoju”

(Bleszyński, 2006, p. 15). Autor dokonuje podziału terapii ze względu na następujące kryteria:

- czas (terapia krótko- lub długoterminowa);
- specyfika postępowania (ogólna, specjalistyczna);
- nasilenie występowania zaburzenia (mono- lub polisensoryczna);
- ogólny rozwój (zahamowany, wycofany, opóźniony, nieharmonijny, w normie, przyspieszony);
- uczestnictwo w zajęciach osób (indywidualna, grupowa, współuczestnicząca);
- wiek osób;
- formy oddziaływania (podtrzymująca lub wspomagająca);
- zakres prowadzenia (wychowawcza, odciążeniowa, czynnościowa);
- jedno lub wieloczynnikowe zaburzenie;
- inwencja ucznia (dyrektywna, niedyrektywna) (ibidem).

Jak podaje A. Witusik (2010, p. 171) terapia autyzmu jest obecnie terapią syndromolityczną, czyli objawową. Jej celem jest poprawa funkcjonowania behawioralnego osób z autyzmem, a także ich funkcji poznawczych, relacji z otoczeniem oraz nawiązanie kontaktu z innymi ludźmi, jak również wsparcie i pomoc rodzinie chorego dziecka.

Dzieckiem z omawianym zaburzeniem zajmuje się cały zespół diagnostyczno-terapeutyczny, w którego skład wchodzi: psychiatra, neurolog, psycholog kliniczny, pedagodzy oraz terapeuci systemowi. W terapii autyzmu można wyróżnić metody farmakologiczne, które przeznaczone są dla lekarzy psychiatrów oraz neurologów, jak również metody interwencji psychosocjoterapeutycznej (ibidem).

Należy pamiętać, iż przy planowaniu terapii dziecka z autyzmem konieczne jest uświadomienie rodziców o realnych celach terapii, gdyż autyzm jest zaburzeniem o złym, jak również o dobrym rokowaniu. Pierwsze odnosi się do możliwości wyleczenia, natomiast drugie do poprawy zachowania i funkcjonowania. Wobec tego cele terapii muszą być:

- realistyczne;
- dostosowane zarówno do możliwości poznawczych dziecka, jak i dostępnych metod terapeutycznych;

- dostępne w miejscu zamieszkania rodziny z dzieckiem z autyzmem (ibidem, p. 172).

TERAPIA BEHAWIORALNA

Jest to jedna z metod terapeutycznych mająca bezpośredni wpływ na poprawę funkcjonowania dziecka z autyzmem w sferze poznawczej, zachowaniu i kontaktach społecznych. Ma ona swoje założenia w teorii uczenia się (Rozetti-Szymańska, Wójcik, Pietras, 2010, p. 196).

Główne cele tej terapii opierają się na :

- rozwijaniu zachowań deficytowych;
- redukowaniu zachowań niepożądanych;
- generalizowaniu i utrzymywaniu efektów terapii (Puszczałowska-Lizis, Biała, 2013, p. 73).

Pierwszym krokiem na etapie rozwijania zachowań deficytowych u autystów jest rozpoznanie wzmocnień, które zmotywują ich do pracy. Wzmocnienia te (nagrody) powinny być dostosowane do wieku, zainteresowań, potrzeb ucznia, a także do stopnia nasilenia negatywnych zachowań i reakcji (ibidem).

Zdaniem A. Rozetti – Szymańskiej, J. Wójcik i T. Pietrasa (2010, p. 197) terapia powinna być prowadzona z uwzględnieniem kolejności zwiększania zachowań, które są deficytowe w następujących zakresach:

- umiejętności podstawowe;
- naśladowanie niewerbalne;
- dopasowywanie i sortowanie;
- rozumienie mowy;
- mowa;
- komunikowanie się;
- umiejętności szkolne;
- umiejętności społeczne;
- umiejętności samoobsługi;
- umiejętności zabawy spędzania czasu wolnego.

