

# Rozdział 1. Czym jest autyzm?

## 1.1.Spojrzenie na problem autyzmu kiedyś.

Autyzm krótkie, niczym nie wyróżniające się słowo, które jednak ma wielką moc. Słowo które w rodzicach budzi przerażenie i złość, a dla nas terapeutów nadal jest wielkim wyzwaniem. „Potwór”, który determinuje życie zarówno dziecka jak i całej rodziny. Autyzm ze względu na to iż w ogromnym stopniu wpływa na funkcjonowanie społeczne jest jednym z najcięższych zaburzeń rozwojowych. Sama nazwa pochodzi z języka greckiego- *autós- co oznacza „sam”* Po raz pierwszy termin autyzm został użyty przez szwajcarskiego psychiatrę Eugena Bleulera<sup>1</sup> który tym pojęciem określił jeden z objawów schizofrenii, polegający na przebywaniu w swoim wewnętrznym świecie, odrzuceniu kontaktów zewnętrznych.

Jednak dopiero Amerykański psychiatra Leo Kanner dokonał wnikliwej obserwacji jedenastu dzieci z charakterystycznym wzorcem zachowań.

Podczas I Kongresu Krajowego Stowarzyszenia dla Dzieci Autystycznych w San Francisco w 1969 roku Kanner swojej pracy mówi tak: *„Nie odkryłem autyzmu. Istniał on już dawniej. Nawet nie musiałem specjalnie się zajmować jego wykryciem..... Po prostu oglądałem pewną liczbę dzieci, które wywarły na mnie wrażenie z powodu cech, jakimi się charakteryzowały i przedstawiłem na ten temat swoje rozważanie.....Czułem, że dostrzegam jakąś rzecz wyjątkową....”*<sup>2</sup> Dzieci te funkcjonowały we własnym, ograniczonym niejako zamkniętym świecie, znaczy to że nie podejmowały żadnych prób nawiązania kontaktu z innymi ludźmi, podczas wszelkiej aktywności preferowały samotność, uogólniając izolowały się.

Wgłębiając się w literaturę starych baśni i legend z różnych zakątków Świata odnajdujemy dzieci, które w zależności od pochodzenia zostały „dotknięte przez wróżki” „podmienione” przez trole, skrzaty, wróżki i inne stworzenia znane nam z bajek. Dzieci te wykazywały schemat zachowań charakterystyczny dla autyzmu wczesnodziecięcego. Co ciekawe w baśniach tych rodzicom zawsze udawało się odzyskać „swoje normalne „dzieci.”<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Zasoby internetowe: Wikipedia

<sup>2</sup> A. i F. Brauner, Dzieci zagubione w rzeczywistości .Historia Autyzmu od czasów baśni o wróżkach. WSIP Warszawa 1988r.s.1

<sup>3</sup> Tamże

Niestety w rzeczywistym świecie praca terapeutyczna z małym autystą jest długotrwała i trudna zarówno dla dziecka jego rodziców oraz terapeutów. Leo Kanner opisał zespół objawów charakterystycznych dla autyzmu do najważniejszych zaliczył: brak kontaktów emocjonalnych z osobami najbliższymi, zaburzenia rozwoju mowy, lub mowa nieadekwatna do sytuacji, nadmierne koncentrowanie się na przedmiotach i manipulowanie nimi. Wielokrotne powtarzanie stereotypowych ruchów i zachowań i dobry poziom intelektualny dziecka. Dzieci te według teorii Kanner'a nie przywiązują się do osób najbliższych co jest powodem niechęci do przytulania czy utrzymywania kontaktu wzrokowego z matką. Charakterystycznymi zaburzeniami komunikacji są echolalie i tendencja do odwracania form zaimkowych- zamiast ja –używanie on, lub wy. Niemal równocześnie z Leo Kannerem, swoje spostrzeżenia potwierdzające i rozwijające teorię autyzmu wczesnodziecięcego opublikował w 1944 austriacki psychiatra Hans Asperger. Jego badania dotyczyły zaburzeń autystycznych u dzieci we wczesnej fazie dorastania. Dzieci te charakteryzowały ogromne trudności w relacjach społecznych, brak odczuć empatycznych oraz niechęć do zmian w otoczeniu. Poza tym u dzieci tych występowały trudności w komunikacji-uboga mimika i niewiele gestów, wypowiedzi nieadekwatne do sytuacji, intonacja nieadekwatna do treści słów, choć pod względem gramatycznym ich wypowiedzi były poprawne.

Asperger te zaburzenia klasyfikował jako zaburzenia psychotyczne, dlatego wielu autorów rozróżnia ten zespół od klasycznego autyzmu Kanner'a<sup>4</sup>. Kolejnym badaczem, który zainteresował się zaburzeniem jest austriacki pediatra Andreas Rett który w 1966 roku opisał dwadzieścia dwa przypadki dziewcząt, u których po początkowo prawidłowym rozwoju, w ok. 5-6 miesiącu życia występuje zahamowanie rozwoju mowy, utrata zainteresowania kontaktami społecznymi, utrata uprzednio nabytych celowych ruchów dłoni na rzecz ruchów stereotypowych. Poza tymi, charakterystycznymi dla autyzmu objawami w tzw. Zespole Retta występują również spowolnienie rozwoju czaszki, pogorszenie koordynacji ruchów podczas chodzenia oraz upośledzenie psychomotoryczne<sup>5</sup>. W latach 70 XXw. dokonywano kolejnych klasyfikacji psychiatrycznych, które stopniowo poszerzały kryteria diagnostyczne autyzmu jednocześnie uzupełniając kategorie innymi zaburzeniami pokrewnymi. np. w przypadku niewystępowania upośledzenia umysłowego nazywany wysoko-

---

<sup>4</sup> M.Radochoński, Zarys psychopatologii dla pedagogów. WSP Rzeszów, 1996

<sup>5</sup> Tamże

funkcjonującym autyzmem” ,a w przypadku występowania tylko części objawów całościowymi zaburzeniami rozwoju inaczej nieokreślonymi<sup>6</sup> . Lorna Wings, angielski psychiatra , badaczka autyzmu zainteresowana tematyką ze względu na posiadanie córki z autyzmem podczas swoich obserwacji dokonała odkrycia że u różnych osób dotkniętych autyzmem występują w różnym stopniu nasilone objawy.<sup>7</sup> W trakcie swoich badań odkryła ona tzw. triadę autystyczną która ukazuje trzy zaburzone obszary. Należą do nich: komunikacja, zachowania społeczne, sztywne wzorce zachowań i aktywności.<sup>8</sup> Po spostrzeżeniach Lorna Wings rozszerzono koncepcję autyzmu o zaburzenia lżejsze i mniej typowe niż te ,które przedstawił Kanner. W 1988r. wprowadzono termin ”Autystyczne Spektrum Zaburzeń” co ułatwia różnicowanie wewnątrz kategorii. W klasyfikacji DSM-IV (Klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego) zaburzenia autystyczne uzyskały numer 299.0 i zostały zaliczone do całościowych, rozległych zaburzeń rozwojowych. Wyróżnia ona trzy grupy objawów , które mogą świadczyć o autyzmie. Pierwsza grupa dotyczy jakościowego upośledzenia interakcji społecznych, czyli istotne zaburzenie komunikacji niewerbalnej-brak ekspresji mimicznej oraz gestów, nienawiązywanie kontaktu wzrokowego, brak umiejętności nawiązywania kontaktów z rówieśnikami odpowiednio do wieku rozwojowego, brak wzajemności w kontaktach społecznych i emocjonalnych, brak spontaniczności w dzieleniu się z innymi radością , zainteresowaniami. Aby dokonać diagnozy musiały wystąpić przynajmniej dwa z powyższych objawów. Druga grupa objawów dotyczy problemów z komunikacją, w tym przypadku musiał wystąpić przynajmniej jeden z poniższych objawów: całkowity brak lub opóźnienie rozwoju mowy bez prób zastąpienia go komunikacją alternatywną. brak zdolności do inicjowania i podtrzymywania konwersacji pomimo umiejętności mowy. wypowiedzi stereotypowe, echolalie, oraz swoiste wyrażenia. Nie występują charakterystyczne dla wieku i zróżnicowane zabawy tematyczne. Kolejna grupa objawów dotyczy ograniczenia w zakresie zainteresowań oraz wykonywania czynności, i tu również musiał wystąpić jeden z objawów: stereotypowe, nadmierne zajmowanie się jednym lub więcej rodzajem zainteresowań odbiegających od normy pod względem intensywności lub zakresu. Skrupulatne przestrzeganie niepotrzebnych rutynowych czynności i rytuałów. Powtarzające się i

---

<sup>6</sup> Zasoby internetowe: wikipedia(Całościowe zaburzenia rozwoju)

<sup>7</sup> Wings i Gould 1979,w:E Pisula ,Autyzm. Przyczyny, symptomy ,terapia. Wyd. harmonia, Gdańsk 2010r.

