

**mgr Natalia Niedbała**

## **I. ZAGADNIENIA TEORETYCZNE**

# **ZABURZENIA KOMUNIKACJI JĘZYKOWEJ DZIECKA Z AUTYZMEM**

Zaburzenia ze spektrum autyzmu to trwające całe życie specyficzne nieprawidłowości neurorozwojowe, charakteryzujące się: problemami zachowania, stereotypowymi wzorcami aktywności oraz trudnościami w nabywaniu umiejętności społecznych, a w szczególności komunikacyjnych.

Autyzm jest wyzwaniem dla wszystkich, których dotyczy czyli dla rodziców, psychologów, pedagogów, terapeutów, a szczególnie dla samego dziecka.

*Kochany Aniele Stróżu*

*Ja nie wiem czy Ty jesteś naprawdę. Ale widziałem Cię na obrazku w książce i byłeś piękny. To pomyślałem, że pewnie jesteś też dobry i mi pomożesz. Ja nie wiem czy mogę do Ciebie pisać, bo ja jestem kosmitą. Tak mówi Ola, moja siostra. A kosmici chyba nie mają swojego anioła. Ani stróża, ani żadnego. Ale ja Cię bardzo potrzebuję, bo jestem nieszczęśliwy. Ja myślę i czuję tak samo jak inne dzieci. I chciałbym się tak samo zachowywać. Ale nie umiem.*

*Kacper (R. Jędrzejewska-Wróbel 2010, s. 16)*

Taki jest wewnętrzny świat dziecka autystycznego: zamknięty na innych, obcy, dziwny, niepojęty, a jednocześnie tak nam bliski.

Wydano wiele pozycji na temat autyzmu, ale chyba nikt poza osobą nim dotkniętą, nie potrafi tak prawdziwie zrelacjonować: odczuć, wyalienowania, chaosu w codziennych zmaganiach. Pierwszym, który spróbował przeniknąć i opisać świat dziecka autystycznego

był C. Delacto. *Nawet nie spojrzysz na człowieka. Sprawia wrażenie, jakby jedyną przyjemnością i nagrodę dawało mu ciągle powtarzanie groteskowego, często autodestrukcyjnego zachowania. Woli rzeczy od ludzi. Jest samotne, zamknięte w sobie* (1995, s.18). Badacz doszedł do wniosku, że główną przyczyną niepojętych zachowań dzieci autystycznych jest odmienna percepcja otaczającej rzeczywistości. Zatem wszelkie działania wynikające z wadliwego odbioru świata, są usiłowaniami dopasowania się przez dziecko do zewnętrznych warunków.

Współcześnie świadomość istnienia autyzmu wzrosła znacznie, wśród specjalistów, rodziców, w społeczeństwie. Dzięki większej świadomości nieporównywalnie wcześniej dokonuje się diagnostyki tego zaburzenia w tym zaburzeń rozwoju mowy.

Współcześni badacze są zgodni co do tego, iż u dzieci z autyzmem zauważalne są duże dysproporcje w nabywaniu umiejętności komunikacyjnych. W niniejszym opracowaniu omówiłam podstawowe zagadnienia teoretyczne dotyczące autyzmu.

## **1. Definicja autyzmu dziecięcego w świetle współczesnych badań**

W ostatnich latach wzrosło zainteresowanie zaburzeniami rozwojowymi dzieci w wyniku osiągnięć psychopatologii rozwojowej. Częstość występowania zaburzeń rozwoju wzrasta. Szczególnie uwidacznia się to w przypadku autystycznego spektrum, które stanowi coraz większy problem społeczny (E. Pisula 2014).

Najogólniej autyzm bywa opisywany jako zespół zaburzeń w sferze poznawczej, rzutujących na zdolności umysłowe i percepcyjne danej osoby. Za osiowy objaw zaburzenia uznaje się wycofanie z kontaktów społecznych, co uruchamia powstawanie kolejnych objawów (K. Markiewicz 2007, s.69).

Pojęcie autyzmu pochodzi od greckiego słowa *autos* czyli skierowany na siebie. Do psychiatrii zostało wprowadzone przez Bleuera już w 1911 roku, jako skutek lub składowa rozszczepienia schizofrenicznego czyli jeden z osiowych objawów schizofrenii (S. Pużyński 1993). W 1943 roku L. Kanner opisał autyzm jako odrębną jednostkę nozologiczną – ścisły zespół cech charakterystycznych dla autyzmu: autystyczną samotność, stereotypowe zachowania, obsesyjny lęk, dążenie do niezmienności, brak mowy, występowanie tzw. wysepek umiejętności, dysharmonie rozwoju poznawczego (L. Bobkiewicz – Lewartkowska 2005).

H. Asperger również wyróżnił specyficzne objawy autyzmu czyli dość dobry rozwój

mowy, procesów poznawczych, dobrą pamięć oraz izolowane obszary zainteresowań (L. Bobkowicz – Lewartowska 2005). Wskazywał także na kreatywność oraz oryginalność dzieci z autyzmem (A. Maciarz, M. Biadasiewicz 2000).