Z kolei redukowanie zachowań niepożądanych prowadzone jest w oparciu o procedury zróżnicowanego wzmocniania, gdzie wyróżnia się następującą hierarchię działań:

Poziom 1, który obejmuje procedury opierające się na wzmocnieniach pozytywnych:

- DRO, czyli Differential Reinforcement of Other Behaviour, gdzie wzmocnienie zapewniane jest po określonym pozytywnym zachowaniu będącym niekompatybilnym z zachowaniem niepożądanym;
- DRA, czyli Differential Reinforcement of Alternative Behaviour, procedura polegająca na zapewnieniu wzmocnień jako efekt wystąpienia zachowania innego niż niepożądane, ale niekoniecznie będącym niekompatybilnym z zachowaniem celowym mającym ulec redukcji;
- DRI, czyli Differential Reinforcement of Incompatible Behaviour, jest to procedura polegająca na zapewnianiu wzmocnień po wystąpieniu zachowania, które umożliwia zaangażowanie się w zachowanie celowe;
- kontrakt behawioralny, który jest umową pomiędzy nauczycielem, rodzicami oraz uczniem dotyczącą zależności pomiędzy zachowaniem a wzmocnieniem. Składa się on z dwóch części: opisu zachowania i opisu nagrody.

Poziom II, na który składają się następujące procedury:

- wygaszanie, czyli wycofanie wszelkich konsekwencji wzmocniających podtrzymujących wcześniej zachowanie wyznaczone do redukcji;
- koszt reakcji, polegający na wycofaniu uzyskanych wcześniej przez dziecko wzmocnień jako efekt wystąpienia zachowania wyznaczonego do redukcji;
- „time out” bez wykluczenia, procedura polegająca na pozostawieniu ucznia we wzmocniającym środowisku, jednak bez możliwości angażowania się we wzmocniające działania przez wyznaczony czas.

Poziom III obejmujący:

- „time out” z wykluczeniem, polegający na zabranii nieodpowiednio zachowującej się osoby ze środowiska wzmocniającego na określony czas do miejsca niewzmocniającego, które wcześniej zostało określone;
- hiperkorekcja, czyli oczekiwanie od ucznia naprawienia skutku niepożądanego zachowania z nawiązką oraz doprowadzenia otoczenia do lepszego stanu, niż przed jego wystąpieniem (Puszczałowska-Lizis, Biała, 2013, p. 73 – 74).

W literaturze przedmiotu zachowania niepożądane rozumiane są jako te, które negatywnie wpływają na proces uczenia się. Wyróżnia się dwie główne kategorie takich zachowań:

- agresja, autoagresja oraz napady złości.
- zachowania autostymulacyjne. (Rozetti-Szymańska, Wójcik, Pietras, 2010, p. 197).

TEACCH

Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children, czyli Leczenie i Edukacja Dzieci z Autyzmem i Upośledzeniem, został opracowany przez P. Trehina. Stanowi on całościowy program nauczania dzieci z ASD. Ma on na celu pomoc uczniom w osiągnięciu maksymalnej niezależności w dorosłym życiu poprzez wspieranie ich w zrozumieniu otaczającego świata, nabywaniu umiejętności komunikowania się, a także wyposażenie ich w niezbędne kompetencje życia codziennego (Plichta, Jagorzewska, 2017, p. 83).

W metodzie tej wyróżnia się następujące elementy:

- programy są zindywidualizowane i oparte na ćwiczeniach edukacyjnych, które uwzględniają zarówno sfery rozwoju, jak i wiek;
- zastosowanie kodu wizualnego podczas komunikowania się z dzieckiem;
- ustrukturywanie fizycznej organizacji przestrzeni (Bobkowicz-Lewartowska, 2005, p. 37).

METODA INTEGRACJI SENSORYCZNEJ

Integracja sensoryczna jest to proces neurologiczny, który organizuje wrażenia płynące ze zmysłów, tak aby mogły zostać użyte do celowego działania. Dzięki temu procesowi mózg po otrzymaniu informacji ze wszystkich zmysłów może dokonać ich rozpoznania, segregacji, interpretacji, a także integracji z formacjami już posiadanymi, aby wykonać odpowiednią reakcją ruchową (Rozetti-Szymańska, Wójcik, Pietras, 2010, p. 201).