<sup>8</sup> Tamże

stereotypowe czynności ruchowe np .machanie rękami kręcenie się. Uporczywe zajmowanie się częściami przedmiotów. Jednocześnie w klasyfikacji tej podkreślono iż wymienione zaburzenia muszą wystąpić przed trzecim rokiem życia.<sup>9</sup> Praktycznie od opisanie teorii autyzmu przez Kanner, trwa poszukiwanie przyczyn tych zaburzeń. Przedstawiano wiele koncepcji od genetycznych, gdzie jako przyczynę podawano interakcję kilku genów, jednak nie wykryto swoistego „genu Autyzmu” . Czynniki środowiskowe, do których należa, picie alkoholu przez matkę w ciąży, różyczka przechodzona podczas ciąży niedoczynność tarczycy u matki, skojarzona szczepionka przeciwko odrze, śwince i różyczce. Czynniki biologiczne do których należą : alergię pokarmowe, zatrucia rtęcią i metalami ciężkimi, infekcje wirusowe, grzybicze i bakteryjne. nieprawidłowości w funkcjonowaniu części skroniowo potylicznej mózgu, ciała migdałowatego i płatów czołowych, wielkości i masy mózgu. Czynniki występujące podczas okresu ciąży i porodu: krwawienie w drugim i trzecim trymestrze ciąży, wywołany poród, zaawansowany wiek matki, niska waga urodzeniowa.<sup>10</sup> Nadal jednak nie określono jednoznacznej przyczyny występowania autyzmu. Studiując literaturę spotkałam się z koncepcją która przyczyn autyzmu dopatrywała się w działaniach rodziców, w oziębłości matek, co wyłączało rodziców z programów terapii i wychowania przeznaczonych dla dzieci autystycznych. Dzisiaj staramy się pozyskać rodziców do współpracy z wielospecjalistycznym zespołem terapeutów.<sup>11</sup>

## **1.2.Diagnoza i terapia autyzmu dziś.**

Obecnie autyzm rozpoznawany jest na podstawie listy symptomów zawartych w dwóch największych systemach klasyfikacyjnych chorób i zaburzeń funkcjonowania. Są to mianowicie ICD -10 Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych opracowaną przez Światowa Organizację Zdrowia w 1992r. Zgodnie z tą klasyfikacją, obecnie stosowaną w Polsce wśród całościowych zaburzeń rozwoju Które ICD definiuje jako F84 Całościowe zaburzenia rozwojowe Grupa zaburzeń charakteryzujących się jakościowymi odchyleniami od normy w zakresie interakcji społecznych i wzorców komunikacji oraz ograniczonym i stereotypowym repertuarem zainteresowań i aktywności. Te jakościowe nieprawidłowości stanowią podstawową

---

<sup>9</sup> DSM-IV,1994, w M. Radochoński, Zarys psychopatologii dla pedagogów. WSP Rzeszów, 1996

<sup>10</sup> Materiały własne, pochodzące z wykładu,

<sup>11</sup> A. i F. Brauner, Dzieci zagubione w rzeczywistości .Historia Autyzmu od czasów baśni o wrózkach. WSIP Warszawa 1988r

cechę funkcjonowania jednostki we wszystkich sytuacjach. W razie potrzeby należy użyć dodatkowego kodu w celu określenia współistniejących stanów chorobowych lub opóźnienia rozwoju umysłowego. Wśród całościowych zaburzeń rozróżniamy:

F84.0 Autyzm dziecięcy to rodzaj całościowego zaburzenia rozwojowego charakteryzującego się: nieprawidłowym lub zaburzonym rozwojem przed trzecim rokiem życia oraz charakterystycznym sposobem wadliwego funkcjonowania w trzech obszarach psychopatologii: interakcji społecznych, komunikacji oraz zachowania (ograniczone, stereotypowe, powtarzające się). Obok tych specyficznych cech diagnostycznych występuje często szereg innych objawów, takich jak: fobie, zaburzenia snu i odżywiania, napady złości i (auto)agresji.

F84.1 Autyzm atypowy różni się od autyzmu dziecięcego wiekiem, w którym się pojawia, bądź niespełnianiem wszystkich trzech wspomnianych kryteriów diagnostycznych. Kategorię tę należy stosować wówczas, gdy nieprawidłowy lub wadliwy rozwój pojawia się dopiero po trzecim roku życia oraz brak jest widocznych odchyżeń od normy w jednym lub dwu z trzech zakresów wymaganych dla rozpoznania autyzmu (mianowicie interakcji społecznych, komunikacji oraz zachowania, które jest ograniczone, stereotypowe, powtarzające się), mimo charakterystycznych zaburzeń w pozostałych. Autyzm atypowy występuje najczęściej u osób głęboko upośledzonych i u osób z ciężkim specyficznym zaburzeniem rozwojowym rozumienia mowy.

F84.2 Zespół Retta Stan ten opisywano dotychczas wyłącznie u dziewcząt. Po normalnym wczesnym okresie rozwoju następuje częściowa lub całkowita utrata mowy, umiejętności lokomocyjnych i posługiwania się rękami wraz z zahamowaniem wzrostu czaszki. Zaburzenie rozpoczyna się zwykle pomiędzy 7. a 24. miesiącem życia. Do charakterystycznych cech należą: zanikanie celowych ruchów rąk, stereotypie typu mycia rąk i hiperwentylacja. Rozwój społeczny i umiejętności zabawy zostają zahamowane, natomiast zainteresowania społeczne utrzymują się bez zmian. Około czwartego roku życia zaczyna rozwijać się ataksja tułowia i apraksja z następującymi często ruchami choreoatetycznymi. W efekcie prawie zawsze dochodzi do znacznego upośledzenia umysłowego.

F84.3 Inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne Rodzaj głębokiego zaburzenia rozwojowego cechujący się początkowo zupełnie prawidłowym rozwojem i następującą potem – w okresie kilku miesięcy – pełną utratą uprzednio nabytych umiejętności w kilku sferach funkcjonowania. Zwykle towarzyszy im ogólna utrata zainteresowań otoczeniem, stereotypowe, powtarzające się manieryzmy ruchowe i podobne do

autyzmu nieprawidłowości w zakresie interakcji społecznych i komunikacji. W niektórych przypadkach można wykazać związek zaburzenia z towarzyszącą mu encefalopatią, ale rozpoznanie należy stawiać na podstawie zmian zachowania.

F84.4 Zaburzenie hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi Niedostatecznie zdefiniowana kategoria zaburzeń o wątpliwej wartości nozologicznej, przeznaczona dla dzieci znacznie upośledzonych umysłowo (IQ poniżej 35), które mają duże problemy z nadpobudliwością ruchową, uwagą i zachowaniami stereotypowymi. Dzieci te – jak się wydaje – nie odnoszą korzyści ze stosowania leków stymulujących (w przeciwieństwie do dzieci z prawidłowym IQ) i mogą reagować na nie ciężką reakcją dysforyczną (niekiedy z zahamowaniem psychoruchowym). W okresie młodzieńczym nadpobudliwość ruchowa ma tendencję do przechodzenia w obniżenie aktywności (co nie jest typowe dla dzieci z zaburzeniami hiperkinetycznymi o normalnej inteligencji). Zespołowi temu często towarzyszą różnorodne opóźnienia rozwojowe specyficzne albo globalne. Nie jest znany stopień zależności tego zaburzenia od niskiego IQ lub uszkodzenia mózgu.

F84.5 Zespół Aspergera Jest to zaburzenie o niepewnej wartości nozologicznej, charakteryzujące się takimi samymi nieprawidłowościami w zakresie interakcji społecznych jak autyzm, a także ograniczonym, stereotypowym repertuarem zainteresowań i aktywności. Od autyzmu różni się ono przede wszystkim brakiem ogólnego opóźnienia lub upośledzenia rozwoju mowy i funkcji poznawczych. Zaburzeniu temu często towarzyszy wyraźna niezgrabność i tendencja do utrzymywania się zaburzeń w wieku młodzieńczym i w życiu dorosłym. W początkach wieku dojrzałego pojawiają się sporadycznie epizody psychotyczne.

F84.8 Inne głębokie zaburzenia rozwojowe

F84.9 Głębokie zaburzenia rozwojowe, nieokreślone .<sup>12</sup>

Zgodnie z ICD-10 Aby zdiagnozować autyzm muszą zostać spełnione następujące kryteria : Nieprawidłowy lub zaburzony rozwój wyraźnie widoczny przed trzecim rokiem życia w co najmniej jednym z następujących obszarów: Rozumienie i ekspresja językowa używana w społecznym porozumiewaniu się .Rozwój wybiórczego przywiązania społecznego lub wzajemnych kontaktów społecznych. Funkcjonalna lub symboliczna zabawa. Jakościowe nieprawidłowości wzajemnych interakcji społecznych

---

<sup>12</sup> ICD-10 Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja dziesiąta, Tom 1, wydanie 2008 s. 248-249

przejawiane przez co najmniej w dwóch z następujących obszarów: niedostateczne wykorzystanie kontaktu wzrokowego, wyrazu twarzy, postawy ciała i gestów do odpowiedniego regulowania interakcji społecznych; niedostateczny rozwój związków rówieśniczych, obejmujących wzajemne podzielane zainteresowania, czynności, emocje; brak odwzajemnienia społeczno-emocjonalnego, przejawiający się upośledzeniem lub odmiennością reagowania na emocje innych osób, albo brak modulacji zachowania odpowiedniej do społecznego kontekstu albo słaba interakcja zachowań społecznych, emocjonalnych i komunikacyjnych; brak spontanicznej potrzeby dzielenia z innymi osobami radości, zainteresowań lub osiągnięć. Jakościowe nieprawidłowości w porozumiewaniu się przejawiane co najmniej w jednym z następujących obszarów: opóźnienie lub całkowity brak rozwoju mowy, które nie wiążą się z próbą kompensowania za pomocą gestów lub mimiki jako alternatywnego sposobu porozumiewania się; względny niedostatek inicjatywy i wytrwałości w podejmowaniu wymiany konserwacyjnej, w których zachodzą zwrotne reakcje na komunikaty innej osoby; stereotypowe i powtarzające się idiosynkratyczne wykorzystanie słów i wyrażeń; brak spontanicznej różnorodności zabawy w udawanie lub zabawy naśladowującej role społeczne. Ograniczone, powtarzające się stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności przejawiane w co najmniej jednym z następujących obszarów: pochłonięcie jednym lub licznymi stereotypowymi zainteresowaniami o nietypowej treści i zogniskowaniu, lub jednym albo więcej zainteresowaniami nieprawidłowymi z powodu swej intensywności i ograniczenia, a nie z powodu treści i zogniskowania; wyrażenie kompulsywne przywiązanie do specyficznych, niefunkcjonalnych czynności rutynowych i zrutynalizowanych; stereotypowe i powtarzające się manieryzmy ruchowe, obejmujące stukanie, kręcenie palcami lub złożone ruchy całego ciała; koncentracja na cząstkowych lub niefunkcjonalnych właściwościach przedmiotów służących do zabawy np. zapachu, fakturze, wydawanego dźwięku czy wibracji. Obrazu klinicznego nie można wyjaśnić innymi odmianami całościowymi zaburzeń rozwojowych, specyficznymi rozwojowymi zaburzeniami rozumienia języka z wtórnymi trudnościami społeczno-emocjonalnymi, reaktywnymi zaburzeniami przywiązania ani zaburzeniem selektywności przywiązania, upośledzeniem umysłowym z pewnymi cechami zaburzeń emocji i zachowania, schizofrenią o niezwykle wczesnym początku, ani zespołem Retta.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> ICD-10 Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja dziesiąta, Tom 1, wydanie 2008 s. 248-249

