

WOJCIECH LIPSKI
Uniwersytet Mari Curie-Skłodowskiej, Lublin
Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

O potrzebie różnicowania osób z autyzmem i wpływie typologii autyzmu na terapię logopedyczną

The need of diversifying people with autism and the impact of the autism typology on speech therapy

STRESZCZENIE

Postawienie właściwej diagnozy zaburzeń ze spektrum autyzmu jest zawsze dużym wyzwaniem dla logopedy i całego zespołu diagnostycznego. Jest to kluczowy moment w procesie terapii. Współczesne medyczne narzędzia diagnostyczne (ICD, DSM) określają jedynie, czy osoba badana ma całościowe zaburzenie rozwojowe czy nie. Z perspektywy logopedy-praktyka jest to diagnoza niewystarczająca, ponieważ kryteria medyczne, które są podstawą diagnozy, mówią bardzo niewiele na temat poziomu funkcjonowania dziecka. Kolejną kwestią jest duża heterogeniczność grupy osób z tym zaburzeniem, w związku z czym powstała potrzeba wydzielenia podtypów w obrębie tej populacji. Autor artykułu przywołuje dwie klasyfikacje autyzmu: pierwszą wg L. Wing, a drugą wg O.S. Nikolskiej. Przedstawione w pracy klasyfikacje stały się punktem wyjścia do opracowania bardziej wyprofilowanej interwencji logopedycznej. Model terapii, który autor prezentuje, oparty jest na Stosowanej Analizie Zachowania.

Słowa kluczowe: zaburzenia ze spektrum autyzmu, całościowe zaburzenia rozwojowe, klasyfikacja autyzmu, Stosowana Analiza Zachowania, behawioryzm, terapia logopedyczna, werbalne zachowania sprawcze.

SUMMARY

It is always a great challenge for a speech therapist and the whole diagnostic team to make a proper diagnosis. This is the key moment of the therapy process. Modern medical diagnostic tools (ICD, DSM) can only show whether the examined person has a pervasive developmental disorder, or not. From the speech therapist - practitioner perspective, this kind of diagnosis is insufficient, because the medical criteria which are the basis of the diagnosis, say very little of the child's functioning level. A huge heterogeneity among persons with this disorder is another issue. This triggered the need for dividing subcategories among this population. The author of the article quotes two clas-

sification of autism: first according to L. Wing, second according to O.S. Nikolska. Classifications presented in this work became a starting point to create a more profiled speech therapy intervention. Therapy model presented by the author is based on Applied Behavior Analysis.

Key words: autistic spectrum disorders, pervasive developmental disorders, autism classification, Applied Behavior Analysis, behaviourism, speech therapy, verbal behaviour operants.

Celem tej pracy jest analiza typologii autyzmu z perspektywy logopedycznej. Naświetlenie problemu klasyfikacji autyzmu oraz charakterystyki poszczególnych jego typów chciałbym wykorzystać do opracowania skuteczniejszej, bardziej wyprofilowanej, dostosowanej dla konkretnej grupy, interwencji logopedycznej. Opisane metody i techniki terapeutyczne oraz podział językowych zachowań sprawczych został dokonany na podstawie Stosowanej Analizy Zachowania (Bąbel, Ostaszewski, 2008; Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010) i psychologii behawioralnej B. F. Skinnera (1957; 1995; 2013).

KLASYFIKACJA AUTYZMU LORNY WING A INTERWENCJA LOGOPEDYCZNA

Różnorodność ilościowa i jakościowa objawów autyzmu doprowadziła do wyróżnienia przez L. Wing w 1988 roku całej grupy zaburzeń o nazwie „autystyczne spektrum zaburzeń” (*autistic spectrum disorder*, ASD). Po przebadaniu dużej grupy dzieci w wieku od 7 do 14 lat badaczka wyodrębniła spośród nich osoby należące do tzw. „autystycznego kontinuum” (Pisula, 2012, 15). Wszystkie te dzieci przejawiały nieprawidłowości w trzech sferach: 1) wchodzenia w naprzemienne interakcje społeczne, 2) komunikacji oraz 3) używania wyobraźni w zabawie (Pisula, 2005, 14). L. Wing wraz z G. Gould (1979, 11–29) wyróżniły trzy typy dzieci autystycznych: 1) wycofane (*aloof*), których jest najwięcej i stanowią 61%, 2) bierne (*passive*), 3) osobliwe (*odd*) (Frith, 2008, 88). Na podstawie obserwacji rozszerzoną charakterystykę tych typów przedstawili B. Prizant i A. L. Schuler (Bobkowicz-Lewartowska, 2005, 53–54; Pisula, 1995).

A. Osoby wycofane aktywnie unikające kontaktów społecznych charakteryzują się:

- powściągliwością i obojętnością w większości sytuacji (z wyjątkiem tych, które zaspokajają specyficzne potrzeby);
- małym zainteresowaniem społecznymi aspektami kontaktu;
- nikłymi oznakami wchodzenia w werbalne lub niewerbalne interakcje;
- rzadkimi oznakami współuczestniczenia z innymi osobami w jakiejś aktywności;
- słabym kontaktem wzrokowym z aktywnym unikaniem patrzenia w oczy;
- powtarzalnymi i stereotypowymi wzorcami zachowań;

- nieuświadomianiem sobie zmian w otoczeniu przez niektóre z tych osób, np. wejście kogoś do pokoju;
- deficytami poznawczymi – od umiarkowanych do znacznych.

B. Osoby bierne akceptują w sposób bierny społeczne kontakty, ale ich nie nawiązują spontanicznie. Ich główne cechy to:

- ograniczona spontaniczność w sytuacjach społecznych;
- akceptacja inicjowania interakcji przez innych, dorosłych i dzieci;
- odczuwanie małej przyjemności z kontaktów społecznych (aktywne odzrucanie występuje rzadko);
- dziecko może porozumiewać się werbalnie lub niewerbalnie;
- bezpośrednia echolalia występuje częściej niż opóźniona;
- zróżnicowany stopień deficytów poznawczych.

C. Osoby aktywne ale specyficzne prezentują dziwaczne formy uczestniczenia w kontaktach społecznych, w których nie są zaspokajane oczekiwania i potrzeby partnera. Dzieci te mogą wielokrotnie zadawać to samo pytanie lub wygłaszać długie monologi. Charakteryzuje je:

- spontaniczne wchodzenie w kontakty społeczne, częściej z dorosłymi niż z innymi dziećmi;
- interakcje mogą zawierać powtarzalne, idiosynkratyczne wzorce zachowań (np. bezustanne powtarzanie pytań, rytuały werbalne);
- interakcje mogą służyć komunikowaniu się lub nie, występuje echolalia zarówno bezpośrednia jak i opóźniona;
- brak lub małe umiejętności wchodzenia w rolę: słaba percepcja potrzeb nadawcy, brak modyfikacji złożonej wypowiedzi lub jej stylu, problemy ze zmianą tematu;
- zainteresowanie raczej rutynowym przebiegiem interakcji niż jej treścią;
- niektóre z tych dzieci mogą być bardzo świadome reakcji (zwłaszcza ekstremalnych) innych osób;
- osoby te są mniej akceptowane społecznie niż grupa pasywna (ze względu na aktywne naruszanie kulturowo zdefiniowanych konwencji społecznych).