M. Rutter natomiast przedstawił bardziej ogólny opis autyzmu. W swojej definicji podkreślił wczesne ujawnienie się zaburzenia do 33. miesiąca życia, wyrażające się nietypowym rozwojem społecznym i kontaktami społecznymi oraz dążeniem do niezmienności (M. Konstantareas, E. Blackstocks, Ch. Webster 1992).

W latach 80. XX wieku L. Wing i J. Gold wprowadzili do terminologii pojęcie kontinuum autystyczne – na określenie zaburzeń o różnej intensywności, odnoszących się do trzech sfer funkcjonowania dziecka ( G. Jagielska 2009, s. 11):

- udział w naprzemiennych interakcjach społecznych;
- zachowania komunikacyjne – komunikowanie się;
- wyobraźnia.

Triada wymienionych zaburzeń jest podstawą dwóch obowiązujących na świecie systemów

klasyfikacyjnych autyzmu: DSM – IV Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz ICD – 10 – Międzynarodowa Statystyka Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja dziesiąta wydana przez WHO – Światową Organizację zdrowia (G. Jagielska 2009). Według kryteriów diagnostycznych ICD – 10 autyzm dziecięcy to nieprawidłowość lub upośledzenie rozwoju widoczne wyraźnie przed 3. rokiem życia w co najmniej jednym z trzech obszarów:

1. interakcje społeczne – wzajemne kontakty społeczne;
2. porozumiewanie się – rozumienie i ekspresja języka w kontekście społecznym;
3. funkcjonowanie lub symboliczna zabawa.

Ch. Gillberg swoją koncepcję autyzmu oparł na odkryciach dotyczących zaburzeń w tworzeniu teorii umysłu u dzieci autystycznych. Zaproponował, aby autyzm traktować jako podtyp w obrębie szerszej kategorii zaburzeń empatii czyli zdolności do „konceptualizacji wewnętrznego świata innych ludzi i odzwierciedlenia ich myśli oraz uczuć (E. Pisula 2000, s. 14).

T. Gałkowski określa autyzm jako, taki stan umysłu, który pojawia się albo zaraz po urodzeniu, albo we wczesnym dzieciństwie (do 36. miesiąca życia dziecka) i powoduje, że dzieci niezdolne są do tworzenia prawidłowych stosunków społecznych. Skutkiem tego dziecko może odizolować się od kontaktów z ludźmi, jednocześnie zagłębić się w świecie powtarzających się, obsesyjnych czynności i zainteresowań o charakterze autostymulującym

(T. Gałkowski 1993).

Według T. Peeters'a (1996) autyzm dziecięcy to zespół poważnych zaburzeń rozwoju dziecka, manifestujących się do trzydziestego miesiąca życia, związanych z wrodzonymi dysfunkcjami układu nerwowego.

M. B. Pecyna (1998) wymienia trzy kategorie syndromów autyzmu dziecięcego, a w ich obrębie po kilka następujących symptomów:

- Jakościowe zaburzenie stosunków społecznych manifestujące się, przez co najmniej dwa objawy:
  - znaczne zaburzenie zachowania się dziecka przejawiające się w kontaktach bezsłownych,
  - brak kontaktów rówieśniczych,
  - niewykształcenie potrzeby poszukiwania okazji do dzielenia radości, zainteresowań lub osiągnięć z innymi ludźmi,
  - brak społecznej lub emocjonalnej wzajemności.
- Jakościowe zaburzenia komunikacji w kontaktach z ludźmi manifestujące się przez co najmniej jeden z objawów:
  - opóźniona lub niewykształcona mowa,
  - stereotypowe i powtarzane wyrazy (echolalie),
  - brak zróżnicowanej, spontanicznej ekspozycji językowej właściwej dla danego poziomu rozwoju.
- Ograniczone i stereotypowe wzorce zachowania manifestujące się przez przynajmniej jeden z następujących objawów:
  - powtarzanie jednego lub kilku stereotypowych ograniczonych wzorów zainteresowań, które zarówno podmiotowo, jak i przedmiotowo odbiegają od przyjętej normy dla danego wieku rozwojowego,
  - sztywne przywiązanie do specyficznych, niefunkcjonalnych zwyczajów lub rytuałów w zachowaniu,
  - stereotypowe przywiązanie - manieryzmy ruchowe,
  - uporczywe zajmowanie się przedmiotami, np. tylko zabawkami.

K. Markiewicz i E. Ciekiewicz (2001) scharakteryzowały następujące zachowania, które pomagają w rozpoznaniu autyzmu wczesnodziecięcego:

- słaba podatność na terapię we wszystkich sferach rozwoju;

- duża dysharmonijność rozwoju, przy słabej tendencji do wyrównywania deficytów;
- nierównomierne tempo rozwoju, długotrwałe blokowanie jakichkolwiek zmian, „skokowość” nabywania pewnych umiejętności, nieposdziewane regresje rozwojowe;
- utrzymywanie się blokady w interakcjach;
- wybiórcze umiejętności demonstrowane głównie w nietypowych zabawach, świadczące o potencjale intelektualnym.