Celem tej terapii jest poprawa rejestracji i modulowania doznań zmysłowych wpływających na ogólny stan pobudzenia systemu nerwowego i mających wpływ na zachowanie i emocje. W tej metodzie należy dostarczać dziecku takich aktywności ruchowych, które pomogą mu radzić sobie z wymogami otoczenia, a także organizować swoje zachowanie, poprawią

propriocepcję oraz reakcje równoważne, czy stabilizację centralną ciała (Puszczalowska – Lizis, Biała, 2013, p. 78 – 79).

Podstawę nadającą kształt rozwojowi dziecka, w oparciu o rozwój integracji zmysłowej, stanowią wg J. Ayres 3 podstawowe układy zmysłów:

- Układ dotykowy (czucia powierzchniowego).
- Układ proprioceptywny (czucia głębokiego).
- Układ przedsionkowy (westybularny) (Rozetti-Szymańska, Wójcik, Pietras, 2010, p. 202).

U osób dotkniętych autyzmem spotykamy się zazwyczaj z zaburzeniami funkcjonowania w obrębie więcej niż jednego ze zmysłów. Celem terapii prowadzonej tą metodą jest usystematyzowane działanie, które doprowadzi zarówno do poprawienia jakości przesyłania informacji sensorycznej, jak również do ich adaptacji oraz efektywnego reagowania. Zajęcia te są prowadzone w sali wyposażonej w odpowiedni sprzęt i pomoce pomagające stymulować systemy zmysłowe. Odmianą tej terapii jest terapia polisensoryczna polegająca na poddawaniu dziecka stymulacji wielozmysłowej w tym samym czasie. Główną jej formą jest praca w ciemni. Podnosi ona i stymuluje poziom koncentracji dziecka z autyzmem. Zajęcia te odbywają się w zaciemnionym pomieszczeniu. W terapii tej wyróżnia się trzy etapy:

- Koncentrowanie uwagi na obrazie ruchomym.
- Praca ze światłem punktowym i laserowym.
- Praca w świetle ultrafioletowym (ibidem, p. 203).

METODA WYMUSZONEGO KONTAKTU – „HOLDING THERAPY”

Metoda ta została opracowana przez Marthe Welch. Jej założenia programowe wykorzystują proces tworzenia się więzi między matką a dzieckiem, gdyż kontakt fizyczny między nimi stanowi podstawę dla budowania przyszłych prawidłowych relacji emocjonalnych oraz społecznych. W trakcie terapii niezbędny jest spokój. Głównym zadaniem terapeuty jest nadzorowanie procesu terapeutycznego, tłumaczenie matce zachowań dziecka oraz wyjaśnianie mechanizmów nieprawidłowych zachowań dziecka, jak również podejmowanie decyzji dotyczących wprowadzenia nowych środków terapii (ibidem, p. 76-77).

W literaturze przedmiotu wyróżnia się 3 fazy w omawianej terapii:

- Faza konfrontacji, w której to matka podejmuje decyzję o rozpoczęciu terapii, informuje o tym dziecko. W fazie tej ważne jest nawiązanie między nimi kontaktu wzrokowego.
- Faza odrzucenia, gdzie mimo starań matki dziecko może w różnoraki sposób wyrażać swój sprzeciw dotyczący utrzymania bliskiego kontaktu wzrokowego i fizycznego między nimi. Jednak pomimo tych trudności matka nie powinna dopuścić do zerwania tego kontaktu.
- Faza rozwiązywania, gdzie między matką a dzieckiem zaczyna rozwijać się bezpieczny związek, jeśli matce uda się przetrzymać fazę odrzucenia (Puszczalska-Lizis, Biała, 2013, p. 79).

MUZYKOTERAPIA

Muzykoterapia została uznana za samodzielną dyscyplinę terapeutyczną w latach 50. minionego stulecia. Głównym zadaniem terapii tą metodą jest możliwie jak najpełniejsze przystosowanie dziecka z zaburzeniami do optymalnego funkcjonowania w społeczeństwie. Można zatem stwierdzić, iż celem muzykoterapii jest korygowanie, a także usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu. Jak sama nazwa wskazuje najważniejszym środkiem w tej terapii jest muzyka. Wyróżnia się dwie formy aktywności pacjenta: pasywną oraz aktywną. Muzykoterapia może mieć formę zarówno zajęć indywidualnych, jak i grupowych. W pierwszej formie zajęć ważne jest zbudowanie zaufania między terapeutą a pacjentem. Z kolei w zajęciach grupowych główny nacisk kładzie się na budowanie jak najlepszych relacji między wszystkimi uczestnikami (Rozetti-Szymańska, Wójcik, Pietras, 2010, p. 204-205).