Każda z wyżej przedstawionych grup prezentuje inny repertuar i charakter zachowań. Natężenie tych zachowań będzie korelowało z poziomem funkcjonowania intelektualnego osób z autyzmem. Ta charakterystyka pokazuje, że poszczególne osoby autystyczne mogą się od siebie znacznie różnić, dlatego metody terapeutyczne powinny być dostosowane indywidualnie do konkretnego dziecka.

Grupując dzieci z autyzmem według powyższych typów można nakreślić metody postępowania terapeutycznego w odpowiedzi na potrzeby i charakterystykę poszczególnych grup. Przedstawione metody postępowania zostały opracowane

w oparciu o Stosowaną Analizę Zachowania. Początek terapii w każdej z opisanych grup powinien polegać na zbudowaniu systemu motywacyjnego, bowiem bez odpowiedniej motywacji podopieczny nie zechce wziąć aktywnego udziału w procesie terapeutycznym.

W grupie pierwszej należy aranżować sytuacje, w których dziecko poprzez deprivację potrzeby będzie zmotywowane do zainicjowania komunikacji. Jest to naturalna sytuacja, w której dziecko poprzez użycie języka wyraża swoje potrzeby i dąży do ich zaspokojenia. Szczególnie ważne jest ograniczenie zaspokajania potrzeb dziecka poza sytuacją używania mowy werbalnej. Ma to silny związek z budowanym u dziecka systemem motywacyjnym. Na początku terapia powinna być prowadzona przede wszystkim w oparciu o trening sytuacyjny w odpowiednio zaaranżowanym środowisku [uczenie incydentalne (Lovaas, Smith, 2006, 366–367; Suchowierska, 2005, 66–73; Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel, 2012, 145–149), procedura polecenie-model (Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel, 2012, 148–149; Suchowierska, 2005, 69–70), opóźnianie podpowiedzi (Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel, 2012, 146–147; Suchowierska, 2005, 68–69)]. Początkowo logopeda powinien skupić się na tym, aby komunikacja była funkcjonalna. Oznacza to, że forma komunikatu (jego pełna, prawidłowa budowa fonetyczna czy składniowa) nie stanowi na tym etapie priorytetu. W trakcie utrwalania się pozytywnych spontanicznych reakcji należy dążyć do nauki specyficznych zachowań poprzez trening prób powtórzonych (Lovaas, Smith, 2006, 366–367, 369; Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010, 61). Taki trening pozwoli na dopracowanie warstwy fonetycznej i gramatycznej wypowiedzi. Pierwszymi reakcjami werbalnymi, zgodnie z podziałem B. F. Skinnera, nad którymi powinno się pracować w trakcie terapii, a które mają wartość komunikacyjną, są: naturalne prośby (reakcje mandowe) (Skinner, 1957, 35–51; Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel, 2012, 214–215; Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010, 73; Suchowierska, Kawa, 2008, 173–174), wypowiedzi opisujące rzeczywistość (reakcje taktowe) (Skinner, 1957, 81–148; Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel, 2012, 215; Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010, 74; Suchowierska, Kawa, 2008, 174) oraz wymiany replik dialogowych (reakcje intrawerbalne) (Skinner, 1957, 71–78; Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel, 2012, 215–216; Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010, 73; Suchowierska, Kawa, 2008, 174). Zachowania werbalne wzbogacamy o reakcje oparte na powtarzaniu (reakcje echoiczne) (Skinner, 1957, 55–65; Suchowierska, Ostaszewski, Bąbel, 2012, 216–217; Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010, 73; Suchowierska, Kawa, 2008, 175), dzięki którym możemy rozbudowywać u dziecka repertuar fonetyczny, leksykalny, a nawet składniowy. Ważne jest, aby powyższe zachowania zaczęły pojawiać się spontanicznie, w odpowiednio zaaranżowanym środowisku i przy współpracy osób z otoczenia dziecka. Proces terapii powinien być dostosowany do wieku dziecka tak, aby nie przewyższał bądź nie zaniżał poziomu jego naturalnego rozwoju. Jako logopedi

musimy wystrzegać się zarówno infantylizacji podopiecznego, jak i dobierania celów, które są na danym etapie rozwoju poza jego zasięgiem. Warto w dobre celów terapeutycznych wziąć pod uwagę sferę najbliższego rozwoju dziecka oraz zorientować się, które z umiejętności komunikacyjnych dziecko już posiada. Trening nieadekwatny w tym względzie może być frustrujący i przyczynić się do wystąpienia reakcji awersyjnych.

W grupie drugiej trening incydentalny należy połączyć z treningiem prób powtórzonych od samego początku. Dziecko musi mieć poczucie, że spotkanie z logopedą jest dla niego przyjemne. To poczucie przyjemności będzie wyznacznikiem prawidłowo zbudowanego systemu motywacyjnego. System motywacyjny budujemy, korzystając ze wzmocnień (Hall, Hall, 2000). Powinien być on na tyle silny, aby w momencie podjęcia terapii metodą prób powtórzonych podopieczny w pełni współpracował z logopedą. Warto na początku korzystać ze wzmocnień biologicznych (przechodząc od wzmocniania ciągłego do wzmocnień sporadycznych) w połączeniu ze wzmocnieniami społecznymi. Na późniejszym etapie terapii wzmocnienia biologiczne należy stopniowo wycofywać. Ważne jest ustalenie, czy używane przez nas wzmocnienie ma w rzeczywistości takie oddziaływanie. Dobór wzmocnień powinien mieć charakter indywidualny. Należy pamiętać, że nagroda, aby miała wartość wzmacniającą, musi być pożądana przez podopiecznego, w sytuacji przesylenia potencjalne wzmocnienie może uzyskać charakter kary. Dobrą metodą jest wcześniejsze ograniczenie dziecku dostępu do nagród (deprywacja powinna podnieść ich skuteczność). Dziecko przekonane o sile komunikacji i bezpośrednich z niej korzyściach powinno spontanicznie do niej dążyć. W tej grupie większość dzieci potrafi formułować prośby, aby zaspokoić podstawowe potrzeby (reakcje mandowe). Dzieci te akceptują również inicjowane przez innych interakcje. W swoich zachowaniach są jednak na ogół reaktywne i mało spontaniczne. Ważnym krokiem w terapii będzie umieszczenie dziecka w typowej sytuacji rówieśniczej (np. w grupie przedszkolnej, na placu zabaw itp.) i zaplanowanie mu wyzwań komunikacyjnych do niej odpowiednich. Dziecko powinno nauczyć się, jak zaczynać rozmowę od przywitania, jak grzecznie zaprosić inną osobę do wspólnej zabawy i jak z nią współdziałać w jej trakcie. Łatwiej będzie dziecku nauczyć się tych zachowań, kiedy wcześniej zostaną one zaplanowane wraz z terapeutą. Pozwoli to uniknąć sytuacji stresowych (dzieci autystyczne są mało spontaniczne, a brak wcześniejszego planu może wywołać u nich silny stres). Nauka zachowań społecznych może odbywać się poprzez modelowanie. Dziecko naśladuje określone zachowania, zaprezentowane wcześniej przez model¹ (Striefel, 2000, 2). Początkowo każda z sytuacji społecznych powinna być maksymalnie prosta, tak aby dziecko było w stanie ją swobodnie opano-

¹ Termin „model”, używany w nomenklaturze behawioralnej, odnosi się do osoby (trenera, rodzica, innego dziecka) lub do zachowania, które demonstruje się/modeluje w celu nauczania danego zachowania.

wać. Może być to początkowo sytuacja prośby o podanie jakiegoś przedmiotu lub wykonanie jakiejś aktywności. W sytuacjach społecznych duże znaczenie mają zachowania dialogowe (reakcje intrawerbalne). Dziecko w dialogu uczy się otrzymywać wskazówki i zdobywać informacje niezbędne do wykonania postawionego przez terapeutę zadania.