J. Cieszyńska (2008, s.100) twierdzi, iż autyzm powinno się diagnozować na podstawie obserwacji wystąpienia u dzieci od 4. miesiąca do 3. miesiąca życia zaburzeń funkcji poznawczych, tzn. percepcji wzrokowej, słuchowej, czuciowej, naśladownictwa, rozwoju komunikacji, zabawy, pamięci oraz rozwoju motorycznego (dużej motoryki, sprawności manualnej i praktyki oralnej).

Zdaniem N. J. Minshewa autyzm jest zaburzeniem o podłożu neurologicznym i złożonej etiologii (za E. Pisula 2014). Jak dotąd nie udało się określić pojedynczego czynnika, który mógłby być za niego odpowiedzialny. Obecnie dominują poglądy sugerujące nakładanie się kilku czynników.

Można wyróżnić kilka istotnych przyczyn autyzmu z punktu profilaktyki i terapii tego zaburzenia:

- predyspozycje genetyczne (L. Bobkowicz – Lewartowska 2005);
- zakłócenia procesów biochemicznych i neurochemicznych (L. Bobkowicz – Lewartowska);
- uszkodzeniami mózgu (G. Jagielska 2009, L. Bobkowicz – Lewartowska 2005).

Do genetycznych uwarunkowań zaburzenia zalicza się: stwardnienie guzowate, zespół kruchego chromosomu X, zespół Angelmana, nerwiakowłóknikowatość i inne (G. Jagielska 2009). Zakłócenia biochemiczne związane są z nieprawidłowościami w poziomie i przemianie serotoniny, które prowadzą do zaburzeń komunikacji i interakcji społecznych.

R. Yeung – Courchesne do najczęstszych uszkodzeń mózgu leżących u podłoża autyzmu zalicza:

- ubytek neuronów w mózdzku, hipoplazja,
- zmniejszenie objętości płata ciemieniowego,
- zmniejszenie tylnej części ciała modzelowego,

- zwiększona gęstość upakowania komórek w systemie limbicznym (L. Bobkowicz – Lewartowska 2005, s.41).

Na podstawie analizy powyższych definicji można stwierdzić, że mają one charakter zarówno teoretyczny jak i praktyczny. Najbardziej rozpowszechnione są definicje skupiające się wokół symptomatologii czyli charakterystycznych dla autyzmu objawów. Ten model definiowania autyzmu obejmuje również pojęcia, które w większym lub mniejszym stopniu odwołują się do etiologii tego zaburzenia. Stąd wniosek, iż każde dziecko z autyzmem należy rozpatrywać indywidualnie ze względu na wiele możliwych przyczyn prowadzących do tego samego symptomu, jak i na jeden czynnik prowadzących do różnych następstw.

## **2. Charakterystyka funkcjonowania dziecka z autyzmem**

Autyzm dziecięcy jest jednym z najcięższych zaburzeń rozwoju, obejmującym wszystkie sfery funkcjonowania (J. Błeszyński 2014). Na pierwszy plan w charakterystyce dzieci z autyzmem wysuwa się niejednorodny obraz symptomów, wynikających z różnego nasilenia zaburzeń autystycznych, potencjału intelektualnego, a także rodzaju zastosowanych oddziaływań terapeutycznych (E. Pisula 2008).

Uogólniając objawy autyzmu, można stwierdzić, że charakterystyczne cechy dziecka autystycznego to problemy: z inicjowaniem interakcji społecznych, z komunikacją, z rozumieniem przyczyn własnego zachowania, autorefleksją oraz przywiązaniem do sztywnego repertuaru aktywności. Główne trudności dzieci z autyzmem wiążą się z ograniczoną zdolnością tworzenia wspólnego pola uwagi czyli: wskazywaniem, poszukiwaniem kontaktu wzrokowego, śledzeniem w jakim kierunku patrzy osoba oraz werbalizacją myśli w celu zwrócenia uwagi w zakresie rozwoju komunikacji werbalnej i pozawerbalnej. Ponadto dzieci z autyzmem cechują się nietypowymi, wybiórczymi i monotonnymi zainteresowaniami, którym towarzyszą schematyczne zachowania oraz rytuały np. skupianie się na obiektach o dużej intensywności lub niefunkcjonalnym aspekcie zabawki. Problem ten uwidacznia się w ograniczonych zdolnościach do zabawy pozorowanej: braku kreatywności i wyobraźni (E. Pisula 2014).

L. Wing i J. Gould (1979) podjęli próbę scharakteryzowania dzieci autystycznych w wyniku czego powstała typologia osób z autyzmem, dzieląca je na trzy grupy. Najliczniejszą tworzą osoby aktywnie unikające kontaktów społecznych, wycofane, silnie

zaburzone pod względem komunikacji werbalnej i pozawerbalnej, unikające kontaktu wzrokowego. W zachowaniu tych dzieci występują stereotypie ruchowe oraz obojętność na większość sytuacji. Deficyt poznawczy diagnozowany w tej grupie dzieci jest w stopniu umiarkowanym i znacznym.