Inne kryteria diagnostyczne reguluje DSM –V również obecnie stosowana w diagnozie autyzmu, wprowadziła termin :zaburzenia ze spektrum autyzmu(ASD), autyzm, zespół Aspergera, PDD – NOS (całościowe zaburzenie rozwoju nie zdiagnozowane inaczej. DSM V wprowadza kilka zmian w procesie diagnozy zaburzeń ze spektrum autyzmu między innymi :z rezygnowano z terminu „całościowe zaburzenie rozwoju, wykluczono zespół Retta i dziecięce zaburzenia dezintegracyjne, zastąpiono trzy jednostki chorobowe: zaburzenia autystyczne, zespół Aspergera i PDD – NOS jedną jednostką – spektrum zaburzeń autystycznych (ASD), połączono dwie grupy objawów z dotychczasowej triady diagnostycznej: zaburzenia interakcji społecznych i zaburzenia komunikacji w jedną domenę diagnostyczną, wprowadzono trójstopniowej klasyfikacji ASD – od L1 do L3, w zależności od nasilenia objawów oraz stopnia ich wpływu na codzienne funkcjonowanie.<sup>14</sup> Wykluczono kryterium opóźnienia mowy, zastąpiono dotychczas obowiązujące kryterium wieku, w jakim pojawiają się pierwsze objawy choroby, określeniem „początek we wczesnym dzieciństwie” oraz zasygnalizowano, że objawy mogą nie manifestować się w pełni do czasu, gdy wymagania społeczne przekroczą umiejętności osoby, zalecono uszczegóławiania diagnozy w oparciu o dodatkowe informacje: początek i przebieg kliniczny, czynniki etiologiczne, zdolności poznawcze, zdolności językowe, nasilenie objawów w dwóch głównych domenach diagnostycznych: deficyty społeczno – komunikacyjne, uporczywe zainteresowania i powtarzalne zachowania, choroby współwystępujące. Zaburzenia autystycznego spektrum obejmują dwa obszary: deficyty społeczno – komunikacyjne, uporczywe zainteresowania i powtarzalne zachowania. Wprowadzono cztery kryteria diagnozy (A, B, C, D):

A. Stałe deficyty w zakresie komunikacji społecznej i społecznej interakcji w różnych kontekstach, niewyjaśnione przez ogólne opóźnienia rozwojowe i manifestujące się przez wszystkie trzy rodzaje: Deficyty w zakresie społeczno – emocjonalnej wzajemności; ich stopień może obejmować anormalne podejście społeczne i niepowodzenie w normalnej dwustronnej konwersacji, przez zredukowanie dzielenia zainteresowań, emocji i afektu oraz reakcji, po całkowity brak inicjowania interakcji społecznej. Deficyty w zakresie zachowań o charakterze komunikacji niewerbalnej,

---

<sup>14</sup> Łukasz Świącicki, Piotr Gałęcki Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kryteria Diagnostyczne DSM V, Edra Urban & Partner , 2015



używanych w celu interakcji społecznej; począwszy od słabo zintegrowanej komunikacji werbalnej i niewerbalnej, przez anormalności kontaktu wzrokowego i języka ciała lub deficytów w zakresie rozumienia i stosowania komunikacji niewerbalnej, do całkowitego braku ekspresji twarzy lub gestów. Deficyty twarzy dotyczące rozumienia i utrzymywania relacji, odpowiednio do poziomu rozwojowego (oprócz tych związanych z opiekunami); stopień ich może być różny, począwszy od trudności w doborze zachowania do zastosowania w odpowiednich kontekstach społecznych, przez trudności w dzieleniu zabawy wyobrażeniowej i nawiązywaniu przyjaźni, po widoczny brak zainteresowania ludźmi. B. Ograniczone, powtarzalne wzorce zachowania, zainteresowań lub aktywności, manifestujące się przynajmniej przez dwa spośród wymienionych: Stereotypowa lub powtarzalna mowa, ruchy lub posługiwanie się przedmiotami (jak proste stereotypie ruchowe, echolalia, powtarzalne używanie przedmiotów lub idiosynkratyczne frazy). Nadmierne wykorzystanie rutyny, zrytualizowanych wzorców zachowań werbalnych lub niewerbalnych lub nadmierny opór wobec zmiany (jak rytuały ruchowe, naciskanie na tą samą drogę lub jedzenie, powtarzanie tego samego pytania lub skrajny stres w odpowiedzi na małe zmiany). Wysoce ograniczone, uporczywe zainteresowania, anormalne pod względem intensywności lub przedmiotu uwagi; (takie jak silne przywiązanie do lub zajmowanie się niezwykle obiektami, zainteresowania, które są nadmiernie zawężone lub powtarzające się/persewerujące) <sup>15</sup>

Hiper lub hipo-reaktywność na sensoryczny bodziec lub niezwykle zainteresowanie sensorycznymi aspektami otoczenia (jak widoczna obojętność na ból, gorąco, zimno, negatywna reakcja na specyficzne dźwięki lub powierzchnie, intensywne wężanie lub dotykanie przedmiotów, fascynowanie się błyskami światła lub wirującymi przedmiotami).

Symptomy muszą być obecne we wczesnym dzieciństwie (ale mogą się nie manifestować przed czasem, w którym społeczne wymagania ujawniają ograniczone możliwości). Symptomy razem wzięte ograniczają i upośledzają codzienne funkcjonowanie. Zaburzenie spektrum autyzmu jest zaburzeniem neurorozwojowym i musi być obecne od niemowlęctwa lub wczesnego dzieciństwa, ale może nie być rozpoznane w tym okresie, z powodu minimalnych wymagań społecznych i wsparcia ze

---

<sup>15</sup>Łukasz Świącicki, Piotr Gałęcki Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kryteria Diagnostyczne DSM V, Edra Urban & Partner, 2015

strony rodziców oraz opiekunów dostarczanego we wczesnych latach życia dziecka. Aby rozpoznać ASD muszą wystąpić trzy z trzech objawów zaburzeń interakcji oraz dwóch z czterech stereotypowych zachowań. Określono nasilenie objawów ASD na poszczególne poziomy (level): Level 1 wymaga wsparcia pacjent i rodzina, Level 2 wymaga znacznego wsparcia, Level 3 wymaga bardzo dużego wsparcia.<sup>16</sup> W przypadku otrzymania diagnozy najważniejsze jest jak najszybsze objęcie terapią zarówno dziecka jak i całej rodziny.

---

<sup>16</sup> Łukasz Świącicki, Piotr Gałeczki, Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kryteria Diagnostyczne DSM V, Edra Urban & Partner, 2015

## **Rozdział 2: Charakterystyka zaburzeń komunikacji w autyzmie.**

### **2.1. Czym jest komunikacja.**

Człowiek jako istota społeczna funkcjonuje i uczestniczy we współdziałaniu i kontaktach społecznych. Dzieje się tak zarówno w życiu codziennym jak i w stosunkach zawodowych, życiu religijnym czy działalności politycznej. W tym społecznym zachowaniu ogromną rolę odgrywa działalność komunikacyjno-językowa<sup>17</sup>

Komunikacja jest to rodzaj ludzkiego zachowania, polegającego na tym że w określonej sytuacji ramach różnorodnych zachowań, zaistnieje kontakt pomiędzy dwoma uczestnikami (nadawcą i odbiorcą) procesu komunikacji. Kontakt ten polega na przekazywaniu informacji, poglądów, odczuć, aby odbiorcę poinformować, wpłynąć na jego myślenie i zachowanie.<sup>18</sup> Jak wszystkie nasze działania i komunikacja musi mieć jakiś cel. Amerykański Psycholog P. Watzlawick, uważa że „jakaś piąta część całej komunikacji ludzkiej służy dla wymiany informacji, podczas gdy reszta dotyczy nie kończącego się procesu definiowania, potwierdzania, negowania i redefinicji istoty, naszych relacji z innymi”.<sup>19</sup> Wynika z tego że komunikacja posiada dwa podstawowe elementy: zawartość merytoryczną oraz określenie relacji pomiędzy jej uczestnikami. Komunikacja międzyludzka ściśle związana jest z kontekstem życiowym, sytuacyjnym i jest narzędziem do osiągnięcia różnych celów życiowych.<sup>20</sup> Inną definicję Komunikacji podaje wikipedia: „Komunikacja językowa jest to proces porozumiewania się ludzi za pomocą znaków językowych. Aby zaistniała komunikacja muszą zaistnieć następujące czynniki: akt komunikacji, kanał komunikacyjny, akt mowy oraz funkcje aktu mowy. Akt komunikacji językowej jest to przekaz treści kierowany przez nadawcę do odbiorcy. Komunikat jest to treść przekazywana określonym kanałem komunikacyjnym np. dotykowym, wzrokowym, słuchowym (odpowiednio alfabetem Braille’a, gestykulacją, pismem, mową). Jeżeli akt komunikacji posiada określone intencje wobec odbiorcy (jest to prośba, obietnica, pytanie, groźba itd.), wówczas możemy zdefiniować akt komunikacji jako akt mowy. Akty mowy możemy podzielić na :udane (fortunne) – czyli takie które trafiły do właściwego

---

<sup>17</sup> T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Logopedia, Pytania i Odpowiedzi, Podręcznik akademicki, Opole 2003 s.19

<sup>18</sup> Tamże

<sup>19</sup> Z. Nęcki, Komunikacja międzyludzka, Kraków 1996, s.28

<sup>20</sup> T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Logopedia, Pytania i Odpowiedzi, Podręcznik akademicki, Opole 2003 s.23

odbiorcy i zostały zinterpretowane zgodnie z intencją nadawcy oraz nieudane (niefortunne) – czyli odebrane przez innego odbiorcę lub niewłaściwie odczytane. Akty mowy pełnią pewne, określone, stałe funkcje: , czyli mającą na celu utrzymanie kontaktu pomiędzy nadawcą a odbiorcą, informatywną , czyli taka gdzie główną rolę pełni przekazanie informacji. Funkcja impresywna czyli taka w której nadawca stara się wpłynąć na odbiorcę. Kolejną funkcją jest funkcja performatywna czyli taka, gdy wypowiedź wpływa na rzeczywistość (ogłoszenia, przysięgi, ślubowania) Dalej mamy funkcję poetycką , która dotyczy doznań estetycznych, oraz ekspresywną ,gdzie największą wagę przykłada się do wyrażenia emocji”<sup>21</sup>. Komunikacja jest jedną z ważniejszych aktywności naszego społeczeństwa. Niestety jak w każdej innej sferze i w komunikacji występują różnorodne zaburzenia.