W przypadku dzieci autystycznych muzykoterapia pomaga w rozwoju mowy, likwidacji lub redukcji zaburzeń występujących w tym zakresie, a także zmniejsza występowanie charakterystycznych dla tych dzieci eholalii. Trzeba jednak pamiętać, iż nie istnieje jeden uniwersalny program do pracy z takimi dziećmi, gdyż każde z nich może inaczej reagować na poszczególne bodźce. Wynika to z ogromnych różnic występujących w omawianej populacji (Jutrzyzna, 2005, p. 62).

Podczas zajęć prowadzonych z dziećmi z autyzmem należy przestrzegać następujących zasad:

- indywidualizacji, czyli program terapeutyczny powinien być opracowany dla każdej jednostki z uwzględnieniem diagnozy oraz różnic indywidualnych;
- kontroli i strukturyzacji;
- uzgodnienia programu terapii z innymi (ibidem, p. 63).

W tej terapii ważne jest indywidualne podejście do dziecka, dobra znajomość jego preferencji, odpowiedni dobór melodii, a także stałe obserwowanie oraz reagowanie w razie ewentualnych niepożądanych reakcji, które mogłyby wynikać z nieprawidłowej percepcji wrażeń sensorycznych (Puszczałowska-Lizis, Biała, 2013, p. 79). Należy też pamiętać, że metoda ta jest jedynie uzupełnieniem szeroko pojętego procesu rehabilitacji (Rozetti-Szymańska, Wójcik, Pietras, 2010, p. 204).

METODA RUCHU ROZWIJAJĄCEGO

Metoda ta została opracowana przez Weronikę Sherborne. Jej główną cechą, a zarazem celem, jest wspomaganie rozwoju psychoruchowego, budowanie poczucia własnej tożsamości, a także pomaga osobom z autyzmem nawiązywać kontakty społeczne (Puszczałowska-Lizis, Biała, 2013, p. 79).

Autorka tej metody wykorzystywała zabawę, czyli podstawową aktywność dziecka, jako narzędzie metodyczne. W terapii tej można wyróżnia się cztery kategorie ćwiczeń:

- ćwiczenia mające na celu poznanie siebie i własnego ciała;
- ćwiczenia ułatwiające zdobycie pewności siebie i budowanie poczucia bezpieczeństwa w swoim otoczeniu;
- ćwiczenia pomagające nawiązać kontakt i współpracę z partnerem i grupą;
- ćwiczenia twórcze (Rozetti-Szymańska, Wójcik, Pietras, 2010, p. 204).

Zajęcia prowadzone tą metodą powinny realizować 3 podstawowe cele:

- cele rozwojowe, czyli wspomaganie prawidłowego tempa rozwoju dzieci;
- cele edukacyjne, tzn. wykonywane ćwiczenia powinny stymulować do nabywania czy utrwalania wiedzy;
- cele terapeutyczne, które są uzależnione od diagnostycznej oceny poziomu funkcjonowania dziecka (ibidem, p. 204-205).

Zajęcia prowadzone tą metodą są zajęciami grupowymi, lecz liczebność nie powinna przekraczać 16 osób. Jednak, gdy dziecko wykazuje zachowania, które

uniemożliwiają pracę grupową można przeprowadzić zajęcia indywidualne do momentu, aż dziecko wypracuje zachowania umożliwiające mu pracę z innymi uczestnikami (ibidem, p. 205).