Druga grupa osób składa się z dzieci, które w sposób bierny, akceptują kontakty społeczne. Cechuje je brak spontaniczności, zróżnicowana sfera komunikacji pod względem jakościowym i ilościowym. W trzeciej grupie znajdują się dzieci aktywne i mało skutecznie nawiązujące kontakty. Dzieci te charakteryzuje sztywność zainteresowań, mała percepcja potrzeb i uczuć nadawcy oraz dość dobrze rozwinięta zdolność komunikacji (Bobkowicz – Lewartowska 2005).

H. Jaklewicz (1994) wyodrębniła dwie grupy dzieci, różniących się czasem wystąpienia symptomów:

- dzieci z wczesnym wystąpieniem autyzmu (do 12. miesiąca życia);
- dzieci z opóźnionym rozwojem autyzmu (po 12. miesiącu życia).

Dzieci z pierwszej grupy wypowiadają pierwsze słowo około 5. roku życia, a większość z nie mówi do końca życia. Rozwój ruchowy jest mniej zaburzony niż inne funkcje. U dzieci z tej grupy pojawiają się stereotypie już w wieku niemowlęcym, a izolacja społeczna pogłębia się wraz z wiekiem. Prognoza dotycząca ich przystosowania psycho – społecznego nie jest dobra. Dzieci z drugiej grupy przestrzegają raz ustalonego porządku i określonych schematów zachowania. W ich zachowaniu w sytuacjach wywołujących napięcie jest dużo stereotypii.

W rozwoju mowy następuje regres, pojawia się echolalia, odwracanie zaimków, czasem mowa zanika. W toku terapii dzieci z tej grupy czynią wyraźne postępy. Powraca zdolność komunikowania się i zainteresowanie otoczeniem. Jaklewicz uważa, że wczesna postać autyzmu uwarunkowana jest biologicznie, a późna może mieć, podłoże psychogenne.

Podsumowując powyższe typologie można stwierdzić, że zaburzenia dzieci z autyzmem obejmują deficyty w sferze socjalizacji, w rozwoju emocjonalnym, poznawczym, mowy, myślenia, a także w zakresie rozwoju umysłowego. Zdaniem U. Fritha uczenie się nie jest ściśle związane z autyzmem jak sądzono do niedawna. 35% dzieci siedmioletnich badanych w Anglii miało IQ powyżej 70. Pozostałe dzieci charakteryzował autyzm z objawami niepełnosprawności intelektualnej z cechami autystycznymi (Z. Tarkowski 2007).

C. H. Delacato w swoich opisach funkcjonowania dzieci z autyzmem, szczególną

uwagę zwraca na wadliwe działające kanały sensoryczne. Zaburzenia funkcjonowania tych kanałów (dotyk, słuch, wzrok, smak, węch) u dzieci z autyzmem podzielił na trzy kategorie:

- nadwrażliwość – do mózgu przekazywana jest zbyt dużo informacji sensorycznych;
- zbyt niska wrażliwość – podwrażliwość – do mózgu dociera za mało danych sensorycznych;
- biały szum – odpowiednie części mózgu (odbiór i integracja bodźców sensorycznych), wadliwie funkcjonują, wytwarzając zakłócenia lub biały szum w systemie (C. H. Delacato 2005).

W autyzmie często występuje zależność różnicująca działanie kanałów sensorycznych od czasu wystąpienia pierwszych objawów:

- przed pierwszym rokiem życia – unikanie przez dziecko kontaktu wzrokowego, zaburzenia procesów wegetatywnych, wykazywanie zainteresowania głównie obiektami nieożywionymi, poznawanie otoczenia polisensorycznie, często podejrzenie o niedosłuch i głuchotę;
- po pierwszym roku życia – po zainteresowaniu się wspólnym działaniem następuje manifestacyjne odgradzanie się od innych osób w trakcie wykonywania czynności (J. Błeszyński 2014, s. 94).

Zachowania zwane sensoryzmami, wywołują autostymulację i zachowania stereotypowe. Właściwa interpretacja odbioru bodźców zmysłowych dziecka z autyzmem pozwala na zmniejszenie zachowań niepożądanych i zakłócających (L. Bobkowicz – Lewartowska 2005).

Przedstawiona charakterystyka funkcjonowania dzieci dotkniętych autyzmem zwraca uwagę na konieczność indywidualizacji działań edukacyjno – terapeutycznych, wynikających z charakterystycznych dla autyzmu deficytów. Działania te powinny być skoncentrowane wokół, rozwijania zdolności komunikacyjnych, społecznych oraz umiejętności ułatwiających codzienne życie z uwzględnieniem terapii normalizującej funkcjonowanie kanałów sensorycznych.