## **2.2. Ogólne zaburzenia komunikacji.**

Rodzaje zaburzeń komunikacji zawarte są w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10. Powyższa klasyfikacja dzieli je tak: F80 Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka, które charakteryzują się upośledzeniem normalnych wzorców nabywania umiejętności językowych od wczesnych stadiów rozwoju. Stanów tych nie można bezpośrednio wiązać z zaburzeniami neurologicznymi, nieprawidłowościami mechanizmów mowy, zaburzeń sfery czuciowej, upośledzeniem umysłowym lub czynnikami środowiskowymi. Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka często pociągają za sobą różnorodne problemy, takie jak: trudności w czytaniu i ortografii, zaburzenie związków interpersonalnych oraz odchylenia w zakresie emocji i zachowania. F80.0 Specyficzne zaburzenia artykulacji .W tej grupie zaburzeń rozwojowych stopień umiejętności posługiwania się przez dziecko dźwiękami mowy jest niższy od poziomu odpowiedniego dla jego wieku umysłowego, ale poziom umiejętności językowych jest prawidłowy. Do tych nieprawidłowości zaliczamy zaburzenie fonologiczne ,zaburzenie artykulacji ,dyslalię, czynnościowe zaburzenia artykulacji, lambdacyzm.<sup>22</sup> F80.1 Zaburzenia ekspresji mowy są to specyficzne zaburzenie rozwojowe, w którym zdolność, ekspresji mowy dziecka jest wyraźnie niższa od poziomu typowego dla jego

---

<sup>21</sup> Zasoby internetowe, Wikipededia, Komunikacja językowa

<sup>22</sup> ICD-10 Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja dziesiąta, Tom 1, wydanie2008 s. 245

wieku umysłowego, jednak rozumienie mowy mieści się w granicach normy. Mogą występować zaburzenia artykulacji. Należą do nich dysfazja rozwojowa lub afazja typu ekspresyjnego F80.2 Zaburzenie rozumienia mowy. Umiejętność rozumienia mowy nie osiąga poziomu typowego dla wieku umysłowego dziecka. Niemal we wszystkich przypadkach wyraźnie zaburzona jest także ekspresja mowy. Często są nieprawidłowości w tworzeniu słów przypominających dźwięki. Do tych zaburzeń należą: wrodzone zaburzenia percepcji słuchowej afazja Wernickego i tzw: Głuchota słów.<sup>23</sup> F80.3 Nabyta afazja z padaczką(zespół Landaua-Kleffnera). Jest to zaburzenie polegające na tym iż normalnie rozwijające się dotychczas dziecko traci umiejętności rozumienia i ekspresji mowy, zachowując przy tym ogólną inteligencję. Towarzyszą temu zmiany napadowe w EEG, a w większości przypadków także napady padaczkowe. Zaburzenie rozpoczyna się zwykle pomiędzy trzecim a siódmym rokiem życia dziecka, które traci wówczas te umiejętności w ciągu dni lub tygodni. Związek czasowy pomiędzy wystąpieniem napadów a utratą umiejętności językowych jest zróżnicowany; pierwszy z tych objawów może wyprzedzać drugi (lub na odwrót) o kilka miesięcy do dwóch lat. Prawdopodobną przyczyną tego stanu może być proces zapalny mózgu. Około dwóch trzecich pacjentów wykazuje mniej lub bardziej wyraźny deficyt rozumienia mowy.<sup>24</sup> F80.8 Inne zaburzenia rozwoju mowy i języka, do nich możemy zaliczyć seplenienie. F80.9 Zaburzenie rozwoju mowy i języka oraz nieokreślone Zaburzenie mowy<sup>25</sup> R47.0 Dysfazja i afazja gdzie afazja oznacza: brak rozwoju mowy lub całkowitą utratę mówienia i rozumienia zaburzenia ekspresyjno-percepcyjne (afazja całkowita) ,brak rozwoju ekspresji językowej lub całkowitą utratę mówienia przy zachowanym nawet w niewielkim stopniu rozumieniu (afazja częściowa; ekspresyjna, ruchowa; motoryczna),całkowitą utratę rozumienia przy zachowanym nawet w niewielkim stopniu mówieniu (afazja częściowa; sensoryczna, czuciowa lub inaczej akustyczna).

Natomiast dysfazja oznacza: częściową utratę lub upośledzenie procesu nabywania zdolności mówienia , rozumienia ,ekspresji i percepcji mowy. Mówimy tu o dysfazji mieszanej, percepcyjno-ekspresyjnej; ruchowo-czuciowej z przewagą motorycznej bądź sensorycznej.

---

<sup>23</sup> ICD-10 Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja dziesiąta, Tom I, wydanie 2008 s. 246

<sup>24</sup> Tamże

<sup>25</sup> Tamże

Dysfazja może oznaczać też częściową utratę mówienia lub upośledzenie rozwoju zdolności mówienia, zaburzenia ekspresji mowy, przy zachowanej lub prawidłowo rozwijającej się zdolności rozumienia. W tym wypadku mówimy o dysfazji ekspresyjnej, ruchowej, motorycznej.

Dysfazja percepcyjna, sensoryczna, czuciowa lub akustyczna oznacza częściową utratę rozumienia przy zachowanej zdolności mówienia.<sup>26</sup>

R47.1 Dysartria i anartria są zaburzeniami mowy spowodowanymi uszkodzeniem ośrodków i dróg unerwiających narządy mowy. Uszkodzenia te mogą przybierać różnoraki charakter ze względu na stopień i rozległość zakłócenia w napięciu mięśni odpowiedzialnych za akt mowy. Zostaje zaburzona kontrola i koordynacja czynności mięśniowej, co powoduje trudności w porozumiewaniu międzyludzkim i komunikacji społecznej. Terminem anartrii posługujemy się w zaawansowanej już postaci zaburzeń dyzartrycznych. Anartria i dyzartria powstają najczęściej na tle rozległych uszkodzeń neurologicznych. Stanowią zespół zaburzeń oddechowo, fonacyjno, artykulacyjnych.<sup>27</sup>

F94.0 Mutyzm wybiórczy charakteryzuje się wyraźną, zdeterminowaną emocjonalnie wybiórczością werbalnego komunikowania się, polegającą na tym, że dziecko w pewnych sytuacjach rozmawia swobodnie, ale w innych, określonych przestaje mówić. Zaburzeniu towarzyszą zwykle pewne cechy osobowości, takie jak lękliwość, wycofywanie się, nadmierna wrażliwość lub upór inna nazwa to mutyzm selektywny.<sup>28</sup> Zdaniem Ireny Styczek, mowa jest nieprawidłowa wówczas, gdy różni się od tej, która jest w użyciu danej grupy społecznej.<sup>29</sup> U dzieci spotyka się różnego rodzaju zaburzenia i zakłócenia w rozwoju mowy. Ich postać i konsekwencje zależą od przyczyny tych zjawisk (od rodzaju, czasu, natężenia oddziaływania na organizm). Zakłócenia okresowe traktuje się jako etap rozwoju, natomiast zaburzenia zalicza się do zjawisk patologicznych. Zaburzenia rozwoju mowy i języka to zaburzenia rozwoju sprawności językowych systemowej lub komunikacyjnej (czasem występują razem). Są to pierwotne lub wtórne zachowania językowego u dzieci w okresie kształtowania i rozwoju mowy.<sup>30</sup> Zaburzenia rozwoju komunikacji językowej mogą występować jako: pierwotne zaburzenia rozwoju językowego, czyli specyficzne zaburzenia rozwoju

---

<sup>26</sup> ICD-10 Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja dziesiąta, Tom 1, wydanie 2008 s. 574

<sup>27</sup> Tamże, s. 574

<sup>28</sup> Tamże, s. 252

<sup>29</sup> Irena Styczek, Logopedia, PWN Warszawa 1981. S. 251

<sup>30</sup> T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Logopedia, Pytania i Odpowiedzi, Podręcznik akademicki, Opole 2003, s. 361

mowy i języka. Zaburzenia wtórne w stosunku do innych zaburzeń rozwojowych ,ale ściśle z nimi związane np: głuchota, niepełnosprawność intelektualna. Mogą występować również jako jedne z wielu objawów rozległych zespołów zaburzeń rozwojowych, np.: autyzmu, zaburzeń dezintegracyjnych, zespołu Retta. W zależności od przyczyny i wieku mogą one przejawiać się jako długotrwały brak rozwoju mowy, jego regres czy zahamowanie.<sup>31</sup>

Radochoński za DSM-IV wyróżnia następujące rodzaje zaburzeń w językowym komunikowaniu się: Zaburzenia ekspresyjne mowy(315.1) objawia się ono ograniczonym zasobem słów, niegramatyczną mową, trudnościami w dobieraniu wyrazów, używanie zdań, których długość i składnia nie są adekwatne do poziomu rozwoju dziecka. Zaburzenia te utrudniają osiąganie dobrych wyników w nauce, pracy zawodowej czy komunikowaniu się z ludźmi.<sup>32</sup>

Mieszane zaburzenia recepcyjno-ekspresyjne mowy(315.31), oprócz objawów, które są charakterystyczne dla ekspresyjnych zaburzeń mowy , występują tu również trudności w rozumieniu słów i zdań oraz specyficznych wyrażen na przykład określeń stosunków przestrzennych. Zaburzenia w zakresie zarówno mowy czynnej jak i biernej znacząco utrudniają porozumiewanie się z ludźmi, pracę zawodową czy osiąganie dobrych wyników w nauce.<sup>33</sup>

Zaburzenia fonologiczne(315.39) występują tu trudności z używaniem dźwięków mowy w sposób adekwatny do wieku i dialektu. Są to błędy w wytwarzaniu dźwięków, ich używaniu i organizacji, przestawianie czy opuszczanie głosek.<sup>34</sup>

Jąkanie(307.0) Jego istotą jest zaburzenie tempa mowy wywołane nieprawidłową koordynacją układu artykulacyjnego, fonacyjnego i oddechowego z towarzyszącym napięciem mięśniowym..Wyróżniamy dwie postacie jąkania: kloniczne polega na wielokrotnym powtarzaniu dźwięków i sylab, występuje zazwyczaj w pierwszej fazie rozwoju jąkania. Toniczne, czyli zatrzymanie wypowiedzi z towarzyszącym wzmożonym napięciem mięśni fonacyjnych.<sup>35</sup>

Osobnym zaburzeniem jest opóźniony rozwój mowy, gdy pod względem zasobu słownictwa czynnego i biernego, artykulacji oraz rozumienia poleceń słownych dziecko znajduje się znacznie poniżej norm określonych dla jego wieku życia. Opóźnienie może

---

<sup>31</sup> T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Logopedia , Pytania i Odpowiedzi, Podręcznik akademicki, Opole 2003, s.,s.362

<sup>32</sup> M. Radochoński, Zarys Psychopatologii dla Pedagogów, WSP Rzeszów, 1996, s.120

<sup>33</sup> Tamże.s.121

<sup>34</sup> Tamże

<sup>35</sup> Tamże, s.123

dotyczyć wszystkich lub wybranych aspektów mowy, U niemowląt może objawiać się późniejszym niż zwykle gaworzeniem, a u dzieci starszych może przejawiać się małym zasobem słów, trudnościami w formułowaniu zdań i dłuższych wypowiedzi, stosowaniu nieprawidłowych form gramatycznych.<sup>36</sup>

Powyżej opisałam ogólne zaburzenia komunikacji występujące zarówno pojedynczo jak i będące objawami różnorodnych nieprawidłowości w rozwoju, również w autyzmie.