Trening prób powtórzonych powinien obejmować ćwiczenia zarówno recepcji, jak i ekspresji mowy. Chodzi tutaj o budowanie kompetencji kulturowej, tj. przekazywanie dziecku wiedzy o świecie. Bez tej kompetencji komunikacja byłaby niemożliwa. Komentowanie rzeczywistości (reakcje taktowe) nie powinno ograniczać się tylko do nazywania desygnatów (rozbudowywanie repertuaru rzeczowników), ale również określania ich cech, funkcji i kategorii (repertuar przymiotników i przysłówków). Duże znaczenie dla rozwoju myślenia i refleksji opartych na języku mają czasowniki² (Wygotski, 1989, 238), dlatego tak ważne jest, aby dziecko rozumiało i używało jak najwięcej określeń czynności i stanów.

Nagradzane powinny być wszelkie podejmowane przez dziecko próby zainicjowania adekwatnych interakcji językowych. Duży problem może stanowić brak dostatecznie rozwiniętej kompetencji komunikacyjnej, co w efekcie może prowadzić do konfliktów z osobami, które nie posiadają o podopiecznym dostatecznej wiedzy. Podopieczny może sobie tych konfliktów nie uświadamiać. Należy prowadzić w tej sferze trening poznawczy i uzmysławiać, jak komunikat może zostać odebrany i zinterpretowany. Dużym wyzwaniem terapeutycznym jest wypracowanie sprawności społecznej, sytuacyjnej i pragmatycznej. Aby proces nauki przebiegał poprawnie, po reakcjach adekwatnych konieczne jest wzmocnienie (pochwała słowna, odpowiedni gest, przyznanie punktu) (Ayllon, 2000). Wszelkie sytuacje społeczne generują reakcje intrawerbalne, ważne, aby podopieczny był dobrze zmotywowany do podejmowania prób kooperacji. Kontakt behawioralny oraz dokładne wcześniejsze zaplanowanie listy zadań, które podopieczny będzie musiał wykonać, aby otrzymać nagrodę, może pomóc logopedzie zbudować odpowiednią motywację.

Występujące u osób z tej grupy echolalie bezpośrednie można starać się wykorzystać do nauki udzielania odpowiedzi zgodnie z prezentowanym przez dorosłego wzorem (reakcje echoiczne). Automatyczne powtarzanie jest okazją do pracy nad wyrazistością artykulacyjną. Echolalie odroczone, chociaż rzadsze w tej grupie, poprzez umieszczenie w odpowiedniej konsytuacji mogą nabrać charakteru wypowiedzi adekwatnych. Echolalia bezpośrednia w stopniu umiarkowanym pozwala rozwijać kompetencję kulturową – dziecko powtarza za terapeutą nazwy postrzeganych elementów rzeczywistości (reakcje taktowe). Ułatwia również bu-

² Zgodnie z teorią L. S. Wygotskiego, mowa wewnętrzna charakteryzuje się skrótością, a „jej składnia jest prawie wyłącznie predykatywna”.

dowanie repertuaru próśb (*mand*) oraz wymiany (*intraverbal*). Za automatycznym powtarzaniem z czasem może przyjść rozumienie i poznanie. Werbalnych zachowań sprawczych należy uczyć stopniowo. Pierwsze reakcje mandowe i taktowe powinny dotyczyć sfer najbliższych podstawowego funkcjonowania. Nauczone zachowania werbalne mają zaspokajać potrzeby dziecka, zaczynając od tych najbardziej elementarnych. Dopiero po ich opanowaniu przechodzi się do wyższych poziomów (Maslow, 2006).

U dzieci, które mają duży problem z mówieniem bądź nie używają mowy werbalnej, początkowe wypowiedzi mogą tylko szczątkowo przypominać właściwe komunikaty. Ważne jest, aby wydawane przez nie dźwięki w sposób znaczący, początkowo nawet tylko umownie, odnosiły się do rzeczywistości. Powinny mieć one znaczenie i zaspokajać podstawowe potrzeby. W nauce mowy osób z autyzmem na pierwszym miejscu stoi funkcja komunikatu, a nie jego forma. Początkowo komunikat „pić” może być wyrażony jako np. „pi” lub „i”. Ważne jest, aby osoba nauczyła się, że z jej komunikatem wiąże się określona korzyść. Do odpowiedniej formy komunikatu dochodzimy poprzez procedurę kształtowania zachowań w treningu prób powtórzonych, gdy logopeda naucza podopiecznego właściwego kształtu wypowiedzi i wyrazistej artykulacji.

W trzeciej grupie swojej klasyfikacji L. Wing umieściła osoby tzw. „wysoko funkcjonujące”. Osoby z tej grupy mają duży zasób słów i dobrze rozwiniętą kompetencję językową/ sprawność systemową, tzn., że potrafią budować zdania gramatycznie poprawne oraz odróżniać gramatycznie poprawne od niegramatycznych (Polański, 1999, 305). Występujące u nich trudności językowe wynikają z nieprawidłowo rozwiniętej kompetencji komunikacyjnej. U. Czarnecka (1990, 11) pisze, że „kompetencja komunikacyjna jest to umiejętność doboru wariantów zdań właściwych ze względu na doświadczenie społeczne partnerów aktu komunikacji, czyli zdolność posługiwania się językiem w sposób skuteczny i dostosowany do sytuacji, uwzględniający cele i oczekiwania mówiącego oraz społeczne, konwencjonalne reguły użycia języka”. Zdaniem S. Grabiasa (2003, 245–335), „kompetencja komunikacyjna” to wiedza o repertuarach środków językowych, które zazwyczaj przypisuje się określonym rolom społecznym (matka, ojciec, nauczyciel, uczeń, student, podwładny, przełożony) i o zasadach używania tych środków w różnych sytuacjach komunikacyjnych. Zasady te nakazują zmieniać zachowania językowe w zależności od tego:

- do kogo się mówi (inaczej do dziecka, inaczej do przełożonego),
- w jakiej sytuacji (inaczej do jednej osoby, inaczej do grupy),
- w jakim celu, tzn. w zależności od rodzaju intencji (inaczej w intencji działania, inaczej wyrażając emocje) (Grabias, 2002, 19).