### **3. Autyzm a niepełnosprawność intelektualna**

Diagnoza autyzmu, jak i również współwystępowanie innych zaburzeń rozwojowych w tym niepełnosprawności intelektualnej jest jednym z najbardziej kontrowersyjnych działań związanych z autyzmem (J. Błeszyński 2014). U wielu dzieci z tym zaburzeniem



stwierdza się niepełnosprawność intelektualną. Dzieci z objawami autyzmu w normie intelektualnej stanowią niewielki procent całej populacji osób autystycznych. Zauważa się jednak często znaczące dysproporcje w określaniu nasilenia występowania upośledzenia umysłowego u dzieci z autyzmem od 50% do 90% (za J. Błeszyńskim 2014). Może być to wynikiem problemów z badaniem inteligencji tych dzieci z powodu charakterystycznych dla autyzmu deficytów i ograniczeń w funkcjonowaniu społecznym (E. Pisula 2014). Czasem szczególnie trudne bywa różnicowanie między autyzmem, a głębszym upośledzeniem umysłowym w wyniku ograniczonych możliwości komunikowania się oraz zaburzeniami w zakresie rozwoju społecznego dzieci z głębszą niepełnosprawnością intelektualną. Kolejną trudnością związaną z diagnostyką jest odróżnienie dziecka autystycznego ze sprzężoną niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim od dziecka opóźnionego rozwojowo (J. Błeszyński 2014). Wynika z tego, że konieczne staje się zweryfikowanie diagnozy stopnia nasilenia autyzmu i niepełnosprawności intelektualnej po pewnym czasie w związku z:

- częstym nakładaniem się podobnych cech w analizie zachowań (brak jednoznacznych cech różniących te zaburzenia od siebie);
- brakiem jednorodnych cech behawioralnych, zachowań specyficznych jedynie dla jednego z tych zaburzeń;
- zróżnicowanym, indywidualnym przebiegiem zaburzenia;
- wieloma stopniami nasilenia każdego z tych zaburzeń;
- brakiem jednorodnego przebiegu w czasie u każdego z dzieci (Błeszyński 2014).

Wśród dzieci z autyzmem mogą znaleźć się dzieci z diagnozą niepełnosprawności intelektualnej w stopniu znacznym, umiarkowanym, lekkim, w normie intelektualnej lub inteligencją ponadprzeciętną oraz tzw. wysoko funkcjonujące. Termin wysoko funkcjonujące to znaczy prezentujący względnie wysoki poziom rozwoju z inteligencji czyli co najmniej przeciętny. Nie należy jednak zakładać, że wysokie IQ wyklucza patologię mózgu. Występuje ona także u osób dotkniętych autyzmem, których IQ mieści się w granicach normy lub nawet ją przekracza (U. Frith 2008, s.168).

Różnica między dzieckiem autystycznym z niepełnosprawnością intelektualną, a dzieckiem niepełnosprawnym intelektualnie z cechami autystycznymi sprowadza się do tego, że wśród tych pierwszych dominują wszystkie osobliwości charakterystyczne dla autyzmu. Natomiast wśród drugiej grupy dzieci osiowym objawem jest niepełnosprawność

intelektualna (J. Kruk – Lasocka 1994). Mimo uzyskania przez J. Kruk – Lasocką specyficznych różnic między dziećmi autystycznymi, a niepełnosprawnymi intelektualnie, nadal brak jest czynników różnicujących oraz możliwości wykorzystania zdobytej wiedzy w praktyce (J. Błeszyński 2014).

Na obecnym etapie prowadzonych analiz można stwierdzić, że autyzm to zaburzenie w rozwoju manifestujące się niejednorodnym czasem wystąpienia, zróżnicowanym przebiegiem i często odmienną nasiloną symptomatologią w komunikacji i zachowaniu, w którym może wystąpić niepełnosprawność intelektualna (J. Błeszyński, L. Błeszyńska, D. Baczała 2012, s. 167). Obecnie badania nakłaniają do odstąpienia od statycznego orzecznictwa psychopedagogicznego na rzecz dynamicznej – jakościowej diagnozy autyzmu.

Konsekwencją tego jest odchodzenie od nazw naznaczających takich jak autyzm dziecięcy czy wczesnodziecięcy wynikające ze względów:

- diagnostycznych – brak czynnika określającego etiologię autyzmu;
- rozwojowych – czas wystąpienia zaburzeń ze spektrum autyzmu;
- funkcjonalnych – niewłaściwy opis objawów ewoluujących na przestrzeni czasu w wyniku wpływu czynników biologicznych i społecznych (J. Błeszyński, L. Błeszyńska, D. Baczała 2012).

W diagnostyce autyzmu i niepełnosprawności intelektualnej istotne wydaje się zatem dokonanie zwrotu w podejściu do oceny poziomu rozwoju z uwzględnieniem specyficznych możliwości i ograniczeń wywołanych przez zaburzenia autystyczne. W tym celu konieczne jest zróżnicowanie uzyskiwanych w różnych skalach wyników (J. Błeszyński 2014). Dzieci z autyzmem osiągają w różnych skalach niskie i wysokie wyniki. Niskie wyniki uzyskiwane są w następujących skalach:

- Komunikacyjna
  - komunikacja werbalna z prowadzącym badania;
  - polecenie wydawane bez prezentacji wykonywania zdania;
  - złożone zadania, wieloczynnikowe.
- Społeczna
  - zdroworozsądkowe rozumienie społeczne;
  - wybór jednej uznanej za poprawną odpowiedzi;
  - specyficzne sytuacje;
  - skupienie się na elemencie, a nie na przedstawionym problemie.