### **2.3. Problemy komunikacyjne występujące u osób ze spektrum autyzmu.**

Spektrum autyzmu to zaburzenie charakteryzujące się wieloma objawami, występującymi razem lub pojedynczo, są to symptomy o różnorodnym nasileniu. Dlatego też jest to bardzo trudne do zdiagnozowania. Najszybciej zostaje dostrzeżony regres w porozumiewaniu się. Dziecko przestaje mówić w ogóle, lub komunikuje się coraz rzadziej używając coraz mniejszej liczby słów. Problem ten pojawia się na ogół między 15 a 36 miesiącem życia, a najczęściej zaś między 15 a 19 miesiącem życia. Niektóre dzieci przestają mówić nagle, u innych mowa zanika stopniowo, jeszcze inne posługują się niektórymi z nabytych wcześniej słów, ale nie uczą się nowych<sup>37</sup>. Około 45% rodziców dzieci z autyzmem zaniepokoiło się właśnie tym, że dziecko nie mówi lub rozwój jego mowy jest wyraźnie opóźniony.<sup>38</sup> Kryteria zawarte w ICD10 i DSM IV-TR obejmują echolalię, odwracanie zaimków i idiosynkratyczne używanie języka co w odniesieniu do dwu-trzylatków jest praktycznie niemożliwe do zbadania, gdyż tak małe dzieci ze spektrum autyzmu w ogóle nie mówią. Charakterystyczne są zaburzenia występujące w sferze komunikacji pozawerbalnej, co sprawia iż dziecko nie potrafi zastąpić wypowiedzi słownej, komunikatem pozawerbalnym. Nie ma to jednak związku z intencją komunikacyjną czy motywacją, ale raczej z braku wiedzy o celu komunikacji a także braku umiejętności niezbędnych do jej wykorzystania w kontakcie z inną osobą.<sup>39</sup> Mowa werbalna u osób, które się nią posługują, jest opóźniona i wyraźnie zaburzona. Charakterystyczne jest też to, że tak jak we wszystkich obszarach funkcjonowania te umiejętności są bardzo zróżnicowane, niektórzy nie mówią w ogóle

---

<sup>36</sup> M. Radochoński, Zarys Psychopatologii dla Pedagogów, WSP Rzeszów, 1996, s.122

<sup>37</sup> E. Pisula, Małe Dziecko z autyzmem. Gdańskie Wydawnictwa Pedagogiczne Psychologiczne, Sopot 2010, s.30

<sup>38</sup> Tamże, s.34

<sup>39</sup> E. Pisula, Małe Dziecko z autyzmem. Gdańskie Wydawnictwa Psychologiczne, Sopot 2010, s.35



a inni mową posługują się płynnie.<sup>40</sup> Małe dzieci z autyzmem rzadko używają gestów, wokalizują lub komunikują się za pomocą spojrzenia, nie korzystają z mimiki, uśmiechu ani w żaden inny sposób nie wspomagają komunikacji. Nie odpowiadają na podobne sygnały skierowane do nich. Często rolę komunikatu pełnią krzyk, płacz, zachowania agresywne, czasem autoagresywne. Zdarza się, że wokalizują i powtarzają zasłyszane dźwięki, ale nie mają one charakteru komunikacyjnego.<sup>41</sup> Można pomyśleć że autyści posługują się większą ilością słów niż rozumieją. U osób z autyzmem występuje wyraźna dysproporcja pomiędzy gotowością do powtarzania słów i nazywania obiektów a zdolnością rozumienia. Z wiekiem następuje rozwój zarówno jednej, jak i drugiej sfery komunikacji, ale nadal większe opóźnienie występuje w aspekcie rozumienia komunikatów niż tworzenia wypowiedzi.<sup>42</sup> U osób ze spektrum autyzmu występują problemy w sferze rozumienia i nadawania komunikatów pozawerbalnych. Nie występuje wskazywanie, ani kontakt wzrokowy, są to umiejętności, które pomagają w skierowaniu uwagi innej osoby na interesujący je obiekt. W takiej sytuacji osoba z autyzmem posługuje się ciałem innej osoby instrumentalnie, prowadząc, popychając, ciągnąc do interesującej rzeczy, lub prowadząc rękę. Nie nawiązują jednak tą osobą żadnego kontaktu, nawet wzrokowego. Osoby z autyzmem wykorzystują swoją sprawność fizyczną i umiejętność wspinania się, aby samodzielnie osiągnąć cel. Niektóre dzieci autyzmem mówią płynnie i posługują się bogatym słownictwem, czasem tworzą długie monologi i odpowiadają na pytania to jednak nie potrafią ani zainicjować dialogu ani go podtrzymać.<sup>43</sup> W tematyce komunikacji u osób z autyzmem, trudno pominąć występowanie echolalii i zamieniania zaimków. Echolalia polega na natychmiastowym lub odroczonym powtarzaniu, słów, zdań, sentencji wypowiedzianych przez kogoś innego i zasłyszanych w środowisku. Echolalia jest jednym z etapów prawidłowego rozwoju mowy. Jednak w wieku około dwóch lat jej znaczenie zaczyna maleć. Jeśli wypowiedzi o charakterze echolalicznym dominują lub stanowią jedyny sposób komunikacji jest to zjawisko o patologicznym charakterze. Zdarza się również, co jest bardzo niepokojącym zjawiskiem, że osoba z autyzmem powtarzają wypowiedzi bardzo długie, złożone, zapamiętane znacznie wcześniej, bez zrozumienia treści. Są co prawda badacze, którzy uważają, że echolalia może stanowić sposób komunikacji umożliwiający wyrażanie prośb, protestu,

---

<sup>40</sup> Tamże.

<sup>41</sup> Tamże

<sup>42</sup> Tamże

<sup>43</sup> T. Gałkowski, Dziecko Autystyczne 6, Ograniczenia komunikacji u osób z autyzmem. 1998, s.41

potwierdzenie, wymaganie, ale interpretacja takich komunikatów jest bardzo trudna, ale teza budzi wiele kontrowersji.<sup>44</sup> Kolejnym elementem charakterystycznym dla mowy dzieci z autyzmem jest zamienianie zaimków. Zazwyczaj zamiana dotyczy zaimka ja, który jest zastępowany innymi zaimkami, lub mówienie o sobie w trzeciej osobie (jak o kimś obcym) na przykład „On jest niegrzeczny”, albo „Jan chce pić”, Problemy dotyczą również zaimków w drugiej i trzeciej osobie. Być może jest to związane z tym, że autyści opanowują język w sposób bardzo sztywny i schematyczny, a słowa są ściśle związane z konkretnym obiektem, płynne zmienianie zaimków jest dla wielu z nich niemożliwe. Kolejnym problemem w mowie osób z autyzmem, są stereotypie językowe. Zazwyczaj polegają one na wielokrotnym powtarzaniu tekstów reklam, filmów, programów telewizyjnych. Nie mają one żadnego znaczenia komunikacyjnego, a ich rola jest czysto stereotypowa i stymulacyjna.<sup>45</sup> Generalnie dzieci z autyzmem używają więcej komunikatów wyrażających prośby i protesty jednak prawie nie korzystają z kontaktu wzrokowego i innych gestów komunikacji niewerbalnej. Nie łączą również elementów komunikacji werbalnej i niewerbalnej.<sup>46</sup> U osób z autyzmem komunikacja na poziomie językowym jak i niewerbalnym jest zaburzona. Zaburzenia te mają różny charakter i nasilenie większość dzieci z autyzmem ma problemy z posługiwaniem się komunikacją niewerbalną. Osoby ze spektrum autyzmu zachowują zdolność posługiwania się językiem, ale nie wykorzystują jej do budowania interakcji społecznej. Występuje u nich również specyficzny sposób przetwarzania informacji, posiadają słabą zdolność odczytywania informacji w określonym kontekście, gromadzenia ich, przetwarzania i wykorzystywania jako całości. Generalnie skupiają się na szczegółach. Częstym problemem jest nadwrażliwość słuchowa, a jej następstwem są trudności w rozumieniu mowy, zwłaszcza gdy nakładają się różne dźwięki, lub mowa więcej osób. Charakterystyczną cechą mowy osób z autyzmem jest zaburzona prozodia czyli problemy z tempem, intonacją głośnością, tempem, rytmem. Mowa tych osób jest mechaniczna. Mają również problem z odróżnianiem tych cech w komunikatach innych osób.<sup>47</sup> Język osób z ASD może być zbyt pedantyczny, formalny, często określany jako nadmiernie dojrzały, nieadekwatny do wieku i poziomu rozwoju. Zdaniem wielu autorów, w tym T. Gałkowskiego "... przyczyną rozpoznawalnych

---

<sup>44</sup> B.M. Prizant, J.F. Duchan, 1981 .w. Pisula, Małe Dziecko z autyzmem. Gdańskie Wydawnictwa Psychologiczne, Sopot 2010,s.37

<sup>45</sup> . Pisula, Małe Dziecko z autyzmem. Gdańskie Wydawnictwa Psychologiczne, Sopot 2010,s.38