Budowanie kompetencji komunikacyjnej powinno opierać się więc na treningu:

a) sprawności społecznej, polegającej na właściwym rozpoznawaniu i realizowaniu społecznych rang rozmówców poprzez dobór odpowiednich środków językowych stosownych do umysłowych możliwości odbiorcy (np. dziecko vs. dorosły) oraz do funkcji, jaką pełni w społeczeństwie (np. rodzic vs. sąsiad) (Grabias, 2003, 320);

b) sprawności sytuacyjnej, czyli umiejętności posługiwania się językiem w wytworzonych przez społeczeństwo sytuacjach interakcyjnych (np. pogrzeb vs. zakupy w sklepie) (Grabias, 2003, 320–321);

c) sprawności pragmatycznej, tj. umiejętności osiągnięcia celu założonego przez nadawcę wypowiedzi (Grabias, 2003, 322–323).

Dobłą metodą uczącą wyżej wymienionych sprawności okazuje się metoda dramy, służąca imitowaniu pewnych sytuacji, które zdarzają się w codziennym życiu. Dobrym sprawdzianem dla opanowanych tak umiejętności są zajęcia terenowe, gdzie pod opieką terapeuty podopieczny uczy się wykorzystywać wypracowane umiejętności. Dotyczy to np. sytuacji robienia zakupów w sklepie.

Pomocne w uczeniu inicjowania i budowania komunikatów adekwatnych do sytuacji mogą okazać się skrypty, tj. gotowe wypowiedzi, z których podopieczny korzysta w odpowiednich sytuacjach (otrzymuje je zapisane bądź nagrane na specjalnym urządzeniu). Pomagają zainicjować interakcję, dają bowiem pełną odpowiedź zachowania adekwatnego do sytuacji. Mogą okazać się bardzo użyteczne np. w nauce przywitania bądź przy zgłaszaniu potrzeb. Skrypty to rodzaj wypowiedzi, więc powinny zostać w odpowiednim momencie wycofane.

Osoby z tej grupy posiadają wiele nietypowych fiksacji i zainteresowań. Są w stanie poszerzać swoją wiedzę w obszarach zupełnie niespotykanych u ich rówieśników, np. zainteresowanie kalendarzem, rozkładem jazdy pociągów czy autobusów. Tak wąska i nietypowa sfera zainteresowań uniemożliwia osobom z autyzmem dzielenie z innymi swoich pasji, a ich stała obecność w wypowiedziach utrudnia komunikowanie się i nawiązywanie relacji. W uświadomieniu tych problemów może pomóc terapia poznawcza. Brak lub małe umiejętności wchodzenia w rolę, słaba percepcja potrzeb osób z otoczenia, trudności ze zmianą tematu wypowiedzi to wyzwania dla całego zespołu terapeutycznego w tym również logopedy. Logopeda powinien motywować osoby z tej grupy do nawiązywania interakcji o tematyce spoza sfery zainteresowań. Warto jest zaplanować wspólnie z podopiecznym, jak typowa interakcja powinna wyglądać. W jaki sposób skupić uwagę na współrozmówcy, co zrobić i jak, aby go lepiej poznać. Wspólne aktywności są dobrą okazją do treningu umiejętności komunikacyjnych.

Poważnym problemem jest kwestia radzenia sobie w sytuacjach zdenerwowania. Bardzo ważne jest nauczenie osób z autyzmem informowania o zaistnieniu takiej sytuacji. Nauczenie umiejętności właściwego komunikowania emocji, także tych niechcianych, jest podstawowym zadaniem dla całego zespołu terapeutycznego. Podopieczny, który jest w stanie radzić sobie w sytuacjach zdener-

wowania czy złości w sposób społecznie akceptowalny, nie będzie angażował się w zachowania agresywne i autoagresywne.

Behawioryści traktują osobę z autyzmem jako jednostkę posiadającą potencjał uczenia się. Jak pokazuje praktyka, wewnątrz grupy osób zdiagnozowanych jako autystyczne, występuje duża heterogeniczność. Możliwe jest wydzielenie wewnątrz niej społeczności, których członkowie przejawiają charakterystyczne zachowania, mają zbliżone potrzeby i podobne możliwości, a przy tym różnią się od osób z autyzmem zakwalifikowanych do pozostałych grup. Wykorzystując w terapii zasady rządzące procesami uczenia się i zachowania, ze szczególnym uwzględnieniem zasad warunkowania sprawczego, adekwatnie do zapotrzebowania jesteśmy w stanie usprawnić i stworzyć bardziej efektywny proces terapii. Behawioryści zwracają uwagę, że w przypadku dzieci autystycznych istnieje dużo różnic indywidualnych (np. jedne nie mówią, podczas gdy u innych język jest rozwinięty), dlatego skupiają się na badaniu pojedynczych przypadków. Za cel badań stawiają sobie odkrycie jak najbardziej skutecznej interwencji terapeutycznej. Daje to możliwość podziału dzieci z autyzmem na grupy o podobnym reagowaniu na interwencję, a nie o podobnym zbiorze zachowań. Taka specyfikacja ma cechy wysokiej funkcjonalności (Lovaas, Smith, 2006, 366–367).

TYPOLOGIA OLGI SIERGIEJEWNY NIKOLSKIEJ

O. Nikolska, opisując psychopatologiczną strukturę autyzmu, wyróżnia dwa czynniki: pierwszy, to obniżenie możliwości afektywnego współdziałania z otoczeniem, drugi to obniżenie progu dyskomfortu podczas kontaktów ze światem. Oba czynniki wnoszą specyficzny wkład w powstawanie wtórnych symptomów: wycofania się z kontaktów, zachowań stereotypowych i autostymulacji (Piszczek, 2014, 19).

Populację dzieci z autyzmem badaczka dzieli na cztery grupy. Każda z grup charakteryzuje się odmiennymi wzorcami zachowań. W ramach tych wzorców tworzone są dostępne dziecku środki aktywnego kontaktu ze środowiskiem społecznym oraz formy obrony i sposoby autostymulacji. Dzieci z poszczególnych grup różnią się charakterem i stopniem nasilenia pierwotnych zaburzeń oraz powstających na ich tle zaburzeń wtórnych (dotyczy to również hiperkompensacji) (Piszczek, 2014, 21).

Dzieci z poszczególnych grup różnią się dostępnym dla nich poziomem afektywnej regulacji i organizacji świadomości oraz zachowania, co wymaga od terapeuty wypracowania odmiennych form i sposobów nawiązania z nimi kontaktu i współdziałania (Piszczek, 2014, 21).

Charakterystyka poszczególnych grup dzieci z autyzmem według O. Nikolskiej wraz ze wskazówkami do interwencji terapeutycznej:

Grupa pierwsza – dzieci całkowicie odgradzone od rzeczywistości; cechy:

- symptomy autyzmu bardzo nasilone;
- zachowanie uwarunkowane przez bodźce sensoryczne, często stereotypowe, oparte na autostymulacji;
- brak kontaktu emocjonalnego i mowy;
- brak podstawowych umiejętności samoobsługowych, uzależnione od stałej pomocy opiekunów;
- mały repertuar zachowań i przyjaznych doświadczeń sensorycznych;
- ograniczone zainteresowania;
- problemy z fiksacją wzroku i skupieniem uwagi;
- brak reakcji na swoje imię;
- dziecko nie wykonuje prostych poleceń.