Wysokie wyniki uzyskano między innymi w skalach:

- Wzory i różnice
  - układanie obrazów do wzorca;
  - układanie figur;
  - układanie przedmiotów według wzorca – sortowanie, dobieranie w pary.
- Orientacja w przestrzeni
  - układanie przedmiotów według wzorca – tworzenie szeregów, ciągów;
  - tworzenie układów.
- Ćwiczenia na czas
  - wysoka wytrzymałość;
  - męczliwość.
- Bardzo dobra pamięć mechaniczna
  - odtwarzanie i uzupełnianie wcześniej wykonywanych zadań;
  - reagowanie na brak statycznego, jednolitego, często wcześniej znanego wzorca.
- Wybitne uzdolnienia, występujące u około 10% osób z autyzmem, które są dzielone najczęściej na:
  - matematyczne;
  - plastyczne;
  - muzyczne (J. Błeszyński 2014, s. 21).

Podsumowując można stwierdzić, iż autyzm to zjawisko niejednorodne, ale dzięki korzystaniu ze standaryzowanych procedur obserwacji, wywiadów oraz testów psychologicznych, rozpoznane i opisane dla grup objawów typowych dla autyzmu sprzężonego i tego wyżej funkcjonującego.

#### **4. Charakterystyka zaburzeń komunikacyjnych dziecka z autyzmem**

Dzieci dotknięte autyzmem mają problemy w zakresie: naprzemiennych interakcji społecznych w budowaniu wyobrażeń, a przede wszystkim w werbalnym i niewerbalnym komunikowaniu się (Błeszyński 2014). Niektórzy badacze sądzą, że autyzmowi towarzyszy

nieharmonijny rozwój poszczególnych zdolności z przewagą lepszego rozwoju zdolności niewerbalnych (Pisula 2012). Podstawowe trudności językowe dzieci z autyzmem dzielą się na ilościowe (stopień odchylenia od przyjętej normy), jakościowe (różnice w stosunku do wzorca użycia języka) (B. Wilczura 2008) i pragmatyczne (L. Bobkiewicz – Lewartowska 2005).

Do deficytów ilościowych zaliczamy:

- brak mowy
  - z brakiem gestykulacji,
  - z elementarną gestykulacją,
- opóźnienie w mowie
  - krótkie (miesięczne),
  - długotrwałe (wieloletnie),
- ograniczona mowa
  - tylko łańcuch: bodziec – reakcja,
  - bardziej zaawansowana, lecz ograniczone posługiwanie się mową,

Do deficytów jakościowych zaliczamy:

- echolalia
  - natychmiastowa,
  - opóźniona,
- odwracanie zaimków,
- neologizmy,
- metaforyczne użycie języka,
- nieodpowiednie uwagi,
- język stereotypowy,
- defekty w artykułowaniu.

Do deficytów pragmatycznych użycia języka zaliczamy:

- niezdolność do naprzemiennego wysławiania się,
- brak komunikowania się z dorosłymi,
- brak komunikowania się z rówieśnikami,
- niezdolność do symbolicznego użycia przedmiotu,

- słabe używanie prozodii dla wyrażenia zamiaru,
- słabe wykorzystanie bodźców wzrokowo – twarzowych dla metakomunikacji

(M. Konstantareas, E. Blackstock i Ch. Webster 1992, s.73; za L. Bobkowicz – Lewartkowska 2005, s.58).

Uważa się powszechnie, że trudności z pragmatycznym aspektem komunikowania się są uniwersalną cechą autyzmu i że pod wieloma względami przypominają problemy osób z uszkodzeniami prawej półkuli mózgu (M. Sabbagh 1999: za U. Frith 2008, s.150 ).

Według DSM – IV jakościowe zaburzenia komunikacji ujawniają się u dziecka w przynajmniej jednym z wymienionych sposobów:

- opóźnienie lub całkowity brak rozwoju mowy (którym nie towarzyszą próby skompensowania braków mowy za pośrednictwem alternatywnych sposobów komunikowania się, jak np. mimika lub gesty;
- u osób posługujących się mową – wyraźne zaburzenie zdolności do inicjowania i podtrzymywania rozmowy;
- używanie języka w sposób stereotypowy, z powtórzeniami i idiosynkratyczny;
- brak zróżnicowanego, spontanicznego udawania w trakcie zabawy, lub społecznych zabaw naśladowczych, adekwatnych do poziomu rozwoju ([www.synapsis.waw.pl](http://www.synapsis.waw.pl)).

Według H. Olechnowicz dzieci autystyczne posługują się gotowymi zwrotami, zapamiętanymi na podstawie pamięci fotograficznej. Ustąpieniu deficytów jakościowych towarzyszy (zaimek ja, echolalia) zintegrowanie działań, których wynikiem jest wytworzenie umysłowej reprezentacji żyjącej jednostki – właściwe użycie zaimka ja. Zdaniem P. Christie (1990, za L. Bobkowicz – Lewartkowska 2005) podłożem tego zjawiska jest echolalia.