TERAPIA LOGOPEDYCZNA

Powszechnie wiadomo, iż podstawową zaburzoną sferą u autystów jest komunikacja, dlatego terapia logopedyczna ma na celu wywołanie mowy oraz jej usprawnianie i doskonalenie, a także rozwijanie słownictwa zarówno biernego, jak i czynnego, a także wyeliminowanie wad artykulacyjnych. Najczęściej u dzieci z autyzmem spotyka się zaburzenia złożone, gdzie logopedzi stosują alternatywne formy służące komunikacji, np. piktogramy, system Makaton. Wybór odpowiedniego środka komunikacyjnego zależy od indywidualnych potrzeb oraz możliwości dziecka, a także stopnia nasilenia zaburzenia. Terapia ta ma ogromny wpływ na poprawę komunikacji osób dotkniętych autyzmem. Stanowi ona również ważny element zintegrowanej terapii autyzmu (Rozetti-Szymańska, Wójcik, Pietras, 2010, p. 200-201).

METODA OPCJI

Jest ona terapią niedyrektywną. Została opracowana przez rodziców chłopca z autyzmem. Metoda ta w pełni akceptuje zachowania dziecka. Jest ona również postrzegana jako filozofia życia z osobą mającą zaburzenia rozwojowe. Głównymi założeniami tej metody są:

- postawa akceptacji i aprobaty;
- stałe motywowanie dziecka;
- rozwijanie indywidualnego programu terapeutycznego (ibidem, p. 198).

Ogromną rolę w omawianej metodzie odgrywają rodzice, bowiem to oni są terapeutami. Podstawową zasadą jest tutaj poczucie bezpieczeństwa. Terapeuta pozwala dziecku na swobodną aktywność zakładając, iż dziecko instynktownie dostarcza organizmowi potrzebnych bodźców. Dorosły nie opiera się na diagnozowaniu czy ocenianiu. Proces ten jest bardzo intensywny, gdyż dziecko pracuje około 8 godzin każdego dnia w specjalnym pomieszczeniu. Każde podejmowane działanie terapeutyczne zmierza do nawiązania kontaktu z dzieckiem. Pierwszym etapem jest nawiązanie kontaktu wzrokowego i jego utrzymywanie poprzez silne wzmocnienia. Jeśli terapeucie nie uda się nawiązać

takiego kontaktu musi on naśladować jak najdokładniej zachowania dziecka w celu identyfikacji z nim, a także okazania akceptacji. Stanowi to podstawę komunikacji. Metoda ta zakłada profesjonalne podejście terapeutyczne. W terapii tej współgrają ze sobą miłość, energia, a także elastyczność, specjalistyczna wiedza oraz określone reguły postępowania (ibidem, p. 198-199).

METODA PLANÓW AKTYWNOŚCI

Jest to metoda uczenia samodzielności za pomocą środków wizualnych. Plan Aktywności to zbiór zdjęć lub słów będących wskazówką do wykonania określonych złożonych czynności. Głównym założeniem metody jest to, iż wszyscy posługujemy się w życiu codziennym planami ułatwiającymi nasze funkcjonowanie. Taką też funkcję pełną Plany Aktywności w stosunku do autystów. Dzięki nim mogą oni organizować swój czas wolny, wykonywać sekwencje czynności czy rozwijać swoje umiejętności społeczne. Jednak, aby dziecko mogło skorzystać z tej metody musi ono odróżniać obiekty na zdjęciu od jego tła czy dopasowywać jednakowe przedmioty. Podobnie jak w innych metodach stopień trudności zadań uzależniony jest od indywidualnych możliwości dziecka (ibidem, p. 199-200).

METODA STYMULOWANYCH SERYJNYCH POWTÓRZEŃ ĆWICZEŃ (SSP)

Metoda ta należy do grupy metod dyrektywnych, tzn. że o jej przebiegu decyduje terapeuta. Jest ona ukierunkowana na stymulowanie aktywności ruchowej (Puszczalska-Lizis, Biała, 2013, p. 75).

E. Puszczalska – Lizis oraz E. A. Biała (ibidem) wymieniają następujące cechy charakterystyczne tej metody:

- terapeuta stymuluje ruch;
- powtarzanie ćwiczeń ruchowych seriami;
- możliwość stosowania ćwiczeń w każdych warunkach;
- dobieranie ćwiczeń stosownie do percepcji i możliwości osoby ćwiczącej;
- systematyczne modyfikowanie programu terapii;
- odpowiednie dobieranie ćwiczeń dających możliwość aktywizowania wybranych grup mięśniowych, w zależności od stopnia sprawności ruchowej;

- ćwiczenia dają możliwość stymulowania czucia głębokiego, a także doskonalenia koordynacji nerwowo – mięśniowej oraz koncentracji uwagi i kształtowania zdolności ruchowych wykorzystywanych w codziennych czynnościach;
- realizacja programu ćwiczeń niemalże w każdych warunkach.