Terapia: Wykorzystując przyjemne dla dziecka doświadczenia sensoryczne, wzmacniamy wszelkie stany zadowolenia, staramy się mówić głosem przyjemnym dla dziecka. Staramy się zainteresować dziecko swoją osobą i doprowadzić do nawet prymitywnego współdziałania. Tworzenie możliwości wyboru i prowokowanie dziecka do samodzielnego działania (przeżywanie razem z nim czegoś, co lubi, i oczekiwanie na jego reakcję), pomoże mu w uświadomieniu swojej roli podczas wspólnie realizowanych aktywności. Wprowadzenie naprzemienności w działaniu.

Grupa druga – dzieci aktywnie odrzucające wszystko; cechy:

- występuje wiele sensorycznych autostymulacji i stereotypów ruchowych;
- poczucie dyskomfortu, lęki oraz podwyższony tonus psychiczny wywołane przez bodźce z otoczenia;
- manieryzmy, stereotypie oraz impulsywność wykonywanych ruchów;
- specyficzna intonacja wypowiedzi;
- nietypowy sposób chodzenia;
- mimo związku emocjonalnego z matką mają duży kłopot z nawiązywaniem relacji interpersonalnych;
- dobra recepcja mowy przy ograniczonej ekspresji;
- echolalie;
- stereotypie ruchowe;
- sztywność zachowań, brak tolerancji na zmiany;
- posiadają duży potencjał uczenia się;
- z reguły samodzielne;
- nawiązują kontakt z dobrze poznanymi osobami;
- mają problemy z rozumieniem stanów emocjonalnych i przeżyć innych osób;
- mogą reagować ucieczkowo na pierwsze próby kontaktu wzrokowego;
- są strachliwe i zależnione;
- repertuar zachowań ograniczony;

➤ pozytywnie reagują na zabawy ruchowe (huśtanie się, zbieganie z górki, wdrapywanie się).

Terapia: Powinna polegać na maksymalnym poszerzeniu kręgu osób, z którymi dziecko nawiązuje kontakt i rozszerzaniu repertuaru zachowań interakcyjnych. Ważne jest rozwijanie teorii umysłu, rozumienia i kształtowania związków emocjonalnych z innymi. Uczenie nawiązywania różnych form kontaktu (sprawności społecznej i sytuacyjnej). Początek terapii powinien wyrobić u dziecka poczucie bezpieczeństwa. Logopeda powinien bacznie obserwować reakcje dziecka ze szczególnym uwzględnieniem zachowań agresywnych w stosunku do siebie i innych, niepokoju ruchowego, napięcia oraz zachowań stereotypowych. Celem terapii jest obniżenie liczby tego typu zachowań poprzez zastąpienie ich zachowaniami pożądanymi. Dziecko od początku terapii powinno się nami zainteresować, z czasem samo powinno dążyć do nawiązania kontaktu. Powinniśmy dążyć do kontaktu wzrokowego jako do pierwszej formy kontaktu. Szczególnie na początku należy dozować kontakt wzrokowy powoli, nie należy z nim przesadzać, ponieważ dziecko może zareagować ucieczkowo. Należy wyrabiać u niego poczucie pewności siebie. Powinno kojarzyć logopedę z przyjemnymi doznaniem sensorycznymi. Aby zwrócić na siebie uwagę dziecka, można skorzystać z aktywności bezpośrednio związanych z jego zachowaniem: terapeuta wyśpiewuje lub wystukuje rytm ruchów dziecka, zaczyna podobnie jak ono kołysać się lub podskakiwać w takt wykonywanych przez nie czynności. Jedność rytmu zachowań terapeuty i dziecka wywołuje u tego ostatniego zainteresowanie i zadowolenie. W aktywności ruchowe, które sprawiają dziecku przyjemność, można wplatać reakcje werbalne (powtarzanie, nazywanie, opisywanie). W aktywnościach ruchowych następuje rozwijanie repertuaru zachowań naśladowczych. Wykorzystywanie zabawy z użyciem wyobraźni. Wszelkie zachowania pożądane należy wzmocnić. Z czasem pojawiania się zachowań bardziej złożonych należy dziecko angażować w codzienne aktywności (przygotowywanie posiłku, sprzątanie). Rozwijanie repertuaru zachowań taktowych może nastąpić poprzez uczenie cech, funkcji i kategorii przedmiotów. Wszelkich nowych umiejętności należy uczyć stopniowo. Ważnym elementem terapii jest budowanie u dziecka umiejętności czekania oraz pokonywania codziennych przeszkód.

Grupa trzecia – dzieci o idiosynkratycznych zachowaniach i zainteresowaniach; cechy:

- mają rozwinięte formy afektywnej obrony;
- występują nietypowe zachowania i cele, również agresywne;
- fantazje mogą mieć agresywne treści;
- rozwój intelektualny jest nieharmonijny, ale mieści się w granicach normy lub ją przekracza;
- wcześniej opanowują mowę;
- mają tendencję do monologizowania i wygłaszania tyrad;

- przypadkowo i często niefortunnie dobierają adresata wypowiedzi;
- nie zwracają uwagi na reakcje współ rozmówcy, co uniemożliwia nawiązanie afektywnego dialogu;
- często są w symbiotycznym związku z matką;
- w codziennych aktywnościach samodzielne;
- bezosobowy stosunek i chłód emocjonalny do osób najbliższych;
- w sposób prymitywny przejawiają potrzebę kontaktu emocjonalnego;
- unikają kontaktów emocjonalnych opartych na współdziałaniu;
- mają problemy z rozumieniem emocji;
- nadmiernie reaktywne emocjonalnie;
- „fascynacja” nadmiernymi reakcjami emocjonalnymi (pozytywnymi i negatywnymi);
- przeżycia mają charakter fantazji;
- mogą wyrażać swoje emocje poprzez sztukę (rysunek);
- pobudzone i euforyczne;
- przejawiają zainteresowanie stanami afektywnymi;
- budują wypowiedzi z nieadekwatną intonacją, bez modulacji głosu;
- mimika i gestykulacja sprawiają wrażenie niespójnych;
- mogą występować trudne zachowania jako reakcja na frustracje;
- chętnie uczestniczą w zabawach ruchowych (np. zabawy ruchu rozwijającego) oraz opartych na stymulacji wzrokowej i czuciowej;
- mają tendencje do fantazjowania;
- dobrze radzą sobie z wykonywaniem codziennych czynności;
- wykonują czynności zgodnie z wcześniej ułożonym planem;
- sztywność zachowań;
- łatwo wchodzą w relacje oparte na rywalizacji.

Terapia: Terapeuta powinien nawiązywać kontakt terapeutyczny dwuetapowo. W pierwszym etapie powinien rozbudzić potrzebę kontaktu emocjonalnego. Drugi etap obejmuje działania zmierzające do rozwoju różnych form tego kontaktu. Kontakt terapeutyczny powinien być bezpieczny i oparty na zaufaniu. W dziecku należy wzbudzić pozytywne emocje. Nie należy narzucać dziecku interpretacji świata, lecz umożliwić bezpieczny sposób wyrobienia przez nie prawdziwej interpretacji. Zdobywanie sympatii i akceptacji dziecka możliwe jest poprzez jego fantazje. Terapeuta powinien prezentować gotowość wysłuchania i poznania jego zabaw i rysunków bez oznak irytacji ich stereotypowym charakterem i powtarzalnością. W momencie nawiązania kontaktu terapeuta powinien stopniowo zadawać pytania, tak aby uczyć dziecko prowadzenia dialogu. Zadaniem terapeuty będzie wprowadzenie do fantastycznych zainteresowań dziecka (jego wypowiedzi, treści zabaw lub rysunków) elementów naturalnych i rzeczywistych, związanych z życiem codziennym, które będą odbierane jako dodatki czy uściślenia, a nie jako zmiany i zakłócenia. Terapeuta powinien wyrabiać u dziecka

formy kontaktu opartego nie na rywalizacji, ale na wspólnych celach i zabawie oraz wyrabiać tolerancję na niepowodzenia, zgodnie z myślą „nie zawsze muszę wygrać” i „raz się udaje, a raz nie”.