Niektóre dzieci mimo postępów w socjalizacji i rozumieniu mowy – nie mówią (mutyzm).

Przyczyną tego może być uszkodzenie organiczne np. przetrwałe cechy prenatalne – zbyt wysoko umieszczona krtka, fobie i lęk (H. Olechnowicz 2004). Niezdolność do mówienia może też się oczywiście wiązać z głębokim upośledzeniem umysłowym (H. Olechnowicz 2004, s. 68).

Z obserwacji dzieci z autyzmem wynika, również, że niektórym z nich brakuje odpowiednich umiejętności do wchodzenia w interakcje z dorosłymi czy rówieśnikami.

Często dziecko potrafi nazywać dane przedmioty, ale nie umie o nie poprosić. Dlatego w terapii logopedycznej dzieci z autyzmem istotne jest przede wszystkim, rozwijanie motywacji do komunikowania się, a następnie sprawności, które to umożliwiają (A. Lew – Koralewicz 2014).

L. Bobkowicz – Lewartkowska za najbardziej charakterystyczną cechę mowy dzieci z autyzmem uważa echolalię. W przypadku dzieci z autyzmem echolalię dzielimy na następujące kategorie:

- bezpośrednią – powtórzenia dźwięków, wyrazów, zdań, fraz natychmiast po ich usłyszeniu;
- pośrednią, odroczoną (H. Jaklewicz 1993) – po pewnym czasie zostaje powtórzona cała zasłyszana treść, np. reklam czy melodii;
- łagodną lub funkcjonalną (J. Błeszyński, L. Bobkowicz 1997) – w mowie dziecka występuje dużo oddzielnych wyrazów, które są związane z poszczególnymi sytuacjami, zainteresowaniami dziecka (za L. Bobkowicz – Lewartowska 2005, s.61). Podkreślić jednak należy, że nie wszystkie dzieci z autyzmem cechuje echolalia, ale większość posługująca się mową, przejawia ten rodzaj zaburzeń. Wraz ze zmniejszeniem się echolalii pojawiać się mogą bardziej komunikatywne formy aktywności językowej (T. Gałkowski 1999, s. 553).

Specyficzną cechą w autyzmie jest także zadawanie pytań. Częste zadawanie takich samych pytań może być pewną formą społecznej stymulacji – nawiązaniem kontaktu emocjonalnego (L. Bobkowicz – Lewartkowska 2005, s.16).

Analizując charakterystykę zaburzeń mowy dzieci z autyzmem należy zwrócić uwagę na moment ujawnienia się cech autystycznych. U dzieci z wczesnym wystąpieniem autyzmu, nie obserwuje się wokalizacji odruchowej, gaworzenia zainteresowania dźwiękiem czy słowem. Mowa bierna jest lepiej rozwinięta niż mowa czynna, która pozostaje na etapie wokalizacji odruchowej. W miarę dorastania pojawiają się proste formy przekazu niewerbalnego, lub pierwsze słowa, nie służące komunikacji interpersonalnej (L. Bobkowicz – Lewartowska 2005).

Według E. Pisuli (1993) część tych dzieci nie będzie się posługiwało mową. Dzieci z opóźnionym rozwojem autyzmu przechodzą przez fizjologiczne fazy rozwoju mowy. Potem następuje regres lub zahamowanie mowy – mowa przestaje służyć komunikacji. Równolegle obserwuje się zanik form komunikacji niewerbalnej. Pojawia się echolalia bezpośrednia, albo odroczona (H. Jaklewicz 1993).

Ze względu na brak odpowiedniej ilości badań dotyczących fonologicznego systemu dźwiękowego języka u dzieci z autyzmem trudno jest ocenić zakres i specyfikę zaburzeń w tym zakresie. J. Błęszyński (1998) jako jeden z niewielu badaczy, wskazał na obniżoną sprawność motoryki mięśni: języka, warg i policzków, która determinowała prawidłowość i wyrazistość artykułowanych dźwięków.

Zdaniem Blooma u podłoża zaburzeń komunikacyjnych dzieci z autyzmem leży brak naturalnej zdolności śledzenia intencji osoby mówiącej – mentalizacji. Według niego rewolucja poznawcza 18. miesiąca, zbiega się z dojrzewaniem systemu mózgowego czyli mentalizacją, a co za tym idzie gwałtownymi postępami w przyswajaniu nowych słów. W przypadku dzieci z autyzmem proces ten może być zaburzony. Być może dzieci te nie korzystają z dobrodziejstw 18. miesiąca i dlatego mocniej opierają się na kojarzeniu w pary brzmień słów i widoku rzeczy (za U. Frith 2008, s.152).