<sup>46</sup> Tamże

<sup>47</sup> J. Błęszyński(red)Medycyna w logopedii, Terapia, wspomaganie, wsparcie. Trzy drogi jeden cel. Wyd. Harmonia, Gdańsk 2013,

zaburzeń komunikacyjnych u dzieci autystycznych są prawdopodobnie zaburzenia percepcji słuchowej i brak rozumienia ograniczające rozwój mowy. Na skutek utrudnionego procesu analizy i syntezy słuchowej oraz przetwarzania bodźców słuchowych, mowa ludzka odbierana jest przez nie jako słabo zróżnicowany szum lub potok foniczny, nie zawierający w sobie żadnego ładunku informacyjnego. Wskutek braku kontroli słuchowej napływających informacji, dziecko autystyczne nie jest w stanie ich uporządkować i wykorzystać do tworzenia programu językowego."<sup>48</sup>

Deficyty językowe w komunikowaniu się dzieci autystycznych możemy podzielić na: deficyty ilościowe, czyli brak mowy z brakiem gestykulacji, lub z elementarną gestykulacją. Opóźniony rozwój mowy, które może dotyczyć kilku miesięcy lub kilku lat. Mowa jest bardzo ograniczona, za wyjątkiem łańcucha: bodziec-reakcja. Deficyty jakościowe do których zaliczamy echolalie bezpośrednią czyli natychmiastową i odroczone, czyli następującą po upływie pewnego czasu. Do tych deficytów zaliczamy również odwracanie zaimków czy stosowanie neologizmów, czyli zupełnie nowych wyrazów utworzonych na własne potrzeby. Często język używany przez osoby z autyzmem jest metaforyczny, rozbudowany. Osoby z ASD wygłaszają nieodpowiednie uwagi, ich język jest stereotypowy, a artykulacja często zaburzona. Kolejne to deficyty w pragmatycznym, czyli społecznym, sytuacyjnym użyciu języka. Do nich zaliczamy niezdolność do prowadzenia naprzemiennej konwersacji, niezdolność do symbolicznego użycia przedmiotów. Występuje tu również słabe użycie prozodii, brak wykorzystania gestów i mimiki w komunikacji.<sup>49</sup> U dzieci mówiących obserwuje się osłabienie zdolności do inicjowania rozmów lub kontynuowania rozmów z innymi osobami. Mowa bywa stereotypowa, uporczywie powtarzają te same słowa lub zwroty. U dzieci, u których mowa rozwija się mogą wystąpić zaburzenia treści i formy, nieprawidłowości natężenia, intonacji, tempa, rytmu i akcentu mowy. Ton głosu może być monotony lub mieć intonację podobną do zdań pytających.

W mowie dzieci autystycznych występują liczne zwroty stereotypowe i błędy w użyciu struktur gramatycznych. U dziecka autystycznego z mową nie współwystępują żadne inne sposoby komunikacji, takie jak: ekspresja uczuć na twarzy i gesty. Dzieci autystyczne często nie rozumieją celu i znaczenia języka, dlatego też nie potrafią

---

<sup>48</sup> T. Gałkowski, Autyzm, (w:) T. Gałkowski, T. Tarkowski, T. Zaleski, Diagnostyka i terapia zaburzeń mowy, Lublin 1993, s. 176.

<sup>49</sup> M.M. Konstantareas, E.B. Blackstock, C.D. Webster, Autyzm, Warszawa 1992, ss. 78-79.

posługiwać się nim jako narzędziem komunikacji. Rozwój mowy zależy od prawidłowego rozwoju fizycznego, psychicznego, ruchowego dziecka oraz sprawności analizatorów: słuchowego, wzrokowego i kinestetycznego. Czynnikiem stymulującym rozwój mowy jest kontakt dziecka z matką i innymi osobami. Opóźnienie w rozwoju mowy może być związane z uszkodzeniem mózgu lub z niesprawnym aparatem obwodowym mowy, a więc niezależnie od przyczyn mózgowych. Może ono mieć różny stopień nasilenia - od kilkumiesięcznego opóźnienia w nauce słów do całkowitego braku zdolności ich wypowiedzienia. Rozwój mowy dziecka jest oceniany pod kątem rozumienia mowy, zasobu słów, którymi się posługuje, struktury gramatycznej budowanych zdań oraz rytmu i melodyki mowy.<sup>50</sup>

Zaburzenia mowy u dzieci autystycznych są charakterystyczne choć niejednorodne. Zależą one od dynamiki zaburzeń. Czasem już w okresie noworodkowym widać pierwsze objawy zaburzeń mowy, zwłaszcza jeśli obserwujemy dziecko z wczesnym rozwojem autyzmu. Wtedy można zaobserwować następujące objawy: Maluch słabo wyraża reakcję, bądź wcale nie reaguje na głos matki. W celu zwrócenia na siebie uwagi, nawiązania kontaktu społecznego czy wyrażenia emocji nie korzysta własnego głosu. Nie podejmuje prób komunikacji niewerbalnej.<sup>51</sup>

---

<sup>50</sup> Szumska J. (red.), Zaburzenia mowy u dzieci, Warszawa 1982, PZWL, s.65

<sup>51</sup> Jaklewicz Hanna Autyzm wczesnodziecięcy. Diagnoza, przebieg, leczenie, Gdańsk 1993, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne;

## Rozdział 3: Metody usprawniające komunikację w autyzmie

### 3.1. Logopedia klasyczna

U osób ze spektrum autyzmu możemy zaobserwować różne problemy logopedyczne, dlatego należy prowadzić z nimi typowe ćwiczenia usprawniające narządy artykulacyjne, wybrane czynności fizjologiczne takie jak żucie, połykanie, ćwiczenia oddechowe i fonacyjne, artykulacyjne usprawniające wymowę poszczególnych głosek czy też ćwiczenia relaksacyjne. Terapia logopedyczna u osób z autyzmem powinna mieć na celu rozwijanie ekspresji mowy czyli intonacja, gestykulacja, mimika, kontakt wzrokowy. Nauczenie prowadzenia dialogu czyli inicjowania, podtrzymywania, kończenia, a także naprzemienności wypowiedzi podczas prowadzenia rozmowy. Nabywanie umiejętności nadawania i odbierania komunikatów, formułowania pytań i próśb. Ograniczenie stereotypowych wypowiedzi i zachowań, rozwijanie prozodycznych elementów mowy takich jak rytm, tempo, intonacja, akcent. Rozwijanie umiejętności mówienia o sobie, o swoich potrzebach, nastrojach. Nabywanie umiejętności różnicowania stylu wypowiedzi, a także rozwijanie rozumienia wyrażen metaforycznych między innymi przysłów, frazeologizmów czy zwrotów używanych potocznie. Nauczenie rozróżniania wagi informacji, różnicowanie tych ważnych od mniej ważnych. Nabycie umiejętności kształtowania pojęć oraz kategoryzowanie ich.<sup>52</sup> Najkorzystniejsze w terapii, wydaje się zastosowanie takich technik, które pomagają w polisensorycznym, wielozmysłowym poznawaniu otoczenia, a także praca na materiale znanym i rozumianym przez dziecko. W terapii logopedycznej jak w każdej innej, ważne jest nawiązanie dobrego kontaktu z dzieckiem.<sup>53</sup> Podstawowym warunkiem pracy logopedy z dzieckiem autystycznym jest rozpoznanie jego deficytów, umiejętności, stanu zdrowia, czy poziomu intelektualnego. Ćwiczenia artykulatorów, z usprawnianiem funkcji prymarnych, czyli żucia, połykania. Według I.Styczek, wyrazistość i dokładność artykulacji w dużym stopniu zależy od sprawności mięśni narządów mowy. Gimnastyka warg, dolnej szczęki, podniebienia, języka stymuluje rozwój tych mięśni korzystnie wpływ na sprawność narządów mowy.<sup>54</sup> Ćwiczenia artykulacyjne dzielimy na ćwiczenia: języka: wypychanie językiem

---

<sup>52</sup> J. Błęszyński(red)Medycyna w logopedii, Terapia, wspomaganie, wsparcie. Trzy drogi jeden cel. Wyd. Harmonia, Gdańsk 2013, s.91

<sup>53</sup> Tamże, s.92

<sup>54</sup> I. Styczek, Logopedia. PWN Warszawa, 1981. s. 194

policzków, unoszenie języka za górne zęby i cofanie go do podniebienia miękkiego, liczenie górnych zębów czubkiem języka przy szeroko otwartych ustach, kłaskanie językiem (konik), „malowanie” językiem podniebienia przy szeroko otwartych ustach, naprzemienne unoszenie języka za górne i dolne zęby przy szeroko otwartych ustach. Ćwiczenia warg: szerokie otwieranie i zamykanie ust, cmokanie, gwizdanie, parskanie, zasłanianie dolną wargą dolnych zębów, górną – górnych, nabieranie i utrzymywanie przez kilka sekund powietrza w policzkach, naprzemienne rozciąganie warg w uśmiechu i ściąganie ich w dzióbek. Ćwiczenia żuchwy: opuszczanie i unoszenie żuchwy, przesuwanie żuchwy w lewo i w prawo, naśladowanie ruchów żucia. Ćwiczenia podniebienia miękkiego :naśladowanie kasłania, naśladowanie głośnego chrapania, wymawianie sylab i logotomów ze spółgłoskami zwartymi tylnojęzykowymi, np. ka, ko, ku, ga, go,gu, akka, okko, ukku, agga, oggo, uggu. <sup>55</sup>

Na poniższych zdjęciach, widzimy wizualne odpowiedzi do ćwiczeń artykulacyjnych



Rys1. Karty artykulacyjne „Bużki” Wydawnictwo Harmonia

---

<sup>55</sup> Demel G., Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola, Warszawa 1996.s.72



Rys 2. Karty stymulujące percepcję wzrokową oraz ćwiczenia artykulacyjne. Materiały własne

W dzisiejszych czasach w internecie można znaleźć wiele propozycji ćwiczeń artykulacyjnych, gdzie poprzez kamerę internetową dziecko samodzielnie kontroluje swoją pracę, a terapeuta obserwuje z boku. Jest to ułatwienie dla dzieci mających problem z nawiązaniem kontaktu wzrokowego z drugim człowiekiem. Prawidłowe oddychanie jest podstawą dobrej wymowy, silnie i dobrze postawionego głosu. Stosując odpowiednie ćwiczenia usprawniające aparat oddechowy można zwiększyć pojemność płuc, nauczyć się ekonomicznego zużywania powietrza w czasie mówienia, wzmocnić mięśnie biorące udział w oddychaniu, i utrzymać płuca w dobrej formie.<sup>56</sup> Przykłady ćwiczeń oddechowych: oddechowe: puszczanie baniek mydlanych, chuchanie na zimne ręce, zdmuchiwanie świeczki, dmuchanie na płomień świecy tak, aby płomień "tańczył" liczenie od 1 do 5 na jednym wydechu.<sup>57</sup> Poniższe zdjęcia przedstawiają pomoce ułatwiające pracę z oddechem.