Grupa czwarta – dzieci z trudnościami w nawiązywaniu interakcji i we współdziałaniu z innymi ludźmi; cechy:

- rozwój emocjonalny najbardziej zbliżony do normy;
- nieznaczne zahamowanie rozwoju motorycznego i opóźnienie rozwoju mowy;
- ogólne obniżenie tonusu i tendencja do szybkiego występowania procesów hamowania;
- przywiązują się do innych;
- podporządkowują się wymaganiom otoczenia;
- uzależnione od akceptacji i wsparcia emocjonalnego osób bliskich (szczególnie matki);
- nie tolerują wtrącania się innych w ich aktywności;
- łatwo fiksują się na swoich aktywnościach;
- pomiędzy 2. a 3. r.ż. coraz bardziej widoczne spowolnienie rozwoju;
- występuje frustracja;
- problemy z opanowaniem mowy;
- pojawiają się echolalie;
- problemy z opanowaniem prostych czynności motorycznych;
- problem z uczeniem się poprzez naśladowanie;
- nie współdziałają w aktywnościach;
- męczliwe;
- występuje negatywizm;
- z trudem podejmują się nowych wyzwań;
- frustracje mogą wywołać apatię i zachowania trudne;
- w przypadku trudności potrzebują podpowiedzi;
- mogą być nadwrażliwe emocjonalnie;
- sztywne w wyborze sposobów działania;
- buntują się przeciw zmianom i nowościom.

Terapia: Powinna pokazać dziecku, jak czerpać zadowolenie z codziennych aktywności (bez konieczności wystąpienia bezpośredniej pochwały np. rodziców). Powinna wzbudzać zainteresowanie dziecka najbliższym otoczeniem. Dziecko z tej grupy jest w stanie pojąć, że odbiera świat w sposób specyficzny, należy odkrywać przed nim jego indywidualne preferencje i przyzwyczajenia. Budować w nim poczucie własnej wartości oraz docenianie swojej indywidualności. Dziecko spontanicznie bądź poprzez zachęty podejmuje się pokonywania codziennych trudności – zadaniem terapeuty jest wzmacniać tego typu starania. Należy dziecko nauczyć, że takie działania prowadzą do sukcesu. Dziecko dobrze

reaguje, kiedy wyraźnie zna reguły wykonywanych zadań oraz plan aktywności. Początkowo sztywne podejście do planu aktywności można rozluźnić poprzez stopniowe wzbogacanie i wprowadzanie modyfikacji wspólnie z dzieckiem. Ważnym celem terapii jest nauczenie różnych sposobów rozpoznawania i obniżania napięcia emocjonalnego oraz stabilizacji jego procesów afektywnych. Regulacja własnych stanów emocjonalnych jest początkiem niezależności, obniża afektywne uzależnienie od najbliższych i umożliwia powstanie stabilnej samooceny.

TYPOLOGIA O. NIKOLSKIEJ A TERAPIA LOGOPEDYCZNA

Metody i sposoby terapii, zdaniem Nikolskiej, należy dostosowywać do specyfiki autystycznej bariery oraz możliwości dziecka w nawiązywaniu kontaktu ze światem. Przebieg terapii powinien być zróżnicowany ze względu na występowanie u dziecka charakterystycznych objawów. Objawy te różnią się w poszczególnych grupach. „Inny powinien być także przebieg pracy nad pobudzeniem rozwoju jego mowy” (Piszczek, 2014, 21). Zdaniem Nikolskiej, procedura terapeutyczna skuteczna w pracy z dziećmi z jednej grupy, oprócz tego, że będzie w stosunku dla dzieci z innej grupy nieskuteczna, to może być wręcz szkodliwa, bowiem może spowodować, iż zaczną one funkcjonować poniżej poziomu właściwej im afektywnej regulacji.

W procedurze terapeutycznej, także logopedycznej, istnieją pewne uniwersalne zasady dotyczące całej populacji osób z autyzmem. Bez względu na to, do jakiej grupy zakwalifikujemy dziecko, na etapie pierwszych spotkań należy nawiązać kontakt i kształtować możliwości współdziałania w ramach absorbujących dziecko form aktywności. Wszelka forma społecznie akceptowalnej relacji z dzieckiem staje się tutaj priorytetowa.

Sytuacja terapeutyczna i osoba logopedy powinny kojarzyć się dziecku z autyzmem jednoznacznie pozytywnie. Jest to punkt wyjścia do budowania silnego systemu motywacyjnego.

I. Pierwsza grupa dzieci charakteryzuje się biernością i wycofaniem. Logopeda powinien maksymalnie oprzeć się na metodach służących aktywizacji interakcyjnej tych dzieci. Właściwe będą zarówno metody niedyrektywne, jak i dyrektywne stosowane w odpowiednich sytuacjach. Dziecko już na etapie przygotowawczym do właściwej terapii należy maksymalnie aktywizować. Ważne jest, aby określić, co dziecko robi w tzw. wolnym czasie, tj. jakiego rodzaju aktywności podejmuje spontanicznie. Logopeda powinien mieć taką wiedzę i umieć wykorzystać ją zgodnie z zasadą Premacka (Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010, 113). Przed rozpoczęciem nauki zachowań werbalnych dziecko powinno umieć naśladować proste ruchy, najpierw w obrębie dużej, a następnie małej motoryki. Ważnym celem dla logopedy jest osiągnięcie fiksacji wzroku dziecka oraz wspólnego pola uwagi. Od samego początku należy budować system motywa-

cyjny, pracując w oparciu o wzmocnienia biologiczne i społeczne. W momencie, kiedy mówimy do dziecka, powinno ono patrzeć na naszą twarz.

Bardzo ważne jest adekwatne reagowanie odpowiednimi konsekwencjami na wszelkie komunikaty dziecka. W ćwiczeniach mowy werbalnej, szczególnie tych dążących do usprawnienia realizacji, bazujemy na metodzie kształtowania zachowań. Naturalne sytuacje komunikacyjne są wzmocniane w treningu sytuacyjnym, a rozwój recepcji i ekspresji mowy odbywa się poprzez trening prób powtórzonych.

Dzieci z tej grupy są często mutystyczne, tzn. rozumieją komunikaty, ale same nie wyrażają werbalnej ekspresji. Początkowo logopeda powinien wzmocniać wszelką ekspresję werbalną. Kiedy aktywność dziecka w tym aspekcie wzrośnie, wzmocniać należy wypowiedzi o funkcji referencjalnej. Duże znaczenie mogą stanowić reakcje echoiczne, oparte na naśladowaniu. Poprzez reakcje mandowe dziecko powinno doświadczyć potęgi komunikacji oraz odkryć potrzebę używania języka, bowiem właśnie mandy niosą ze sobą silne i bezpośrednie wzmocnienia.