Współcześni badacze wypowiadający się na temat stopnia rozwoju języka u dzieci z autyzmem są zgodni co do tego, że dochodzi tu do bardzo dużego zróżnicowania ze względu na: poziom rozwoju intelektualnego, nasilenie cech charakterystycznych dla autyzmu i czasu w jakim podjęto działania terapeutyczno – edukacyjne. Dziecko z autyzmem, które pomimo poważnych trudności opanuje: prawidłową artykulację, konstrukcje zdania, zrozumienie pytań, zwrotów oraz będzie posiadało duży zasób słownictwa, to i tak będzie miało problemy z odczytaniem komunikatów niewerbalnych, prowadzeniem dialogu i wymianą informacji (B. Winczura 2008). Można zatem stwierdzić, że autyzm jest specyficznym zaburzeniem nabywania umiejętności społecznych, a w szczególności podejmowania i podtrzymywania komunikacji (J. Błęszyński 2014).

## BIBLIOGRAFIA:

1. Błeszyński J., 2014, Autyzm a niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie w rozwoju.  
Skala Oceny Zachowań Autystycznych, Harmonia Universalis, Gdańsk
2. Błeszyński J., 1998, Mowa i język dzieci z autyzmem. Wybrane zagadnienia, WSP, Słupsk
3. Błeszyński J., Błeszyńska L., Baczała D., 2012, (red): Błeszyński J., Diagnostyka i terapia logopedyczna osób z niepełnosprawnością intelektualną: teoretyczne determinanty problemu, Harmonia Universalis, Gdańsk
4. Bobkowicz- Lewartowska L., 2005, Autyzm dziecięcy zagadnienia diagnozy i terapii, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków
5. Cieszyńska J., 2008, Standard postępowania logopedycznego w przypadku autyzmu dziecięcego [w:] Logopedia. Standard postępowania logopedycznego, Polskie Towarzystwo Logopedyczne, Lubin
6. Dąbrowski S., Jaroszyński J., Pużyński S., Psychiatria, t 1, PZWL, Warszawa 1987.
7. Delacato C. H., 1995, Dziwne, niepojęte. Autystyczne dziecko, Fundacja Synapsis, Warszawa
8. Frith U., 2004, Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk
9. Gałkowski T., 1986, Autyzm, (red): Gałkowski T., Kiwerski J., 1986, Encyklopedyczny Słownik Rehabilitacji, PZWL, Warszawa
10. Gałkowski T., 1999, Zaburzenia komunikacji w autyzmie, [red]: Gałkowski T.,
11. Jastrzębowska G., Logopedia. Pytanie i odpowiedzi, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole
12. Jaklewicz H., 1994 , Autyzm wczesnodziecięcy – próba wyróżnienia postaci klinicznych, (red): Dykcik W., Autyzm. Kontrowersje i wyzwania, Eruditus, Poznań
13. Jagielska G., 2009, Autyzm dziecięcy – rys historyczny, (red): Bryńska J., Jagielska J., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa
14. Jędrzejewska-Wróbel R., 2010, Kosmita, Redakcja Studio TEKART, Bielsko Biała
15. Komander J., Autyzm i zespół Aspergera, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa



16. Konstantareas M., Blackstocks E., Webster Ch., 1992, Autyzm, KTA, Warszawa
17. Kruk – Lasocka J., 1994, Autyzm a oligofrenia, Szkoła Specjalna 4
18. Lew-Koralewicz A., 2014, Forum Logopedyczne Nr 22, Katowice
19. Maciarz A., Biadasiewicz M., 2000, Dziecko autystyczne z zespołem Aspergera, Oficyna Wydawnicza IMPULS Akademii Pedagogicznej, Kraków
20. Markiewicz K., 2007, Charakterystyka zmian w rozwoju umysłowym dzieci autystycznych, Wydawnictwo UMCS, Lublin
21. Markiewicz K., Ciekiewicz E., 2000, Diagnostyczne różnicowanie autyzmu wczesnodziecięcego, (red): Gałkowski T., Kossewska J., Autyzm wyzwaniem naszych czasów, Wydawnictwo Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków
22. Pecyna M.B., 1998, Rodzinne uwarunkowania zachowania dziecka w świetle psychologii klinicznej, WSiP Warszawa
23. Olechnowicz H., 2004, Wokół autyzmu, WSiP, Warszawa
24. Peeters T., 1996, Autyzm, Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym, Gdańsk
25. Pisula E., 2000, Autyzm u dzieci, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
26. Pisula E., 2014, Wspomaganie osób z zaburzeniami należącymi do autystycznego spektrum w perspektywie psychopatologii rozwojowej (red): Trempała J., Psychologia rozwoju człowieka, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa
27. Pużyński S., 1993 (red): Leksykon Psychiatrii, PZWL, Warszawa
28. Tarkowski Z., 2007, *Autyzm i teoria umysłu w ujęciu neurolingwistycznym* (red): Młynarska M., Smereki T., Afazja i autyzm: zaburzenia mowy oraz myślenia, Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, Wrocław
29. Winczura B., 2008, Dziecko z autyzmem. Terapia deficytów poznawczych a teoria umysłu, Wydawnictwo IMPULS, Kraków