Programy w metodzie Zbigniewa Szota opracowywane są indywidualnie w zależności do potrzeb każdego dziecka. W terapii tej wyróżnia się następujące ćwiczenia:

- kształtujące;
- lokomocyjne;
- równoważne;
- w zwisach;
- zwinnościowe;
- skoczne;
- rzutne;
- stosowane (tory przeszkód);
- gry i zabawy (Puszczałowska-Lizis, Biała, 2013, p. 75-76).

PODSUMOWANIE

Reasumując, praca z dzieckiem ze spektrum autyzmu stanowi duże wyzwanie nie tylko dla rodziców, ale także dla terapeutów czy nauczycieli. Jest to spowodowane niejasnością zachowań i reakcji, które wynikają ze specyfiki zaburzenia.

Wymienione propozycje terapii i metod pracy z dzieckiem autystycznym nie stanowią skończonej listy, a są jedynie propozycją. W literaturze przedmiotu jest wiele metod do pracy z dziećmi z omawianym zaburzeniem i wciąż powstają coraz to nowsze lub istniejące już metody są udoskonalane. Wraz z rozwojem wiedzy o autyzmie zostaną opracowane nowe metody. Należy jednak podkreślić, iż aby terapia przebiegała prawidłowo terapeuta musi posiadać dokładne informacje na temat dziecka i do każdego pacjenta podchodzić indywidualnie. Ważne jest, aby przy wyborze terapii dla dziecka autystycznego wziąć pod uwagę występujące dodatkowe zaburzenia w sferze funkcji poznawczych, komunikacyjnych oraz zachowania.

BIBLIOGRAFIA:

- Błęszyński, J. (2006). Dziecko autystyczne a wczesna diagnoza i organizowanie systemu wsparcia rozwoju. In: M. Sekułowicz (ed.), Wybrane problemy pedagogiki specjalnej. Teoria – diagnoza – terapia, Wrocław: Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej.
- Bobkowicz-Lewartowska, L. (2005). Dylematy związane z terapią behawioralną stosowaną wobec osób autystycznych. In: J. Błęszyński (ed.), Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem, Kraków: Wydawnictwo IMPULS.
- Jutrzyzna, E. (2005). Dziecko autystyczne w kręgu muzyki. In: J. Błęszyński (ed.), Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem, Kraków: Wydawnictwo IMPULS.
- Maciarz, A. (2009). Trudne dzieciństwo i rodzicielstwo: książka dla nauczycieli, wychowawców i rodziców. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Mikołajczak, M. (2017). Wspomaganie rozwoju dziecka z autyzmem I zespołem Aspergera. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Pisula, E. (2010). Autyzm – przyczyny, symptomy, terapia. Gdańsk: Harmonia.
- Pisula, E. (2000). Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pisula, E. (2005). Małe dziecko z autyzmem. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Pisula, E. (2013). Wczesne wykrywanie autyzmu i efekty wczesnej terapii. In: J. Błęszyński (ed.), Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem. Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS.
- Plichta, P., Jagorzewska, I. (2017). SPE uczniów z niepełnosprawnościami. Kraków: Wydawnictwo IMPULS.
- Rozetti-Szymańska, A., Wójcik, J., Pietras, T. (2010). Zarys terapii pedagogicznej dzieci z autyzmem. In: T. Pietras, A. Witusik, P. Gałęcki (ed.), Autyzm – epidemiologia, diagnoza i terapia. Wrocław: Continuo.
- Puszczałowska-Lizis, E., Biała, E. A. (2013). Terapia osób o specjalnych potrzebach. Warszawa: Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna.
- Witusik, A. (2010). Autyzm – wprowadzenie do metod terapeutycznych, doktryna terapii. In: T. Pietras, A. Witusik, P. Gałęcki (ed.), Autyzm – epidemiologia, diagnoza i terapia, Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Zabłocki, K. J. (2002). Autyzm. Płock: Wydawnictwo Naukowe NOVUM.