II. Dzieci z 2. grupy aktywnie odrzucają wszystko, co wywołuje u nich dyskomfort. Terapia dzieci z tej i pozostałych grup powinna rozpocząć się od budowania silnego systemu motywacyjnego. Terapeuta powinien od samego początku odkrywać, jakie przedmioty czy aktywności, w których dziecko uczestniczy, można wykorzystać jako naturalne wzmocnienie. Dużą wagę w terapii będzie miała praca nad trudnymi zachowaniami. Terapeuta, pracując nad zachowaniami trudnymi, powinien oprzeć się głównie na metodach nieawersyjnych (DRO, DRA, DRI)³ (Foxy, 1999, 28–29) oraz wygaszaniu. Od samego początku należy wprowadzać kontrakty behawioralne. Bardzo dużą wagę będzie miała systematyczność pracy oraz realizacja wcześniej opracowanego planu przez wszystkie osoby z otoczenia dziecka. Do nawiązania relacji, szczególnie na pierwszym etapie terapii, można wykorzystać metodę opcji (Kaufman, 1994). Jeżeli metoda nie okaże się skuteczna, system motywacyjny budujemy na wzmocnieniach. Do zajęć rozwijających zachowania językowe logopeda może wykorzystać cechującą tę grupę tendencję do aktywności ruchowej. Aby nawiązać lepszy kontakt i uatrakcyjnić terapię, do aktywności ruchowej można włączyć piosenki i wierszyki. Skuteczne mogą oka-

³ Trzy techniki wzmocniania (*reinforcement*), które mogą być stosowane dla zmniejszenia niewłaściwych zachowań:

DRO (*Differential Reinforcement of Other Behavior*) to Wzmocnianie Różnicujące Inne Zachowanie – staramy się nagradzać inne zachowanie, a nie to, które chcemy zmniejszyć lub zlikwidować.

DRA (*Differential Reinforcement of Appropriate Behavior*) to Wzmocnianie Różnicujące Właściwe Zachowanie.

DRI (*Differential Reinforcement of Incompatible Behavior*) to Wzmocnianie Różnicujące Niekompatybilne Zachowanie (czyli zachowanie nie mogące istnieć równocześnie z zachowaniem niewłaściwym).

zać się zajęcia logorytmiczne. Warto przerywać zabawę w jej trakcie i czekać na komunikat dziecka z prośbą o jej kontynuowanie.

III. Do 3. grupy należą dzieci zagrożone we własnych, często nietypowych, zainteresowaniach. Zadaniem terapeuty jest poszerzenie zakresu zainteresowań z pełnym wykorzystaniem potencjału do uczenia się. Aby ten proces przebiegał prawidłowo, potrzebny jest silny system motywacyjny. Różnego rodzaju fiksacje można wykorzystać jako wzmocnienie. Wypowiedzi tych dzieci są często ubogie w komponenty prozodyczne, bez modulacji głosu, monotonne, z intonacją płaską bądź nieadekwatną. W pracy z dziećmi z tej grupy duży nacisk należy położyć na komponenty emocjonalne w wypowiedzi. W dziecku trzeba wyrobić kompetencję prozodyczną. Budowanie kompetencji prozodycznej i komunikacyjnej będzie w tej grupie priorytetem. Mogą wystąpić problemy z artykulacją, które logopeda rozwiązuje w oparciu o standardowe metody jak w przypadku dzieci z dyslalią.

Logopeda powinien zwrócić szczególną uwagę na deficyty i nadmiary behawioralne. Pracę należy oprzeć na treningu sytuacyjnym z nastawieniem na maksymalną generalizację zachowań rozwijających samodzielność dziecka. Logopeda powinien przeprowadzić ćwiczenia z emisji głosu oraz ćwiczenia gramatyczne związane z poprawnością językową. Dzieci z tej grupy mogą mieć problemy z używaniem zaimków (odwracanie zaimków) i wyrazów funkcyjnych (głównie przyimków) oraz z poprawnością gramatyczną w obrębie fleksji i składni. Poprawa tych elementów powinna odbywać się w treningu prób powtórzonych.

Dużym wyzwaniem dla całego zespołu terapeutycznego w tej grupie dzieci są zachowania trudne. Do nich należą, obok stereotypowych stymulacji, zachowania agresywne i autoagresywne. Te najbardziej niebezpieczne wynikają często z niewspółmiernego do wieku słabego opanowania mowy. Naturalną tendencją do stymulacji logopeda może wykorzystać jako formę wzmocnień pozytywnych, ponieważ dostarczają one przyjemnych dla dziecka wrażeń percepcyjnych.

IV. Dzieci z grupy 4. napotykają znaczne trudności w nawiązywaniu interakcji i współdziałania z innymi ludźmi. W tej grupie kompetencja językowa jest rozwinięta, a problem dotyczy deficytów w obrębie kompetencji komunikacyjnej. Trening logopedyczny powinien mieć na celu wyrobienie u dziecka sprawności: społecznej, sytuacyjnej i pragmatycznej. Pomocnym elementem terapii może być uświadamianie dziecka w obrębie mentalizowania i teorii umysłu (Młynarska, 2008, 164–165; Frith, 2008, 109–126). Mimo deficytów dzieci z tej grupy mają zdolność budowania relacji z innymi osobami. Relacje te potrafią być oparte na wzajemnej współpracy i kooperacji. Osoby z grupy czwartej różnią się od poprzednich zbliżonym do normy rozwojem emocjonalnym, a w związku z tym mniej agresywnym i autoagresywnym usposobieniem. Logopeda winien pracować nad zachowaniami reaktywnymi, inicjacją i podtrzymywaniem interakcji. Pomocne przy pracy z tą grupą dzieci mogą okazać się skrypty, jak również wpro-

wadzenie planów aktywności (McClannahan, Krantz, 2002). Terapia powinna być prowadzona zarówno metodą sytuacyjną, jak i treningiem prób powtórzo-nych. Problemy interakcyjne mogą wynikać z deficytów w obrębie kompetencji komunikacyjnej przy dobrze opanowanej kompetencji językowej (słownik i gramatyka). Ćwiczenia rozwijające kompetencję komunikacyjną mogą opierać się na dramie, ale także mogą być prowadzone w naturalnych sytuacjach (np. chodzenie na zakupy, zamawianie posiłku w restauracji). Jeżeli problemy z nawiązywaniem kontaktu wynikają z fobii społecznej czy innych reakcji lękowych, należałoby przeprowadzić odczulanie.

Metody terapii, zdaniem Nikolskiej, zawsze powinny być dostosowane do rodzaju autystycznej bariery i dostępnych dziecku form interakcji ze światem. Należy podkreślić, że formy i metody terapii, które są skuteczne w pracy z dziećmi z jednej grupy (w obrębie dzieci autystycznych) nie tylko mogą nie przynieść zamierzonych efektów u dzieci z innej grupy, ale użycie niewłaściwych metod może spowodować, że zaczną funkcjonować na niższym niż do tej pory poziomie (Piszczek, 2014, 21).