---

<sup>56</sup> I. Styczek, Logopedia. PWN Warszawa, 1981. s. 182

<sup>57</sup> Demel G., Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola, Warszawa 1996.s.73

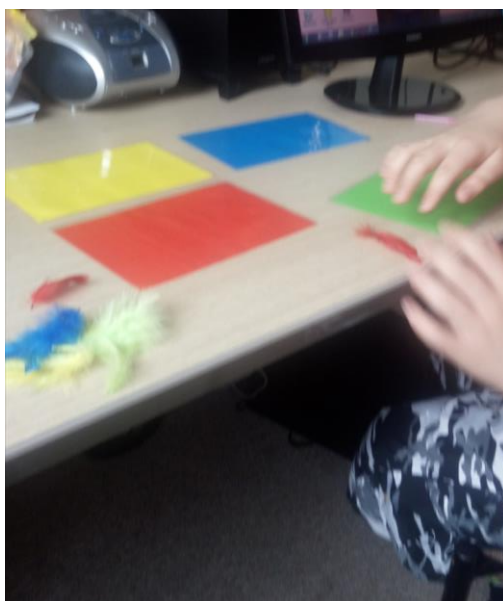


Rys.3 Kolorowe świczki, materiały własne,

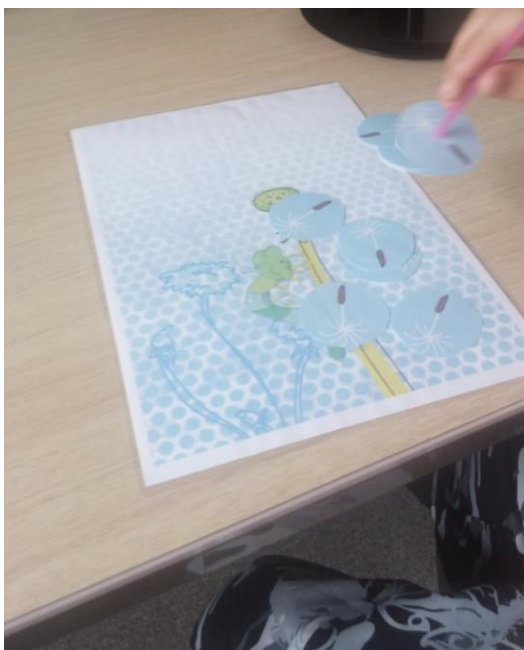


Rys.4 Drewniana Dmuchajka, materiały własne,





Rys.5 Kolorowe piórka, materiały własne,  
Elementy przedstawione na rysunku piątym oprócz swojej podstawowej roli mogą być również wykorzystywane jako materiał do pracy nad rozróżnianiem, nazywaniem barw. Przy ćwiczeniach oddechowych należy wspomnieć też o przenoszeniu elementów za pomocą słomki, celem tych ćwiczeń jest kontrola długości i natężenia oddechu. Ćwiczenia te przynoszą dzieciom wiele radości.



Rys.6 Karta dmuchawiec, materiały własne.

Przy ćwiczeniach oddechowych bardzo ważną rolę pełnią ćwiczenia fonacyjne, których zadaniem jest nauczenie dziecka posługiwania się głosem, wyeliminowanie krzyków, pisków pokrzykiwania. Sprawiają że głos staje się przyjemniejszy, łagodniejszy, a jednocześnie znoszą napięcie mięśni gardła i krtani. Podczas tych ćwiczeń dziecko może wymawiać czy wyśpiewywać samogłoski, podczas wydechu wypowiadać sentencje lub zdania. Kolejnym etapem są ćwiczenia słuchowe, które mogą stymulować słuch fonemowy ale i ćwiczyć rozumienie mowy. Można tu wykorzystać wszystkie elementy wydające dźwięki, zabawki dźwiękowe płyty z dźwiękami z otoczenia, które dziecko rozpoznaje, a także płyty z piosenkami, z tekstem, gdzie dziecko musi ułożyć je w kolejności.<sup>58</sup> Ważną rolę podczas zajęć logopedycznych pełnią ćwiczenia na materiale obrazkowo-słownym, których celem jest utrwalenie poprawnej artykulacji, nazywania przedmiotów, poprawnego wskazywania, a historyjki obrazkowe pozwalają na utrwalanie umiejętności budowania dłuższych wypowiedzi, zadawania pytań. Odpowiadanie na pytania.



Rys.7,8 Plansze obrazkowe, materiały własne

<sup>58</sup> Materiały własne pochodzące z wykładów Terapii Logopedycznej na UG w 2004 r.



W ten sposób pracujemy z osobami , u których rozwinęła się komunikacja czynna, gdyż służą one usprawnieniu komunikacji werbalnej.

### 3.2. Alternatywne metody komunikacji

U osób z ASD u których całkowicie nie występuje mowa , jak najbardziej można skorzystać z typowych ćwiczeń logopedii klasycznej , ale warto wprowadzić do pracy elementy komunikacji alternatywnej. AAC – komunikacja wspomagająca i alternatywna zakłada użycie znaków analogicznie do wypowiedzianych słów .Wczesna interwencja z użyciem AAC ma na celu przygotowanie dziecka do językowego komunikowania się z uwzględnieniem reprezentatywnej i komunikacyjnej funkcji języka Proces ten ma w szczególności: pomóc uporządkować przedsymboliczne sposoby komunikowania się dziecka, uczynić je jak najbardziej konwencjonalnymi, czytelnymi dla partnerów, tworzyć warunki dla wzmocnienia starych i torowania nowych umiejętności interakcji z partnerem ,dążyć do osiągnięcia przez dziecko funkcji symbolicznej i do użycia znaków, które zastępują lub uzupełniają wypowiedziane słowa. Najważniejsze elementami indywidualnego systemu komunikacji każdego dziecka to: przygotowani partnerzy interakcji, wspomagany przekaz, zidentyfikowanie i zaaranżowane sytuacje poznawcze, zidentyfikowanie i zaaranżowane sytuacje komunikacyjne, system symboli i znaków. Do budowania systemu nie potrzebne są warunki wstępne .W podejściu AAC najbardziej charakterystyczne jest świadome włączenie tzw. komunikacji wielomodalnej, czyli korzystanie także z innych niż mowa środków przekazu, aby poprawić umiejętność porozumiewania się dziecka w sferze

rozumienia, ekspresji oraz prowadzenia dialogu z partnerem<sup>59</sup> Stosowanie metod komunikacji wspomagającej na pierwszym etapie zakłada wielomodalny przekaz komunikatów do dziecka. Oznacza to, że komunikat słowny będzie wzmocniony spojrzeniem, gestem wskazywania miejsc lub osób, pokazaniem przedmiotu, znaku manualnego lub graficznego, w zależności od etapu rozwoju. Korzyści płynące ze stosowania AAC: Poprawa rozumienia dzięki przekazowi wielomodalnemu w skład którego wchodzi słowo, bodziec wzrokowy, ruch dziecko ma większą szansę zrozumieć sytuację i kierowany do niego komunikat, jeżeli w sytuacji komunikacyjnej eksponujemy jednocześnie przedmiot, znak graficzny, znak manualny oraz wypowiadamy słowo, to dziecko uczy się różnych sposobów reprezentowania elementów rzeczywistości, uczy się, że obiekty mają swoje nazwy, nie tylko wyrażone słowem, dziecko ma większą łatwość w odkrywaniu i uczeniu się znaczeń słów wypowiadanych przez dorosłego, Kolejnym osiągnięciem jest nowy kod budowany dla przekazywania komunikatów, oparty na wybranych znakach, których dziecko może łatwiej użyć niż mowy, dziecko widzi, że istnieją skuteczne, inne sposoby przekazywania myśli, poza mową, dziecko może się uczyć naśladować zachowania komunikacyjne dorosłego, wybierając kod najłatwiejszy dla siebie, wzrasta, skuteczność i szybkość przekazywania komunikatów przez dziecko. Korzystając z AAC, dziecko może uczyć się przekazywania komunikatów w warunkach bezpiecznych, nienarażone na bycie zupełnie niezrozumianym przez osoby z otoczenia, dziecko może się uczyć przekazywania komunikatów na wiele różnych sposobów, a tym samym zdobywać szersze kompetencje komunikacyjne, tak by umieć porozumieć się z różnymi partnerami, w różnych okolicznościach. We wspomaganiu rozwoju porozumiewania się małego dziecka wykorzystuje się różne rodzaje symboli i znaków. Na pierwszym etapie są to zwykle gesty naturalne. Rozpoczynają łańcuchy czynności i pozwalają antycypować zdarzenia, sprawiają, że dziecko rozumie z kontekstu. Na podobnej zasadzie dzieci uczą się użycia przedmiotu jako znaku zapowiadającego, a potem oznaczającego czynność. U progu nabycia funkcji symbolicznej można wprowadzić znaku manualne lub graficzne pochodzące z dostępnych systemów

---

<sup>59</sup> A. Smyczek, zastosowanie alternatywnych i wspomagających metod komunikacji(AAC Approache) w terapii małych dzieci zagrożonych poważnymi zaburzeniami w porozumiewaniu się. W J. Błeszyński, Alternatywne i wspomagające metody komunikacji. Kraków 2006, s.73

znaków.<sup>60</sup> Obecnie jednym z najbardziej rozpowszechnionych systemów symbolicznych na świecie są symbole PCS. Dziś system PCS zawiera ponad 3000 symboli podzielonych na kategorie, takie jak: ludzie, czasowniki, symbole opisowe. Symbole przedstawiają pojedyncze słowa, często używane zwroty i zestawy zdań wykorzystywane w sytuacjach społecznych. Niektóre kategorie symboli są przedstawione w wielu wariantach, po to by umożliwić dokonanie najlepszego wyboru, występują one w dwóch wersjach, bardziej lub mniej abstrakcyjnej. Ten system komunikacji jest łatwiejszy dla osób z niepełnosprawnością intelektualną. Przejrzystość symboli sprawia iż jest on bardziej zrozumiały dla dzieci, które bardzo szybko zaczynają go rozumieć. Pracę z tym systemem znacznie ułatwia istniejący program komputerowy Boardmaker.<sup>61</sup> Na poniżej zamieszczonych zdjęciach, (rys.9,10) przedstawiono symbole dotyczące dnia codziennego. Ważne jest w zależności od możliwości dziecka dobierać ilość obrazków, zarówno w celu dokonania przez nie wyboru, jak i wystosowania komunikatu.



Rys. 9 Tablica komunikacyjna



Rys. 10 Plan aktywności

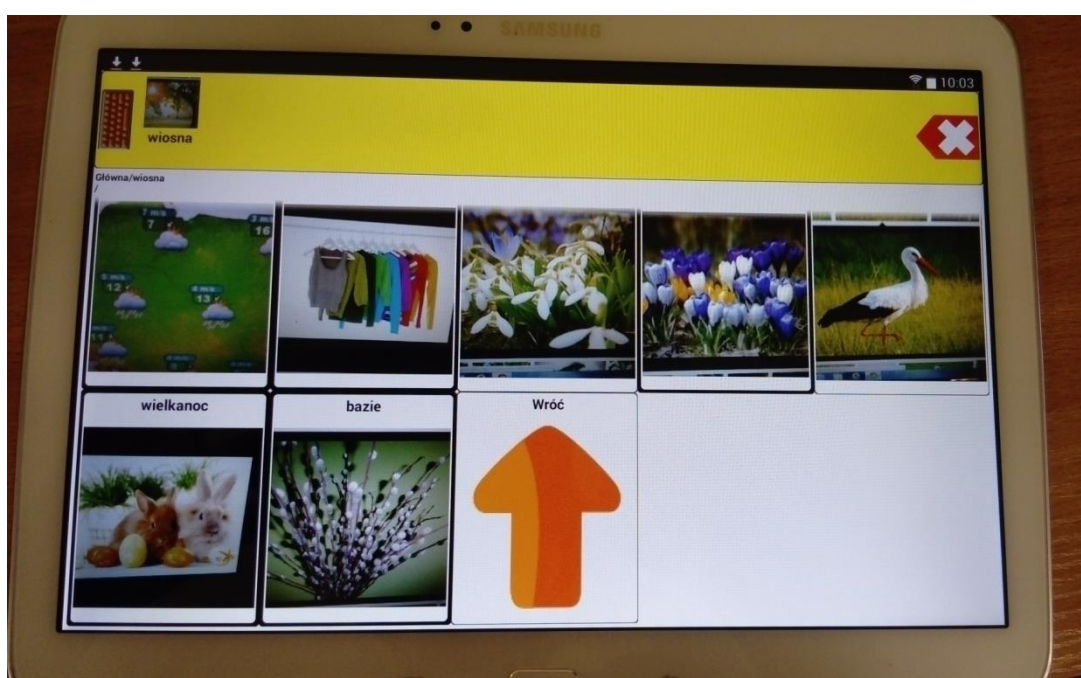
<sup>60</sup> A. Smyczek, zastosowanie alternatywnych i wspomagających metod komunikacji(AAC Approache) w terapii małych dzieci zagrożonych poważnymi zaburzeniami w porozumiewaniu się. W J. Błeszyński, Alternatywne i wspomagające metody komunikacji. Kraków 2006,71

<sup>61</sup> K. Kaniecka, Picture Communication Symbols, w J. Błeszyński, Alternatywne i wspomagające metody komunikacji. Kraków 2006s.355





poziomie rozwoju języka tematy: rodzina, zabawy, jedzenie, czynności dnia codziennego. Dziecko nie musi umieć budować zdań; tablice są ułożone w ten sposób, że zadaniem dziecka jest jedynie dokonanie wyboru spośród symboli, natomiast program wypowiada poprawnie gramatyczne wypowiedzi. Układ tablic dynamicznych pozwala na wypowiadanie się prostymi, poprawnymi zdaniami również tym dzieciom, które nie potrafią samodzielnie budować wypowiedzi.<sup>62</sup> W tej metodzie istnieje też możliwość wprowadzania też zdjęć co jest znacznym ułatwieniem dla osób, które nie osiągnęły jeszcze poziomu symbolu. Poniżej zamieszczę zdjęcie przykładowej tablicy MÓWik



Rys.12 Tablica tematyczna, materiały własne.

Poza przedstawionymi przeze mnie metodami AAC, istnieją jeszcze inne takie jak Makaton system gestów i symboli graficznych. Makaton nie odkrywa czegoś nowego, ale wykorzystuje to, co dziecko już zna - proste gesty i rysunki graficzne. Gesty są formami wspomagającymi słowne porozumiewanie się (są stosowane symultanicznie z mową), służą jako dodatkowy środek, który wzmacnia przekazywany dziecku lub przez dziecko komunikat. Gestom zawsze towarzyszy poprawna, gramatyczna mowa. W Makatonie oprócz znaków manualnych wykorzystywane są również symbole graficzne,

<sup>62</sup> Zasoby internetowe [www.mowik.com](http://www.mowik.com)

z których korzystają osoby, które nie są w stanie wykonać gestu, wskazują wówczas na symbol i w ten sposób sygnalizują swoje potrzeby i zainteresowania.<sup>63</sup>

Fonogesty są to specjalne ruchy jednej ręki prawej lub lewej, które towarzyszą głośnemu i wyraźnemu mówieniu. Opracowano je po to, aby ludzie mający problemy z komunikacją mogli ze sobą swobodnie rozmawiać. Fonogesty pomagają osobie słyszącej mówić tak wyraźnie, że osoba z głębokim uszkodzeniem słuchu może dokładnie zobaczyć i usłyszeć wymawiane słowa. Mówiąc z fonogestami do niesłyszącego dziecka, sprawiamy, że uczy się ono uważnie patrzeć i słuchać oraz prawidłowo mówić, poznając język polski używany w jego rodzinie i najbliższym otoczeniu.

Dyskretne ruchy ręki i zmiany układów palców towarzyszą ruchom i zmianom układów narządów mowy. Są z nimi ściśle połączone i zsynchronizowane. Uzupełniają to, co można zobaczyć na twarzy. Pozwalają odróżnić wymawiane głoski.<sup>64</sup>

---

<sup>63</sup> J. Błeszyński, Alternatywne i wspomagające metody komunikacji. Kraków 2006 s.402

<sup>64</sup> J. Błeszyński, Alternatywne i wspomagające metody komunikacji. Kraków 2006 s.380



## **Podsumowanie i Wnioski**

W swojej pracy na temat „Usprawnianie komunikacji u dzieci z autyzmem” starałam się przedstawić, zagadnienie autyzmu w świetle dzisiejszych metod klasyfikacji, diagnozy i terapii, choć opisy zachowań charakterystycznych dla tego zaburzenia możemy spotkać zarówno w literaturze historycznej oraz w baśniach i legendach z całego świata. Starałam się przybliżyć metody diagnozowania autyzmu w czasach obecnych oraz klasyfikacje które dziś obowiązują. Opisałam problemy komunikacji, które występują wśród całej populacji ludzkiej, a także te z którymi borykają się osoby ze spektrum autyzmu. Przybliżyłam metody pracy logopedycznej, oraz alternatywnych metod komunikacji. W tych ostatnich skupiłam się na dwóch, na których sama opieram się w swojej pracy zawodowej.

Podsumowując, dochodzę do wniosku iż prowadzenie terapii zarówno logopedycznej jak i innych z osobami z autyzmem jest procesem długotrwałym i trudnym. Wymaga on od terapeuty nie tylko wiedzy merytorycznej, ale także zrozumienia i poznania każdego podopiecznego indywidualnie. Jest to bardzo ważne, gdyż założenia terapii muszą być dostosowane do indywidualnych możliwości ucznia i uwzględniać jego zainteresowania i mocne strony. Podczas terapii należy wykorzystywać wszelkie możliwe środki, które pomogą uczniowi osiągnąć zamierzony w terapii cel. Terapia powinna być prowadzona systematycznie, aby dobrze utrwalić zdobyte umiejętności. Im wcześniej zostaną podjęte działania terapeutyczne, tym większa szansa na zdobycie umiejętności komunikowania się, funkcjonowania w środowisku, a co za tym idzie większość samodzielność w dorosłym życiu. Dlatego też tak ważna jest wczesna i prawidłowa diagnoza.

## Bibliografia

1. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, Łukasz Święcicki, Piotr Gałęcki. Kryteria diagnostyczne DSMV, wyd. Edra Urban&Partner, 2015
2. J. Błęszyński, Alternatywne i wspomagające metody komunikacji. Kraków 2006r
3. J. Błęszyński(red) Medycyna w logopedii; Terapia, wspomaganie, wsparcie. Trzy drogi jeden cel. Wyd. Harmonia. Gdańsk,2013.
4. A. F. Brauner, Dzieci zagubione w rzeczywistości. Historia autyzmu od czasów baśni o wrózkach. WSiP, Warszawa,1988.
5. G. Demel, Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola. Warszawa,1996
6. T. Gałkowski, Dziecko autystyczne, Ograniczenia komunikacji u dzieci z autyzmem, 1998.
7. T. Gałkowski, J. Jastrzębowska. Logopedia; Pytania i odpowiedzi. Poradnik akademicki, Opole 2003.
8. T. Gałkowski, T. Tarkowski, T. Zaleski. Diagnoza i terapia zaburzeń mowy. Lublin 1993.
9. ICD 10 Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10, Tom 1, Wydanie 2018r.
10. H. Jaklewicz, Autyzm wczesnodziecięcy. Diagnoza, przebieg, leczenie. GWP Gdańsk 1993.
11. M.M. Konstantareas, E.B. Blackstock, C.D. Webster. Autyzm . Warszawa 1992.
12. Z. Nęcki. Komunikacja międzyludzka. Kraków 1996 .
13. E Pisula, Małe dziecko z autyzmem. GWP Sopot 2010.
14. E. Pisula, Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia, Wyd. Harmonia Gdańsk, 2010.
15. M. Radochoński, Zarys Psychopatologii dla pedagogów. WSP Rzeszów,1996.
16. I. Styczek, Logopedia, PWN Warszawa 1981.
17. J. Szumska(red).zaburzenia mowy u dzieci. PZWL Warszawa 1982

Zasoby internetowe:

Wikipedia

[www.mówik.com](http://www.mówik.com)