Wnioski

1. Podział na grupy ułatwia profilowanie potrzeb, co znacznie usprawnia interwencję logopedyczną.
2. Diagnoza z przydzieleniem do grupy byłaby bardziej funkcjonalna.
3. Dzięki podziałowi możliwe jest tworzenie grup terapeutycznych, które składałyby się z osób o podobnych cechach, możliwościach i potrzebach, a nie wyłącznie opartych na wieku metrykalnym i poziomie inteligencji.
4. Klasyfikacja służyłaby wyrabianiu specjalności grup terapeutycznych w zależności od zapotrzebowania.

ZAKOŃCZENIE

Zarówno klasyfikacja L. Wing, jak i klasyfikacja O. Nikolskiej dzielą grupę osób z autyzmem na wyraźne typy. Mimo że grupa docelowa jest wyraźnie określona, czytelnik dostrzeże pewną trudność w płynnym przechodzeniu z jednej klasyfikacji do drugiej. Wynika to z faktu, że obie klasyfikacje powstały niezależnie od siebie i obie oparte są na różnych założeniach badawczych. Każdy z wyróżnionych w niej typów stanowi odrębną kompilację cech właściwych populacji osób z autyzmem. Nie są to cechy najczęściej powtarzające się w całej autystycznej populacji, ale cechy charakterystyczne w przyświecającym autorkom założeniu metodologicznym. O. Nikolska, przyjmując teorię rozwoju jednostki według L. Wygotskiego, swoją klasyfikację oparła na poziomach afektywnej regulacji i organizacji świadomości. Dzieci autystyczne różniłyby się stopniem opanowania poszczególnych poziomów. Pierwszy poziom nazywa poziomem afektywnej

plastyczności, drugi – afektywnych stereotypów, trzeci – afektywnej ekspansji, a czwarty – emocjonalnej kontroli (Piszczek, 2014, 19).

Odmiernym paradygmatem myślenia posłużyła się w swej klasyfikacji L. Wing. Badaczka oparła swą klasyfikację osób z autyzmem, dostrzegając zróżnicowanie w zakresie inicjowania i podtrzymywania kontaktów społecznych. Przedstawione charakterystyczne cechy są obserwowalne w repertuarze ich zachowań. Angażowanie się w konkretne aktywności, sposób i nasilenie tego zaangażowania, jak również unikanie pewnych zachowań i sytuacji społecznych pokazało różnorodność wewnątrz grupy osób z autyzmem i stało się podstawą do zbudowania klasyfikacji.

Pomimo odmiennych założeń metodologicznych autorek klasyfikacji, możliwe jest zestawienie obu typologii ze sobą. Wychodząc od klasyfikacji O. Nikolskiej można włączyć do grup:

pierwszej – dzieci charakteryzujące się biernością i wycofaniem – zaliczyć trzeba częściowo zarówno dzieci (A) wycofane jak i (B) bierne;

drugiej – dzieci aktywnie odrzucające wszystko – częściowo (A) wycofane i (C) osobliwe;

trzeciej – dzieci zagrożone we własnych, często nietypowych, zainteresowaniach – (C) osobliwe;

czwartej – dzieci, które napotykają znaczne trudności w nawiązywaniu interakcji i we współdziałaniu z innymi ludźmi – (B) bierne oraz (C) osobliwe.

BIBLIOGRAFIA

- Ayllon T., 2000, *Jak stosować gospodarkę żetonową i system punktowy*, Gdańsk.
- Bąbel P., Ostaszewski P. (red.), 2008, *Współczesna psychologia behawioralna*, Kraków.
- Bąbel P., Suchowierska M., Ostaszewski P., 2010, *Analiza zachowania od A do Z*, Gdańsk.
- Bobkowicz-Lewartowska L., 2005, *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*, Kraków.
- Czarnecka U., 1990, *Nauczanie mówienia w języku polskim jako rozwijanie kompetencji komunikacyjnej*, Kraków.
- Foxx R. M., 1999, *Zmniejszanie niewłaściwych zachowań u osób z poważnym opóźnieniem umysłowym i autyzmem*, „Impuls Krakowski”, 1 (19), 26–37.
- Frith U., 2008, *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*, Gdańsk.
- Grabias S., 2002, *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*, [w:] *Zaburzenia mowy*, red. S. Grabias, t. 1/2001, seria: Mowa, teoria – praktyka, Lublin.
- Grabias S., 2003, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin.
- Hall R. V., Hall M. L., 2000, *Jak stosować wzmocnienia*, Gdańsk.
- Kaufman B. N., 1994, *Przebudzenie naszego syna*, Warszawa.
- Lovaas O. I., Smith T., 2006, *Wczesna intensywna interwencja behawioralna w autyzmie* [w:] *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*, red. A. E. Kazdin, J. R. Weisz, Kraków.
- Maslow A., 2006, *Motywacja i osobowość*, Warszawa.
- McClannahan L. E., Krantz P. J., 2002, *Plany aktywności dla dzieci z autyzmem. Uczenie samodzielności*, Gdańsk.

- Młynarska M., 2008, *Autyzm w ujęciu psycholingwistycznym. Terapia dyskursywna a teoria umysłu*, Wrocław.
- Pisula E., 1995, *Kontrowersje wokół definicji i kryteriów diagnostycznych zaburzeń autystycznych u dzieci*, [w:] *Dziecko upośledzone umysłowo w rodzinie*, red. E. Pisula, J. Rola, Warszawa.
- Pisula E., 2005, *Małe dziecko z autyzmem. Diagnostyka i terapia*, Sopot.
- Pisula E., 2012, *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*, Gdańsk.
- Piszczek M., 2014, *Typologia Nikolskiej: Nawiązanie kontaktu i kształtowanie umiejętności współdziałania z dziećmi autystycznymi, które osiągnęły różne poziomy afektywnej regulacji* [w:] *Niedyrektywność i relacja. Terapia osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*, red. A. Prokopiuk, Warszawa–Lublin.
- Polański K. (red.), 1999, *Encyklopedia językoznawstwa ogólnego*, Wrocław.
- Skinner B. F., 1957, *Verbal Behavior*, New York.
- Skinner B. F., 1995, *Zachowanie się organizmów*, Warszawa.
- Skinner B. F., 2013, *Behawioryzm*, Sopot.
- Striefel S., 2000, *Jak uczyć przez modelowanie i imitację*, Gdańsk.
- Suchowierska M., 2005, *Nauczanie dziecka z autyzmem zachowań werbalnych* [w:] *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, red. E. Pisula, D. Danielewicz, Kraków.
- Suchowierska M., Kawa R., 2008, *Zachowania werbalne: koncepcja B.F. Skinnera i krytyka N. Chomsky'ego*, [w:] *Współczesna psychologia behawioralna*, red. P. Bąbel, P. Ostaszewski, Kraków.
- Suchowierska M., Ostaszewski P., Bąbel P. (2012), *Terapia behawioralna dzieci z autyzmem. Teoria, badania i praktyka stosowanej analizy zachowania*, Sopot.
- Wing L., Gould J., 1979, *Severe impairment of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, 9, 11–29.
- Wygotski L. S., 1989, *Myslenie i mowa*, Warszawa.